



PRÉFET
DE LA RÉGION
GRAND EST

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS



*Édition spéciale du 31 octobre 2023
Partie 2*



**PRÉFET
DE LA RÉGION
GRAND EST**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

**ÉDITION SPÉCIALE DU 31 OCTOBRE 2023
PARTIE 2**

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Arrêté n°2023-5462 du 30/10/23, portant adoption des zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds.

Arrêté n°2023-5463 du 30/10/23, portant adoption du schéma régional de santé et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2023-2028

Le schéma régional de santé 2023-2028



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARRÊTÉ ARS Grand Est n°2023/5.462...du.30.10.2023

Portant adoption des zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

- VU** le code de la santé publique et notamment ses articles L.1434-9, L.1434-11 ; R.6122-25 ; R.6122-26 et R.6122-31 ;
- VU** le décret n°2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé ;
- VU** le décret en date du 3 septembre 2020 portant cessation de fonctions et nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé Grand Est – Mme CAYRE Virginie ;
- VU** l'arrêté n°ARS-DIRSTRAT-DG/2018/2101 du 18 juin 2018 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Grand Est, fixant les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds ;
- VU** les courriers de saisine en date du 17 juillet 2023, adressés à la préfète de la région Grand Est et au président de la commission spécialisée de l'offre de soins de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) Grand Est en vue de recueillir leurs avis conformément à l'article R1434-32 du CSP ;
- VU** l'avis rendu par la préfète de la région Grand Est, le 16 octobre 2023 ;
- VU** l'avis rendu par la commission spécialisée de l'offre de soins de la CRSA Grand Est, le 5 septembre 2023.

ARRÊTE

Article 1 : Catégorie de zones

Les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds pour la région Grand Est sont délimitées selon trois niveaux de zones ainsi définis :

- les zones d'implantation du niveau de référence, dénommées ci-après « zones de référence » ;
- les zones d'implantation du niveau de recours, dénommées ci-après « zones de recours » ;
- la zone d'implantation du niveau régional, dénommée ci-après « zone régionale ».

Les cartographies des zones de référence et de recours sont disponibles en annexe 1.

Article 2 : Liste des douze zones d'implantation pour le niveau de référence

Il est délimité pour la région Grand Est 12 zones d'implantation listées ci-après, pour le niveau de référence.

La composition communale des zones de référence est précisée en annexe 2.

- Zone de référence n°1 Nord Ardennes : (annexe 2, page 10) ;
- Zone de référence n°2 Champagne : (annexe 2, page 14) ;
- Zone de référence n°3 Aube et Sézannais : (annexe 2, page 19) ;
- Zone de référence n°4 "21-52" : (annexe 2, page 27) ;
- Zone de référence n°5 Cœur Grand Est : (annexe 2, page 33) ;
- Zone de référence n°6 Lorraine Nord : (annexe 2, page 43) ;
- Zone de référence n°7 Sud Lorraine : (annexe 2, page 50) ;
- Zone de référence n°8 Vosges : (annexe 2, page 59) ;
- Zone de référence n°9 Moselle Est : (annexe 2, page 67) ;
- Zone de référence n°10 Basse Alsace Sud Moselle : (annexe 2, page 71) ;
- Zone de référence n°11 Centre Alsace : (annexe 2, page 79) ;
- Zone de référence n°12 Haute Alsace : (annexe 2, page 83).

Article 3 : Activités relevant du niveau de référence

Les activités de soins et les équipements lourds relevant du niveau de référence sont précisés dans le tableau ci-après :

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone d'implantation de référence
Médecine		X
Chirurgie	Adulte	X
	Pédiatrique	X
	Bariatrique	X
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Niveau 1 –	X
	Niveau 2A – avec néonatalogie	X
	Niveau 2B – avec soins intensifs de néonat.	X
Psychiatrie	Psychiatrie adulte	X
	Psychiatrie enfant-ado.	X
	Soins sans consentement	X
	Psychiatrie périnat.	X
Soins médicaux et de réadaptation	Polyvalent	X
	Locomoteur	X
	Système nerveux	X
	Cardiovasculaire	X
	Conduites addictives	X
	Gériatrie	X
	Pédiatrie	X
	Pneumologie	X
	Digestif (...)	X
	Cancer – Oncologie	X

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone d'implantation de référence
Activité de médecine nucléaire	Mention A	X
Soins de longue durée		X
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle – mentions A et B	X
	Cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte	X
Médecine d'urgence	SAMU	X
	SU	X
	SU pédiatrique	X
	SMUR	X
	SMUR néonatal et pédiatrique	X
Soins critiques	Soins critiques adultes	
	Réanimation et soins intensifs (SI)	X
	SI polyvalents dérogatoires	X
	SI de cardiologie (USIC)	X
	SI de neurologie vasculaire (USINV)	X
	SI de chirurgie cardiaque	X
	Soins critiques pédiatriques	
SI pédiatriques polyvalents dérogatoires	X	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse (HD) en centre pour adultes	X
	HD en unité de dialyse médicalisée	X
	HD en unité d'autodialyse	X
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	X
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	AMP : activités cliniques	
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	X
	Prélèvement de spermatozoïdes	X
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	X
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	X
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	X
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une AMP	X
	AMP : activités biologiques	
	Recueil, préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	X
	FIV avec ou sans micromanipulation	X
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	X
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	X
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	X	

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone d'implantation de référence	
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci	X	
	Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux	X	
	Conservation de gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP	X	
	DPN	X	
	Examens de cytogénétiques y.c. de cytogénétique moléculaire	X	
	Examens de génétique moléculaire	X	
	Examens en vue du diagnostic des maladies infectieuses	X	
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	X	
	Examens de biochimie portant sur les marques sériques maternels	X	
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique Digestive et viscérale Mentions A et B	X	
	Thoracique Mentions A et B	X	
	ORL/CF/MF Mentions A et B	X	
	Urologique Mentions A et B	X	
	Gynécologique Mentions A et B	X	
	Mammaire Mention A	X	
	Indifférenciée Mention A	X	
	Radiothérapie externe et curiethérapie Mentions A et B	X	
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer Mentions A et B	X	
	Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétiques	X
		Analyses de génétique moléculaire	X
Hospitalisation à domicile	Activité soce	X	
	Ante et post partum	X	
	Enfants de moins de 3 ans	X	

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone d'implantation de référence
	Réadaptation	X
Activité de radiologie interventionnelle	Mentions A et B	X
	Plateau technique	X

Article 4 : Liste des zones d'implantation pour le niveau de recours

Il est délimité trois zones d'implantation pour le niveau de recours. Ces zones de recours résultent du regroupement du périmètre géographique des zones d'implantation pour le niveau de référence selon les indications ci-dessous :

Zones de recours	Regroupement des zones d'implantation pour le niveau de référence
Zone de recours A – Ouest	Zones de référence n°1 à 4
Zone de recours B – Centre	Zones de référence n° 5 à 9
Zone de recours C – Est	Zones de référence n°10 à 12

La composition communale des zones de recours est précisée en annexe 2 en se référant à celles des zones de référence composant les zones de recours.

Article 5 : Activités relevant du niveau de recours

Les activités de soins et les équipements lourds relevant du niveau de recours sont précisés dans le tableau ci-après :

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone de recours
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Niveau 3 – réa néonatale	X
Soins médicaux et de réadaptation	Cancer - Oncologie et hématologie	X
	Brûlés	X
Activité de médecine nucléaire	Mention B	X
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques - adulte	Rein	X
Chirurgie cardiaque	Adulte	X
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Cardiopathies congénitales hors rythmologie – mention A	X
	Rythmologie interventionnelle – mentions C et D	X
Neurochirurgie	Neurochirurgie	X
	Neurochirurgie pédiatrique	X
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	X

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone de recours
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mentions A et B	X
Soins critiques	Soins critiques adultes	
	SI d'hématologie	X
	SI de néphrologie	X
	SI respiratoire, SI hépato-gastro-entérologie, SI infectiologie	X
	SI SRPR	X
	Réanimation de recours et SR pédiatriques (<i>avis/soins particuliers ; affections rares et/ou complexe</i>)	X
	Réanimation et SI pédiatriques	X
	SI pédiatriques d'hématologie	X
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour enfants	X
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	DPN	
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	X
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	
	Enfant et adolescent de moins de dix-huit ans	
	Mention C	X
	Mention C	X
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	
	Mention C	X
Activité de radiologie interventionnelle	Mentions C et D	X
Équipements et matériels lourds	Caisson hyperbare	X

Article 6 : Liste de la zone d'implantation pour le niveau régional

Il est délimité par une zone unique couvrant l'ensemble de la région Grand Est.

Article 7 : Activités relevant du niveau de recours

Les activités de soins et les équipements lourds relevant du niveau régional sont précisés dans le tableau ci-après :

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone régionale
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques - adulte	Pancréas	X
	Rein-pancréas	X
	Foie	X
	Intestin	X
	Cœur	X
	Poumon	X
	Cœur-Poumon	X
	Cellules souches hématopoïétiques	X
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques - enfant	Rein	X
	Pancréas	X
	Rein-pancréas	X
	Foie	X
	Intestin	X
	Cœur	X
	Poumon	X
	Cœur-Poumon	X
	Cellules souches hématopoïétiques	X
Traitement des grands brûlés – adulte et enfant		X
Chirurgie cardiaque	Enfant	X
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Cardiopathies congénitales hors rythmologie – mention B	X
Neurochirurgie	Radiochirurgie stéréotaxique	X
Equipements et matériels lourds	Cyclotron	X

Article 7 : Consultation

Les zones du schéma régional de santé Grand Est 2023-2028 donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds peuvent être consultées sur le site de l'Agence régionale de santé du Grand Est, à l'adresse suivante : www.grand-est.ars.sante.fr

Article 8 : Effets

Le présent arrêté abroge et remplace l'arrêté n°ARS-DIRSTRAT-DG/2018/2101 du 18 juin 2018 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Grand Est, fixant les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds.

Article 9 : Publication

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Grand Est.

Article 10 : Recours

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nancy dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyen accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Fait à Nancy, le 3/10/2023

La Directrice Générale
de l'ARS Grand Est

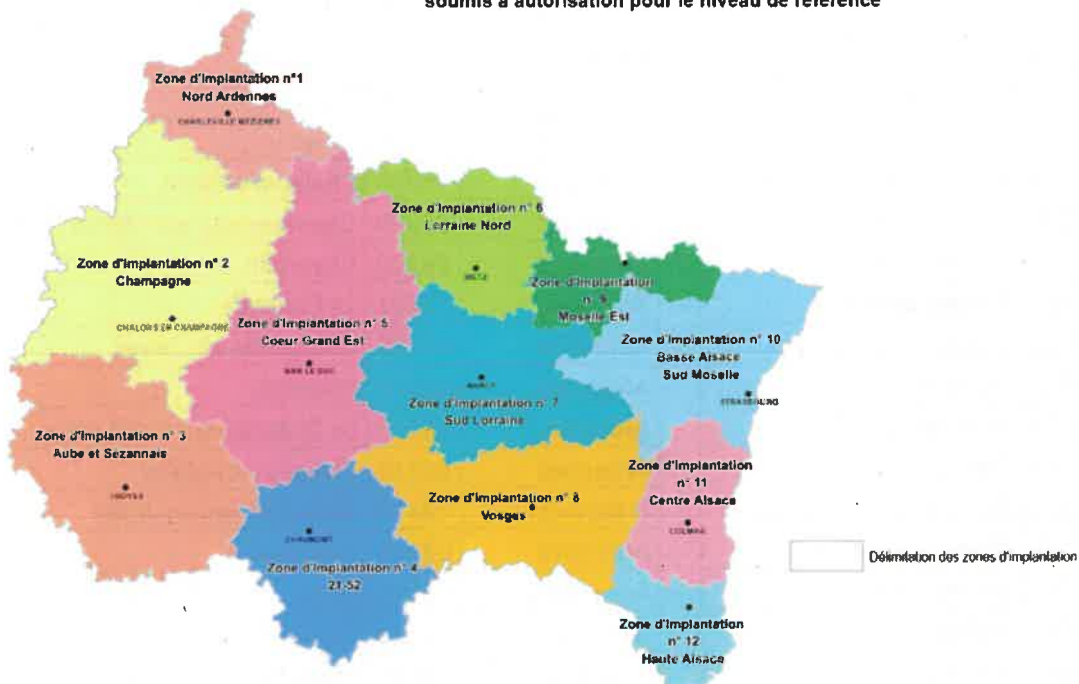


Virginie Gayré

Annexe 1 – Cartographie des zones relatives aux activités de soins de santé Grand Est et des équipements matériels lourds du schéma régional

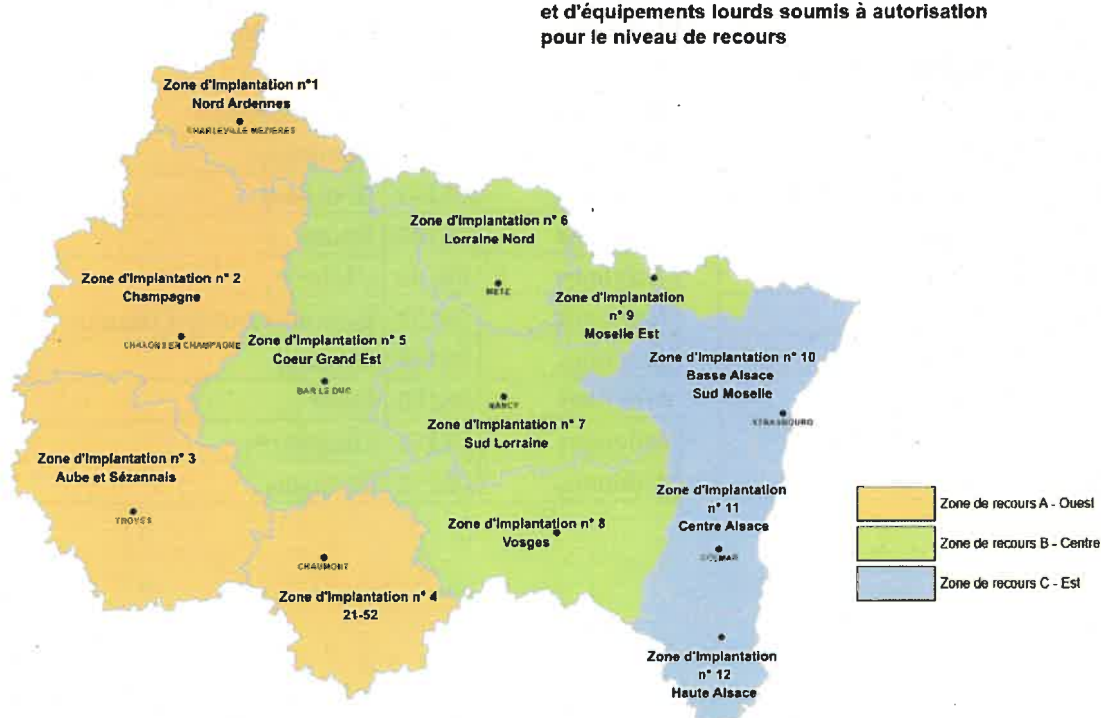
Délimitation des zones d'implantation de référence

Zones d'implantation relatives aux activités de soins et d'équipements lourds soumis à autorisation pour le niveau de référence



Délimitation des zones d'implantation de recours

Zonage relatif aux activités de soins et d'équipements lourds soumis à autorisation pour le niveau de recours



Délimitation de la zone d'implantation régional

Le périmètre géographique correspond à celui de la region Grand Est.

Annexe 2 – Liste des communes par zone d'implantation pour le niveau de référence

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08003	Aiglemont
Ardennes	08011	Anchamps
Ardennes	08013	Angecourt
Ardennes	08015	Anthy
Ardennes	08016	Aouste
Ardennes	08019	Les Grandes-Armoises
Ardennes	08020	Les Petites-Armoises
Ardennes	08022	Arreux
Ardennes	08023	Artaise-le-Vivier
Ardennes	08026	Aubigny-les-Pothées
Ardennes	08028	Aubrives
Ardennes	08029	Auflance
Ardennes	08030	Auge
Ardennes	08034	Autrecourt-et-Pourron
Ardennes	08037	Auvillers-les-Forges
Ardennes	08040	Les Ayvelles
Ardennes	08041	Baâlons
Ardennes	08043	Balan
Ardennes	08047	Barbaise
Ardennes	08053	Bazeilles
Ardennes	08055	Beaumont-en-Argonne
Ardennes	08058	Belval
Ardennes	08063	La Besace
Ardennes	08065	Bièvres
Ardennes	08067	Blagny
Ardennes	08069	Blanchefosse-et-Bay
Ardennes	08071	Blombay
Ardennes	08073	Bossus-lès-Rumigny
Ardennes	08076	Boulzicourt
Ardennes	08078	Bourg-Fidèle
Ardennes	08080	Bouvellemont
Ardennes	08081	Bogny-sur-Meuse
Ardennes	08083	Brévilly

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08087	Brognon
Ardennes	08088	Bulson
Ardennes	08090	Carignan
Ardennes	08094	Cernion
Ardennes	08095	Chagny
Ardennes	08096	Chalandry-Elaine
Ardennes	08099	Champigneul-sur-Vence
Ardennes	08100	Champlin
Ardennes	08101	La Chapelle
Ardennes	08105	Charleville-Mézières
Ardennes	08106	Charnois
Ardennes	08110	Le Châtelet-sur-Sormonne
Ardennes	08115	Chémery-Chéhéry
Ardennes	08116	Bairon et ses environs
Ardennes	08119	Cheveuges
Ardennes	08121	Chilly
Ardennes	08122	Chooz
Ardennes	08124	Clavy-Warby
Ardennes	08125	Ciron
Ardennes	08136	Daigny
Ardennes	08137	Damouzy
Ardennes	08138	Les Deux-Villes
Ardennes	08139	Deville
Ardennes	08140	Dom-le-Mesnil
Ardennes	08141	Dommercy
Ardennes	08142	Donchery
Ardennes	08145	Douzy
Ardennes	08149	L'Échelle
Ardennes	08153	Escombres-et-le-Chesnois
Ardennes	08154	Estrebay
Ardennes	08155	Étalle
Ardennes	08156	Éteignières
Ardennes	08158	Étrépy

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08159	Euilly-et-Lombut
Ardennes	08160	Évigny
Ardennes	08162	Fagnon
Ardennes	08166	Fépin
Ardennes	08167	La Férée
Ardennes	08168	La Ferté-sur-Chiers
Ardennes	08169	Flaignes-Havys
Ardennes	08170	Fleigneux
Ardennes	08172	Fligny
Ardennes	08173	Flize
Ardennes	08174	Floing
Ardennes	08175	Foischés
Ardennes	08179	Francheval
Ardennes	08180	La Francheville
Ardennes	08182	Le Fréty
Ardennes	08183	Fromelennes
Ardennes	08184	Fromy
Ardennes	08185	Fumay
Ardennes	08187	Gernelle
Ardennes	08188	Gespunsart
Ardennes	08189	Girondelle
Ardennes	08190	Givet
Ardennes	08191	Givonne
Ardennes	08194	Glaire
Ardennes	08199	La Grandville
Ardennes	08201	Gruyères
Ardennes	08202	Gué-d'Hossus
Ardennes	08203	Guignicourt-sur-Vence
Ardennes	08205	Hagnicourt
Ardennes	08206	Ham-les-Moines
Ardennes	08207	Ham-sur-Meuse
Ardennes	08208	Hannappes
Ardennes	08209	Hannogne-Saint-Martin

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08211	Haraucourt
Ardennes	08212	Harcy
Ardennes	08214	Hargnies
Ardennes	08216	Haudrecy
Ardennes	08217	Haulmé
Ardennes	08218	Les Hautes-Rivières
Ardennes	08222	Haybes
Ardennes	08223	Herbeuval
Ardennes	08226	Hierges
Ardennes	08228	La Horgne
Ardennes	08230	Houldizy
Ardennes	08232	Illy
Ardennes	08235	Issancourt-et-Rumel
Ardennes	08236	Jandun
Ardennes	08237	Joigny-sur-Meuse
Ardennes	08242	Laifour
Ardennes	08243	Lalobbe
Ardennes	08247	Landrichamps
Ardennes	08248	Launois-sur-Vence
Ardennes	08249	Laval-Morency
Ardennes	08251	Lépron-les-Vallées
Ardennes	08252	Létanne
Ardennes	08254	Liart
Ardennes	08255	Linay
Ardennes	08257	Logny-Bogny
Ardennes	08260	Lonny
Ardennes	08263	Lumes
Ardennes	08268	Maisoncelle-et-Villers
Ardennes	08269	Malandry
Ardennes	08272	Maranwez
Ardennes	08273	Marby
Ardennes	08275	Margny
Ardennes	08276	Margut

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08277	Marlemont
Ardennes	08278	Marquigny
Ardennes	08281	Matton-et-Clémency
Ardennes	08282	Maubert-Fontaine
Ardennes	08283	Mazerny
Ardennes	08284	Les Mazures
Ardennes	08289	Messincourt
Ardennes	08291	Mogues
Ardennes	08293	Moiry
Ardennes	08294	La Moncelle
Ardennes	08295	Mondigny
Ardennes	08297	Montcornet
Ardennes	08298	Montcy-Notre-Dame
Ardennes	08300	Le Mont-Dieu
Ardennes	08301	Montgon
Ardennes	08302	Monthermé
Ardennes	08304	Montigny-sur-Meuse
Ardennes	08305	Montigny-sur-Vence
Ardennes	08311	Mouzon
Ardennes	08312	Murtin-et-Bogny
Ardennes	08315	Neufmaison
Ardennes	08316	Neufmanil
Ardennes	08317	La Neuville-à-Maire
Ardennes	08318	La Neuville-aux-Joûtes
Ardennes	08319	Neuville-lez-Beaulieu
Ardennes	08322	Neuville-lès-This
Ardennes	08324	Neuvizy
Ardennes	08327	Nouvion-sur-Meuse
Ardennes	08328	Nouzonville
Ardennes	08331	Noyers-Pont-Maugis
Ardennes	08334	Omicourt
Ardennes	08335	Omont
Ardennes	08336	Osnes

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08334	Omicourt
Ardennes	08335	Omont
Ardennes	08336	Osnes
Ardennes	08341	Poix-Terron
Ardennes	08342	Pouru-aux-Bois
Ardennes	08343	Pouru-Saint-Remy
Ardennes	08344	Prez
Ardennes	08346	Prix-lès-Mézières
Ardennes	08347	Puilly-et-Charbeaux
Ardennes	08349	Pure
Ardennes	08352	Raillicourt
Ardennes	08353	Rancennes
Ardennes	08354	Raucourt-et-Flaba
Ardennes	08355	Regniowez
Ardennes	08357	Remilly-Aillicourt
Ardennes	08358	Remilly-les-Pothées
Ardennes	08361	Renwez
Ardennes	08363	Revin
Ardennes	08365	Rimogne
Ardennes	08367	Rocroi
Ardennes	08370	Rouvroy-sur-Audry
Ardennes	08373	Rumigny
Ardennes	08375	Sachy
Ardennes	08376	Sailly
Ardennes	08377	Saint-Aignan
Ardennes	08385	Saint-Laurent
Ardennes	08388	Saint-Marceau
Ardennes	08389	Saint-Marcel
Ardennes	08391	Saint-Menges
Ardennes	08395	Saint-Pierre-sur-Vence
Ardennes	08399	Sapogne-sur-Marche
Ardennes	08400	Sapogne-et-Feuchères
Ardennes	08405	Sauville

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08408	Sécheval
Ardennes	08409	Sedan
Ardennes	08417	Sévigny-la-Forêt
Ardennes	08419	Signy-l'Abbaye
Ardennes	08420	Signy-le-Petit
Ardennes	08421	Signy-Montlibert
Ardennes	08422	Singly
Ardennes	08429	Sormonne
Ardennes	08430	Stonne
Ardennes	08432	Sury
Ardennes	08434	Sy
Ardennes	08436	Taillette
Ardennes	08439	Tannay
Ardennes	08440	Tarzy
Ardennes	08444	Tétaigne
Ardennes	08445	Thelonne
Ardennes	08448	Thilay
Ardennes	08449	Thin-le-Moutier
Ardennes	08450	This
Ardennes	08454	Toulligny
Ardennes	08456	Tournavaux
Ardennes	08457	Tournes
Ardennes	08459	Tremblois-lès-Carignan
Ardennes	08460	Tremblois-lès-Rocroi

Zone de référence n°1 « Nord Ardennes »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08466	Vaux-lès-Mouzon
Ardennes	08468	Vaux-Villaine
Ardennes	08469	Vendresse
Ardennes	08471	Verrières
Ardennes	08477	Villers-devant-Mouzon
Ardennes	08478	Villers-le-Tilleul
Ardennes	08479	Villers-le-Tourneur
Ardennes	08480	Villers-Semeuse
Ardennes	08481	Villers-sur-Bar
Ardennes	08482	Villers-sur-le-Mont
Ardennes	08483	Ville-sur-Lumes
Ardennes	08485	Villy
Ardennes	08486	Vireux-Molhain
Ardennes	08487	Vireux-Wallerand
Ardennes	08488	Vivier-au-Court
Ardennes	08491	Vrigne aux Bois
Ardennes	08492	Vrigne-Meuse
Ardennes	08494	Wadelincourt
Ardennes	08497	Warcq
Ardennes	08498	Warnécourt
Ardennes	08501	Williers
Ardennes	08502	Yoncq
Ardennes	08503	Yvernaumont

Zone de référence n°2 « Champagne »

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08001	Acy-Romance
Ardennes	08004	Aire
Ardennes	08005	Alincourt
Ardennes	08006	Alland'Huy-et-Sausseuil
Ardennes	08008	Amagne
Ardennes	08010	Ambly-Fleury
Ardennes	08014	Annelles
Ardennes	08017	Apremont
Ardennes	08018	Ardeuil-et-Montfauvelles
Ardennes	08021	Arnicourt
Ardennes	08024	Asfeld
Ardennes	08025	Attigny
Ardennes	08027	Auboncourt-Vauzelles
Ardennes	08031	Aure
Ardennes	08032	Aussoince
Ardennes	08033	Authe
Ardennes	08035	Autruche
Ardennes	08036	Autry
Ardennes	08038	Avançon
Ardennes	08039	Avaux
Ardennes	08044	Balham
Ardennes	08045	Ballay
Ardennes	08046	Banogne-Recouvrance
Ardennes	08048	Barby
Ardennes	08049	Bar-lès-Buzancy
Ardennes	08052	Bayonville
Ardennes	08056	Beffu-et-le-Morthomme
Ardennes	08057	Belleville-et-Châtillon-sur-Bar
Ardennes	08059	Belval-Bois-des-Dames
Ardennes	08060	Bergnicourt
Ardennes	08061	La Berlière
Ardennes	08062	Bertoncourt
Ardennes	08064	Biermes
Ardennes	08066	Bignicourt

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08070	Blanzay-la-Salonnaise
Ardennes	08074	Bouconville
Ardennes	08075	Boult-aux-Bois
Ardennes	08077	Bourcq
Ardennes	08082	Brécy-Brières
Ardennes	08084	Brienne-sur-Aisne
Ardennes	08085	Briulles-sur-Bar
Ardennes	08086	Briquenay
Ardennes	08089	Buzancy
Ardennes	08092	Cauroy
Ardennes	08097	Challerange
Ardennes	08098	Champigneulle
Ardennes	08102	Chappes
Ardennes	08103	Charbogne
Ardennes	08104	Chardeny
Ardennes	08107	Château-Porcien
Ardennes	08109	Chatel-Chéhéry
Ardennes	08111	Le Châtelet-sur-Retourne
Ardennes	08113	Chaumont-Porcien
Ardennes	08117	Chesnois-Auboncourt
Ardennes	08120	Chevières
Ardennes	08123	Chuffilly-Roche
Ardennes	08126	Condé-lès-Herpy
Ardennes	08128	Condé-lès-Autry
Ardennes	08130	Contreuve
Ardennes	08131	Cornay
Ardennes	08132	Corny-Machéroménil
Ardennes	08133	Coucy
Ardennes	08134	Coulommès-et-Marqueny
Ardennes	08135	La Croix-aux-Bois
Ardennes	08143	Doumely-Bégnny
Ardennes	08144	Doux
Ardennes	08146	Draize
Ardennes	08147	Dricourt

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08148	L'Écaille
Ardennes	08150	Écly
Ardennes	08151	Écordal
Ardennes	08161	Exermont
Ardennes	08163	Faissault
Ardennes	08164	Falaise
Ardennes	08165	Faux
Ardennes	08171	Fléville
Ardennes	08176	Fossé
Ardennes	08178	Fraillcourt
Ardennes	08186	Germont
Ardennes	08192	Givron
Ardennes	08193	Givry
Ardennes	08195	Gomont
Ardennes	08196	Grandchamp
Ardennes	08197	Grandham
Ardennes	08198	Grandpré
Ardennes	08200	Grivy-Loisy
Ardennes	08204	Guincourt
Ardennes	08210	Hannogne-Saint-Rémy
Ardennes	08215	Harricourt
Ardennes	08219	Hauteville
Ardennes	08220	Hauviné
Ardennes	08225	Herpy-l'Arlésienne
Ardennes	08229	Houdilcourt
Ardennes	08233	Imécourt
Ardennes	08234	Inaumont
Ardennes	08238	Jonval
Ardennes	08239	Juniville
Ardennes	08240	Justine-Herbigny
Ardennes	08244	Lametz
Ardennes	08245	Lançon
Ardennes	08246	Landres-et-Saint-Georges
Ardennes	08250	Leffincourt

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08256	Liry
Ardennes	08259	Longwé
Ardennes	08262	Lucquy
Ardennes	08264	Machault
Ardennes	08271	Manre
Ardennes	08274	Marcq
Ardennes	08279	Mars-sous-Bourcq
Ardennes	08280	Marvaux-Vieux
Ardennes	08286	Ménil-Annelles
Ardennes	08287	Ménil-Lépinos
Ardennes	08288	Mesmont
Ardennes	08296	Montcheutin
Ardennes	08303	Monthois
Ardennes	08306	Mont-Laurent
Ardennes	08307	Montmeillant
Ardennes	08308	Mont-Saint-Martin
Ardennes	08309	Mont-Saint-Remy
Ardennes	08310	Mouron
Ardennes	08313	Nanteuil-sur-Aisne
Ardennes	08314	Neuflize
Ardennes	08320	La Neuville-en-Tourne-à-Fuy
Ardennes	08321	Neuville-Day
Ardennes	08323	La Neuville-lès-Wasigny
Ardennes	08325	Noirval
Ardennes	08326	Nouart
Ardennes	08329	Novion-Porcien
Ardennes	08330	Novy-Chevrières
Ardennes	08332	Oches
Ardennes	08333	Olizy-Primat
Ardennes	08338	Pavres
Ardennes	08339	Perthes
Ardennes	08340	Poilcourt-Sydney
Ardennes	08348	Puiseux
Ardennes	08350	Quatre-Champs

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08351	Quilly
Ardennes	08356	Remaucourt
Ardennes	08360	Renneville
Ardennes	08362	Rethel
Ardennes	08364	Rilly-sur-Aisne
Ardennes	08366	Rocquigny
Ardennes	08368	Roizy
Ardennes	08369	La Romagne
Ardennes	08372	Rubigny
Ardennes	08374	La Sabotterie
Ardennes	08378	Saint-Clément-à-Arnes
Ardennes	08379	Saint-Étienne-à-Arnes
Ardennes	08380	Saint-Fergeux
Ardennes	08381	Saint-Germainmont
Ardennes	08382	Saint-Jean-aux-Bois
Ardennes	08383	Saint-Juvin
Ardennes	08384	Saint-Lambert-et-Mont-de-Jeux
Ardennes	08386	Saint-Loup-en-Champagne
Ardennes	08387	Saint-Loup-Terrier
Ardennes	08390	Sainte-Marie
Ardennes	08392	Saint-Morel
Ardennes	08393	Saint-Pierre-à-Arnes
Ardennes	08394	Saint-Pierremont
Ardennes	08396	Saint-Quentin-le-Petit
Ardennes	08397	Saint-Remy-le-Petit
Ardennes	08398	Sainte-Vaubourg
Ardennes	08401	Saulces-Champenoises
Ardennes	08402	Saulces-Monclin
Ardennes	08403	Sault-lès-Rethel
Ardennes	08404	Sault-Saint-Remy
Ardennes	08406	Savigny-sur-Aisne
Ardennes	08407	Séchault
Ardennes	08410	Semide
Ardennes	08411	Semuy

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08412	Senuc
Ardennes	08413	Seraincourt
Ardennes	08415	Sery
Ardennes	08416	Seuil
Ardennes	08418	Sévigny-Waleppe
Ardennes	08424	Sommauthe
Ardennes	08425	Sommerance
Ardennes	08426	Son
Ardennes	08427	Sorbon
Ardennes	08428	Sorcy-Bauthémont
Ardennes	08431	Sugny
Ardennes	08433	Suzanne
Ardennes	08435	Tagnon
Ardennes	08437	Tailly
Ardennes	08438	Taizy
Ardennes	08446	Thénorgues
Ardennes	08451	Le Thour
Ardennes	08452	Thugny-Trugny
Ardennes	08453	Toges
Ardennes	08455	Tourcelles-Chaumont
Ardennes	08458	Tourteron
Ardennes	08461	Vandy
Ardennes	08462	Vaux-Champagne
Ardennes	08463	Vaux-en-Dieulet
Ardennes	08464	Vaux-lès-Mouron
Ardennes	08465	Vaux-lès-Rubigny
Ardennes	08467	Vaux-Montreuil
Ardennes	08470	Verpel
Ardennes	08472	Viel-Saint-Remy
Ardennes	08473	Vieux-lès-Asfeld
Ardennes	08476	Villers-devant-le-Thour
Ardennes	08484	Ville-sur-Retourne
Ardennes	08489	Voncq
Ardennes	08490	Vouziers

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Ardennes	08496	Wagnon
Ardennes	08499	Wasigny
Ardennes	08500	Wignicourt
Marne	51001	Ablancourt
Marne	51002	Saint-Martin-d'Ablois
Marne	51003	Aigny
Marne	51007	Ambonnay
Marne	51012	Anthenay
Marne	51013	Aouigny
Marne	51014	Arcis-le-Ponsart
Marne	51015	Argers
Marne	51018	Athis
Marne	51019	Aubérive
Marne	51020	Aubilly
Marne	51022	Aulnay-l'Aître
Marne	51023	Aulnay-sur-Marne
Marne	51025	Auménancourt
Marne	51027	Auve
Marne	51028	Avenay-Val-d'Or
Marne	51029	Avize
Marne	51030	Aÿ-Champagne
Marne	51031	Baconnes
Marne	51033	Le Baizil
Marne	51034	Bannay
Marne	51037	Baslieux-lès-Fismes
Marne	51038	Baslieux-sous-Châtillon
Marne	51042	Baye
Marne	51043	Bazancourt
Marne	51044	Beaumont-sur-Vesle
Marne	51045	Beaunay
Marne	51046	Beine-Nauroy
Marne	51048	Belval-sous-Châtillon
Marne	51049	Bergères-lès-Vertus
Marne	51050	Bergères-sous-Montmirail

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Marne	51051	Berméricourt
Marne	51052	Berru
Marne	51053	Berzieux
Marne	51054	Bétheniville
Marne	51055	Bétheny
Marne	51058	Bezannes
Marne	51061	Billy-le-Grand
Marne	51062	Binarville
Marne	51063	Binson-et-Orquigny
Marne	51069	Bligny
Marne	51070	Boissy-le-Repos
Marne	51072	Bouilly
Marne	51073	Bouleuse
Marne	51074	Boult-sur-Suippe
Marne	51075	Bourgogne-Fresne
Marne	51076	Boursault
Marne	51077	Bouvancourt
Marne	51078	Bouy
Marne	51079	Bouzy
Marne	51081	Branscourt
Marne	51082	Braux-Sainte-Cohière
Marne	51083	Braux-Saint-Remy
Marne	51084	Bréban
Marne	51085	Le Breuil
Marne	51086	Breuil-sur-Vesle
Marne	51087	Breuvy-sur-Coole
Marne	51088	Brimont
Marne	51089	Brouillet
Marne	51093	Brugny-Vaudancourt
Marne	51097	Bussy-le-Château
Marne	51099	Bussy-Lettrée
Marne	51100	La Caure
Marne	51101	Caurel
Marne	51102	Cauroy-lès-Hermonville

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Marne	51104	Cernay-en-Dormois
Marne	51105	Cernay-lès-Reims
Marne	51106	Cernon
Marne	51107	Chaintrix-Bierges
Marne	51108	Châlons-en-Champagne
Marne	51109	Châlons-sur-Vesle
Marne	51110	Chaltrait
Marne	51111	Chambrecy
Marne	51112	Chamery
Marne	51113	Champaubert
Marne	51115	Champfleury
Marne	51117	Champigneul-Champagne
Marne	51118	Champigny
Marne	51119	Champillon
Marne	51120	Champlat-et-Boujacourt
Marne	51121	Champvoisy
Marne	51126	La Chapelle-Felcourt
Marne	51128	La Chapelle-sous-Orbais
Marne	51136	Châtillon-sur-Marne
Marne	51138	Châtrices
Marne	51139	Chaudefontaine
Marne	51140	Chaumuzy
Marne	51141	La Chaussée-sur-Marne
Marne	51142	Chavot-Courcourt
Marne	51143	Le Chemin
Marne	51145	Chenay
Marne	51146	Cheniers
Marne	51147	La Cheppe
Marne	51148	Cheppes-la-Prairie
Marne	51149	Chepy
Marne	51150	Cherville
Marne	51152	Chigny-les-Roses
Marne	51153	Chouilly
Marne	51154	Clamanges

Zone de référence n°2 « Champagne »		
Département	Code	Commune
Marne	51157	Coizard-Joches
Marne	51158	Val-des-Marais
Marne	51160	Compertrix
Marne	51161	Condé-sur-Marne
Marne	51163	Congy
Marne	51167	Coole
Marne	51168	Coolus
Marne	51169	Corbeil
Marne	51170	Corfélix
Marne	51171	Cormicy
Marne	51172	Cormontreuil
Marne	51173	Cormoyeux
Marne	51174	Corribert
Marne	51175	Corrobert
Marne	51177	Coulommès-la-Montagne
Marne	51178	Coupetz
Marne	51179	Coupéville
Marne	51181	Courcelles-Sapicourt
Marne	51183	Courcy
Marne	51186	Courjeonnet
Marne	51187	Courlondon
Marne	51188	Courmas
Marne	51190	Courtagnon
Marne	51191	Courtémont
Marne	51192	Courthiézy
Marne	51193	Courtisols
Marne	51194	Courville
Marne	51196	Cramant
Marne	51197	La Croix-en-Champagne
Marne	51198	Crugny
Marne	51199	Cuchery
Marne	51200	Cuis
Marne	51201	Cuisles
Marne	51202	Cumières

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10002	Ailleville
Aube	10003	Aix-Villemaur-Pâlis
Aube	10004	Allibaudières
Aube	10005	Amance
Aube	10006	Arcis-sur-Aube
Aube	10007	Arconville
Aube	10008	Argançon
Aube	10009	Arrelles
Aube	10010	Arrembécourt
Aube	10011	Arrentières
Aube	10012	Arsonval
Aube	10013	Assenay
Aube	10014	Assencières
Aube	10015	Aubeterre
Aube	10017	Aulnay
Aube	10018	Auxon
Aube	10019	Val-d'Auzon
Aube	10020	Avant-lès-Marcilly
Aube	10021	Avant-lès-Ramerupt
Aube	10022	Avirey-Lingey
Aube	10023	Avon-la-Pèze
Aube	10024	Avreuil
Aube	10025	Bagneux-la-Fosse
Aube	10026	Bailly-le-Franc
Aube	10027	Balignicourt
Aube	10028	Balnot-la-Grange
Aube	10029	Balnot-sur-Laignes
Aube	10030	Barberey-Saint-Sulpice
Aube	10031	Barbuise
Aube	10032	Baroville
Aube	10033	Bar-sur-Aube
Aube	10034	Bar-sur-Seine
Aube	10037	Bercenay-en-Othe
Aube	10038	Bercenay-le-Hayer

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10039	Bergères
Aube	10040	Bernon
Aube	10041	Bertignolles
Aube	10042	Bérulle
Aube	10043	Bessy
Aube	10044	Bétignicourt
Aube	10045	Beurey
Aube	10046	Blaincourt-sur-Aube
Aube	10047	Blignicourt
Aube	10048	Bligny
Aube	10049	Les Bordes-Aumont
Aube	10050	Bossancourt
Aube	10051	Bouilly
Aube	10052	Boulages
Aube	10053	Bouranton
Aube	10054	Bourdenay
Aube	10055	Bourguignons
Aube	10056	Bouy-Luxembourg
Aube	10057	Bouy-sur-Orvin
Aube	10058	Bragelogne-Beauvoir
Aube	10059	Braux
Aube	10060	Bréviandes
Aube	10061	Brévonnes
Aube	10062	Briel-sur-Barse
Aube	10063	Brienne-la-Vieille
Aube	10064	Brienne-le-Château
Aube	10065	Brillecourt
Aube	10066	Bucey-en-Othe
Aube	10067	Buchères
Aube	10068	Buxeuil
Aube	10069	Buxières-sur-Arce
Aube	10070	Celles-sur-Ource
Aube	10071	Chacenay
Aube	10072	La Chaise

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10073	Chalette-sur-Voire
Aube	10074	Chamoy
Aube	10075	Champfleury
Aube	10076	Champignol-lez-Mondeville
Aube	10077	Champigny-sur-Aube
Aube	10078	Champ-sur-Barse
Aube	10079	Channes
Aube	10080	Chaource
Aube	10081	La Chapelle-Saint-Luc
Aube	10082	Chapelle-Vallon
Aube	10083	Chappes
Aube	10084	Charmont-sous-Barbuise
Aube	10085	Charmoy
Aube	10086	Charny-le-Bachot
Aube	10087	Chaserey
Aube	10089	Châtres
Aube	10090	Chauchigny
Aube	10091	Chaudrey
Aube	10092	Chauffour-lès-Bailly
Aube	10093	Chaumesnil
Aube	10094	Chavanges
Aube	10095	Le Chêne
Aube	10096	Chennegy
Aube	10097	Chervey
Aube	10098	Chesley
Aube	10099	Chessy-les-Prés
Aube	10100	Clérey
Aube	10101	Coclois
Aube	10102	Colombé-la-Fosse
Aube	10103	Colombé-le-Sec
Aube	10104	Cormost
Aube	10105	Courcelles-sur-Voire
Aube	10106	Courceroy
Aube	10107	Coursan-en-Othe

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10108	Courtaout
Aube	10109	Courtenot
Aube	10110	Courteranges
Aube	10111	Courteron
Aube	10112	Coussegrey
Aube	10113	Couvignon
Aube	10114	Crancey
Aube	10115	Creney-près-Troyes
Aube	10116	Crésantignes
Aube	10117	Crespy-le-Neuf
Aube	10118	Les Croûtes
Aube	10119	Cunfin
Aube	10120	Cussangy
Aube	10121	Dampierre
Aube	10122	Davrey
Aube	10123	Dienville
Aube	10124	Dierrey-Saint-Julien
Aube	10125	Dierrey-Saint-Pierre
Aube	10126	Dolancourt
Aube	10127	Dommartin-le-Coq
Aube	10128	Donnement
Aube	10129	Dosches
Aube	10130	Dosnon
Aube	10131	Droupt-Saint-Basle
Aube	10132	Droupt-Sainte-Marie
Aube	10133	Eaux-Puiseaux
Aube	10134	Échemines
Aube	10135	Éclance
Aube	10136	Éguilly-sous-Bois
Aube	10137	Engente
Aube	10138	Épagne
Aube	10139	Épothémont
Aube	10140	Ervy-le-Châtel
Aube	10141	Essoyes

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10142	Estissac
Aube	10143	Étourvy
Aube	10144	Étrelles-sur-Aube
Aube	10145	Faux-Villecerf
Aube	10146	Fay-lès-Marcilly
Aube	10147	Fays-la-Chapelle
Aube	10148	Ferreux-Quincey
Aube	10149	Feuges
Aube	10150	Fontaine
Aube	10151	Fontaine-les-Grès
Aube	10153	Fontaine-Mâcon
Aube	10154	Fontenay-de-Bossery
Aube	10155	Fontette
Aube	10156	Fontvannes
Aube	10157	La Fosse-Corduan
Aube	10158	Fouchères
Aube	10159	Fralignes
Aube	10160	Fravaux
Aube	10161	Fresnay
Aube	10162	Fresnoy-le-Château
Aube	10163	Fuligny
Aube	10164	Gélannes
Aube	10165	Géraudot
Aube	10166	Les Grandes-Chapelles
Aube	10167	Grandville
Aube	10168	Les Granges
Aube	10169	Gumery
Aube	10170	Gyé-sur-Seine
Aube	10171	Hampigny
Aube	10172	Herbisse
Aube	10173	Isle-Aumont
Aube	10174	Isle-Aubigny
Aube	10175	Jasseines
Aube	10176	Jaucourt

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10177	Javernant
Aube	10178	Jessains
Aube	10179	Jeugny
Aube	10180	Joncreuil
Aube	10181	Jully-sur-Sarce
Aube	10183	Juvanzé
Aube	10184	Juzanvigny
Aube	10185	Lagesse
Aube	10186	Laines-aux-Bois
Aube	10187	Landreville
Aube	10188	Lantages
Aube	10189	Lassicourt
Aube	10190	Laubressel
Aube	10191	Lavau
Aube	10192	Lentilles
Aube	10193	Lesmont
Aube	10194	Lévigny
Aube	10195	Lhuître
Aube	10196	Lignières
Aube	10197	Lignol-le-Château
Aube	10198	Lirey
Aube	10199	Loches-sur-Ource
Aube	10200	La Loge-aux-Chèvres
Aube	10201	La Loge-Pomblin
Aube	10202	Les Loges-Margueron
Aube	10204	Longeville-sur-Mogne
Aube	10205	Longpré-le-Sec
Aube	10206	Longsols
Aube	10207	Longueville-sur-Aube
Aube	10208	La Louptière-Thénard
Aube	10209	Lusigny-sur-Barse
Aube	10210	Luyères
Aube	10211	Macey
Aube	10212	Machy

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10213	Magnant
Aube	10214	Magnicourt
Aube	10215	Magny-Fouchard
Aube	10216	Mailly-le-Camp
Aube	10217	Maison-des-Champs
Aube	10218	Maisons-lès-Chaource
Aube	10219	Maisons-lès-Soulaines
Aube	10220	Maizières-la-Grande-Paroisse
Aube	10221	Maizières-lès-Brienne
Aube	10222	Maraye-en-Othe
Aube	10223	Marcilly-le-Hayer
Aube	10224	Marigny-le-Châtel
Aube	10225	Marnay-sur-Seine
Aube	10226	Marolles-lès-Bailly
Aube	10227	Marolles-sous-Lignièrès
Aube	10228	Mathaux
Aube	10229	Maupas
Aube	10230	Mergey
Aube	10231	Le Mériot
Aube	10232	Merrey-sur-Arce
Aube	10233	Méry-sur-Seine
Aube	10234	Mesgrigny
Aube	10235	Mesnil-la-Comtesse
Aube	10236	Mesnil-Lettre
Aube	10237	Mesnil-Saint-Loup
Aube	10238	Mesnil-Saint-Père
Aube	10239	Mesnil-Sellières
Aube	10240	Messon
Aube	10241	Metz-Robert
Aube	10242	Meurville
Aube	10243	Molins-sur-Aube
Aube	10245	Montaulin
Aube	10246	Montceaux-lès-Vaudes
Aube	10247	Montfey

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10248	Montgueux
Aube	10249	Montiéramey
Aube	10250	Montier-en-l'Isle
Aube	10251	Montigny-les-Monts
Aube	10252	Montmartin-le-Haut
Aube	10253	Montmorency-Beaufort
Aube	10254	Montpothier
Aube	10255	Montreuil-sur-Barse
Aube	10256	Montsuzain
Aube	10257	Morembert
Aube	10258	Morvilliers
Aube	10259	La Motte-Tilly
Aube	10260	Moussey
Aube	10261	Mussy-sur-Seine
Aube	10262	Neuville-sur-Seine
Aube	10263	Neuville-sur-Vanne
Aube	10264	Noé-les-Mallets
Aube	10265	Les Noës-près-Troyes
Aube	10266	Nogent-en-Othe
Aube	10267	Nogent-sur-Aube
Aube	10268	Nogent-sur-Seine
Aube	10269	Nozay
Aube	10270	Onjon
Aube	10271	Origny-le-Sec
Aube	10272	Ormes
Aube	10273	Ortillon
Aube	10274	Orvilliers-Saint-Julien
Aube	10275	Ossey-les-Trois-Maisons
Aube	10276	Paisy-Cosdon
Aube	10278	Pargues
Aube	10279	Pars-lès-Chavanges
Aube	10280	Pars-lès-Romilly
Aube	10281	Le Pavillon-Sainte-Julie
Aube	10282	Payns

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10283	Pel-et-Der
Aube	10284	Périgny-la-Rose
Aube	10285	Perthes-lès-Brienne
Aube	10286	Petit-Mesnil
Aube	10287	Piney
Aube	10288	Plaines-Saint-Lange
Aube	10289	Plancy-l'Abbaye
Aube	10290	Planty
Aube	10291	Plessis-Barbuise
Aube	10293	Poivres
Aube	10294	Poligny
Aube	10295	Polisot
Aube	10296	Polisy
Aube	10297	Pont-Sainte-Marie
Aube	10298	Pont-sur-Seine
Aube	10299	Pouan-les-Vallées
Aube	10300	Pougy
Aube	10301	Pouy-sur-Vannes
Aube	10302	Praslin
Aube	10303	Précý-Notre-Dame
Aube	10304	Précý-Saint-Martin
Aube	10305	Prémierfait
Aube	10306	Proverville
Aube	10307	Prugny
Aube	10308	Prunay-Belleville
Aube	10309	Prusy
Aube	10310	Puits-et-Nuisement
Aube	10312	Racines
Aube	10313	Radonvilliers
Aube	10314	Ramerupt
Aube	10315	Rances
Aube	10316	Rhèges
Aube	10317	Les Riceys
Aube	10318	Rigny-la-Nonneuse

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10319	Rigny-le-Ferron
Aube	10320	Rilly-Sainte-Syre
Aube	10321	La Rivière-de-Corps
Aube	10323	Romilly-sur-Seine
Aube	10324	Roncenay
Aube	10325	Rosières-près-Troyes
Aube	10326	Rosnay-l'Hôpital
Aube	10327	La Rothière
Aube	10328	Rouilly-Sacey
Aube	10329	Rouilly-Saint-Loup
Aube	10330	Rouvres-les-Vignes
Aube	10331	Rumilly-lès-Vaudes
Aube	10332	Ruvigny
Aube	10333	Saint-André-les-Vergers
Aube	10334	Saint-Aubin
Aube	10335	Saint-Benoist-sur-Vanne
Aube	10336	Saint-Benoît-sur-Seine
Aube	10337	Saint-Christophe-Dodinicourt
Aube	10338	Saint-Étienne-sous-Barbuise
Aube	10339	Saint-Flavy
Aube	10340	Saint-Germain
Aube	10341	Saint-Hilaire-sous-Romilly
Aube	10342	Saint-Jean-de-Bonneval
Aube	10343	Saint-Julien-les-Villas
Aube	10344	Saint-Léger-près-Troyes
Aube	10345	Saint-Léger-sous-Brienne
Aube	10346	Saint-Léger-sous-Margerie
Aube	10347	Saint-Loup-de-Bufferigny
Aube	10348	Saint-Lupien
Aube	10349	Saint-Lyé
Aube	10350	Saint-Mards-en-Othe
Aube	10351	Saint-Martin-de-Bossenay
Aube	10352	Sainte-Maure
Aube	10353	Saint-Mesmin

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10354	Saint-Nabord-sur-Aube
Aube	10355	Saint-Nicolas-la-Chapelle
Aube	10356	Saint-Oulph
Aube	10357	Saint-Parres-aux-Tertres
Aube	10358	Saint-Parres-lès-Vaudes
Aube	10359	Saint-Phal
Aube	10360	Saint-Pouange
Aube	10361	Saint-Remy-sous-Barbuise
Aube	10362	Sainte-Savine
Aube	10363	Saint-Thibault
Aube	10364	Saint-Usage
Aube	10365	Salon
Aube	10366	Saulcy
Aube	10367	La Saulsotte
Aube	10368	Savières
Aube	10369	Semoine
Aube	10370	Soligny-les-Étangs
Aube	10371	Sommeval
Aube	10372	Soulaines-Dhuys
Aube	10373	Souligny
Aube	10374	Spoy
Aube	10375	Thennelières
Aube	10376	Thieffrain
Aube	10377	Thil
Aube	10378	Thors
Aube	10379	Torcy-le-Grand
Aube	10380	Torcy-le-Petit
Aube	10381	Torvilliers
Aube	10382	Traînel
Aube	10383	Trancault
Aube	10384	Trannes
Aube	10386	Trouans
Aube	10387	Troyes
Aube	10388	Turgy

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10389	Unienville
Aube	10390	Urville
Aube	10391	Vailly
Aube	10392	Vallant-Saint-Georges
Aube	10393	Vallentigny
Aube	10394	Vallières
Aube	10395	Vanlay
Aube	10396	Vauchassis
Aube	10397	Vauchonvilliers
Aube	10398	Vaucogne
Aube	10399	Vaudes
Aube	10400	Vaupoisson
Aube	10401	Vendeuvre-sur-Barse
Aube	10402	La Vendue-Mignot
Aube	10403	Vernonvilliers
Aube	10404	Verpillières-sur-Ource
Aube	10405	Verricourt
Aube	10406	Verrières
Aube	10408	Viâpres-le-Petit
Aube	10409	Villacerf
Aube	10410	Villadin
Aube	10411	La Ville-aux-Bois
Aube	10412	Villechétif
Aube	10414	Villeloup
Aube	10416	Villemereuil
Aube	10417	Villemoiron-en-Othe
Aube	10418	Villemorien
Aube	10419	Villemoyenne
Aube	10420	Villenauxe-la-Grande
Aube	10421	La Villeneuve-au-Châtelot
Aube	10422	Villeneuve-au-Chemin
Aube	10423	La Villeneuve-au-Chêne
Aube	10424	Villeret
Aube	10425	Villery

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Aube	10427	Ville-sur-Arce
Aube	10428	Ville-sur-Terre
Aube	10429	Villette-sur-Aube
Aube	10430	Villiers-Herbisse
Aube	10431	Villiers-le-Bois
Aube	10432	Villiers-sous-Praslin
Aube	10433	Villy-en-Trodes
Aube	10434	Villy-le-Bois
Aube	10435	Villy-le-Maréchal
Aube	10436	Vinets
Aube	10437	Virey-sous-Bar
Aube	10438	Vitry-le-Croisé
Aube	10439	Viviers-sur-Artaut
Aube	10440	Voigny
Aube	10441	Vosnon
Aube	10442	Voué
Aube	10443	Vougrey
Aube	10444	Vulaines
Aube	10445	Yèvres-le-Petit
Marne	51004	Allemanche-Launay-et-Soyer
Marne	51005	Allemant
Marne	51009	Anglure
Marne	51010	Angluzelles-et-Courcelles
Marne	51032	Bagneux
Marne	51035	Bannes
Marne	51036	Barbonne-Fayel
Marne	51041	Baudement
Marne	51056	Bethon
Marne	51071	Bouchy-Saint-Genest
Marne	51090	Broussy-le-Grand
Marne	51091	Broussy-le-Petit
Marne	51092	Broyes
Marne	51103	La Celle-sous-Chantemerle
Marne	51116	Champguyon

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »		
Département	Code	Commune
Marne	51124	Chantemerle
Marne	51127	La Chapelle-Lasson
Marne	51129	Charleville
Marne	51137	Châtillon-sur-Morin
Marne	51151	Chichey
Marne	51155	Clesles
Marne	51162	Conflans-sur-Seine
Marne	51164	Connantray-Vaufrey
Marne	51165	Connantre
Marne	51176	Corroy
Marne	51182	Courcemain
Marne	51185	Courgivaux
Marne	51226	Écury-le-Repos
Marne	51233	Escardes
Marne	51234	Esclavolles-Lurey
Marne	51235	Les Essarts-lès-Sézanne
Marne	51236	Les Essarts-le-Vicomte
Marne	51237	Esternay
Marne	51241	Euvy
Marne	51243	Faux-Fresnay
Marne	51248	Fère-Champenoise
Marne	51254	Fontaine-Denis-Nuisy
Marne	51258	La Forestière
Marne	51265	Gaye
Marne	51276	Gourgançon
Marne	51279	Granges-sur-Aube
Marne	51306	Joiselle
Marne	51313	Lachy
Marne	51319	Lenharrée
Marne	51323	Linthelles
Marne	51324	Linthés
Marne	51343	Marcilly-sur-Seine
Marne	51351	Marigny
Marne	51353	Marsangis

Zone de référence n°3 « Aube et Sézannais »

Département	Code	Commune
Marne	51360	Le Meix-Saint-Epoing
Marne	51369	Mœurs-Verdey
Marne	51374	Mondement-Montgivroux
Marne	51376	Montgenost
Marne	51395	Nesle-la-Reposte
Marne	51402	Neuvy
Marne	51407	La Noue
Marne	51412	Ognes
Marne	51421	Oyes
Marne	51426	Péas
Marne	51432	Pleurs
Marne	51443	Potangis
Marne	51451	Queudes
Marne	51458	Reuves
Marne	51459	Réveillon
Marne	51473	Saint-Bon
Marne	51492	Saint-Just-Sauvage
Marne	51495	Saint-Loup
Marne	51511	Saint-Quentin-le-Verger
Marne	51514	Saint-Remy-sous-Broyes
Marne	51516	Saint-Saturnin
Marne	51524	Saron-sur-Aube
Marne	51526	Saudoy
Marne	51535	Sézanne
Marne	51542	Soizy-aux-Bois
Marne	51565	Thaas
Marne	51625	Villeneuve-la-Lionne
Marne	51626	La Villeneuve-lès-Charleville
Marne	51628	Villeneuve-Saint-Vistre-et-Villevotte
Marne	51642	Villiers-aux-Corneilles
Marne	51645	Vindey
Marne	51652	Vouarces

Zone de référence n°4 « 21-52 »

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Aube	10035	Bayel
Aube	10182	Juvancourt
Aube	10203	Longchamp-sur-Aujon
Aube	10426	Ville-sous-la-Ferté
Haute-Marne	52001	Ageville
Haute-Marne	52002	Aigremont
Haute-Marne	52003	Aillianville
Haute-Marne	52005	Aizanville
Haute-Marne	52008	Andelot-Blancheville
Haute-Marne	52009	Andilly-en-Bassigny
Haute-Marne	52011	Annéville-la-Prairie
Haute-Marne	52013	Anrosey
Haute-Marne	52014	Aprey
Haute-Marne	52015	Arbigny-sous-Varennnes
Haute-Marne	52016	Arbot
Haute-Marne	52017	Arc-en-Barrois
Haute-Marne	52022	Aubepierre-sur-Aube
Haute-Marne	52023	Auberive
Haute-Marne	52025	Audeloncourt
Haute-Marne	52027	Aujeurres
Haute-Marne	52028	Aulnoy-sur-Aube
Haute-Marne	52031	Autreville-sur-la-Renne
Haute-Marne	52033	Avrecourt
Haute-Marne	52035	Baissey
Haute-Marne	52037	Bannes
Haute-Marne	52038	Bassoncourt
Haute-Marne	52040	Bay-sur-Aube
Haute-Marne	52042	Beauchemin
Haute-Marne	52043	Belmont
Haute-Marne	52044	Roches-Bettaincourt
Haute-Marne	52050	Biesles
Haute-Marne	52051	Bize
Haute-Marne	52053	Blaisy
Haute-Marne	52056	Blessonville

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52058	Bologne
Haute-Marne	52059	Bonnecourt
Haute-Marne	52060	Bourbonne-les-Bains
Haute-Marne	52061	Bourdons-sur-Rognon
Haute-Marne	52062	Bourg
Haute-Marne	52063	Bourg-Sainte-Marie
Haute-Marne	52064	Bourmont-entre-Meuse-et-Mouzon
Haute-Marne	52067	Brainville-sur-Meuse
Haute-Marne	52069	Braux-le-Châtel
Haute-Marne	52070	Brennes
Haute-Marne	52072	Brethenay
Haute-Marne	52074	Breuvannes-en-Bassigny
Haute-Marne	52075	Briaucourt
Haute-Marne	52076	Bricon
Haute-Marne	52082	Bugnières
Haute-Marne	52083	Champsevraine
Haute-Marne	52084	Busson
Haute-Marne	52085	Buxières-lès-Clefmont
Haute-Marne	52087	Buxières-lès-Villiers
Haute-Marne	52089	Celles-en-Bassigny
Haute-Marne	52090	Celsoy
Haute-Marne	52091	Cerisières
Haute-Marne	52092	Chalancey
Haute-Marne	52093	Chalindrey
Haute-Marne	52094	Vals-des-Tilles
Haute-Marne	52095	Chalvraines
Haute-Marne	52097	Chambroncourt
Haute-Marne	52101	Champigneulles-en-Bassigny
Haute-Marne	52102	Champigny-lès-Langres
Haute-Marne	52103	Champigny-sous-Varennnes
Haute-Marne	52105	Changey
Haute-Marne	52106	Chanoy
Haute-Marne	52107	Chantraines
Haute-Marne	52108	Charmes

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52113	Chassigny
Haute-Marne	52114	Châteauvillain
Haute-Marne	52115	Chatenay-Mâcheron
Haute-Marne	52116	Chatenay-Vaudin
Haute-Marne	52119	Chaudenay
Haute-Marne	52120	Chauffourt
Haute-Marne	52121	Chaumont
Haute-Marne	52122	Chaumont-la-Ville
Haute-Marne	52124	Chézeaux
Haute-Marne	52125	Chamarandes-Choignes
Haute-Marne	52126	Choilley-Dardenay
Haute-Marne	52127	Choiseul
Haute-Marne	52128	Cirey-lès-Mareilles
Haute-Marne	52130	Cirfontaines-en-Azois
Haute-Marne	52132	Clefmont
Haute-Marne	52133	Clinchamp
Haute-Marne	52134	Cohons
Haute-Marne	52135	Coiffy-le-Bas
Haute-Marne	52136	Coiffy-le-Haut
Haute-Marne	52137	Colmier-le-Bas
Haute-Marne	52138	Colmier-le-Haut
Haute-Marne	52140	Colombey les Deux Églises
Haute-Marne	52141	Condes
Haute-Marne	52142	Consigny
Haute-Marne	52145	Coublanc
Haute-Marne	52146	Coupray
Haute-Marne	52147	Courcelles-en-Montagne
Haute-Marne	52151	Cour-l'Évêque
Haute-Marne	52155	Culmont
Haute-Marne	52157	Curmont
Haute-Marne	52158	Cusey
Haute-Marne	52159	Cuves
Haute-Marne	52161	Daillecourt
Haute-Marne	52162	Dammartin-sur-Meuse

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52163	Dampierre
Haute-Marne	52164	Damrémont
Haute-Marne	52165	Dancevoir
Haute-Marne	52167	Darmannes
Haute-Marne	52168	Dinteville
Haute-Marne	52170	Dommarien
Haute-Marne	52173	Domremy-Landéville
Haute-Marne	52174	Doncourt-sur-Meuse
Haute-Marne	52177	Doulaincourt-Saucourt
Haute-Marne	52183	Ecot-la-Combe
Haute-Marne	52185	Enfonvelle
Haute-Marne	52189	Le Val-d'Esnoms
Haute-Marne	52190	Esnouveaux
Haute-Marne	52193	Euffigneix
Haute-Marne	52195	Farincourt
Haute-Marne	52196	Faverolles
Haute-Marne	52197	Fayl-Billot
Haute-Marne	52200	Flagey
Haute-Marne	52204	Forcey
Haute-Marne	52205	Foulain
Haute-Marne	52207	Frécourt
Haute-Marne	52208	Fresnes-sur-Apance
Haute-Marne	52211	Froncles
Haute-Marne	52213	Genevrières
Haute-Marne	52214	La Genevroye
Haute-Marne	52216	Germaines
Haute-Marne	52217	Germainvilliers
Haute-Marne	52220	Giey-sur-Aujon
Haute-Marne	52221	Gillancourt
Haute-Marne	52223	Gilley
Haute-Marne	52227	Graffigny-Chemin
Haute-Marne	52228	Grandchamp
Haute-Marne	52229	Grenant
Haute-Marne	52230	Gudmont-Villiers

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52232	Guindrecourt-sur-Blaise
Haute-Marne	52233	Guyonville
Haute-Marne	52234	Hâcourt
Haute-Marne	52237	Harréville-les-Chanteurs
Haute-Marne	52240	Heuilley-le-Grand
Haute-Marne	52242	Haute-Amance
Haute-Marne	52243	Huilliécourt
Haute-Marne	52245	Humberville
Haute-Marne	52246	Humes-Jorquenay
Haute-Marne	52247	Illoud
Haute-Marne	52248	Is-en-Bassigny
Haute-Marne	52249	Isômes
Haute-Marne	52251	Jonchery
Haute-Marne	52253	Juzennecourt
Haute-Marne	52254	Lachapelle-en-Blaisy
Haute-Marne	52256	Lafauche
Haute-Marne	52257	Laferté-sur-Amance
Haute-Marne	52258	Laferté-sur-Aube
Haute-Marne	52260	Lamancine
Haute-Marne	52264	Laneuvelle
Haute-Marne	52269	Langres
Haute-Marne	52271	Lanques-sur-Rognon
Haute-Marne	52272	Lanty-sur-Aube
Haute-Marne	52273	Larivière-Arnoncourt
Haute-Marne	52274	Latrecey-Ormoy-sur-Aube
Haute-Marne	52275	Lavernoy
Haute-Marne	52276	Laville-aux-Bois
Haute-Marne	52277	Lavilleneuve
Haute-Marne	52278	Lavilleneuve-au-Roi
Haute-Marne	52280	Lecey
Haute-Marne	52282	Leffonds
Haute-Marne	52285	Leuchey
Haute-Marne	52286	Leurville
Haute-Marne	52287	Levécourt

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52289	Liffol-le-Petit
Haute-Marne	52290	Les Loges
Haute-Marne	52291	Longchamp
Haute-Marne	52292	Longeau-Percey
Haute-Marne	52295	Louvières
Haute-Marne	52297	Luzy-sur-Marne
Haute-Marne	52298	Maâtz
Haute-Marne	52301	Maisoncelles
Haute-Marne	52303	Maizières-sur-Amance
Haute-Marne	52304	Malaincourt-sur-Meuse
Haute-Marne	52305	Mandres-la-Côte
Haute-Marne	52306	Manois
Haute-Marne	52307	Marac
Haute-Marne	52308	Maranville
Haute-Marne	52310	Marbéville
Haute-Marne	52311	Marcilly-en-Bassigny
Haute-Marne	52312	Mardor
Haute-Marne	52313	Mareilles
Haute-Marne	52315	Marnay-sur-Marne
Haute-Marne	52318	Melay
Haute-Marne	52319	Menneveux
Haute-Marne	52320	Merrey
Haute-Marne	52322	Meures
Haute-Marne	52325	Millières
Haute-Marne	52326	Mirbel
Haute-Marne	52328	Montcharvot
Haute-Marne	52330	Montheries
Haute-Marne	52332	Val-de-Meuse
Haute-Marne	52335	Montot-sur-Rognon
Haute-Marne	52342	Morionvilliers
Haute-Marne	52344	Mouillon
Haute-Marne	52348	Neuilly-l'Évêque
Haute-Marne	52349	Neuilly-sur-Suize
Haute-Marne	52350	Neuville-lès-Voisey

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52352	Ninville
Haute-Marne	52353	Nogent
Haute-Marne	52354	Noidant-Chatenoy
Haute-Marne	52355	Noidant-le-Rocheux
Haute-Marne	52358	Noyers
Haute-Marne	52360	Occey
Haute-Marne	52362	Orbigny-au-Mont
Haute-Marne	52363	Orbigny-au-Val
Haute-Marne	52364	Orcevaux
Haute-Marne	52365	Orges
Haute-Marne	52366	Ormancey
Haute-Marne	52367	Ormoy-lès-Sexfontaines
Haute-Marne	52369	Orquevaux
Haute-Marne	52371	Oudincourt
Haute-Marne	52372	Outremécourt
Haute-Marne	52373	Ozières
Haute-Marne	52374	Le Pailly
Haute-Marne	52375	Palaiseul
Haute-Marne	52377	Parnoy-en-Bassigny
Haute-Marne	52380	Peigney
Haute-Marne	52383	Perrancey-les-Vieux-Moulins
Haute-Marne	52384	Perrogney-les-Fontaines
Haute-Marne	52385	Perrusse
Haute-Marne	52388	Pierremont-sur-Amance
Haute-Marne	52390	Pisseloup
Haute-Marne	52392	Plesnoy
Haute-Marne	52393	Poinsenot
Haute-Marne	52394	Poinson-lès-Fayl
Haute-Marne	52395	Poinson-lès-Grancey
Haute-Marne	52396	Poinson-lès-Nogent
Haute-Marne	52397	Poiseul
Haute-Marne	52399	Pont-la-Ville
Haute-Marne	52400	Le Châtelet-sur-Meuse
Haute-Marne	52401	Poulangy

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52403	Praslay
Haute-Marne	52405	Le Montsaigeonnais
Haute-Marne	52406	Pressigny
Haute-Marne	52407	Prez-sous-Lafauche
Haute-Marne	52415	Rançonnières
Haute-Marne	52416	Rangecourt
Haute-Marne	52362	Orbigny-au-Mont
Haute-Marne	52363	Orbigny-au-Val
Haute-Marne	52364	Orcevaux
Haute-Marne	52362	Orbigny-au-Mont
Haute-Marne	52363	Orbigny-au-Val
Haute-Marne	52364	Orcevaux
Haute-Marne	52365	Orges
Haute-Marne	52366	Ormancey
Haute-Marne	52367	Ormoy-lès-Sexfontaines
Haute-Marne	52369	Orquevaux
Haute-Marne	52371	Oudincourt
Haute-Marne	52372	Outremécourt
Haute-Marne	52373	Ozières
Haute-Marne	52374	Le Pailly
Haute-Marne	52375	Palaiseul
Haute-Marne	52377	Parnoy-en-Bassigny
Haute-Marne	52380	Peigney
Haute-Marne	52383	Perrancey-les-Vieux-Moulins
Haute-Marne	52384	Perrogney-les-Fontaines
Haute-Marne	52385	Perrusse
Haute-Marne	52388	Pierremont-sur-Amance
Haute-Marne	52390	Pisseloup
Haute-Marne	52392	Plesnoy
Haute-Marne	52393	Poinsenot
Haute-Marne	52394	Poinson-lès-Fayl
Haute-Marne	52395	Poinson-lès-Grancey
Haute-Marne	52396	Poinson-lès-Nogent
Haute-Marne	52397	Poiseul

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52399	Pont-la-Ville
Haute-Marne	52400	Le Châtelet-sur-Meuse
Haute-Marne	52401	Poulangy
Haute-Marne	52403	Praslay
Haute-Marne	52405	Le Montsaugéonnais
Haute-Marne	52406	Pressigny
Haute-Marne	52407	Prez-sous-Lafauche
Haute-Marne	52415	Rançonnières
Haute-Marne	52416	Rangecourt
Haute-Marne	52419	Rennepont
Haute-Marne	52420	Reynel
Haute-Marne	52421	Riaucourt
Haute-Marne	52422	Richebourg
Haute-Marne	52423	Rimaucourt
Haute-Marne	52424	Rivières-le-Bois
Haute-Marne	52425	Rivière-les-Fosses
Haute-Marne	52426	Rizaucourt-Buchey
Haute-Marne	52428	Rochefort-sur-la-Côte
Haute-Marne	52431	Rochetaillée
Haute-Marne	52432	Rolampont
Haute-Marne	52433	Romain-sur-Meuse
Haute-Marne	52436	Rouécourt
Haute-Marne	52437	Rouelles
Haute-Marne	52438	Rougeux
Haute-Marne	52439	Rouvres-sur-Aube
Haute-Marne	52444	Saint-Blin
Haute-Marne	52445	Saint-Broingt-le-Bois
Haute-Marne	52446	Saint-Broingt-les-Fosses
Haute-Marne	52447	Saint-Ciergues
Haute-Marne	52449	Saints-Geosmes
Haute-Marne	52450	Saint-Loup-sur-Aujon
Haute-Marne	52452	Saint-Martin-lès-Langres
Haute-Marne	52453	Saint-Maurice
Haute-Marne	52455	Saint-Thiébauld
Haute-Marne	52457	Saint-Vallier-sur-Marne

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52459	Sarcey
Haute-Marne	52461	Sarrey
Haute-Marne	52464	Saulles
Haute-Marne	52465	Saulxures
Haute-Marne	52467	Savigny
Haute-Marne	52468	Semilly
Haute-Marne	52469	Semoutiers-Montsaon
Haute-Marne	52470	Serqueux
Haute-Marne	52472	Sexfontaines
Haute-Marne	52473	Signéville
Haute-Marne	52474	Silvarouvres
Haute-Marne	52476	Sommerécourt
Haute-Marne	52480	Soncourt-sur-Marne
Haute-Marne	52482	Soulaucourt-sur-Mouzon
Haute-Marne	52483	Soyers
Haute-Marne	52486	Ternat
Haute-Marne	52488	Thivet
Haute-Marne	52489	Thol-lès-Millières
Haute-Marne	52492	Torcenay
Haute-Marne	52493	Tornay
Haute-Marne	52494	Treix
Haute-Marne	52499	Vaillant
Haute-Marne	52503	Valleroy
Haute-Marne	52504	Varennes-sur-Amance
Haute-Marne	52505	Vaudrecourt
Haute-Marne	52506	Vaudrémont
Haute-Marne	52507	Vauxbons
Haute-Marne	52513	Velles
Haute-Marne	52514	Verbiesles
Haute-Marne	52515	Verseilles-le-Bas
Haute-Marne	52516	Verseilles-le-Haut
Haute-Marne	52517	Vesaignes-sous-Lafauche
Haute-Marne	52518	Vesaignes-sur-Marne
Haute-Marne	52519	Vesvres-sous-Chalancey
Haute-Marne	52520	Vicq

Zone de référence n°4 « 21-52 »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52522	Viéville
Haute-Marne	52523	Vignes-la-Côte
Haute-Marne	52524	Vignory
Haute-Marne	52525	Villars-en-Azois
Haute-Marne	52526	Villars-Santenoge
Haute-Marne	52529	Villegusien-le-Lac
Haute-Marne	52535	Villiers-le-Sec
Haute-Marne	52536	Villiers-lès-Aprey
Haute-Marne	52538	Villiers-sur-Suize
Haute-Marne	52539	Violot
Haute-Marne	52540	Vitry-en-Montagne
Haute-Marne	52541	Vitry-lès-Nogent
Haute-Marne	52542	Vivey
Haute-Marne	52544	Voisey
Haute-Marne	52545	Voisines
Haute-Marne	52546	Voncourt
Haute-Marne	52547	Vouécourt
Haute-Marne	52548	Vraincourt
Haute-Marne	52549	Vroncourt-la-Côte

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Marne	51006	Alliancelles
Marne	51008	Ambrières
Marne	51016	Arrigny
Marne	51017	Arzillières-Neuville
Marne	51039	Bassu
Marne	51040	Bassuet
Marne	51047	Belval-en-Argonne
Marne	51057	Bettancourt-la-Longue
Marne	51059	Bignicourt-sur-Marne
Marne	51060	Bignicourt-sur-Saulx
Marne	51065	Blacy
Marne	51066	Blaise-sous-Arzillières
Marne	51068	Blesme
Marne	51080	Brandonvillers
Marne	51094	Brusson
Marne	51095	Le Buisson
Marne	51098	Bussy-le-Repos
Marne	51122	Changy
Marne	51125	Chapelaine
Marne	51130	Charmont
Marne	51132	Les Charmontois
Marne	51133	Le Châtelier
Marne	51134	Châtelraould-Saint-Louvent
Marne	51135	Châtillon-sur-Broué
Marne	51144	Cheminon
Marne	51156	Cloyes-sur-Marne
Marne	51166	Contault
Marne	51184	Courdemanges
Marne	51195	Couvrot
Marne	51206	Dampierre-le-Château
Marne	51214	Dommartin-Varimont
Marne	51215	Dompremy
Marne	51218	Val-de-Vière
Marne	51219	Drosnay

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Marne	51220	Drouilly
Marne	51223	Écollemont
Marne	51224	Écriennes
Marne	51229	Épense
Marne	51240	Étrepy
Marne	51246	Favresse
Marne	51262	Frignicourt
Marne	51269	Giffaumont-Champaubert
Marne	51270	Gigny-Bussy
Marne	51272	Givry-en-Argonne
Marne	51275	Glannes
Marne	51277	Sainte-Marie-du-Lac-Nuisement
Marne	51284	Haussignémont
Marne	51286	Hauteville
Marne	51288	Heiltz-le-Hutier
Marne	51289	Heiltz-le-Maurupt
Marne	51290	Heiltz-l'Évêque
Marne	51295	Huiron
Marne	51300	Isle-sur-Marne
Marne	51311	Jussecourt-Minecourt
Marne	51315	Landricourt
Marne	51316	Larzicourt
Marne	51322	Lignon
Marne	51325	Lisse-en-Champagne
Marne	51328	Loisy-sur-Marne
Marne	51334	Luxémont-et-Villotte
Marne	51340	Maisons-en-Champagne
Marne	51349	Margerie-Hancourt
Marne	51352	Marolles
Marne	51356	Matignicourt-Goncourt
Marne	51358	Maurupt-le-Montois
Marne	51363	Merlaut
Marne	51373	Moncetz-l'Abbaye
Marne	51397	La Neuville-aux-Bois

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Marne	51404	Noirlieu
Marne	51406	Norrois
Marne	51417	Orconte
Marne	51419	Outines
Marne	51420	Outrepon
Marne	51423	Pargny-sur-Saulx
Marne	51433	Plichancourt
Marne	51441	Ponthion
Marne	51442	Possesse
Marne	51446	Pringy
Marne	51452	Rapsécourt
Marne	51455	Reims-la-Brûlée
Marne	51456	Remicourt
Marne	51463	Les Rivières-Henrue
Marne	51472	Saint-Amand-sur-Fion
Marne	51475	Saint-Chéron
Marne	51478	Saint-Eulien
Marne	51489	Saint-Jean-devant-Possesse
Marne	51496	Saint-Lumier-en-Champagne
Marne	51497	Saint-Lumier-la-Populeuse
Marne	51500	Saint-Mard-sur-le-Mont
Marne	51510	Saint-Quentin-les-Marais
Marne	51513	Saint-Remy-en-Bouzemont-Saint-Genest-et-Isson
Marne	51520	Saint-Utin
Marne	51521	Saint-Vrain
Marne	51522	Sapignicourt
Marne	51528	Scrupt
Marne	51531	Sermaize-les-Bains
Marne	51539	Sogny-en-l'Angle
Marne	51549	Somme-Yèvre
Marne	51551	Somsois
Marne	51557	Soulanges
Marne	51567	Thiéblemont-Farémont
Marne	51583	Trois-Fontaines-l'Abbaye

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Marne	51589	Vanault-le-Châtel
Marne	51590	Vanault-les-Dames
Marne	51598	Vauclerc
Marne	51601	Vavray-le-Grand
Marne	51602	Vavray-le-Petit
Marne	51608	Vernancourt
Marne	51619	Le Vieil-Dampierre
Marne	51635	Villers-le-Sec
Marne	51647	Vitry-en-Perthois
Marne	51649	Vitry-le-François
Marne	51654	Vouillers
Marne	51658	Vroil
Haute-Marne	52004	Aingoulaincourt
Haute-Marne	52006	Allichamps
Haute-Marne	52007	Ambonville
Haute-Marne	52012	Annonville
Haute-Marne	52019	Arnancourt
Haute-Marne	52021	Attancourt
Haute-Marne	52029	Autigny-le-Grand
Haute-Marne	52030	Autigny-le-Petit
Haute-Marne	52034	Bailly-aux-Forges
Haute-Marne	52039	Baudrecourt
Haute-Marne	52045	Bettancourt-la-Ferrée
Haute-Marne	52047	Beurville
Haute-Marne	52055	Blécourt
Haute-Marne	52057	Blumeray
Haute-Marne	52065	Bouzacourt
Haute-Marne	52066	Brachay
Haute-Marne	52079	Brousseval
Haute-Marne	52088	Ceffonds
Haute-Marne	52099	Chamouilley
Haute-Marne	52104	Chancenay
Haute-Marne	52109	Charmes-en-l'Angle
Haute-Marne	52110	Charmes-la-Grande

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52118	Chatonrupt-Sommermont
Haute-Marne	52123	Chevillon
Haute-Marne	52129	Cirey-sur-Blaise
Haute-Marne	52131	Cirfontaines-en-Ornois
Haute-Marne	52149	Courcelles-sur-Blaise
Haute-Marne	52156	Curel
Haute-Marne	52160	Daillancourt
Haute-Marne	52169	Domblain
Haute-Marne	52171	Dommartin-le-Franc
Haute-Marne	52172	Dommartin-le-Saint-Père
Haute-Marne	52175	Donjeux
Haute-Marne	52178	Doulevant-le-Château
Haute-Marne	52179	Doulevant-le-Petit
Haute-Marne	52181	Échenay
Haute-Marne	52182	Éclaron-Braucourt-Sainte-Livière
Haute-Marne	52184	Effincourt
Haute-Marne	52187	Épizon
Haute-Marne	52194	Eurville-Bienville
Haute-Marne	52198	Fays
Haute-Marne	52199	Ferrière-et-Lafolie
Haute-Marne	52201	Flammerécourt
Haute-Marne	52203	Fontaines-sur-Marne
Haute-Marne	52206	Frapas
Haute-Marne	52212	Fronville
Haute-Marne	52218	Germay
Haute-Marne	52219	Germisay
Haute-Marne	52222	Gillaumé
Haute-Marne	52231	Guindrecourt-aux-Ormes
Haute-Marne	52235	Hallignicourt
Haute-Marne	52244	Humbécourt
Haute-Marne	52250	Joinville
Haute-Marne	52265	Bayard-sur-Marne
Haute-Marne	52266	Laneuville-à-Rémy
Haute-Marne	52267	Laneuville-au-Pont

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52284	Leschères-sur-le-Blaiseron
Haute-Marne	52288	Lezéville
Haute-Marne	52294	Louvemont
Haute-Marne	52300	Magneux
Haute-Marne	52302	Maizières
Haute-Marne	52316	Mathons
Haute-Marne	52321	Mertrud
Haute-Marne	52327	Moëslains
Haute-Marne	52331	La Porte du Der
Haute-Marne	52336	Montreuil-sur-Blaise
Haute-Marne	52337	Montreuil-sur-Thonnance
Haute-Marne	52341	Morancourt
Haute-Marne	52346	Mussey-sur-Marne
Haute-Marne	52347	Narcy
Haute-Marne	52356	Nomécourt
Haute-Marne	52357	Noncourt-sur-le-Rongeant
Haute-Marne	52359	Nully
Haute-Marne	52370	Osne-le-Val
Haute-Marne	52376	Pansey
Haute-Marne	52378	Paroy-sur-Saulx
Haute-Marne	52386	Perthes
Haute-Marne	52391	Planrupt
Haute-Marne	52398	Poissons
Haute-Marne	52411	Rives Dervoises
Haute-Marne	52413	Rachecourt-Suzémont
Haute-Marne	52414	Rachecourt-sur-Marne
Haute-Marne	52429	Roches-sur-Marne
Haute-Marne	52440	Rouvroy-sur-Marne
Haute-Marne	52442	Rupt
Haute-Marne	52443	Sailly
Haute-Marne	52448	Saint-Dizier
Haute-Marne	52456	Saint-Urbain-Maconcourt
Haute-Marne	52463	Saudron
Haute-Marne	52475	Sommancourt

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Haute-Marne	52479	Sommevoire
Haute-Marne	52484	Suzannecourt
Haute-Marne	52487	Thilleux
Haute-Marne	52490	Thonnance-lès-Joinville
Haute-Marne	52491	Thonnance-les-Moulins
Haute-Marne	52495	Trémilly
Haute-Marne	52497	Troisfontaines-la-Ville
Haute-Marne	52500	Valcourt
Haute-Marne	52502	Valleret
Haute-Marne	52510	Vaux-sur-Blaise
Haute-Marne	52511	Vaux-sur-Saint-Urbain
Haute-Marne	52512	Vecqueville
Haute-Marne	52528	Ville-en-Blaisois
Haute-Marne	52534	Villiers-en-Lieu
Haute-Marne	52543	Voillecomte
Haute-Marne	52550	Wassy
Meuse	55001	Abainville
Meuse	55002	Abaucourt-Hautecourt
Meuse	55004	Aincreville
Meuse	55005	Amanty
Meuse	55007	Ambly-sur-Meuse
Meuse	55008	Amel-sur-l'Étang
Meuse	55009	Ancemont
Meuse	55010	Ancerville
Meuse	55011	Andernay
Meuse	55012	Apremont-la-Forêt
Meuse	55013	Arrancy-sur-Crusnes
Meuse	55014	Aubréville
Meuse	55015	Aulnois-en-Perthois
Meuse	55017	Autrécourt-sur-Aire
Meuse	55018	Autréville-Saint-Lambert
Meuse	55021	Avillers-Sainte-Croix
Meuse	55022	Avioth
Meuse	55023	Avocourt

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55024	Azannes-et-Soumazannes
Meuse	55025	Baâlon
Meuse	55026	Badonvilliers-Gérauvilliers
Meuse	55027	Bannoncourt
Meuse	55028	Bantheville
Meuse	55029	Bar-le-Duc
Meuse	55031	Baudonvilliers
Meuse	55032	Baudrémont
Meuse	55033	Baulny
Meuse	55034	Bazeilles-sur-Othain
Meuse	55035	Bazincourt-sur-Saulx
Meuse	55036	Beauchclair
Meuse	55037	Beaufort-en-Argonne
Meuse	55038	Beaulieu-en-Argonne
Meuse	55039	Beaumont-en-Verdunois
Meuse	55040	Beausite
Meuse	55041	Behonne
Meuse	55042	Belleray
Meuse	55043	Belleville-sur-Meuse
Meuse	55044	Belrain
Meuse	55045	Belrupt-en-Verdunois
Meuse	55046	Beney-en-Woëvre
Meuse	55047	Béthelainville
Meuse	55048	Béthincourt
Meuse	55049	Beurey-sur-Saulx
Meuse	55050	Bezonvaux
Meuse	55051	Biencourt-sur-Orge
Meuse	55053	Billy-sous-Mangiennes
Meuse	55054	Bislée
Meuse	55055	Blanzée
Meuse	55057	Boinville-en-Woëvre
Meuse	55059	Bonnet
Meuse	55060	Bonzée
Meuse	55061	Le Bouchon-sur-Saulx

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55062	Bouconville-sur-Madt
Meuse	55063	Boulogny
Meuse	55064	Bouquemont
Meuse	55065	Boureuilles
Meuse	55067	Boviolles
Meuse	55068	Brabant-en-Argonne
Meuse	55069	Brabant-le-Roi
Meuse	55070	Brabant-sur-Meuse
Meuse	55071	Brandeville
Meuse	55072	Braquis
Meuse	55073	Bras-sur-Meuse
Meuse	55075	Brauvilliers
Meuse	55076	Bréhéville
Meuse	55077	Breux
Meuse	55078	Briouilles-sur-Meuse
Meuse	55079	Brillon-en-Barrois
Meuse	55081	Brizeaux
Meuse	55082	Brocourt-en-Argonne
Meuse	55083	Brouennes
Meuse	55087	Bure
Meuse	55093	Buxières-sous-les-Côtes
Meuse	55094	Buzy-Darmont
Meuse	55095	Cesse
Meuse	55096	Chaillon
Meuse	55099	Champneuville
Meuse	55101	Chardogne
Meuse	55102	Charny-sur-Meuse
Meuse	55103	Charpentry
Meuse	55104	Chassey-Beaupré
Meuse	55105	Châtillon-sous-les-Côtes
Meuse	55106	Chattancourt
Meuse	55107	Chaumont-devant-Damvillers
Meuse	55108	Chaumont-sur-Aire
Meuse	55109	Chauvency-le-Château

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55110	Chauvency-Saint-Hubert
Meuse	55111	Chauvencourt
Meuse	55113	Cheppy
Meuse	55115	Cierges-sous-Montfaucon
Meuse	55116	Le Claon
Meuse	55117	Clermont-en-Argonne
Meuse	55118	Cléry-le-Grand
Meuse	55119	Cléry-le-Petit
Meuse	55120	Combles-en-Barrois
Meuse	55121	Combres-sous-les-Côtes
Meuse	55123	Les Hauts-de-Chée
Meuse	55124	Consenvoye
Meuse	55125	Contrisson
Meuse	55127	Courcelles-en-Barrois
Meuse	55128	Courcelles-sur-Aire
Meuse	55129	Courouvre
Meuse	55132	Cousances-les-Forges
Meuse	55133	Couvertpuis
Meuse	55134	Couvonges
Meuse	55137	Cuisy
Meuse	55138	Culey
Meuse	55139	Cumières-le-Mort-Homme
Meuse	55140	Cunel
Meuse	55141	Dagonville
Meuse	55142	Dainville-Bertheléville
Meuse	55143	Damloup
Meuse	55144	Dammarie-sur-Saulx
Meuse	55145	Damvillers
Meuse	55146	Dannevoux
Meuse	55148	Delouze-Rosières
Meuse	55149	Delut
Meuse	55150	Demange-Baudignécourt
Meuse	55153	Dieppe-sous-Douaumont
Meuse	55154	Dieue-sur-Meuse

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55155	Dombasle-en-Argonne
Meuse	55156	Dombras
Meuse	55157	Dommartin-la-Montagne
Meuse	55158	Dommary-Baroncourt
Meuse	55159	Dompcevrin
Meuse	55160	Dompierre-aux-Bois
Meuse	55162	Domremy-la-Canne
Meuse	55163	Doncourt-aux-Templiers
Meuse	55165	Doulcon
Meuse	55166	Dugny-sur-Meuse
Meuse	55167	Dun-sur-Meuse
Meuse	55168	Duzey
Meuse	55169	Écouvies
Meuse	55170	Écurey-en-Verdunois
Meuse	55171	Eix
Meuse	55172	Les Éparges
Meuse	55174	Épinonville
Meuse	55175	Érize-la-Brûlée
Meuse	55177	Érize-la-Petite
Meuse	55178	Érize-Saint-Dizier
Meuse	55179	Erneville-aux-Bois
Meuse	55180	Esnes-en-Argonne
Meuse	55181	Étain
Meuse	55182	Éton
Meuse	55183	Étraye
Meuse	55185	Èvres
Meuse	55186	Fains-Véel
Meuse	55188	Flassigny
Meuse	55189	Fleury-devant-Douaumont
Meuse	55191	Foameix-Ornel
Meuse	55192	Fontaines-Saint-Clair
Meuse	55193	Forges-sur-Meuse
Meuse	55194	Foucaucourt-sur-Thabas
Meuse	55195	Fouchères-aux-Bois

« Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55197	Fresnes-au-Mont
Meuse	55198	Fresnes-en-Woëvre
Meuse	55199	Froidos
Meuse	55200	Fromeréville-les-Vallons
Meuse	55201	Fromezey
Meuse	55202	Futeau
Meuse	55204	Génicourt-sur-Meuse
Meuse	55206	Gercourt-et-Drillancourt
Meuse	55207	Géry
Meuse	55208	Gesnes-en-Argonne
Meuse	55210	Gimécourt
Meuse	55211	Gincrey
Meuse	55214	Givrauval
Meuse	55215	Gondrecourt-le-Château
Meuse	55216	Gouraincourt
Meuse	55218	Gremilly
Meuse	55219	Grimaucourt-en-Woëvre
Meuse	55220	Grimaucourt-près-Sampigny
Meuse	55221	Guerpont
Meuse	55222	Gussainville
Meuse	55224	Haironville
Meuse	55225	Halles-sous-les-Côtes
Meuse	55226	Han-lès-Juvigny
Meuse	55228	Hannonville-sous-les-Côtes
Meuse	55229	Han-sur-Meuse
Meuse	55232	Harville
Meuse	55236	Haudainville
Meuse	55237	Haudiomont
Meuse	55239	Haumont-près-Samogneux
Meuse	55241	Heippes
Meuse	55242	Hennemont
Meuse	55243	Herbeuville
Meuse	55244	Herméville-en-Woëvre
Meuse	55245	Heudicourt-sous-les-Côtes

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55246	Héville
Meuse	55247	Horville-en-Ornois
Meuse	55248	Houdelaincourt
Meuse	55250	Inor
Meuse	55251	Ippécourt
Meuse	55252	Iré-le-Sec
Meuse	55253	Les Islettes
Meuse	55254	Les Trois-Domaines
Meuse	55255	Jametz
Meuse	55256	Jonville-en-Woëvre
Meuse	55257	Jouy-en-Argonne
Meuse	55260	Julvécourt
Meuse	55261	Juvigny-en-Perthois
Meuse	55262	Juvigny-sur-Loison
Meuse	55263	Kœur-la-Grande
Meuse	55264	Kœur-la-Petite
Meuse	55265	Labeuville
Meuse	55266	Lachalade
Meuse	55267	Lachaussée
Meuse	55268	Lacroix-sur-Meuse
Meuse	55269	Lahaymeix
Meuse	55270	Lahayville
Meuse	55271	Laheycourt
Meuse	55272	Laimont
Meuse	55274	Lamorville
Meuse	55275	Lamouilly
Meuse	55276	Landrecourt-Lempire
Meuse	55279	Laneuville-sur-Meuse
Meuse	55280	Lanhères
Meuse	55281	Latour-en-Woëvre
Meuse	55282	Lavallée
Meuse	55284	Lavincourt
Meuse	55285	Lavoye
Meuse	55286	Lemmes

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55289	Levoncourt
Meuse	55290	Lignières-sur-Aire
Meuse	55291	Ligny-en-Barrois
Meuse	55292	Liny-devant-Dun
Meuse	55293	Lion-devant-Dun
Meuse	55295	Lisle-en-Barrois
Meuse	55296	L'Isle-en-Rigault
Meuse	55297	Lissey
Meuse	55298	Loisey
Meuse	55299	Loison
Meuse	55300	Longeaux
Meuse	55301	Longchamps-sur-Aire
Meuse	55302	Longeville-en-Barrois
Meuse	55303	Loupmont
Meuse	55304	Louppy-le-Château
Meuse	55306	Louppy-sur-Loison
Meuse	55307	Louvemont-Côte-du-Poivre
Meuse	55310	Luzy-Saint-Martin
Meuse	55311	Maizeray
Meuse	55312	Maizey
Meuse	55313	Malancourt
Meuse	55315	Mandres-en-Barrois
Meuse	55316	Mangiennes
Meuse	55317	Manheulles
Meuse	55320	Marchéville-en-Woëvre
Meuse	55321	Marre
Meuse	55323	Martincourt-sur-Meuse
Meuse	55324	Marville
Meuse	55325	Maucourt-sur-Orne
Meuse	55326	Maulan
Meuse	55329	Mécrin
Meuse	55332	Menaucourt
Meuse	55333	Ménil-aux-Bois
Meuse	55335	Ménil-sur-Saulx

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55336	Merles-sur-Loison
Meuse	55338	Milly-sur-Bradon
Meuse	55339	Mogeville
Meuse	55340	Mognéville
Meuse	55341	Moirey-Flabas-Crépion
Meuse	55343	Montblainville
Meuse	55345	Mont-devant-Sassey
Meuse	55346	Montfaucon-d'Argonne
Meuse	55347	Les Monthairons
Meuse	55348	Montiers-sur-Saulx
Meuse	55349	Montigny-devant-Sassey
Meuse	55351	Montmédy
Meuse	55352	Montplonne
Meuse	55353	Montsec
Meuse	55355	Montzéville
Meuse	55356	Moranville
Meuse	55357	Morgemoulin
Meuse	55358	Chanteraine
Meuse	55359	Morley
Meuse	55360	Mouilly
Meuse	55361	Moulainville
Meuse	55362	Moulins-Saint-Hubert
Meuse	55363	Moulotte
Meuse	55364	Mouzay
Meuse	55365	Murvaux
Meuse	55366	Val-d'Ornain
Meuse	55367	Muzeray
Meuse	55369	Naives-Rosières
Meuse	55370	Naix-aux-Forges
Meuse	55371	Nançois-le-Grand
Meuse	55372	Nançois-sur-Ornain
Meuse	55373	Nant-le-Grand
Meuse	55374	Nant-le-Petit
Meuse	55375	Nantillois

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55376	Nantois
Meuse	55377	Nepvant
Meuse	55378	Nettancourt
Meuse	55379	Le Neufour
Meuse	55380	Neuville-en-Verdunois
Meuse	55382	Neuville-sur-Ornain
Meuse	55383	Neuvilly-en-Argonne
Meuse	55384	Nicey-sur-Aire
Meuse	55385	Nixéville-Blercourt
Meuse	55386	Nonsard-Lamarche
Meuse	55387	Nouillonpont
Meuse	55388	Noyers-Auzécourt
Meuse	55389	Nubécourt
Meuse	55391	Olizy-sur-Chiers
Meuse	55394	Ornes
Meuse	55395	Osches
Meuse	55399	Pareid
Meuse	55400	Parfondrupt
Meuse	55401	Les Paroches
Meuse	55403	Peuvillers
Meuse	55404	Pierrefitte-sur-Aire
Meuse	55405	Pillon
Meuse	55406	Pintheville
Meuse	55408	Pouilly-sur-Meuse
Meuse	55409	Pretz-en-Argonne
Meuse	55410	Quincy-Landzécourt
Meuse	55411	Rambluzin-et-Benoite-Vaux
Meuse	55412	Rambucourt
Meuse	55414	Rancourt-sur-Ornain
Meuse	55415	Ranzières
Meuse	55416	Rarécourt
Meuse	55419	Récicourt
Meuse	55420	Récourt-le-Creux
Meuse	55422	Regnéville-sur-Meuse

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55423	Rembercourt-Sommaisne
Meuse	55424	Remennecourt
Meuse	55425	Remoiville
Meuse	55426	Resson
Meuse	55427	Revigny-sur-Ornain
Meuse	55428	Réville-aux-Bois
Meuse	55429	Riaville
Meuse	55430	Ribeaucourt
Meuse	55431	Richécourt
Meuse	55435	Robert-Espagne
Meuse	55436	Les Roises
Meuse	55437	Romagne-sous-les-Côtes
Meuse	55438	Romagne-sous-Montfaucon
Meuse	55439	Ronvaux
Meuse	55442	Raival
Meuse	55443	Rouvres-en-Woëvre
Meuse	55444	Rouvrais-sur-Meuse
Meuse	55445	Rouvrais-sur-Othain
Meuse	55446	Rumont
Meuse	55447	Rupt-aux-Nonains
Meuse	55448	Rupt-devant-Saint-Mihiel
Meuse	55449	Rupt-en-Woëvre
Meuse	55450	Rupt-sur-Othain
Meuse	55452	Saint-Amand-sur-Ornain
Meuse	55453	Saint-André-en-Barrois
Meuse	55454	Saint-Aubin-sur-Aire
Meuse	55457	Saint-Hilaire-en-Woëvre
Meuse	55458	Saint-Jean-lès-Buzy
Meuse	55459	Saint-Joire
Meuse	55461	Saint-Laurent-sur-Othain
Meuse	55462	Saint-Maurice-sous-les-Côtes
Meuse	55463	Saint-Mihiel
Meuse	55464	Saint-Pierrevillers
Meuse	55465	Saint-Remy-la-Calonne

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55466	Salmagne
Meuse	55467	Sampigny
Meuse	55468	Samogneux
Meuse	55469	Sassey-sur-Meuse
Meuse	55470	Saudrupt
Meuse	55471	Saulmory-Villefranche
Meuse	55472	Saulvaux
Meuse	55473	Saulx-lès-Champlon
Meuse	55476	Savonnières-devant-Bar
Meuse	55477	Savonnières-en-Perthois
Meuse	55479	Seigneulles
Meuse	55481	Senon
Meuse	55482	Senoncourt-les-Maujouy
Meuse	55484	Septsarges
Meuse	55487	Seuzey
Meuse	55488	Silmont
Meuse	55489	Sivry-la-Perche
Meuse	55490	Sivry-sur-Meuse
Meuse	55492	Sommedieue
Meuse	55493	Sommeilles
Meuse	55494	Sommelonne
Meuse	55495	Sorbey
Meuse	55497	Les Souhesmes-Rampont
Meuse	55498	Souilly
Meuse	55500	Spincourt
Meuse	55501	Stainville
Meuse	55502	Stenay
Meuse	55504	Tannois
Meuse	55505	Thierville-sur-Meuse
Meuse	55506	Thillombois
Meuse	55507	Thillot
Meuse	55508	Thonne-la-Long
Meuse	55509	Thonne-le-Thil
Meuse	55510	Thonne-les-Près

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55511	Thonnelle
Meuse	55512	Tilly-sur-Meuse
Meuse	55514	Trémont-sur-Saulx
Meuse	55515	Trésauvaux
Meuse	55516	Tréveray
Meuse	55517	Seuil-d'Argonne
Meuse	55518	Cousances-lès-Triconville
Meuse	55519	Tronville-en-Barrois
Meuse	55521	Troyon
Meuse	55523	Vacherauville
Meuse	55525	Vadelaincourt
Meuse	55527	Varenes-en-Argonne
Meuse	55528	Varnéville
Meuse	55530	Valbois
Meuse	55531	Vassincourt
Meuse	55532	Vaubecourt
Meuse	55534	Vaudeville-le-Haut
Meuse	55535	Vaudoncourt
Meuse	55536	Vauquois
Meuse	55537	Douaumont-Vaux
Meuse	55540	Vaux-lès-Palameix
Meuse	55541	Vavincourt
Meuse	55543	Velaines
Meuse	55544	Velosnes
Meuse	55545	Verdun
Meuse	55546	Verneuil-Grand
Meuse	55547	Verneuil-Petit
Meuse	55549	Véry
Meuse	55551	Vigneulles-lès-Hattonchâtel
Meuse	55552	Vigneul-sous-Montmédy
Meuse	55554	Villécloye
Meuse	55555	Ville-devant-Belrain
Meuse	55556	Ville-devant-Chaumont
Meuse	55557	Ville-en-Woëvre

Zone de référence n°5 « Cœur Grand Est »		
Département	Code	Commune
Meuse	55560	Villers-aux-Vents
Meuse	55561	Villers-devant-Dun
Meuse	55562	Villers-le-Sec
Meuse	55563	Villers-lès-Mangiennes
Meuse	55565	Villers-sous-Pareid
Meuse	55566	Villers-sur-Meuse
Meuse	55567	Ville-sur-Cousances
Meuse	55568	Ville-sur-Saulx
Meuse	55569	Villotte-devant-Louppy
Meuse	55570	Villotte-sur-Aire
Meuse	55571	Vilosnes-Haraumont
Meuse	55572	Vittarville
Meuse	55574	Vouthon-Bas
Meuse	55575	Vouthon-Haut
Meuse	55577	Waly
Meuse	55578	Warcq
Meuse	55579	Watronville
Meuse	55580	Wavrille
Meuse	55581	Willeroncourt
Meuse	55582	Wiseppe
Meuse	55583	Woël
Meuse	55584	Woimbey
Meuse	55586	Xivray-et-Marvoisin

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54002	Abbéville-lès-Conflans
Meurthe-et-Moselle	54004	Affléville
Meurthe-et-Moselle	54009	Allamont
Meurthe-et-Moselle	54011	Allondrelle-la-Malmaison
Meurthe-et-Moselle	54015	Anderny
Meurthe-et-Moselle	54018	Anoux
Meurthe-et-Moselle	54028	Auboué
Meurthe-et-Moselle	54029	Audun-le-Roman
Meurthe-et-Moselle	54033	Avillers
Meurthe-et-Moselle	54036	Avril
Meurthe-et-Moselle	54048	Les Baroches
Meurthe-et-Moselle	54049	Baslieux
Meurthe-et-Moselle	54051	Batilly
Meurthe-et-Moselle	54056	Bazailles
Meurthe-et-Moselle	54058	Béchamps
Meurthe-et-Moselle	54066	Bettainvillers
Meurthe-et-Moselle	54067	Beuveille
Meurthe-et-Moselle	54069	Beuvillers
Meurthe-et-Moselle	54081	Boismont
Meurthe-et-Moselle	54082	Boncourt
Meurthe-et-Moselle	54084	Mont-Bonvillers
Meurthe-et-Moselle	54093	Brainville
Meurthe-et-Moselle	54096	Bréhain-la-Ville
Meurthe-et-Moselle	54099	Val de Briey
Meurthe-et-Moselle	54103	Bruville
Meurthe-et-Moselle	54118	Charency-Vezin
Meurthe-et-Moselle	54127	Chenières
Meurthe-et-Moselle	54134	Colmey
Meurthe-et-Moselle	54136	Conflans-en-Jarnisy
Meurthe-et-Moselle	54137	Cons-la-Grandville
Meurthe-et-Moselle	54138	Cosnes-et-Romain
Meurthe-et-Moselle	54149	Crusnes
Meurthe-et-Moselle	54151	Cutry
Meurthe-et-Moselle	54169	Domprix

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54171	Doncourt-lès-Conflans
Meurthe-et-Moselle	54172	Doncourt-lès-Longuyon
Meurthe-et-Moselle	54178	Épiez-sur-Chiers
Meurthe-et-Moselle	54181	Errouville
Meurthe-et-Moselle	54194	Fillières
Meurthe-et-Moselle	54198	Fléville-Lixières
Meurthe-et-Moselle	54212	Fresnois-la-Montagne
Meurthe-et-Moselle	54213	Friauville
Meurthe-et-Moselle	54227	Giraumont
Meurthe-et-Moselle	54231	Gondrecourt-Aix
Meurthe-et-Moselle	54234	Gorcy
Meurthe-et-Moselle	54236	Grand-Failly
Meurthe-et-Moselle	54249	Hannonville-Suzémont
Meurthe-et-Moselle	54253	Hatrize
Meurthe-et-Moselle	54254	Haucourt-Moulaine
Meurthe-et-Moselle	54261	Herserange
Meurthe-et-Moselle	54263	Homécourt
Meurthe-et-Moselle	54270	Hussigny-Godbrange
Meurthe-et-Moselle	54273	Jarny
Meurthe-et-Moselle	54277	Jeandelize
Meurthe-et-Moselle	54280	Jœuf
Meurthe-et-Moselle	54282	Joppécourt
Meurthe-et-Moselle	54283	Jouaville
Meurthe-et-Moselle	54284	Joudreville
Meurthe-et-Moselle	54286	Labry
Meurthe-et-Moselle	54290	Laix
Meurthe-et-Moselle	54295	Landres
Meurthe-et-Moselle	54302	Lantéfontaine
Meurthe-et-Moselle	54314	Lexy
Meurthe-et-Moselle	54321	Longlerville
Meurthe-et-Moselle	54322	Longuyon
Meurthe-et-Moselle	54323	Longwy
Meurthe-et-Moselle	54326	Lubey
Meurthe-et-Moselle	54334	Mairy-Mainville

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »			Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune	Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54337	Malavillers	Meurthe-et-Moselle	54524	Thumeréville
Meurthe-et-Moselle	54353	Mars-la-Tour	Meurthe-et-Moselle	54525	Tiercelet
Meurthe-et-Moselle	54362	Mercy-le-Bas	Meurthe-et-Moselle	54533	Trioux
Meurthe-et-Moselle	54363	Mercy-le-Haut	Meurthe-et-Moselle	54535	Tronville
Meurthe-et-Moselle	54367	Mexy	Meurthe-et-Moselle	54536	Tucquegnieux
Meurthe-et-Moselle	54371	Moineville	Meurthe-et-Moselle	54537	Ugny
Meurthe-et-Moselle	54378	Montigny-sur-Chiers	Meurthe-et-Moselle	54542	Valleroy
Meurthe-et-Moselle	54382	Mont-Saint-Martin	Meurthe-et-Moselle	54568	Ville-au-Montois
Meurthe-et-Moselle	54385	Morfontaine	Meurthe-et-Moselle	54572	Ville-Houdlémont
Meurthe-et-Moselle	54389	Mouaville	Meurthe-et-Moselle	54574	Villers-la-Chèvre
Meurthe-et-Moselle	54391	Moutiers	Meurthe-et-Moselle	54575	Villers-la-Montagne
Meurthe-et-Moselle	54394	Murville	Meurthe-et-Moselle	54576	Villers-le-Rond
Meurthe-et-Moselle	54402	Norroy-le-Sec	Meurthe-et-Moselle	54580	Villerupt
Meurthe-et-Moselle	54408	Olley	Meurthe-et-Moselle	54581	Ville-sur-Yron
Meurthe-et-Moselle	54412	Othe	Meurthe-et-Moselle	54582	Villette
Meurthe-et-Moselle	54413	Ozerailles	Meurthe-et-Moselle	54590	Viviers-sur-Chiers
Meurthe-et-Moselle	54420	Petit-Failly	Meurthe-et-Moselle	54598	Xivry-Circourt
Meurthe-et-Moselle	54425	Piennes	Meurthe-et-Moselle	54599	Xonville
Meurthe-et-Moselle	54428	Pierrepont	Meurthe-et-Moselle	54602	Han-devant-Pierrepont
Meurthe-et-Moselle	54436	Preutin-Higny	Moselle	57001	Aboncourt
Meurthe-et-Moselle	54440	Puxe	Moselle	57007	Adaincourt
Meurthe-et-Moselle	54441	Puxieux	Moselle	57012	Algrange
Meurthe-et-Moselle	54451	Réhon	Moselle	57016	Alzing
Meurthe-et-Moselle	54469	Saint-Ail	Moselle	57017	Amanvillers
Meurthe-et-Moselle	54476	Saint-Jean-lès-Longuyon	Moselle	57019	Amnéville
Meurthe-et-Moselle	54478	Saint-Marcel	Moselle	57020	Ancerville
Meurthe-et-Moselle	54485	Saint-Pancré	Moselle	57021	Ancy-Dornot
Meurthe-et-Moselle	54489	Saint-Supplet	Moselle	57022	Angevillers
Meurthe-et-Moselle	54491	Sancy	Moselle	57024	Antilly
Meurthe-et-Moselle	54493	Saulnes	Moselle	57025	Anzeling
Meurthe-et-Moselle	54504	Serrouville	Moselle	57026	Apach
Meurthe-et-Moselle	54511	Sponville	Moselle	57028	Argancy
Meurthe-et-Moselle	54514	Tellancourt	Moselle	57029	Arriance
Meurthe-et-Moselle	54521	Thil	Moselle	57030	Arry

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57031	Ars-Laquenexy
Moselle	57032	Ars-sur-Moselle
Moselle	57037	Aube
Moselle	57038	Audun-le-Tiche
Moselle	57039	Augny
Moselle	57041	Aumetz
Moselle	57043	Ay-sur-Moselle
Moselle	57048	Bannay
Moselle	57049	Le Ban-Saint-Martin
Moselle	57054	Baudrecourt
Moselle	57055	Bazoncourt
Moselle	57057	Béchy
Moselle	57062	Berg-sur-Moselle
Moselle	57067	Bertrange
Moselle	57070	Bettange
Moselle	57072	Bettelainville
Moselle	57075	Beux
Moselle	57076	Beyren-lès-Sierck
Moselle	57079	Bibiche
Moselle	57085	Bionville-sur-Nied
Moselle	57087	Bisten-en-Lorraine
Moselle	57095	Boucheporn
Moselle	57096	Boulangé
Moselle	57097	Boulay-Moselle
Moselle	57102	Bousse
Moselle	57104	Boust
Moselle	57106	Bouzonville
Moselle	57109	Breistroff-la-Grande
Moselle	57110	Brettnach
Moselle	57111	Bronvaux
Moselle	57112	Brouck
Moselle	57116	Buchy
Moselle	57117	Buding
Moselle	57118	Budling

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57121	Burtoncourt
Moselle	57124	Cattenom
Moselle	57125	Chailly-lès-Ennery
Moselle	57127	Chanville
Moselle	57128	Charleville-sous-Bois
Moselle	57129	Charly-Oradour
Moselle	57131	Château-Rouge
Moselle	57134	Châtel-Saint-Germain
Moselle	57136	Chémery-les-Deux
Moselle	57137	Cheminot
Moselle	57138	Chenois
Moselle	57139	Chérisey
Moselle	57140	Chesny
Moselle	57142	Chieulles
Moselle	57143	Clouange
Moselle	57145	Coincy
Moselle	57146	Coin-lès-Cuvry
Moselle	57147	Coin-sur-Seille
Moselle	57148	Colligny-Maizery
Moselle	57149	Colmen
Moselle	57150	Condé-Northen
Moselle	57152	Contz-les-Bains
Moselle	57153	Corny-sur-Moselle
Moselle	57154	Coume
Moselle	57155	Courcelles-Chaussy
Moselle	57156	Courcelles-sur-Nied
Moselle	57162	Cuvry
Moselle	57167	Dalstein
Moselle	57172	Denting
Moselle	57179	Distroff
Moselle	57186	Ébersviller
Moselle	57187	Éblange
Moselle	57191	Elzange
Moselle	57193	Ennery

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57194	Entringe
Moselle	57199	Escherange
Moselle	57200	Les Étangs
Moselle	57203	Évrange
Moselle	57204	Failly
Moselle	57206	Fameck
Moselle	57211	Fèves
Moselle	57212	Féy
Moselle	57213	Filstroff
Moselle	57214	Fixem
Moselle	57215	Flastroff
Moselle	57218	Fleury
Moselle	57219	Flévy
Moselle	57220	Flocourt
Moselle	57221	Florange
Moselle	57226	Fontoy
Moselle	57230	Foulligny
Moselle	57231	Foville
Moselle	57235	Freistroff
Moselle	57242	Gandrang
Moselle	57245	Gavisse
Moselle	57249	Glatigny
Moselle	57251	Goin
Moselle	57252	Gomelange
Moselle	57254	Gorze
Moselle	57256	Gravelotte
Moselle	57259	Grindorff-Bizing
Moselle	57269	Guénange
Moselle	57273	Guerstling
Moselle	57277	Guinkirchen
Moselle	57282	Hagen
Moselle	57283	Hagondange
Moselle	57286	Halstroff
Moselle	57287	Basse-Ham

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57293	Han-sur-Nied
Moselle	57303	Hauconcourt
Moselle	57305	Havange
Moselle	57306	Hayange
Moselle	57307	Hayes
Moselle	57309	Heining-lès-Bouzonville
Moselle	57312	Helstroff
Moselle	57319	Herny
Moselle	57322	Hestroff
Moselle	57323	Hettange-Grande
Moselle	57326	Hinckange
Moselle	57329	Holling
Moselle	57331	Hombourg-Budange
Moselle	57341	Hunting
Moselle	57343	Illange
Moselle	57345	Inglange
Moselle	57350	Jouy-aux-Arches
Moselle	57351	Jury
Moselle	57352	Jussy
Moselle	57356	Kanfen
Moselle	57358	Kédange-sur-Canner
Moselle	57359	Kemplich
Moselle	57361	Kerling-lès-Sierck
Moselle	57364	Kirsch-lès-Sierck
Moselle	57365	Kirschnaumen
Moselle	57367	Klang
Moselle	57368	Knutange
Moselle	57370	Kœnigsmacker
Moselle	57371	Haute-Kontz
Moselle	57372	Kuntzig
Moselle	57385	Laquenexy
Moselle	57387	Laumesfeld
Moselle	57388	Launstroff
Moselle	57392	Lemud

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57395	Lesse
Moselle	57396	Lessy
Moselle	57403	Liéhon
Moselle	57411	Lommerange
Moselle	57412	Longeville-lès-Metz
Moselle	57415	Lorry-lès-Metz
Moselle	57416	Lorry-Mardigny
Moselle	57422	Louvigny
Moselle	57425	Luppy
Moselle	57426	Luttange
Moselle	57431	Maizeroy
Moselle	57433	Maizières-lès-Metz
Moselle	57437	Malling
Moselle	57438	Malroy
Moselle	57439	Manderen-Ritzing
Moselle	57441	Manom
Moselle	57443	Marange-Silvange
Moselle	57445	Marieulles
Moselle	57447	Marly
Moselle	57449	Marsilly
Moselle	57452	La Maxe
Moselle	57454	Mécleuves
Moselle	57455	Mégange
Moselle	57457	Menskirch
Moselle	57459	Merschweiller
Moselle	57463	Metz
Moselle	57464	Metzeresche
Moselle	57465	Metzervisse
Moselle	57467	Mey
Moselle	57471	Momerstroff
Moselle	57472	Moncheux
Moselle	57474	Mondelange
Moselle	57475	Mondorff
Moselle	57476	Monneren

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57479	Montenach
Moselle	57480	Montigny-lès-Metz
Moselle	57481	Montois-la-Montagne
Moselle	57482	Ogy-Montoy-Flanville
Moselle	57487	Moulins-lès-Metz
Moselle	57491	Moyeuvre-Grande
Moselle	57492	Moyeuvre-Petite
Moselle	57495	Narbéfontaine
Moselle	57498	Neufchef
Moselle	57502	Neunkirchen-lès-Bouzonville
Moselle	57507	Niedervisse
Moselle	57508	Nilvange
Moselle	57510	Noisseville
Moselle	57511	Norroy-le-Veneur
Moselle	57512	Nouilly
Moselle	57515	Novéant-sur-Moselle
Moselle	57516	Oberdorff
Moselle	57519	Obervisse
Moselle	57527	Orny
Moselle	57529	Ottange
Moselle	57530	Ottonville
Moselle	57531	Oudrenne
Moselle	57532	Pagny-lès-Goin
Moselle	57533	Pange
Moselle	57534	Peltre
Moselle	57542	Piblange
Moselle	57543	Pierrewillers
Moselle	57545	Plappeville
Moselle	57546	Plesnois
Moselle	57547	Pommérieux
Moselle	57548	Pontoy
Moselle	57552	Pouilly
Moselle	57553	Pournoy-la-Chétive
Moselle	57554	Pournoy-la-Grasse

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57557	Puttelange-lès-Thionville
Moselle	57562	Ranguevaux
Moselle	57563	Raville
Moselle	57565	Rédange
Moselle	57567	Rémelfang
Moselle	57569	Rémeling
Moselle	57572	Rémilly
Moselle	57574	Basse-Rentgen
Moselle	57575	Retonfey
Moselle	57576	Rettel
Moselle	57578	Rezonville-Vionville
Moselle	57582	Richemont
Moselle	57586	Rochonvillers
Moselle	57588	Rodemack
Moselle	57591	Rombas
Moselle	57593	Roncourt
Moselle	57597	Rosselange
Moselle	57599	Roupeldange
Moselle	57600	Roussy-le-Village
Moselle	57601	Rozérieulles
Moselle	57602	Rurange-lès-Thionville
Moselle	57603	Russange
Moselle	57604	Rustroff
Moselle	57605	Sailly-Achâtel
Moselle	57607	Sainte-Barbe
Moselle	57609	Saint-Epvre
Moselle	57610	Saint-François-Lacroix
Moselle	57612	Saint-Hubert
Moselle	57616	Saint-Julien-lès-Metz
Moselle	57617	Saint-Jure
Moselle	57620	Sainte-Marie-aux-Chênes
Moselle	57622	Saint-Privat-la-Montagne
Moselle	57624	Sainte-Ruffine
Moselle	57626	Sanry-lès-Vigy

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57627	Sanry-sur-Nied
Moselle	57634	Saulny
Moselle	57640	Schwerdorff
Moselle	57642	Scy-Chazelles
Moselle	57643	Secourt
Moselle	57645	Semécourt
Moselle	57647	Serémange-Erzange
Moselle	57648	Servigny-lès-Raville
Moselle	57649	Servigny-lès-Sainte-Barbe
Moselle	57650	Sierck-les-Bains
Moselle	57652	Sillegny
Moselle	57653	Silly-en-Saulnois
Moselle	57654	Silly-sur-Nied
Moselle	57655	Solgne
Moselle	57656	Sorbey
Moselle	57663	Talange
Moselle	57666	Terville
Moselle	57667	Téterchen
Moselle	57671	Thimonville
Moselle	57672	Thionville
Moselle	57676	Tragny
Moselle	57677	Trémery
Moselle	57678	Tressange
Moselle	57681	Tromborn
Moselle	57683	Uckange
Moselle	57689	Valmestroff
Moselle	57691	Valmunster
Moselle	57693	Vantoux
Moselle	57694	Vany
Moselle	57695	Varize-Vaudoncourt
Moselle	57698	Vatimont
Moselle	57700	Vaudreching
Moselle	57701	Vaux
Moselle	57704	Veckring

Zone de référence n°6 « Nord Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57705	Velving
Moselle	57707	Vernéville
Moselle	57708	Verny
Moselle	57715	Vigny
Moselle	57716	Vigy
Moselle	57718	Villers-Stoncourt
Moselle	57724	Vitry-sur-Orne
Moselle	57726	Vittoncourt
Moselle	57728	Voimhaut
Moselle	57730	Volmerange-lès-Boulay
Moselle	57731	Volmerange-les-Mines
Moselle	57733	Volstroff
Moselle	57736	Vry
Moselle	57737	Vulmont
Moselle	57739	Waldweistroff
Moselle	57740	Waldwisse
Moselle	57749	Vœlfling-lès-Bouzonville
Moselle	57751	Woippy
Moselle	57757	Yutz
Moselle	57764	Zoufftgen
Moselle	57767	Stuckange

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54001	Abaucourt
Meurthe-et-Moselle	54003	Aboncourt
Meurthe-et-Moselle	54005	Affracourt
Meurthe-et-Moselle	54006	Agincourt
Meurthe-et-Moselle	54007	Aingeray
Meurthe-et-Moselle	54008	Allain
Meurthe-et-Moselle	54010	Allamps
Meurthe-et-Moselle	54012	Amance
Meurthe-et-Moselle	54013	Amenoncourt
Meurthe-et-Moselle	54014	Ancerville
Meurthe-et-Moselle	54016	Andilly
Meurthe-et-Moselle	54017	Angomont
Meurthe-et-Moselle	54019	Ansauville
Meurthe-et-Moselle	54020	Anthelupt
Meurthe-et-Moselle	54021	Armaucourt
Meurthe-et-Moselle	54022	Arnaville
Meurthe-et-Moselle	54023	Arracourt
Meurthe-et-Moselle	54024	Arraye-et-Han
Meurthe-et-Moselle	54025	Art-sur-Meurthe
Meurthe-et-Moselle	54026	Athienville
Meurthe-et-Moselle	54027	Atton
Meurthe-et-Moselle	54030	Autrepierre
Meurthe-et-Moselle		Autreville-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54031	
Meurthe-et-Moselle	54032	Autrey
Meurthe-et-Moselle	54034	Avrainville
Meurthe-et-Moselle	54035	Avricourt
Meurthe-et-Moselle		
Meurthe-et-Moselle	54037	Azelot
Meurthe-et-Moselle	54038	Azerailles
Meurthe-et-Moselle	54039	Baccarat
Meurthe-et-Moselle	54040	Badonviller
Meurthe-et-Moselle	54041	Bagneux
Meurthe-et-Moselle	54042	Bainville-aux-Miroirs
Meurthe-et-Moselle	54043	Bainville-sur-Madon
Meurthe-et-Moselle	54044	Barbas

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54045	Barbonville
Meurthe-et-Moselle	54046	Barisey-au-Plain
Meurthe-et-Moselle	54047	Barisey-la-Côte
Meurthe-et-Moselle	54050	Bathélemont
Meurthe-et-Moselle	54052	Battigny
Meurthe-et-Moselle	54053	Bauzemont
Meurthe-et-Moselle	54054	Bayon
Meurthe-et-Moselle	54055	Bayonville-sur-Mad
Meurthe-et-Moselle	54057	Beaumont
Meurthe-et-Moselle	54059	Belleau
Meurthe-et-Moselle	54060	Belleville
Meurthe-et-Moselle	54061	Bénaménil
Meurthe-et-Moselle	54062	Benney
Meurthe-et-Moselle	54063	Bernécourt
Meurthe-et-Moselle	54064	Bertrambois
Meurthe-et-Moselle	54065	Bertrichamps
Meurthe-et-Moselle	54068	Beuvezin
Meurthe-et-Moselle	54070	Bey-sur-Seille
Meurthe-et-Moselle	54071	Bezange-la-Grande
Meurthe-et-Moselle	54072	Bezaumont
Meurthe-et-Moselle	54073	Bicqueley
Meurthe-et-Moselle	54074	Bienville-la-Petite
Meurthe-et-Moselle		
Meurthe-et-Moselle	54075	Bionville
Meurthe-et-Moselle	54076	Blainville-sur-l'Eau
Meurthe-et-Moselle	54077	Blâmont
Meurthe-et-Moselle	54078	Blémerey
Meurthe-et-Moselle		Blénod-lès-Pont-à-Mousson
Meurthe-et-Moselle	54079	
Meurthe-et-Moselle	54080	Blénod-lès-Toul
Meurthe-et-Moselle	54083	Bonviller
Meurthe-et-Moselle	54085	Borville
Meurthe-et-Moselle	54086	Boucq
Meurthe-et-Moselle	54087	Bouillonville
Meurthe-et-Moselle	54088	Bouvron
Meurthe-et-Moselle	54089	Bouxières-aux-Chênes

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54090	Bouxières-aux-Dames
Meurthe-et-Moselle	54091	Bouxières-sous-Froidmont
Meurthe-et-Moselle	54092	Bouzanville
Meurthe-et-Moselle	54094	Bralleville
Meurthe-et-Moselle	54095	Bratte
Meurthe-et-Moselle	54097	Bréménil
Meurthe-et-Moselle	54098	Brémoncourt
Meurthe-et-Moselle	54100	Brin-sur-Seille
Meurthe-et-Moselle	54101	Brouville
Meurthe-et-Moselle	54102	Bruley
Meurthe-et-Moselle	54104	Buissoncourt
Meurthe-et-Moselle	54105	Bulligny
Meurthe-et-Moselle	54106	Bures
Meurthe-et-Moselle	54107	Buriville
Meurthe-et-Moselle	54108	Burthecourt-aux-Chênes
Meurthe-et-Moselle	54109	Ceintrey
Meurthe-et-Moselle	54110	Cerville
Meurthe-et-Moselle	54111	Chaligny
Meurthe-et-Moselle	54112	Chambley-Bussièeres
Meurthe-et-Moselle	54113	Champenoux
Meurthe-et-Moselle	54114	Champey-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54115	Champigneulles
Meurthe-et-Moselle	54116	Chanteheux
Meurthe-et-Moselle	54117	Chaouilley
Meurthe-et-Moselle	54119	Charey
Meurthe-et-Moselle	54120	Charmes-la-Côte
Meurthe-et-Moselle	54121	Charmois
Meurthe-et-Moselle	54122	Chaudeney-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54123	Chavigny
Meurthe-et-Moselle	54124	Chazelles-sur-Albe
Meurthe-et-Moselle	54125	Chenevières
Meurthe-et-Moselle	54126	Chenicourt
Meurthe-et-Moselle	54128	Choloy-Ménillot
Meurthe-et-Moselle	54129	Cirey-sur-Vezouze

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54130	Clayeures
Meurthe-et-Moselle	54131	Clémery
Meurthe-et-Moselle	54132	Clérey-sur-Brenon
Meurthe-et-Moselle	54133	Coincourt
Meurthe-et-Moselle	54135	Colombey-les-Belles
Meurthe-et-Moselle	54139	Courbesseaux
Meurthe-et-Moselle	54140	Courcelles
Meurthe-et-Moselle	54141	Coyviller
Meurthe-et-Moselle	54142	Crantenoy
Meurthe-et-Moselle	54143	Crépey
Meurthe-et-Moselle	54144	Crévéchamps
Meurthe-et-Moselle	54145	Crévic
Meurthe-et-Moselle	54146	Crézilles
Meurthe-et-Moselle	54147	Crion
Meurthe-et-Moselle	54148	Croismare
Meurthe-et-Moselle	54150	Custines
Meurthe-et-Moselle	54152	Damelevières
Meurthe-et-Moselle	54153	Dampvitoux
Meurthe-et-Moselle	54154	Deneuvre
Meurthe-et-Moselle	54155	Deuxville
Meurthe-et-Moselle	54156	Diarville
Meurthe-et-Moselle	54157	Dieulouard
Meurthe-et-Moselle	54158	Dolcourt
Meurthe-et-Moselle	54159	Dombasle-sur-Meurthe
Meurthe-et-Moselle	54160	Domèvre-en-Haye
Meurthe-et-Moselle	54161	Domèvre-sur-Vezouze
Meurthe-et-Moselle	54162	Domgermain
Meurthe-et-Moselle	54163	Domjevin
Meurthe-et-Moselle	54164	Dommarie-Eulmont
Meurthe-et-Moselle	54165	Dommartemont
Meurthe-et-Moselle	54166	Dommartin-la-Chaussée
Meurthe-et-Moselle	54167	Dommartin-lès-Toul
Meurthe-et-Moselle	54168	Dommartin-sous-Amance
Meurthe-et-Moselle	54170	Domptail-en-l'Air

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54173	Drouville
Meurthe-et-Moselle	54174	Écrouves
Meurthe-et-Moselle	54175	Einvaux
Meurthe-et-Moselle	54176	Einville-au-Jard
Meurthe-et-Moselle	54177	Emberménil
Meurthe-et-Moselle	54179	Éply
Meurthe-et-Moselle	54180	Erbéville-sur-Amezule
Meurthe-et-Moselle	54182	Essey-et-Maizerais
Meurthe-et-Moselle	54183	Essey-la-Côte
Meurthe-et-Moselle	54184	Essey-lès-Nancy
Meurthe-et-Moselle	54185	Étreval
Meurthe-et-Moselle	54186	Eulmont
Meurthe-et-Moselle	54187	Euvezin
Meurthe-et-Moselle	54188	Faulx
Meurthe-et-Moselle	54189	Favières
Meurthe-et-Moselle	54190	Fécocourt
Meurthe-et-Moselle	54191	Fenneviller
Meurthe-et-Moselle	54192	Ferrières
Meurthe-et-Moselle	54193	Fey-en-Haye
Meurthe-et-Moselle	54195	Flainval
Meurthe-et-Moselle	54196	Flavigny-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54197	Fléville-devant-Nancy
Meurthe-et-Moselle	54199	Flin
Meurthe-et-Moselle	54200	Flirey
Meurthe-et-Moselle	54201	Fontenoy-la-Joûte
Meurthe-et-Moselle	54202	Fontenoy-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54203	Forcelles-Saint-Gorgon
Meurthe-et-Moselle	54204	Forcelles-sous-Gugney
Meurthe-et-Moselle	54205	Foug
Meurthe-et-Moselle	54206	Fraimbois
Meurthe-et-Moselle	54207	Fraisnes-en-Sainctois
Meurthe-et-Moselle	54208	Francheville
Meurthe-et-Moselle	54209	Franconville
Meurthe-et-Moselle	54210	Fréménil

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54211	Frémonville
Meurthe-et-Moselle	54214	Frolois
Meurthe-et-Moselle	54215	Frouard
Meurthe-et-Moselle	54216	Froville
Meurthe-et-Moselle	54217	Gélacourt
Meurthe-et-Moselle	54218	Gélaucourt
Meurthe-et-Moselle	54219	Gellenoncourt
Meurthe-et-Moselle	54220	Gémonville
Meurthe-et-Moselle	54221	Gerbécourt-et-Haplemont
Meurthe-et-Moselle	54222	Gerbéville
Meurthe-et-Moselle	54223	Germiny
Meurthe-et-Moselle	54224	Germonville
Meurthe-et-Moselle	54225	Gézoncourt
Meurthe-et-Moselle	54226	Gibeauxmeix
Meurthe-et-Moselle	54228	Giriviller
Meurthe-et-Moselle	54229	Glonville
Meurthe-et-Moselle	54230	Gogney
Meurthe-et-Moselle	54232	Gondreville
Meurthe-et-Moselle	54233	Gondrexon
Meurthe-et-Moselle	54235	Goviller
Meurthe-et-Moselle	54237	Grimonviller
Meurthe-et-Moselle	54238	Gripport
Meurthe-et-Moselle	54239	Griscourt
Meurthe-et-Moselle	54240	Grosrouvres
Meurthe-et-Moselle	54241	Gugney
Meurthe-et-Moselle	54242	Gye
Meurthe-et-Moselle	54243	Hablainville
Meurthe-et-Moselle	54244	Hagéville
Meurthe-et-Moselle	54245	Haigneville
Meurthe-et-Moselle	54246	Halloville
Meurthe-et-Moselle	54247	Hammeville
Meurthe-et-Moselle	54248	Hamonville
Meurthe-et-Moselle	54250	Haraucourt
Meurthe-et-Moselle	54251	Harbouey

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54252	Haroué
Meurthe-et-Moselle	54255	Haudonville
Meurthe-et-Moselle	54256	Haussonville
Meurthe-et-Moselle	54257	Heillecourt
Meurthe-et-Moselle	54258	Hénaménil
Meurthe-et-Moselle	54259	Herbéviller
Meurthe-et-Moselle	54260	Hériménil
Meurthe-et-Moselle	54262	Hoéville
Meurthe-et-Moselle	54264	Houdelmont
Meurthe-et-Moselle	54265	Houdemont
Meurthe-et-Moselle	54266	Houdreville
Meurthe-et-Moselle	54268	Housséville
Meurthe-et-Moselle	54269	Hudiviller
Meurthe-et-Moselle	54271	Igney
Meurthe-et-Moselle	54272	Jaillon
Meurthe-et-Moselle	54274	Jarville-la-Malgrange
Meurthe-et-Moselle	54275	Jaulny
Meurthe-et-Moselle	54276	Jeandelaincourt
Meurthe-et-Moselle	54278	Jevoncourt
Meurthe-et-Moselle	54279	Jezainville
Meurthe-et-Moselle	54281	Jolivet
Meurthe-et-Moselle	54285	Juvrecourt
Meurthe-et-Moselle	54287	Lachapelle
Meurthe-et-Moselle	54288	Lagney
Meurthe-et-Moselle	54289	Laître-sous-Amance
Meurthe-et-Moselle	54291	Lalœuf
Meurthe-et-Moselle	54292	Lamath
Meurthe-et-Moselle	54293	Landécourt
Meurthe-et-Moselle	54294	Landremont
Meurthe-et-Moselle	54296	Laneuvelotte
Meurthe-et-Moselle	54297	Laneuveville-aux-Bois
Meurthe-et-Moselle	54298	Laneuveville-derrière-Foug
Meurthe-et-Moselle	54299	Laneuveville-devant-Bayon
Meurthe-et-Moselle	54300	Laneuveville-devant-Nancy

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54301	Lanfroicourt
Meurthe-et-Moselle	54303	Laronxe
Meurthe-et-Moselle	54304	Laxou
Meurthe-et-Moselle	54305	Lay-Saint-Christophe
Meurthe-et-Moselle	54306	Lay-Saint-Remy
Meurthe-et-Moselle	54307	Lebeuville
Meurthe-et-Moselle	54308	Leintrey
Meurthe-et-Moselle	54309	Lemainville
Meurthe-et-Moselle	54310	Léménil-Mitry
Meurthe-et-Moselle	54311	Lenoncourt
Meurthe-et-Moselle	54312	Lesménils
Meurthe-et-Moselle	54313	Létricourt
Meurthe-et-Moselle	54315	Leyr
Meurthe-et-Moselle	54316	Limey-Remenauville
Meurthe-et-Moselle	54317	Lironville
Meurthe-et-Moselle	54318	Liverdun
Meurthe-et-Moselle	54320	Loisy
Meurthe-et-Moselle	54324	Lorey
Meurthe-et-Moselle	54325	Loromontzey
Meurthe-et-Moselle	54327	Lucey
Meurthe-et-Moselle	54328	Ludres
Meurthe-et-Moselle	54329	Lunéville
Meurthe-et-Moselle	54330	Lupcourt
Meurthe-et-Moselle	54331	Magnières
Meurthe-et-Moselle	54332	Maidières
Meurthe-et-Moselle	54333	Mailly-sur-Seille
Meurthe-et-Moselle	54335	Maixe
Meurthe-et-Moselle	54336	Maizières
Meurthe-et-Moselle	54338	Malleloy
Meurthe-et-Moselle	54339	Malzéville
Meurthe-et-Moselle	54340	Mamey
Meurthe-et-Moselle	54343	Mandres-aux-Quatre-Tours
Meurthe-et-Moselle	54344	Mangonville
Meurthe-et-Moselle	54345	Manoncourt-en-Vermois

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54346	Manoncourt-en-Woëvre
Meurthe-et-Moselle	54348	Manonville
Meurthe-et-Moselle	54349	Manonviller
Meurthe-et-Moselle	54350	Marainviller
Meurthe-et-Moselle	54351	Marbache
Meurthe-et-Moselle	54352	Maron
Meurthe-et-Moselle	54354	Marthemont
Meurthe-et-Moselle	54355	Martincourt
Meurthe-et-Moselle	54356	Mattexey
Meurthe-et-Moselle	54357	Maxéville
Meurthe-et-Moselle	54358	Mazerulles
Meurthe-et-Moselle	54359	Méhoncourt
Meurthe-et-Moselle	54360	Ménil-la-Tour
Meurthe-et-Moselle	54364	Méréville
Meurthe-et-Moselle	54365	Merviller
Meurthe-et-Moselle	54366	Messein
Meurthe-et-Moselle	54368	Mignéville
Meurthe-et-Moselle	54369	Millery
Meurthe-et-Moselle	54370	Minorville
Meurthe-et-Moselle	54372	Moivrons
Meurthe-et-Moselle	54373	Moncel-lès-Lunéville
Meurthe-et-Moselle	54374	Moncel-sur-Seille
Meurthe-et-Moselle	54375	Montauville
Meurthe-et-Moselle	54376	Montenoy
Meurthe-et-Moselle	54377	Montigny
Meurthe-et-Moselle	54379	Mont-l'Étroit
Meurthe-et-Moselle	54380	Mont-le-Vignoble
Meurthe-et-Moselle	54381	Montreux
Meurthe-et-Moselle	54383	Mont-sur-Meurthe
Meurthe-et-Moselle	54386	Moriviller
Meurthe-et-Moselle	54387	Morville-sur-Seille
Meurthe-et-Moselle	54388	Mouacourt
Meurthe-et-Moselle	54390	Mousson
Meurthe-et-Moselle	54392	Moutrot

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54393	Moyen
Meurthe-et-Moselle	54395	Nancy
Meurthe-et-Moselle	54396	Neufmaisons
Meurthe-et-Moselle	54397	Neuves-Maisons
Meurthe-et-Moselle	54398	Neuviller-lès-Badonviller
Meurthe-et-Moselle	54399	Neuviller-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54400	Nomeny
Meurthe-et-Moselle	54401	Nonhigny
Meurthe-et-Moselle	54403	Norroy-lès-Pont-à-Mousson
Meurthe-et-Moselle	54404	Noviant-aux-Prés
Meurthe-et-Moselle	54405	Ochey
Meurthe-et-Moselle	54406	Ogéville
Meurthe-et-Moselle	54407	Ognéville
Meurthe-et-Moselle	54409	Omelmont
Meurthe-et-Moselle	54410	Onville
Meurthe-et-Moselle	54411	Ormes-et-Ville
Meurthe-et-Moselle	54414	Pagny-derrière-Barine
Meurthe-et-Moselle	54415	Pagny-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54416	Pannes
Meurthe-et-Moselle	54417	Parey-Saint-Césaire
Meurthe-et-Moselle	54418	Parroy
Meurthe-et-Moselle	54419	Parux
Meurthe-et-Moselle	54421	Petitmont
Meurthe-et-Moselle	54422	Pettonville
Meurthe-et-Moselle	54423	Pexonne
Meurthe-et-Moselle	54424	Phlin
Meurthe-et-Moselle	54426	Pierre-la-Treiche
Meurthe-et-Moselle	54427	Pierre-Percée
Meurthe-et-Moselle	54429	Pierreville
Meurthe-et-Moselle	54430	Pompey
Meurthe-et-Moselle	54431	Pont-à-Mousson
Meurthe-et-Moselle	54432	Pont-Saint-Vincent
Meurthe-et-Moselle	54433	Port-sur-Seille
Meurthe-et-Moselle	54434	Praye

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54435	Prény
Meurthe-et-Moselle	54437	Pulligny
Meurthe-et-Moselle	54438	Pulney
Meurthe-et-Moselle	54439	Pulnoy
Meurthe-et-Moselle	54442	Quevilloncourt
Meurthe-et-Moselle	54443	Raon-lès-Leau
Meurthe-et-Moselle	54444	Raucourt
Meurthe-et-Moselle	54445	Raville-sur-Sânon
Meurthe-et-Moselle	54446	Réchicourt-la-Petite
Meurthe-et-Moselle	54447	Réclonville
Meurthe-et-Moselle	54449	Rehainviller
Meurthe-et-Moselle	54450	Reherrey
Meurthe-et-Moselle	54452	Reillon
Meurthe-et-Moselle	54453	Rembercourt-sur-Mad
Meurthe-et-Moselle	54455	Remenoville
Meurthe-et-Moselle	54456	Réméréville
Meurthe-et-Moselle	54457	Remoncourt
Meurthe-et-Moselle	54458	Repaix
Meurthe-et-Moselle	54459	Richardménil
Meurthe-et-Moselle	54460	Rogéville
Meurthe-et-Moselle	54461	Romain
Meurthe-et-Moselle	54462	Rosières-aux-Salines
Meurthe-et-Moselle	54463	Rosières-en-Haye
Meurthe-et-Moselle	54464	Rouves
Meurthe-et-Moselle	54465	Roville-devant-Bayon
Meurthe-et-Moselle	54466	Royaumeix
Meurthe-et-Moselle	54467	Rozelieures
Meurthe-et-Moselle	54468	Saffais
Meurthe-et-Moselle	54470	Saint-Baussant
Meurthe-et-Moselle	54471	Saint-Boingt
Meurthe-et-Moselle	54472	Saint-Clément
Meurthe-et-Moselle	54473	Saint-Firmin
Meurthe-et-Moselle	54474	Sainte-Geneviève
Meurthe-et-Moselle	54475	Saint-Germain

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54477	Saint-Julien-lès-Gorze
Meurthe-et-Moselle	54479	Saint-Mard
Meurthe-et-Moselle	54480	Saint-Martin
Meurthe-et-Moselle	54481	Saint-Maurice-aux-Forges
Meurthe-et-Moselle	54482	Saint-Max
Meurthe-et-Moselle	54483	Saint-Nicolas-de-Port
Meurthe-et-Moselle	54484	Sainte-Pôle
Meurthe-et-Moselle	54486	Saint-Remimont
Meurthe-et-Moselle	54487	Saint-Rémy-aux-Bois
Meurthe-et-Moselle	54488	Saint-Sauveur
Meurthe-et-Moselle	54490	Saizerais
Meurthe-et-Moselle	54492	Sanzey
Meurthe-et-Moselle	54494	Saulxerotte
Meurthe-et-Moselle	54495	Saulxures-lès-Nancy
Meurthe-et-Moselle	54496	Saulxures-lès-Vannes
Meurthe-et-Moselle	54497	Saxon-Sion
Meurthe-et-Moselle	54498	Seichamps
Meurthe-et-Moselle	54499	Seicheprey
Meurthe-et-Moselle	54500	Selaincourt
Meurthe-et-Moselle	54501	Seranville
Meurthe-et-Moselle	54502	Serres
Meurthe-et-Moselle	54505	Sexey-aux-Forges
Meurthe-et-Moselle	54507	Sionviller
Meurthe-et-Moselle	54508	Sivry
Meurthe-et-Moselle	54509	Sommerviller
Meurthe-et-Moselle	54510	Sornéville
Meurthe-et-Moselle	54512	Tanconville
Meurthe-et-Moselle	54513	Tantonville
Meurthe-et-Moselle	54515	Thélod
Meurthe-et-Moselle	54516	They-sous-Vaudemont
Meurthe-et-Moselle	54517	Thézey-Saint-Martin
Meurthe-et-Moselle	54518	Thiaucourt-Regniéville
Meurthe-et-Moselle	54519	Thiaville-sur-Meurthe
Meurthe-et-Moselle	54520	Thiébauménil

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54522	Thorey-Lyautey
Meurthe-et-Moselle	54523	Thuilley-aux-Groseilles
Meurthe-et-Moselle	54526	Tomblaine
Meurthe-et-Moselle	54527	Tonnoy
Meurthe-et-Moselle	54528	Toul
Meurthe-et-Moselle	54529	Tramont-Émy
Meurthe-et-Moselle	54530	Tramont-Lassus
Meurthe-et-Moselle	54531	Tramont-Saint-André
Meurthe-et-Moselle	54532	Tremblecourt
Meurthe-et-Moselle	54534	Trondes
Meurthe-et-Moselle	54538	Uruffe
Meurthe-et-Moselle	54539	Vacqueville
Meurthe-et-Moselle	54540	Val-et-Châtillon
Meurthe-et-Moselle	54541	Valhey
Meurthe-et-Moselle	54543	Vallois
Meurthe-et-Moselle	54544	Vandelainville
Meurthe-et-Moselle	54545	Vandeléville
Meurthe-et-Moselle	54546	Vandières
Meurthe-et-Moselle	54547	Vandœuvre-lès-Nancy
Meurthe-et-Moselle	54548	Vannes-le-Châtel
Meurthe-et-Moselle	54549	Varangéville
Meurthe-et-Moselle	54550	Vathiménil
Meurthe-et-Moselle	54551	Vaucourt
Meurthe-et-Moselle	54552	Vaudémont
Meurthe-et-Moselle	54553	Vaudeville
Meurthe-et-Moselle	54554	Vaudigny
Meurthe-et-Moselle	54555	Vaxainville
Meurthe-et-Moselle	54556	Vého
Meurthe-et-Moselle	54557	Bois-de-Haye
Meurthe-et-Moselle	54558	Velaine-sous-Amance
Meurthe-et-Moselle	54559	Velle-sur-Moselle
Meurthe-et-Moselle	54560	Veney
Meurthe-et-Moselle	54561	Venezey
Meurthe-et-Moselle	54562	Verdenal

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meurthe-et-Moselle	54563	Vézelise
Meurthe-et-Moselle	54564	Viéville-en-Haye
Meurthe-et-Moselle	54565	Vigneulles
Meurthe-et-Moselle	54566	Vilcey-sur-Trey
Meurthe-et-Moselle	54567	Villacourt
Meurthe-et-Moselle	54569	Ville-au-Val
Meurthe-et-Moselle	54570	Villecey-sur-Mad
Meurthe-et-Moselle	54571	Ville-en-Vermois
Meurthe-et-Moselle	54573	Villers-en-Haye
Meurthe-et-Moselle	54577	Villers-lès-Moivrons
Meurthe-et-Moselle	54578	Villers-lès-Nancy
Meurthe-et-Moselle	54579	Villers-sous-Prény
Meurthe-et-Moselle	54583	Villey-le-Sec
Meurthe-et-Moselle	54584	Villey-Saint-Étienne
Meurthe-et-Moselle	54585	Virecourt
Meurthe-et-Moselle	54586	Viterne
Meurthe-et-Moselle	54587	Vitrey
Meurthe-et-Moselle	54588	Vitrimont
Meurthe-et-Moselle	54589	Vittonville
Meurthe-et-Moselle	54591	Voinémont
Meurthe-et-Moselle	54592	Vroncourt
Meurthe-et-Moselle	54593	Waville
Meurthe-et-Moselle	54594	Xammes
Meurthe-et-Moselle	54595	Xermaménil
Meurthe-et-Moselle	54596	Xeuilley
Meurthe-et-Moselle	54597	Xirocourt
Meurthe-et-Moselle	54600	Xousse
Meurthe-et-Moselle	54601	Xures
Meuse	55058	Boncourt-sur-Meuse
Meuse	55066	Bovée-sur-Barboure
Meuse	55080	Brixey-aux-Chanoines
Meuse	55084	Broussey-en-Blois
Meuse	55085	Broussey-Raulecourt
Meuse	55088	Burey-en-Vaux

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meuse	55089	Burey-la-Côte
Meuse	55097	Chalaines
Meuse	55100	Champougny
Meuse	55114	Chonville-Malaumont
Meuse	55122	Commercy
Meuse	55173	Épiez-sur-Meuse
Meuse	55184	Euville
Meuse	55196	Fréméréville-sous-les-Côtes
Meuse	55212	Girauvoisin
Meuse	55217	Goussaincourt
Meuse	55258	Geville
Meuse	55278	Laneuville-au-Rupt
Meuse	55288	Lérouville
Meuse	55322	Marson-sur-Barboure
Meuse	55327	Mauvages
Meuse	55328	Maxey-sur-Vaise
Meuse	55330	Mélny-le-Grand
Meuse	55331	Mélny-le-Petit
Meuse	55334	Ménil-la-Horgne
Meuse	55344	Montbras
Meuse	55350	Montigny-lès-Vaucouleurs
Meuse	55368	Naives-en-Blois
Meuse	55381	Neuville-lès-Vaucouleurs
Meuse	55396	Ourches-sur-Meuse
Meuse	55397	Pagny-la-Blanche-Côte
Meuse	55398	Pagny-sur-Meuse
Meuse	55407	Pont-sur-Meuse
Meuse	55421	Reffroy
Meuse	55433	Rigny-la-Salle
Meuse	55434	Rigny-Saint-Martin
Meuse	55456	Saint-Germain-sur-Meuse
Meuse	55460	Saint-Julien-sous-les-Côtes
Meuse	55474	Sauvigny
Meuse	55475	Sauvoy

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Meuse	55485	Sepvigny
Meuse	55496	Sorcy-Saint-Martin
Meuse	55503	Taillancourt
Meuse	55520	Troussey
Meuse	55522	Ugny-sur-Meuse
Meuse	55526	Vadonville
Meuse	55533	Vaucouleurs
Meuse	55553	Vignot
Meuse	55559	Villeroy-sur-Méholle
Meuse	55573	Void-Vacon
Moselle	57002	Aboncourt-sur-Seille
Moselle	57009	Ajoncourt
Moselle	57010	Alaincourt-la-Côte
Moselle	57018	Amélocourt
Moselle	57035	Assenoncourt
Moselle	57036	Attiloncourt
Moselle	57040	Aulnois-sur-Seille
Moselle	57045	Bacourt
Moselle	57053	Bassing
Moselle	57077	Bezange-la-Petite
Moselle	57081	Bidestroff
Moselle	57084	Bioncourt
Moselle	57090	Blanche-Église
Moselle	57098	Bourgaltroff
Moselle	57120	Burlioncourt
Moselle	57126	Chambrey
Moselle	57132	Château-Salins
Moselle	57133	Château-Voué
Moselle	57141	Chicourt
Moselle	57158	Craincourt
Moselle	57161	Cutting
Moselle	57171	Delme
Moselle	57173	Desseling
Moselle	57177	Dieuze

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57181	Domnom-lès-Dieuze
Moselle	57182	Donjeux
Moselle	57225	Fonteny
Moselle	57228	Fossieux
Moselle	57236	Frémery
Moselle	57238	Fresnes-en-Saulnois
Moselle	57246	Gelucourt
Moselle	57247	Gerbécourt
Moselle	57257	Grémecy
Moselle	57265	Guébestroff
Moselle	57266	Guéblange-lès-Dieuze
Moselle	57268	Guébling
Moselle	57270	Val-de-Bride
Moselle	57272	Guermange
Moselle	57290	Hampont
Moselle	57292	Hannocourt
Moselle	57295	Haraucourt-sur-Seille
Moselle	57349	Jallaucourt
Moselle	57353	Juvelize
Moselle	57354	Juville
Moselle	57381	Laneuveville-en-Saulnois
Moselle	57391	Lemoncourt
Moselle	57399	Lezey
Moselle	57404	Lindre-Basse
Moselle	57405	Lindre-Haute
Moselle	57406	Liocourt
Moselle	57423	Lubécourt
Moselle	57424	Lucy
Moselle	57436	Malaucourt-sur-Seille
Moselle	57440	Manhoué
Moselle	57448	Marsal
Moselle	57485	Morville-lès-Vic
Moselle	57486	Morville-sur-Nied
Moselle	57490	Moyenvic

Zone de référence n°7 « Sud Lorraine »		
Département	Code	Commune
Moselle	57493	Mulcey
Moselle	57520	Obreck
Moselle	57525	Oriocourt
Moselle	57528	Oron
Moselle	57538	Pettoncourt
Moselle	57555	Prévoicourt
Moselle	57558	Puttigny
Moselle	57559	Puzieux
Moselle	57595	Rorbach-lès-Dieuze
Moselle	57621	Saint-Médard
Moselle	57625	Salonnes
Moselle	57657	Sotzeling
Moselle	57664	Tarquimpol
Moselle	57674	Tincry
Moselle	57702	Vaxy
Moselle	57706	Vergaville
Moselle	57712	Vic-sur-Seille
Moselle	57727	Viviers
Moselle	57753	Wuisse
Moselle	57754	Xanrey
Moselle	57755	Xocourt
Moselle	57763	Zommange

Zone de référence n°8 « Vosges »

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88001	Les Ableuvenettes
Vosges	88002	Ahéville
Vosges	88003	Aingeville
Vosges	88004	Ainvelle
Vosges	88005	Allarmont
Vosges	88006	Ambacourt
Vosges	88007	Ameuvelle
Vosges	88008	Anglemont
Vosges	88009	Anould
Vosges	88010	Aouze
Vosges	88011	Arches
Vosges	88012	Archettes
Vosges	88013	Aroffe
Vosges	88014	Arrentès-de-Corcieux
Vosges	88015	Attignéville
Vosges	88016	Attigny
Vosges	88017	Aulnois
Vosges	88019	Autigny-la-Tour
Vosges	88020	Autreville
Vosges	88021	Autrey
Vosges	88022	Auzainvilliers
Vosges	88023	Avillers
Vosges	88024	Avrainville
Vosges	88025	Avranville
Vosges	88026	Aydoilles
Vosges	88027	Badménil-aux-Bois
Vosges	88028	La Baffe
Vosges	88029	La Vôge-les-Bains
Vosges	88030	Bainville-aux-Saules
Vosges	88031	Balléville
Vosges	88032	Ban-de-Laveline
Vosges	88033	Ban-de-Sapt
Vosges	88035	Barbey-Seroux
Vosges	88036	Barville

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88037	Basse-sur-le-Rupt
Vosges	88038	Battexey
Vosges	88039	Baudricourt
Vosges	88040	Bayecourt
Vosges	88041	Bazegney
Vosges	88042	Bazien
Vosges	88043	Bazoilles-et-Ménil
Vosges	88044	Bazoilles-sur-Meuse
Vosges	88045	Beaufremont
Vosges	88046	Beauménil
Vosges	88047	Begnécourt
Vosges	88048	Bellefontaine
Vosges	88049	Belmont-lès-Darney
Vosges	88050	Belmont-sur-Buttant
Vosges	88051	Belmont-sur-Vair
Vosges	88052	Belrupt
Vosges	88053	Belval
Vosges	88054	Bertrimoutier
Vosges	88055	Bettegney-Saint-Brice
Vosges	88056	Bettoncourt
Vosges	88057	Le Beulay
Vosges	88058	Biécourt
Vosges	88059	Biffontaine
Vosges	88060	Blémerey
Vosges	88061	Bleurville
Vosges	88062	Blevaincourt
Vosges	88063	Bocquegney
Vosges	88064	Bois-de-Champ
Vosges	88065	Bonvillet
Vosges	88066	Boulaincourt
Vosges	88068	La Bourgonce
Vosges	88069	Bouxières-aux-Bois
Vosges	88070	Bouxurulles
Vosges	88071	Bouzemont

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88073	Brantigny
Vosges	88074	Brechainville
Vosges	88075	La Bresse
Vosges	88076	Brouvelieures
Vosges	88077	Brû
Vosges	88078	Bruyères
Vosges	88079	Bulgnéville
Vosges	88080	Bult
Vosges	88081	Bussang
Vosges	88082	Celles-sur-Plaine
Vosges	88083	Certilleux
Vosges	88084	Chamagne
Vosges	88085	Champdray
Vosges	88086	Champ-le-Duc
Vosges	88087	Chantraine
Vosges	88088	La Chapelle-aux-Bois
Vosges	88089	La Chapelle-devant-Bruyères
Vosges	88090	Charmes
Vosges	88091	Charmois-devant-Bruyères
Vosges	88092	Charmois-l'Orgueilleux
Vosges	88093	Châtas
Vosges	88094	Châtel-sur-Moselle
Vosges	88095	Châtenois
Vosges	88096	Châtilion-sur-Saône
Vosges	88097	Chauffecourt
Vosges	88098	Chaumousey
Vosges	88099	Chavelot
Vosges	88100	Chef-Haut
Vosges	88101	Cheniménil
Vosges	88102	Chermisey
Vosges	88103	Circourt
Vosges	88104	Circourt-sur-Mouzon
Vosges	88105	Claudon
Vosges	88106	Ban-sur-Meurthe-Clefcy

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88107	Clérey-la-Côte
Vosges	88108	Le Clerjus
Vosges	88109	Cleurie
Vosges	88110	Clémentaine
Vosges	88111	Coinches
Vosges	88113	Combrimont
Vosges	88114	Contrexéville
Vosges	88115	Corcieux
Vosges	88116	Cornimont
Vosges	88117	Courcelles-sous-Châtenois
Vosges	88118	Coussey
Vosges	88119	Crainvilliers
Vosges	88120	La Croix-aux-Mines
Vosges	88121	Damas-aux-Bois
Vosges	88122	Damas-et-Bettegney
Vosges	88123	Damblain
Vosges	88124	Darney
Vosges	88125	Darney-aux-Chênes
Vosges	88126	Darnieulles
Vosges	88127	Deinvillers
Vosges	88128	Denipaire
Vosges	88129	Derbamont
Vosges	88130	Destord
Vosges	88131	Deycimont
Vosges	88132	Deyvillers
Vosges	88133	Dignonville
Vosges	88134	Dinozé
Vosges	88135	Docelles
Vosges	88136	Dogneville
Vosges	88137	Dolaincourt
Vosges	88138	Dombasle-devant-Darney
Vosges	88139	Dombasle-en-Xaintois
Vosges	88140	Dombrot-le-Sec
Vosges	88141	Dombrot-sur-Vair

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88142	Domèvre-sur-Avière
Vosges	88143	Domèvre-sur-Durbion
Vosges	88144	Domèvre-sous-Montfort
Vosges	88145	Domfaing
Vosges	88146	Domjulien
Vosges	88147	Dommartin-aux-Bois
Vosges	88148	Dommartin-lès-Remiremont
Vosges	88149	Dommartin-lès-Vallois
Vosges	88150	Dommartin-sur-Vraine
Vosges	88151	Dompaire
Vosges	88152	Dompierre
Vosges	88153	Domptail
Vosges	88154	Domrémy-la-Pucelle
Vosges	88155	Domvallier
Vosges	88156	Doncières
Vosges	88157	Dounoux
Vosges	88158	Éloyes
Vosges	88159	Entre-deux-Eaux
Vosges	88160	Épinal
Vosges	88161	Escles
Vosges	88162	Esley
Vosges	88163	Essegney
Vosges	88164	Estrennes
Vosges	88165	Étival-Clairefontaine
Vosges	88166	Évaux-et-Ménil
Vosges	88167	Faucompierre
Vosges	88168	Fauconcourt
Vosges	88169	Fays
Vosges	88170	Ferdrupt
Vosges	88171	Fignéville
Vosges	88172	Fiménil
Vosges	88173	Florémont
Vosges	88174	Fomerey
Vosges	88175	Fontenay

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88176	Fontenoy-le-Château
Vosges	88177	La Forge
Vosges	88178	Les Forges
Vosges	88179	Fouchécourt
Vosges	88180	Frain
Vosges	88181	Fraize
Vosges	88182	Frapelle
Vosges	88183	Frebécourt
Vosges	88184	Fremifontaine
Vosges	88185	Frenelle-la-Grande
Vosges	88186	Frenelle-la-Petite
Vosges	88187	Frénois
Vosges	88188	Fresse-sur-Moselle
Vosges	88189	Fréville
Vosges	88190	Frizon
Vosges	88192	Gelvécourt-et-Adompt
Vosges	88193	Gemaingoutte
Vosges	88194	Gemmelaincourt
Vosges	88195	Gendreville
Vosges	88196	Gérardmer
Vosges	88197	Gerbamont
Vosges	88198	Gerbépal
Vosges	88199	Gignéville
Vosges	88200	Gigney
Vosges	88201	Girancourt
Vosges	88202	Gircourt-lès-Viéville
Vosges	88203	Girecourt-sur-Durbion
Vosges	88205	Girmont-Val-d'Ajol
Vosges	88206	Gironcourt-sur-Vraine
Vosges	88208	Godoncourt
Vosges	88209	Golbey
Vosges	88210	Gorhey
Vosges	88212	Grand
Vosges	88213	La Grande-Fosse

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88214	Grandrupt-de-Bains
Vosges	88215	Grandrupt
Vosges	88216	Grandvillers
Vosges	88218	Granges-Aumontzey
Vosges	88219	Greux
Vosges	88220	Grignoncourt
Vosges	88221	Gruey-lès-Surance
Vosges	88222	Gugnécourt
Vosges	88223	Gugney-aux-Aulx
Vosges	88224	Hadigny-les-Verrières
Vosges	88225	Hadol
Vosges	88226	Hagécourt
Vosges	88227	Hagnéville-et-Roncourt
Vosges	88228	Haillainville
Vosges	88229	Harchéchamp
Vosges	88230	Hardancourt
Vosges	88231	Haréville
Vosges	88232	Harmonville
Vosges	88233	Harol
Vosges	88236	La Haye
Vosges	88237	Hennecourt
Vosges	88238	Hennezel
Vosges	88239	Hergugney
Vosges	88240	Herpelmont
Vosges	88241	Houécourt
Vosges	88242	Houéville
Vosges	88243	Housseras
Vosges	88244	La Houssière
Vosges	88245	Hurbache
Vosges	88246	Hymont
Vosges	88247	Igney
Vosges	88248	Isches
Vosges	88249	Jainvillotte
Vosges	88250	Jarménil

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88251	Jeanménil
Vosges	88252	Jésonville
Vosges	88253	Jeuxy
Vosges	88254	Jorxey
Vosges	88255	Jubainville
Vosges	88256	Jussarupt
Vosges	88257	Juvaincourt
Vosges	88258	Lamarche
Vosges	88259	Landaville
Vosges	88260	Langley
Vosges	88261	Laval-sur-Vologne
Vosges	88262	Laveline-devant-Bruyères
Vosges	88263	Laveline-du-Houx
Vosges	88264	Légéville-et-Bonfays
Vosges	88265	Lemmecourt
Vosges	88266	Lépanges-sur-Vologne
Vosges	88267	Lerrain
Vosges	88268	Lesseux
Vosges	88269	Liézey
Vosges	88270	Liffol-le-Grand
Vosges	88271	Lignéville
Vosges	88272	Lironcourt
Vosges	88273	Longchamp
Vosges	88274	Longchamp-sous-Châtenois
Vosges	88275	Lubine
Vosges	88276	Lusse
Vosges	88277	Luvigny
Vosges	88278	Maconcourt
Vosges	88279	Madecourt
Vosges	88280	Madegney
Vosges	88281	Madonne-et-Lamerey
Vosges	88283	Malaincourt
Vosges	88284	Mandray
Vosges	88285	Mandres-sur-Vair

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88286	Marainville-sur-Madon
Vosges	88287	Marey
Vosges	88288	Maroncourt
Vosges	88289	Martigny-les-Bains
Vosges	88290	Martigny-les-Gerbonvaux
Vosges	88291	Martinville
Vosges	88292	Mattaincourt
Vosges	88293	Maxey-sur-Meuse
Vosges	88294	Mazeley
Vosges	88295	Maziroth
Vosges	88296	Médonville
Vosges	88297	Méménil
Vosges	88298	Ménarmont
Vosges	88299	Ménil-en-Xaintois
Vosges	88300	Ménil-de-Senones
Vosges	88301	Ménil-sur-Belvitte
Vosges	88302	Le Ménil
Vosges	88303	Midrevaux
Vosges	88304	Mirecourt
Vosges	88305	Moncel-sur-Vair
Vosges	88306	Le Mont
Vosges	88307	Mont-lès-Lamarche
Vosges	88308	Mont-lès-Neufchâteau
Vosges	88309	Monthureux-le-Sec
Vosges	88310	Monthureux-sur-Saône
Vosges	88311	Montmotier
Vosges	88312	Morelmaison
Vosges	88313	Moriville
Vosges	88314	Morizécourt
Vosges	88315	Mortagne
Vosges	88316	Morville
Vosges	88317	Moussey
Vosges	88318	Moyemont
Vosges	88319	Moyenmoutier

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88320	Nayemont-les-Fosses
Vosges	88321	Neufchâteau
Vosges	88322	La Neuveville-devant-Lépanges
Vosges	88324	La Neuveville-sous-Châtenois
Vosges	88325	La Neuveville-sous-Montfort
Vosges	88326	Neuwillers-sur-Fave
Vosges	88327	Nomexy
Vosges	88328	Nompatelize
Vosges	88330	Nonville
Vosges	88331	Nonzeville
Vosges	88332	Norroy
Vosges	88333	Nossoncourt
Vosges	88334	Oëlleville
Vosges	88335	Offroicourt
Vosges	88336	Ollainville
Vosges	88338	Ortoncourt
Vosges	88340	Padoux
Vosges	88341	Pair-et-Grandrupt
Vosges	88342	Pallegney
Vosges	88343	Parey-sous-Montfort
Vosges	88344	Pargny-sous-Mureau
Vosges	88345	La Petite-Fosse
Vosges	88346	La Petite-Raon
Vosges	88347	Pierrefitte
Vosges	88348	Pierrepont-sur-l'Arentèle
Vosges	88349	Plainfaing
Vosges	88350	Pleuvezain
Vosges	88351	Plombières-les-Bains
Vosges	88352	Pompierre
Vosges	88353	Pont-lès-Bonfays
Vosges	88354	Pont-sur-Madon
Vosges	88355	Portieux
Vosges	88356	Les Poulières
Vosges	88357	Poussay

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88358	Pouxoux
Vosges	88359	Prey
Vosges	88360	Provençères-lès-Darney
Vosges	88361	Provençères-et-Colroy
Vosges	88362	Le Puid
Vosges	88363	Punerot
Vosges	88364	Puzieux
Vosges	88365	Racécourt
Vosges	88366	Rainville
Vosges	88367	Rambervillers
Vosges	88368	Ramecourt
Vosges	88369	Ramonchamp
Vosges	88370	Rancourt
Vosges	88371	Raon-aux-Bois
Vosges	88372	Raon-l'Étape
Vosges	88373	Raon-sur-Plaine
Vosges	88374	Rapey
Vosges	88375	Raves
Vosges	88376	Rebeuville
Vosges	88377	Regnévelle
Vosges	88378	Regney
Vosges	88379	Rehaincourt
Vosges	88380	Rehaupal
Vosges	88381	Relanges
Vosges	88382	Remicourt
Vosges	88383	Remiremont
Vosges	88385	Remoncourt
Vosges	88386	Remomeix
Vosges	88387	Removille
Vosges	88388	Renauvoid
Vosges	88389	Repel
Vosges	88390	Robécourt
Vosges	88391	Rochesson
Vosges	88393	Rollainville

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88394	Romain-aux-Bois
Vosges	88395	Romont
Vosges	88398	Les Rouges-Eaux
Vosges	88399	Le Roulier
Vosges	88400	Rouvres-en-Xaintois
Vosges	88401	Rouvres-la-Chétive
Vosges	88402	Roville-aux-Chênes
Vosges	88403	Rozerotte
Vosges	88404	Rozières-sur-Mouzon
Vosges	88406	Rugney
Vosges	88407	Ruppes
Vosges	88408	Rupt-sur-Moselle
Vosges	88409	Saint-Amé
Vosges	88410	Sainte-Barbe
Vosges	88411	Saint-Baslemont
Vosges	88412	Saint-Benoît-la-Chipotte
Vosges	88413	Saint-Dié-des-Vosges
Vosges	88415	Saint-Étienne-lès-Remiremont
Vosges	88416	Saint-Genest
Vosges	88417	Saint-Gorgon
Vosges	88418	Sainte-Hélène
Vosges	88419	Saint-Jean-d'Ormont
Vosges	88421	Saint-Julien
Vosges	88423	Saint-Léonard
Vosges	88424	Sainte-Marguerite
Vosges	88425	Saint-Maurice-sur-Mortagne
Vosges	88426	Saint-Maurice-sur-Moselle
Vosges	88427	Saint-Menge
Vosges	88428	Saint-Michel-sur-Meurthe
Vosges	88429	Saint-Nabord
Vosges	88430	Saint-Ouen-lès-Parey
Vosges	88431	Saint-Paul
Vosges	88432	Saint-Pierremont
Vosges	88433	Saint-Prancher

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88434	Saint-Remimont
Vosges	88435	Saint-Remy
Vosges	88436	Saint-Stail
Vosges	88437	Saint-Vallier
Vosges	88438	La Salle
Vosges	88439	Sanchev
Vosges	88440	Sandaucourt
Vosges	88441	Sans-Vallois
Vosges	88442	Sapois
Vosges	88443	Sartes
Vosges	88444	Le Saulcy
Vosges	88445	Saulcy-sur-Meurthe
Vosges	88446	Saulxures-lès-Bulgnéville
Vosges	88447	Saulxures-sur-Moselotte
Vosges	88448	Sauville
Vosges	88449	Savigny
Vosges	88450	Senaide
Vosges	88451	Senones
Vosges	88452	Senonges
Vosges	88453	Seraumont
Vosges	88454	Sercœur
Vosges	88455	Serécourt
Vosges	88456	Serocourt
Vosges	88457	Sionne
Vosges	88458	Socourt
Vosges	88459	Soncourt
Vosges	88460	Soulosse-sous-Saint-Élophe
Vosges	88461	Suriauville
Vosges	88462	Le Syndicat
Vosges	88463	Taintrux
Vosges	88464	Tendon
Vosges	88465	Thaon-les-Vosges
Vosges	88466	They-sous-Montfort
Vosges	88467	Thiéfosse

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88468	Le Thillot
Vosges	88469	Thiraucourt
Vosges	88470	Le Tholy
Vosges	88471	Les Thons
Vosges	88472	Thuillières
Vosges	88473	Tignécourt
Vosges	88474	Tilleux
Vosges	88475	Tollaincourt
Vosges	88476	Totainville
Vosges	88477	Trampot
Vosges	88478	Tranqueville-Graux
Vosges	88479	Trémonzey
Vosges	88480	Ubexy
Vosges	88481	Uriménil
Vosges	88482	Urville
Vosges	88483	Uxegney
Vosges	88484	Uzemain
Vosges	88485	La Vacheresse-et-la-Rouillie
Vosges	88486	Vagney
Vosges	88487	Le Val-d'Ajol
Vosges	88488	Valfroicourt
Vosges	88489	Valleroy-aux-Saules
Vosges	88490	Valleroy-le-Sec
Vosges	88491	Les Vallois
Vosges	88492	Le Valtin
Vosges	88493	Varmonzey
Vosges	88494	Vaubexy
Vosges	88495	Vaudéville
Vosges	88496	Vaudoncourt
Vosges	88497	Vaxoncourt
Vosges	88498	Vecoux
Vosges	88499	Velotte-et-Tatignécourt
Vosges	88500	Ventron
Vosges	88501	Le Vermont

Zone de référence n°8 « Vosges »		
Département	Code	Commune
Vosges	88502	Vervezelle
Vosges	88503	Vexaincourt
Vosges	88504	Vicherey
Vosges	88505	Vienville
Vosges	88506	Vieux-Moulin
Vosges	88507	Villers
Vosges	88508	Ville-sur-Illon
Vosges	88509	Villoncourt
Vosges	88510	Villotte
Vosges	88511	Villouxel
Vosges	88512	Viménil
Vosges	88513	Vincey
Vosges	88514	Viocourt
Vosges	88515	Vioménil
Vosges	88516	Vittel
Vosges	88517	Viviers-le-Gras
Vosges	88518	Viviers-lès-Offroicourt
Vosges	88519	La Voivre
Vosges	88520	Les Voivres
Vosges	88521	Vomécourt
Vosges	88522	Vomécourt-sur-Madon
Vosges	88523	Vouxey
Vosges	88524	Vrécourt
Vosges	88525	Vroville
Vosges	88526	Wisembach
Vosges	88527	Xaffévillers
Vosges	88528	Xamontarupt
Vosges	88529	Xaronval
Vosges	88530	Xertigny
Vosges	88531	Xonrupt-Longemer
Vosges	88532	Zincourt

Zone de référence n°9 « Moselle Est »

Zone de référence n°9 « Moselle Est »		
Département	Code	Commune
Moselle	57004	Achain
Moselle	57006	Achen
Moselle	57008	Adelange
Moselle	57011	Albestroff
Moselle	57013	Alsting
Moselle	57014	Altrippe
Moselle	57015	Altwiller
Moselle	57027	Arraincourt
Moselle	57046	Baerenthal
Moselle	57047	Bambiderstroff
Moselle	57051	Baronville
Moselle	57052	Barst
Moselle	57058	Behren-lès-Forbach
Moselle	57059	Bellange
Moselle	57060	Bénestroff
Moselle	57061	Béning-lès-Saint-Avold
Moselle	57063	Bérig-Vintrange
Moselle	57065	Bermering
Moselle	57069	Berviller-en-Moselle
Moselle	57073	Betting
Moselle	57074	Bettviller
Moselle	57082	Biding
Moselle	57083	Bining
Moselle	57088	Bistroff
Moselle	57089	Bitche
Moselle	57091	Bliesbruck
Moselle	57092	Blies-Ébersing
Moselle	57093	Blies-Guersviller
Moselle	57101	Bousbach
Moselle	57103	Bousseviller
Moselle	57105	Boustroff
Moselle	57107	Bréhain
Moselle	57108	Breidenbach
Moselle	57115	Brulange

Zone de référence n°9 « Moselle Est »		
Département	Code	Commune
Moselle	57122	Cappel
Moselle	57123	Carling
Moselle	57130	Château-Bréhain
Moselle	57144	Cocheren
Moselle	57151	Conthil
Moselle	57159	Créhange
Moselle	57160	Creutzwald
Moselle	57165	Dalem
Moselle	57166	Dalhain
Moselle	57174	Destry
Moselle	57176	Diebling
Moselle	57178	Diffembach-lès-Hellimer
Moselle	57188	Éguelshardt
Moselle	57189	Eincheville
Moselle	57190	Elvange
Moselle	57192	Enchenberg
Moselle	57195	Epping
Moselle	57196	Erching
Moselle	57197	Ernestviller
Moselle	57198	Erstroff
Moselle	57201	Etting
Moselle	57202	Etzling
Moselle	57205	Falck
Moselle	57207	Farébersviller
Moselle	57208	Farschviller
Moselle	57209	Faulquemont
Moselle	57217	Flétrange
Moselle	57222	Folkling
Moselle	57224	Folschviller
Moselle	57227	Forbach
Moselle	57232	Francaaltroff
Moselle	57234	Frauenberg
Moselle	57237	Frémestroff
Moselle	57239	Freybouse

Zone de référence n°9 « Moselle Est »		
Département	Code	Commune
Moselle	57240	Freyming-Merlebach
Moselle	57248	Givrycourt
Moselle	57250	Goetzenbruck
Moselle	57258	Gréning
Moselle	57260	Grosbliedestroff
Moselle	57261	Gros-Réderching
Moselle	57262	Grostenquin
Moselle	57263	Grundviller
Moselle	57264	Guebenhouse
Moselle	57267	Le Val-de-Guéblange
Moselle	57271	Guenviller
Moselle	57274	Guerting
Moselle	57275	Guessling-Hémering
Moselle	57276	Guinglange
Moselle	57278	Guinzeling
Moselle	57281	Haboudange
Moselle	57284	Hallering
Moselle	57288	Ham-sous-Varsberg
Moselle	57289	Hambach
Moselle	57294	Hanviller
Moselle	57296	Hargarten-aux-Mines
Moselle	57297	Harprich
Moselle	57301	Haspelschiedt
Moselle	57308	Hazembourg
Moselle	57311	Hellimer
Moselle	57313	Hémilly
Moselle	57316	Henrville
Moselle	57325	Hilsprich
Moselle	57328	Holacourt
Moselle	57330	Holving
Moselle	57332	Hombourg-Haut
Moselle	57335	Honskirch
Moselle	57336	L'Hôpital
Moselle	57337	Hoste

Zone de référence n°9 « Moselle Est »		
Département	Code	Commune
Moselle	57338	Hottviller
Moselle	57340	Hundling
Moselle	57346	Insming
Moselle	57347	Insviller
Moselle	57348	Ippling
Moselle	57355	Kalhausen
Moselle	57357	Kappelkinger
Moselle	57360	Kerbach
Moselle	57366	Kirviller
Moselle	57373	Lachambre
Moselle	57376	Lambach
Moselle	57379	Landroff
Moselle	57384	Laning
Moselle	57386	Laudrefang
Moselle	57389	Lelling
Moselle	57390	Lemberg
Moselle	57393	Lengelsheim
Moselle	57394	Léning
Moselle	57398	Leyviller
Moselle	57401	Lidrezing
Moselle	57402	Liederschiedt
Moselle	57408	Lixing-lès-Rouhling
Moselle	57409	Lixing-lès-Saint-Avold
Moselle	57410	Lhor
Moselle	57413	Longeville-lès-Saint-Avold
Moselle	57417	Lostroff
Moselle	57418	Loudrefing
Moselle	57419	Loupershouse
Moselle	57421	Loutzviller
Moselle	57428	Macheren
Moselle	57430	Mainvillers
Moselle	57442	Many
Moselle	57444	Marange-Zondrange
Moselle	57446	Marimont-lès-Bénestroff

Zone de référence n°9 « Moselle Est »		
Département	Code	Commune
Moselle	57451	Marthille
Moselle	57453	Maxstadt
Moselle	57456	Meisenthal
Moselle	57460	Merten
Moselle	57466	Metzing
Moselle	57470	Molring
Moselle	57477	Montbronn
Moselle	57478	Montdidier
Moselle	57483	Morhange
Moselle	57484	Morsbach
Moselle	57489	Mouterhouse
Moselle	57494	Munster
Moselle	57496	Nébing
Moselle	57497	Nelling
Moselle	57499	Neufgrange
Moselle	57501	Neufvillage
Moselle	57513	Nousseviller-lès-Bitche
Moselle	57514	Nousseviller-Saint-Nabor
Moselle	57517	Obergailbach
Moselle	57521	Œting
Moselle	57526	Ormersviller
Moselle	57535	Petit-Réderching
Moselle	57536	Petit-Tenquin
Moselle	57537	Petite-Rosselle
Moselle	57539	Pévange
Moselle	57541	Philippsbourg
Moselle	57549	Pontpierre
Moselle	57550	Porcelette
Moselle	57556	Puttelange-aux-Lacs
Moselle	57560	Racrange
Moselle	57561	Rahling
Moselle	57568	Rémelfing
Moselle	57570	Rémering
Moselle	57571	Rémering-lès-Puttelange

Zone de référence n°9 « Moselle Est »		
Département	Code	Commune
Moselle	57573	Réning
Moselle	57577	Reyersviller
Moselle	57580	Riche
Moselle	57581	Richeling
Moselle	57584	Rimling
Moselle	57587	Rodalbe
Moselle	57589	Rohrbach-lès-Bitche
Moselle	57590	Rolbing
Moselle	57594	Roppeviller
Moselle	57596	Rosbruck
Moselle	57598	Rouhling
Moselle	57606	Saint-Avold
Moselle	57615	Saint-Jean-Rohrbach
Moselle	57619	Saint-Louis-lès-Bitche
Moselle	57628	Sarralbe
Moselle	57631	Sarreguemines
Moselle	57633	Sarreinsming
Moselle	57636	Schmittviller
Moselle	57638	Schœneck
Moselle	57639	Schorbach
Moselle	57641	Schweyen
Moselle	57644	Seingbouse
Moselle	57651	Siersthal
Moselle	57658	Soucht
Moselle	57659	Spicheren
Moselle	57660	Stiring-Wendel
Moselle	57661	Sturzelbronn
Moselle	57662	Suisse
Moselle	57665	Tenteling
Moselle	57668	Teting-sur-Nied
Moselle	57669	Théding
Moselle	57670	Thicourt
Moselle	57673	Thonville
Moselle	57675	Torcheville

Zone de référence n°9 « Moselle Est »		
Département	Code	Commune
Moselle	57679	Tritteling-Redlach
Moselle	57684	Vahl-Ebersing
Moselle	57685	Vahl-lès-Bénéstroff
Moselle	57686	Vahl-lès-Faulquemont
Moselle	57687	Vallerange
Moselle	57690	Valmont
Moselle	57692	Vannecourt
Moselle	57696	Varsberg
Moselle	57711	Vibersviller
Moselle	57714	Haute-Vigneulles
Moselle	57717	Viller
Moselle	57719	Villers-sur-Nied
Moselle	57720	Villing
Moselle	57723	Virming
Moselle	57725	Vittersbourg
Moselle	57732	Volmunster
Moselle	57738	Waldhouse
Moselle	57741	Walschbronn
Moselle	57745	Wiesviller
Moselle	57746	Willerwald
Moselle	57748	Wittring
Moselle	57750	Wœfling-lès-Sarreguemines
Moselle	57752	Woustviller
Moselle	57759	Zarbeling
Moselle	57760	Zetting
Moselle	57762	Zimming
Moselle	57765	Diesen

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Moselle	57003	Abreschviller
Moselle	57033	Arzviller
Moselle	57034	Aspach
Moselle	57042	Avricourt
Moselle	57044	Azoudange
Moselle	57050	Barchain
Moselle	57056	Bébing
Moselle	57064	Berling
Moselle	57066	Berthelming
Moselle	57071	Bettborn
Moselle	57080	Bickenholtz
Moselle	57086	Belles-Forêts
Moselle	57099	Bourdonnay
Moselle	57100	Bourscheid
Moselle	57113	Brouderdorff
Moselle	57114	Brouviller
Moselle	57119	Buhl-Lorraine
Moselle	57163	Dabo
Moselle	57168	Danne-et-Quatre-Vents
Moselle	57169	Dannelbourg
Moselle	57175	Diane-Capelle
Moselle	57180	Dolving
Moselle	57183	Donnelay
Moselle	57210	Fénétrange
Moselle	57216	Fleisheim
Moselle	57229	Foulcrey
Moselle	57233	Fraquelfing
Moselle	57241	Fribourg
Moselle	57244	Garrebourg
Moselle	57253	Gondrexange
Moselle	57255	Gosselming
Moselle	57280	Guntzviller
Moselle	57291	Hangviller
Moselle	57298	Harreberg

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Moselle	57299	Hartzviller
Moselle	57300	Haselbourg
Moselle	57302	Hattigny
Moselle	57304	Haut-Clocher
Moselle	57310	Hellering-lès-Fénétrange
Moselle	57314	Héming
Moselle	57315	Henridorff
Moselle	57317	Hérange
Moselle	57318	Hermelange
Moselle	57320	Hertzling
Moselle	57321	Hesse
Moselle	57324	Hilbesheim
Moselle	57333	Hommarting
Moselle	57334	Hommert
Moselle	57339	Hultehouse
Moselle	57342	Ibigny
Moselle	57344	Imling
Moselle	57362	Kerprich-aux-Bois
Moselle	57374	Lafrimbolle
Moselle	57375	Lagarde
Moselle	57377	Landange
Moselle	57380	Laneuveville-lès-Lorquin
Moselle	57382	Langatte
Moselle	57383	Languimberg
Moselle	57397	Ley
Moselle	57407	Lixheim
Moselle	57414	Lorquin
Moselle	57427	Lutzelbourg
Moselle	57434	Maizières-lès-Vic
Moselle	57461	Métairies-Saint-Quirin
Moselle	57462	Metting
Moselle	57468	Mittelbronn
Moselle	57469	Mittersheim
Moselle	57473	Moncourt

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Moselle	57488	Moussey
Moselle	57500	Neufmoulins
Moselle	57504	Niderhoff
Moselle	57505	Niderviller
Moselle	57506	Niederstinzeln
Moselle	57509	Nitting
Moselle	57518	Oberstinzeln
Moselle	57524	Ommeray
Moselle	57540	Phalsbourg
Moselle	57544	Plaine-de-Walsch
Moselle	57551	Postroff
Moselle	57564	Réchicourt-le-Château
Moselle	57566	Réding
Moselle	57579	Rhodes
Moselle	57583	Richeval
Moselle	57592	Romelfing
Moselle	57611	Saint-Georges
Moselle	57613	Saint-Jean-de-Bassel
Moselle	57614	Saint-Jean-Kourtzerode
Moselle	57618	Saint-Louis
Moselle	57623	Saint-Quirin
Moselle	57629	Sarraltroff
Moselle	57630	Sarrebourg
Moselle	57635	Schalbach
Moselle	57637	Schneckenbusch
Moselle	57680	Troisfontaines
Moselle	57682	Turquestein-Blancrupt
Moselle	57697	Vasperviller
Moselle	57703	Veckersviller
Moselle	57709	Vesheim
Moselle	57713	Vieux-Lixheim
Moselle	57721	Vilsberg
Moselle	57734	Voyer
Moselle	57742	Walscheid

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Moselle	57743	Waltembourg
Moselle	57747	Wintersbourg
Moselle	57756	Xouaxange
Moselle	57761	Zilling
Bas-Rhin	67001	Achenheim
Bas-Rhin	67002	Adamswiller
Bas-Rhin	67004	Sommerau
Bas-Rhin	67005	Alteckendorf
Bas-Rhin	67006	Altenheim
Bas-Rhin	67008	Altorf
Bas-Rhin	67009	Altwiller
Bas-Rhin	67012	Aschbach
Bas-Rhin	67013	Asswiller
Bas-Rhin	67016	Avolsheim
Bas-Rhin	67017	Baerendorf
Bas-Rhin	67018	Balbronn
Bas-Rhin	67020	Barembach
Bas-Rhin	67023	Batzendorf
Bas-Rhin	67025	Beinheim
Bas-Rhin	67026	Bellefosse
Bas-Rhin	67027	Belmont
Bas-Rhin	67029	Berg
Bas-Rhin	67030	Bergbieten
Bas-Rhin	67033	Bernolsheim
Bas-Rhin	67034	Berstett
Bas-Rhin	67035	Berstheim
Bas-Rhin	67036	Bettwiller
Bas-Rhin	67037	Biblisheim
Bas-Rhin	67038	Bietlenheim
Bas-Rhin	67039	Bilwisheim
Bas-Rhin	67043	Bischheim
Bas-Rhin	67044	Bischholtz
Bas-Rhin	67045	Bischoffsheim
Bas-Rhin	67046	Bischwiller

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67047	Bissert
Bas-Rhin	67048	Bitschhoffen
Bas-Rhin	67049	Blaesheim
Bas-Rhin	67050	Blancherupt
Bas-Rhin	67054	Bolsenheim
Bas-Rhin	67057	Bosselshausen
Bas-Rhin	67058	Bossendorf
Bas-Rhin	67059	Bourg-Bruche
Bas-Rhin	67061	Bouxwiller
Bas-Rhin	67065	Breuschwickersheim
Bas-Rhin	67066	La Broque
Bas-Rhin	67067	Brumath
Bas-Rhin	67068	Buswiller
Bas-Rhin	67069	Buhl
Bas-Rhin	67070	Burbach
Bas-Rhin	67071	Bust
Bas-Rhin	67072	Butten
Bas-Rhin	67074	Cleebourg
Bas-Rhin	67075	Climbach
Bas-Rhin	67076	Colroy-la-Roche
Bas-Rhin	67077	Cosswiller
Bas-Rhin	67078	Crastatt
Bas-Rhin	67079	Crœttwiller
Bas-Rhin	67080	Dachstein
Bas-Rhin	67081	Dahlenheim
Bas-Rhin	67082	Dalhunden
Bas-Rhin	67083	Dambach
Bas-Rhin	67085	Dangolsheim
Bas-Rhin	67086	Daubensand
Bas-Rhin	67087	Dauendorf
Bas-Rhin	67088	Dehlingen
Bas-Rhin	67089	Dettwiller
Bas-Rhin	67091	Diedendorf
Bas-Rhin	67093	Dieffenbach-lès-Woerth

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67095	Diemeringen
Bas-Rhin	67096	Dimbsthal
Bas-Rhin	67097	Dingsheim
Bas-Rhin	67098	Dinsheim-sur-Bruche
Bas-Rhin	67099	Domfessel
Bas-Rhin	67100	Donnenheim
Bas-Rhin	67101	Dorlisheim
Bas-Rhin	67102	Dossenheim-Kochersberg
Bas-Rhin	67103	Dossenheim-sur-Zinsel
Bas-Rhin	67104	Drachenbronn-Birlenbach
Bas-Rhin	67105	Drulingen
Bas-Rhin	67106	Drusenheim
Bas-Rhin	67107	Duntzenheim
Bas-Rhin	67108	Duppigheim
Bas-Rhin	67109	Durningen
Bas-Rhin	67110	Durrenbach
Bas-Rhin	67111	Durstel
Bas-Rhin	67112	Duttlenheim
Bas-Rhin	67113	Eberbach-Seltz
Bas-Rhin	67117	Eckartswiller
Bas-Rhin	67118	Eckbolsheim
Bas-Rhin	67119	Eckwersheim
Bas-Rhin	67122	Wangenbourg-Engenthal
Bas-Rhin	67123	Engwiller
Bas-Rhin	67124	Entzheim
Bas-Rhin	67126	Erckartswiller
Bas-Rhin	67127	Ergersheim
Bas-Rhin	67128	Ernolsheim-Bruche
Bas-Rhin	67129	Ernolsheim-lès-Saverne
Bas-Rhin	67130	Erstein
Bas-Rhin	67131	Eschau
Bas-Rhin	67132	Eschbach
Bas-Rhin	67133	Eschbourg
Bas-Rhin	67134	Eschwiller

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67135	Ettendorf
Bas-Rhin	67136	Eywiller
Bas-Rhin	67137	Fegersheim
Bas-Rhin	67138	Fessenheim-le-Bas
Bas-Rhin	67139	Flexbourg
Bas-Rhin	67140	Forstfeld
Bas-Rhin	67141	Forstheim
Bas-Rhin	67142	Fort-Louis
Bas-Rhin	67144	Fouday
Bas-Rhin	67145	Friedolsheim
Bas-Rhin	67147	Frœschwiller
Bas-Rhin	67148	Frohmuhl
Bas-Rhin	67149	Furchhausen
Bas-Rhin	67150	Furdenheim
Bas-Rhin	67151	Gambenheim
Bas-Rhin	67152	Geispolsheim
Bas-Rhin	67153	Geiswiller-Zœbersdorf
Bas-Rhin	67154	Gerstheim
Bas-Rhin	67156	Geudertheim
Bas-Rhin	67159	Gœrlingen
Bas-Rhin	67160	Gœrsdorf
Bas-Rhin	67161	Gottenhouse
Bas-Rhin	67162	Gottesheim
Bas-Rhin	67163	Gougenheim
Bas-Rhin	67165	Grandfontaine
Bas-Rhin	67166	Grassendorf
Bas-Rhin	67167	Grendelbruch
Bas-Rhin	67168	Gresswiller
Bas-Rhin	67169	Gries
Bas-Rhin	67172	Griesheim-près-Molsheim
Bas-Rhin	67173	Griesheim-sur-Souffel
Bas-Rhin	67174	Gumbrechtshoffen
Bas-Rhin	67176	Gundershoffen
Bas-Rhin	67177	Gunstett

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67178	Gungwiller
Bas-Rhin	67179	Haegen
Bas-Rhin	67180	Haguenu
Bas-Rhin	67181	Handschuheim
Bas-Rhin	67182	Hangenbieten
Bas-Rhin	67183	Harskirchen
Bas-Rhin	67184	Hatten
Bas-Rhin	67185	Hattmatt
Bas-Rhin	67186	Hegeney
Bas-Rhin	67188	Heiligenberg
Bas-Rhin	67190	Hengwiller
Bas-Rhin	67191	Herbitzheim
Bas-Rhin	67194	Herrlisheim
Bas-Rhin	67197	Hindisheim
Bas-Rhin	67198	Hinsbourg
Bas-Rhin	67199	Hinsingen
Bas-Rhin	67200	Hipsheim
Bas-Rhin	67201	Hirschland
Bas-Rhin	67202	Hochfelden
Bas-Rhin	67203	Hochstett
Bas-Rhin	67204	Hoenheim
Bas-Rhin	67205	Hœrdt
Bas-Rhin	67206	Hoffen
Bas-Rhin	67208	Hohengœft
Bas-Rhin	67209	Hohfrankenheim
Bas-Rhin	67212	Holtzheim
Bas-Rhin	67213	Hunspach
Bas-Rhin	67214	Hurtigheim
Bas-Rhin	67215	Huttendorf
Bas-Rhin	67217	Ichtratzheim
Bas-Rhin	67218	Illkirch-Graffenstaden
Bas-Rhin	67220	Ingenheim
Bas-Rhin	67221	Ingolsheim
Bas-Rhin	67222	Ingwiller

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67223	Innenheim
Bas-Rhin	67225	Issenhausen
Bas-Rhin	67226	Ittenheim
Bas-Rhin	67228	Neugartheim-Ittlenheim
Bas-Rhin	67229	Jetterswiller
Bas-Rhin	67230	Kaltenhouse
Bas-Rhin	67231	Kauffenheim
Bas-Rhin	67232	Keffenach
Bas-Rhin	67234	Keskastel
Bas-Rhin	67235	Kesseldorf
Bas-Rhin	67236	Kienheim
Bas-Rhin	67237	Kilstett
Bas-Rhin	67238	Kindwiller
Bas-Rhin	67240	Kirchheim
Bas-Rhin	67241	Kirrberg
Bas-Rhin	67242	Kirrwiller
Bas-Rhin	67244	Kleingœft
Bas-Rhin	67245	Knoersheim
Bas-Rhin	67247	Kolbsheim
Bas-Rhin	67248	Krautergersheim
Bas-Rhin	67249	Krautwiller
Bas-Rhin	67250	Kriegsheim
Bas-Rhin	67252	Kurtzenhouse
Bas-Rhin	67253	Kuttolsheim
Bas-Rhin	67254	Kutzenhausen
Bas-Rhin	67256	Lampertheim
Bas-Rhin	67257	Lampertsloch
Bas-Rhin	67258	Landersheim
Bas-Rhin	67259	Langensoultzbach
Bas-Rhin	67260	Laubach
Bas-Rhin	67261	Lauterbourg
Bas-Rhin	67263	Lembach
Bas-Rhin	67264	Leutenheim
Bas-Rhin	67265	Lichtenberg

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67266	Limersheim
Bas-Rhin	67267	Lingolsheim
Bas-Rhin	67268	Lipsheim
Bas-Rhin	67269	Littenheim
Bas-Rhin	67270	Lixhausen
Bas-Rhin	67271	Lobsann
Bas-Rhin	67272	Lochwiller
Bas-Rhin	67273	Lohr
Bas-Rhin	67274	Lorentzen
Bas-Rhin	67275	Lupstein
Bas-Rhin	67276	Lutzelhouse
Bas-Rhin	67278	Mackwiller
Bas-Rhin	67279	Maennolsheim
Bas-Rhin	67282	Marlenheim
Bas-Rhin	67283	Marmoutier
Bas-Rhin	67285	Matzenheim
Bas-Rhin	67287	Melsheim
Bas-Rhin	67288	Memmelschiffen
Bas-Rhin	67289	Menchhoffen
Bas-Rhin	67290	Merkwiller-Pechelbronn
Bas-Rhin	67291	Mertzwiller
Bas-Rhin	67292	Mietesheim
Bas-Rhin	67293	Minversheim
Bas-Rhin	67296	Mittelhausbergen
Bas-Rhin	67298	Mittelschaeffolsheim
Bas-Rhin	67299	Mollkirch
Bas-Rhin	67300	Molsheim
Bas-Rhin	67301	Mommenheim
Bas-Rhin	67302	Monswiller
Bas-Rhin	67303	Morsbronn-les-Bains
Bas-Rhin	67304	Morschwiller
Bas-Rhin	67305	Mothern
Bas-Rhin	67306	Muhlbach-sur-Bruche
Bas-Rhin	67307	Mulhausen

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67308	Munchhausen
Bas-Rhin	67309	Mundolsheim
Bas-Rhin	67312	Mutzenhouse
Bas-Rhin	67313	Mutzig
Bas-Rhin	67314	Natzwiller
Bas-Rhin	67315	Neewiller-près-Lauterbourg
Bas-Rhin	67319	Neuhaeusel
Bas-Rhin	67321	Neuviller-la-Roche
Bas-Rhin	67322	Neuwiller-lès-Saverne
Bas-Rhin	67324	Niederbronn-les-Bains
Bas-Rhin	67325	Niederhaslach
Bas-Rhin	67326	Niederhausbergen
Bas-Rhin	67327	Niederlauterbach
Bas-Rhin	67328	Niedermodern
Bas-Rhin	67330	Niederrœdern
Bas-Rhin	67331	Niederschaeffolsheim
Bas-Rhin	67333	Niedersoultzbach
Bas-Rhin	67334	Niedersteinbach
Bas-Rhin	67335	Nordheim
Bas-Rhin	67336	Nordhouse
Bas-Rhin	67339	Betschdorf
Bas-Rhin	67340	Oberbronn
Bas-Rhin	67341	Oberdorf-Spachbach
Bas-Rhin	67342	Oberhaslach
Bas-Rhin	67343	Oberhausbergen
Bas-Rhin	67344	Oberhoffen-lès-Wissembourg
Bas-Rhin	67345	Oberhoffen-sur-Moder
Bas-Rhin	67346	Oberlauterbach
Bas-Rhin	67347	Obermodern-Zutzendorf
Bas-Rhin	67349	Oberroëdern
Bas-Rhin	67350	Oberschaeffolsheim
Bas-Rhin	67351	Seebach
Bas-Rhin	67352	Obersoultzbach
Bas-Rhin	67353	Obersteinbach

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67354	Odratzheim
Bas-Rhin	67355	Oermingen
Bas-Rhin	67356	Offendorf
Bas-Rhin	67358	Offwiller
Bas-Rhin	67359	Ohlungen
Bas-Rhin	67361	Olwisheim
Bas-Rhin	67363	Osthoffen
Bas-Rhin	67364	Osthouse
Bas-Rhin	67365	Ostwald
Bas-Rhin	67366	Ottersthal
Bas-Rhin	67367	Otterswiller
Bas-Rhin	67369	Ottwiller
Bas-Rhin	67370	Petersbach
Bas-Rhin	67371	La Petite-Pierre
Bas-Rhin	67372	Val-de-Moder
Bas-Rhin	67373	Pfalzweyer
Bas-Rhin	67375	Pfulgriesheim
Bas-Rhin	67377	Plaine
Bas-Rhin	67378	Plobsheim
Bas-Rhin	67379	Preuschdorf
Bas-Rhin	67380	Printzheim
Bas-Rhin	67381	Puberg
Bas-Rhin	67382	Quatzenheim
Bas-Rhin	67383	Rangen
Bas-Rhin	67384	Ranrupt
Bas-Rhin	67385	Ratzwiller
Bas-Rhin	67386	Rauwiller
Bas-Rhin	67388	Reichshoffen
Bas-Rhin	67389	Reichstett
Bas-Rhin	67391	Reinhardsmunster
Bas-Rhin	67392	Reipertswiller
Bas-Rhin	67394	Retschwiller
Bas-Rhin	67395	Reutenbourg
Bas-Rhin	67396	Rexingen

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67400	Riedseltz
Bas-Rhin	67401	Rimsdorf
Bas-Rhin	67403	Ringendorf
Bas-Rhin	67404	Rittershoffen
Bas-Rhin	67405	Roeschwoog
Bas-Rhin	67406	Rohr
Bas-Rhin	67407	Rohrwiller
Bas-Rhin	67408	Romanswiller
Bas-Rhin	67409	Roppenheim
Bas-Rhin	67410	Rosenwiller
Bas-Rhin	67411	Rosheim
Bas-Rhin	67413	Rosteig
Bas-Rhin	67414	Rothau
Bas-Rhin	67415	Rothbach
Bas-Rhin	67416	Rott
Bas-Rhin	67417	Rottelsheim
Bas-Rhin	67418	Rountzenheim-Auenheim
Bas-Rhin	67420	Russ
Bas-Rhin	67421	Saales
Bas-Rhin	67423	Saessolsheim
Bas-Rhin	67424	Saint-Blaise-la-Roche
Bas-Rhin	67425	Saint-Jean-Saverne
Bas-Rhin	67432	Salmbach
Bas-Rhin	67434	Sarre-Union
Bas-Rhin	67435	Sarrewerden
Bas-Rhin	67436	Saulxures
Bas-Rhin	67437	Saverne
Bas-Rhin	67438	Schaeffersheim
Bas-Rhin	67440	Schaffhouse-près-Seltz
Bas-Rhin	67441	Schalkendorf
Bas-Rhin	67442	Scharrachbergheim-Irmstett
Bas-Rhin	67443	Scheibenhard
Bas-Rhin	67444	Scherlenheim
Bas-Rhin	67446	Schillersdorf

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67447	Schiltigheim
Bas-Rhin	67448	Schirmeck
Bas-Rhin	67449	Schirrhein
Bas-Rhin	67450	Schirrhoffen
Bas-Rhin	67451	Schleithal
Bas-Rhin	67452	Schnersheim
Bas-Rhin	67454	Schœnbourg
Bas-Rhin	67455	Schœnenbourg
Bas-Rhin	67456	Schopperten
Bas-Rhin	67458	Schweighouse-sur-Moder
Bas-Rhin	67459	Schwenheim
Bas-Rhin	67460	Schwindratzheim
Bas-Rhin	67463	Seltz
Bas-Rhin	67465	Sessenheim
Bas-Rhin	67466	Siegen
Bas-Rhin	67467	Siewiller
Bas-Rhin	67468	Siltzheim
Bas-Rhin	67470	Solbach
Bas-Rhin	67471	Souffelweyersheim
Bas-Rhin	67472	Soufflenheim
Bas-Rhin	67473	Soultz-les-Bains
Bas-Rhin	67474	Soultz-sous-Forêts
Bas-Rhin	67475	Sparsbach
Bas-Rhin	67476	Stattmatten
Bas-Rhin	67478	Steinbourg
Bas-Rhin	67479	Steinseltz
Bas-Rhin	67480	Still
Bas-Rhin	67482	Strasbourg
Bas-Rhin	67483	Struth
Bas-Rhin	67484	Stundwiller
Bas-Rhin	67485	Stutzheim-Offenheim
Bas-Rhin	67487	Surbourg
Bas-Rhin	67488	Thal-Drulingen
Bas-Rhin	67489	Thal-Marmoutier

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67491	Tieffenbach
Bas-Rhin	67492	Traenheim
Bas-Rhin	67494	Trimbach
Bas-Rhin	67495	Truchtersheim
Bas-Rhin	67497	Uhlwiller
Bas-Rhin	67498	Uhrwiller
Bas-Rhin	67500	Urmatt
Bas-Rhin	67501	Uttenheim
Bas-Rhin	67502	Uttenhoffen
Bas-Rhin	67503	Uttwiller
Bas-Rhin	67506	Vendenheim
Bas-Rhin	67508	Vœllerdingen
Bas-Rhin	67509	Volsberg
Bas-Rhin	67510	Wahlenheim
Bas-Rhin	67511	Walbourg
Bas-Rhin	67513	Waldersbach
Bas-Rhin	67514	Waldhambach
Bas-Rhin	67515	Waldolwisheim
Bas-Rhin	67516	Waltenheim-sur-Zorn
Bas-Rhin	67517	Wangen
Bas-Rhin	67519	La Wantzenau
Bas-Rhin	67520	Wasselonne
Bas-Rhin	67521	Weinbourg
Bas-Rhin	67522	Weislingen
Bas-Rhin	67523	Weitbruch
Bas-Rhin	67524	Weiterswiller
Bas-Rhin	67525	Westhoffen
Bas-Rhin	67527	Westhouse-Marmoutier
Bas-Rhin	67528	Weyer
Bas-Rhin	67529	Weyersheim
Bas-Rhin	67530	Wickersheim-Wilshausen
Bas-Rhin	67531	Wildersbach
Bas-Rhin	67532	Willgottheim
Bas-Rhin	67534	Wilwisheim

Zone de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67535	Wimmenau
Bas-Rhin	67536	Windstein
Bas-Rhin	67537	Wingen
Bas-Rhin	67538	Wingen-sur-Moder
Bas-Rhin	67539	Wingersheim les Quatre Bans
Bas-Rhin	67540	Wintershouse
Bas-Rhin	67541	Wintzenbach
Bas-Rhin	67542	Wintzenheim-Kochersberg
Bas-Rhin	67543	Wisches
Bas-Rhin	67544	Wissembourg
Bas-Rhin	67546	Wittersheim
Bas-Rhin	67548	Wiwersheim
Bas-Rhin	67550	Wœrth
Bas-Rhin	67551	Wolfisheim
Bas-Rhin	67552	Wolfskirchen
Bas-Rhin	67553	Wolschheim
Bas-Rhin	67554	Wolxheim
Bas-Rhin	67555	Zehnacker
Bas-Rhin	67556	Zeinheim
Bas-Rhin	67558	Zinswiller
Bas-Rhin	67559	Zittersheim

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67003	Albé
Bas-Rhin	67010	Andlau
Bas-Rhin	67011	Artolsheim
Bas-Rhin	67019	Baldenheim
Bas-Rhin	67021	Barr
Bas-Rhin	67022	Bassemberg
Bas-Rhin	67028	Benfeld
Bas-Rhin	67031	Bernardswiller
Bas-Rhin	67032	Bernardvillé
Bas-Rhin	67040	Bindernheim
Bas-Rhin	67051	Blienschwiller
Bas-Rhin	67052	Bœrsch
Bas-Rhin	67053	Bœsenbiesen
Bas-Rhin	67055	Boofzheim
Bas-Rhin	67056	Bootzheim
Bas-Rhin	67060	Bourgheim
Bas-Rhin	67062	Breitenau
Bas-Rhin	67063	Breitenbach
Bas-Rhin	67073	Châtenois
Bas-Rhin	67084	Dambach-la-Ville
Bas-Rhin	67090	Diebolsheim
Bas-Rhin	67092	Dieffenbach-au-Val
Bas-Rhin	67094	Dieffenthal
Bas-Rhin	67115	Ebersheim
Bas-Rhin	67116	Ebersmunster
Bas-Rhin	67120	Eichhoffen
Bas-Rhin	67121	Elsenheim
Bas-Rhin	67125	Epfig
Bas-Rhin	67143	Fouchy
Bas-Rhin	67146	Friesenheim
Bas-Rhin	67155	Gertwiller
Bas-Rhin	67164	Goxwiller
Bas-Rhin	67187	Heidolsheim
Bas-Rhin	67189	Heiligenstein

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67192	Herbsheim
Bas-Rhin	67195	Hessenheim
Bas-Rhin	67196	Hilsenheim
Bas-Rhin	67210	Le Hohwald
Bas-Rhin	67216	Huttenheim
Bas-Rhin	67227	Itterswiller
Bas-Rhin	67233	Kertzfeld
Bas-Rhin	67239	Kintzheim
Bas-Rhin	67246	Kogenheim
Bas-Rhin	67255	Lalaye
Bas-Rhin	67277	Mackenheim
Bas-Rhin	67280	Maisonsgoutte
Bas-Rhin	67281	Marckolsheim
Bas-Rhin	67286	Meistratzheim
Bas-Rhin	67295	Mittelbergheim
Bas-Rhin	67310	Mussig
Bas-Rhin	67311	Muttersholtz
Bas-Rhin	67317	Neubois
Bas-Rhin	67320	Neuve-Église
Bas-Rhin	67329	Niedernai
Bas-Rhin	67337	Nothalten
Bas-Rhin	67338	Obenheim
Bas-Rhin	67348	Obernai
Bas-Rhin	67360	Ohnenheim
Bas-Rhin	67362	Orschwiller
Bas-Rhin	67368	Ottrott
Bas-Rhin	67387	Reichsfeld
Bas-Rhin	67397	Rhinau
Bas-Rhin	67398	Richtolsheim
Bas-Rhin	67412	Rosfeld
Bas-Rhin	67422	Saasenheim
Bas-Rhin	67426	Saint-Martin
Bas-Rhin	67427	Saint-Maurice
Bas-Rhin	67428	Saint-Nabor

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »		
Département	Code	Commune
Bas-Rhin	67429	Saint-Pierre
Bas-Rhin	67430	Saint-Pierre-Bois
Bas-Rhin	67433	Sand
Bas-Rhin	67445	Scherwiller
Bas-Rhin	67453	Schoenu
Bas-Rhin	67461	Schwobsheim
Bas-Rhin	67462	Sélestat
Bas-Rhin	67464	Sermersheim
Bas-Rhin	67477	Steige
Bas-Rhin	67481	Stotzheim
Bas-Rhin	67486	Sundhouse
Bas-Rhin	67490	Thanvillé
Bas-Rhin	67493	Triembach-au-Val
Bas-Rhin	67499	Urbeis
Bas-Rhin	67504	Valff
Bas-Rhin	67505	La Vancelle
Bas-Rhin	67507	Villé
Bas-Rhin	67526	Westhouse
Bas-Rhin	67545	Witternheim
Bas-Rhin	67547	Wittisheim
Bas-Rhin	67557	Zellwiller
Haut-Rhin	68001	Algolsheim
Haut-Rhin	68005	Ammerschwyr
Haut-Rhin	68007	Andolsheim
Haut-Rhin	68008	Appenwyr
Haut-Rhin	68009	Artzenheim
Haut-Rhin	68014	Aubure
Haut-Rhin	68016	Balgau
Haut-Rhin	68019	Baltzenheim
Haut-Rhin	68023	Bebenheim
Haut-Rhin	68026	Bennwyr
Haut-Rhin	68028	Bergheim
Haut-Rhin	68029	Bergholtz
Haut-Rhin	68030	Bergholtzell

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68032	Berrwiller
Haut-Rhin	68036	Biesheim
Haut-Rhin	68037	Biltzheim
Haut-Rhin	68038	Bischwyr
Haut-Rhin	68041	Blodelsheim
Haut-Rhin	68044	Le Bonhomme
Haut-Rhin	68051	Breitenbach-Haut-Rhin
Haut-Rhin	68058	Buhl
Haut-Rhin	68066	Colmar
Haut-Rhin	68069	Dessenheim
Haut-Rhin	68076	Durrenentzen
Haut-Rhin	68078	Eguisheim
Haut-Rhin	68082	Ensisheim
Haut-Rhin	68083	Eschbach-au-Val
Haut-Rhin	68091	Fessenheim
Haut-Rhin	68095	Fortschwyr
Haut-Rhin	68097	Fréland
Haut-Rhin	68104	Geiswasser
Haut-Rhin	68109	Griesbach-au-Val
Haut-Rhin	68110	Grussenheim
Haut-Rhin	68111	Gueberrschwyr
Haut-Rhin	68112	Guebwiller
Haut-Rhin	68113	Guémar
Haut-Rhin	68116	Gundolsheim
Haut-Rhin	68117	Gunsbach
Haut-Rhin	68122	Hartmannswiller
Haut-Rhin	68123	Hattstatt
Haut-Rhin	68130	Heiteren
Haut-Rhin	68134	Herrlisheim-près-Colmar
Haut-Rhin	68136	Hettenschlag
Haut-Rhin	68140	Hirtzfelden
Haut-Rhin	68142	Hohrod
Haut-Rhin	68143	Porte du Ried
Haut-Rhin	68145	Horbourg-Wyr

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68146	Houssen
Haut-Rhin	68147	Hunawihir
Haut-Rhin	68150	Husseren-les-Châteaux
Haut-Rhin	68153	Illhaeusern
Haut-Rhin	68155	Ingersheim
Haut-Rhin	68156	Issenheim
Haut-Rhin	68157	Jebnheim
Haut-Rhin	68159	Jungholtz
Haut-Rhin	68161	Katzenthal
Haut-Rhin	68162	Kaysersberg Vignoble
Haut-Rhin	68172	Kunheim
Haut-Rhin	68173	Labaroche
Haut-Rhin	68175	Lapoutroie
Haut-Rhin	68177	Lautenbach
Haut-Rhin	68178	Lautenbachzell
Haut-Rhin	68185	Lièpvre
Haut-Rhin	68188	Lintal
Haut-Rhin	68189	Logelheim
Haut-Rhin	68193	Luttenbach-près-Munster
Haut-Rhin	68203	Merxheim
Haut-Rhin	68204	Metzeral
Haut-Rhin	68205	Meyenheim
Haut-Rhin	68209	Mittelwihir
Haut-Rhin	68210	Mittlach
Haut-Rhin	68223	Muhlbach-sur-Munster
Haut-Rhin	68225	Munchhouse
Haut-Rhin	68226	Munster
Haut-Rhin	68227	Muntzenheim
Haut-Rhin	68228	Munwiller
Haut-Rhin	68229	Murbach
Haut-Rhin	68230	Nambsheim
Haut-Rhin	68231	Neuf-Brisach
Haut-Rhin	68234	Niederentzen
Haut-Rhin	68235	Niederhergheim

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68237	Niedermorschwihr
Haut-Rhin	68241	Oberentzen
Haut-Rhin	68242	Oberhergheim
Haut-Rhin	68244	Obermorschwihr
Haut-Rhin	68246	Obersaasheim
Haut-Rhin	68249	Orbey
Haut-Rhin	68250	Orschwihr
Haut-Rhin	68251	Osenbach
Haut-Rhin	68252	Ostheim
Haut-Rhin	68255	Pfaffenheim
Haut-Rhin	68260	Raedersheim
Haut-Rhin	68266	Réguisheim
Haut-Rhin	68269	Ribeauvillé
Haut-Rhin	68274	Rimbach-près-Guebwiller
Haut-Rhin	68276	Rimbachzell
Haut-Rhin	68277	Riquewihir
Haut-Rhin	68280	Rodern
Haut-Rhin	68281	Roggenhouse
Haut-Rhin	68283	Rombach-le-Franc
Haut-Rhin	68285	Rorschwihr
Haut-Rhin	68287	Rouffach
Haut-Rhin	68290	Rustenhart
Haut-Rhin	68291	Rumersheim-le-Haut
Haut-Rhin	68294	Sainte-Croix-aux-Mines
Haut-Rhin	68295	Sainte-Croix-en-Plaine
Haut-Rhin	68296	Saint-Hippolyte
Haut-Rhin	68298	Sainte-Marie-aux-Mines
Haut-Rhin	68311	Sondernach
Haut-Rhin	68315	Soultz-Haut-Rhin
Haut-Rhin	68316	Soultzbach-les-Bains
Haut-Rhin	68317	Soultzeren
Haut-Rhin	68318	Soultzmatt
Haut-Rhin	68329	Stosswihir
Haut-Rhin	68331	Sundhoffen

Zone de référence n°11 « Centre Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68335	Thannenkirch
Haut-Rhin	68338	Turckheim
Haut-Rhin	68343	Ungersheim
Haut-Rhin	68345	Urschenheim
Haut-Rhin	68350	Vœgtlinshoffen
Haut-Rhin	68351	Vogelgrun
Haut-Rhin	68352	Volgelsheim
Haut-Rhin	68354	Walbach
Haut-Rhin	68358	Wasserbourg
Haut-Rhin	68360	Weckolsheim
Haut-Rhin	68364	Westhalten
Haut-Rhin	68365	Wettolsheim
Haut-Rhin	68366	Wickerschwihr
Haut-Rhin	68367	Widensolen
Haut-Rhin	68368	Wihr-au-Val
Haut-Rhin	68374	Wintzenheim
Haut-Rhin	68379	Wolfgantzen
Haut-Rhin	68381	Wuenheim
Haut-Rhin	68383	Zellenberg
Haut-Rhin	68385	Zimmerbach

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68002	Altenach
Haut-Rhin	68004	Altkirch
Haut-Rhin	68006	Bernwiller
Haut-Rhin	68010	Aspach
Haut-Rhin	68011	Aspach-le-Bas
Haut-Rhin	68012	Aspach-Michelbach
Haut-Rhin	68013	Attenschwiller
Haut-Rhin	68015	Baldersheim
Haut-Rhin	68017	Ballersdorf
Haut-Rhin	68018	Balschwiller
Haut-Rhin	68020	Bantzenheim
Haut-Rhin	68021	Bartenheim
Haut-Rhin	68022	Battenheim
Haut-Rhin	68024	Bellemagny
Haut-Rhin	68025	Bendorf
Haut-Rhin	68027	Berentzwiller
Haut-Rhin	68033	Bettendorf
Haut-Rhin	68034	Bettlach
Haut-Rhin	68035	Biederthal
Haut-Rhin	68039	Bisel
Haut-Rhin	68040	Bitschwiller-lès-Thann
Haut-Rhin	68042	Blotzheim
Haut-Rhin	68043	Bollwiller
Haut-Rhin	68045	Bourbach-le-Bas
Haut-Rhin	68046	Bourbach-le-Haut
Haut-Rhin	68049	Bouxwiller
Haut-Rhin	68050	Bréchaumont
Haut-Rhin	68052	Bretten
Haut-Rhin	68054	Brinckheim
Haut-Rhin	68055	Bruebach
Haut-Rhin	68056	Brunstatt-Didenheim
Haut-Rhin	68057	Buethwiller
Haut-Rhin	68059	Burnhaupt-le-Bas
Haut-Rhin	68060	Burnhaupt-le-Haut

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68061	Buschwiller
Haut-Rhin	68062	Carspach
Haut-Rhin	68063	Cernay
Haut-Rhin	68064	Chalampé
Haut-Rhin	68065	Chavannes-sur-l'Étang
Haut-Rhin	68067	Courtavon
Haut-Rhin	68068	Dannemarie
Haut-Rhin	68071	Diefmatten
Haut-Rhin	68072	Dietwiller
Haut-Rhin	68073	Dolleren
Haut-Rhin	68074	Durlinsdorf
Haut-Rhin	68075	Durmenach
Haut-Rhin	68077	Eglingen
Haut-Rhin	68079	Elbach
Haut-Rhin	68080	Emlingen
Haut-Rhin	68081	Saint-Bernard
Haut-Rhin	68084	Eschentzwiller
Haut-Rhin	68085	Eteimbes
Haut-Rhin	68086	Falkwiller
Haut-Rhin	68087	Feldbach
Haut-Rhin	68088	Feldkirch
Haut-Rhin	68089	Fellerling
Haut-Rhin	68090	Ferrette
Haut-Rhin	68092	Fislis
Haut-Rhin	68093	Flaxlanden
Haut-Rhin	68094	Folgensbourg
Haut-Rhin	68096	Franken
Haut-Rhin	68098	Friesen
Haut-Rhin	68099	Frœningen
Haut-Rhin	68100	Fulleren
Haut-Rhin	68101	Galfingue
Haut-Rhin	68102	Geishouse
Haut-Rhin	68103	Geispitzen
Haut-Rhin	68105	Gildwiller

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68106	Goldbach-Altenbach
Haut-Rhin	68107	Gommersdorf
Haut-Rhin	68114	Guevenatten
Haut-Rhin	68115	Guewenheim
Haut-Rhin	68118	Habsheim
Haut-Rhin	68119	Hagenbach
Haut-Rhin	68120	Hagenthal-le-Bas
Haut-Rhin	68121	Hagenthal-le-Haut
Haut-Rhin	68124	Hausgauen
Haut-Rhin	68125	Hecken
Haut-Rhin	68126	Hégenheim
Haut-Rhin	68127	Heidwiller
Haut-Rhin	68128	Heimersdorf
Haut-Rhin	68129	Heimsbrunn
Haut-Rhin	68131	Heiwiller
Haut-Rhin	68132	Helfrantzkirch
Haut-Rhin	68135	Hésingue
Haut-Rhin	68137	Hindlingen
Haut-Rhin	68138	Hirsingue
Haut-Rhin	68139	Hirtzbach
Haut-Rhin	68141	Hochstatt
Haut-Rhin	68144	Hombourg
Haut-Rhin	68148	Hundsbach
Haut-Rhin	68149	Huningue
Haut-Rhin	68151	Husseren-Wesserling
Haut-Rhin	68152	Illfurth
Haut-Rhin	68154	Illzach
Haut-Rhin	68158	Jettingen
Haut-Rhin	68160	Kappelen
Haut-Rhin	68163	Kembs
Haut-Rhin	68165	Kiffis
Haut-Rhin	68166	Kingersheim
Haut-Rhin	68167	Kirchberg
Haut-Rhin	68168	Knœringue

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68169	Koestlach
Haut-Rhin	68170	Kœtzingue
Haut-Rhin	68171	Kruth
Haut-Rhin	68174	Landser
Haut-Rhin	68176	Largitzen
Haut-Rhin	68179	Lauw
Haut-Rhin	68180	Leimbach
Haut-Rhin	68181	Levoncourt
Haut-Rhin	68182	Leymen
Haut-Rhin	68183	Liebenswiller
Haut-Rhin	68184	Liebsdorf
Haut-Rhin	68186	Ligsdorf
Haut-Rhin	68187	Linsdorf
Haut-Rhin	68190	Lucelle
Haut-Rhin	68191	Luemschwiller
Haut-Rhin	68192	Valdieu-Lutran
Haut-Rhin	68194	Lutter
Haut-Rhin	68195	Lutterbach
Haut-Rhin	68196	Magny
Haut-Rhin	68197	Magstatt-le-Bas
Haut-Rhin	68198	Magstatt-le-Haut
Haut-Rhin	68199	Malmerspach
Haut-Rhin	68200	Manspach
Haut-Rhin	68201	Masevaux-Niederbruck
Haut-Rhin	68202	Mertzen
Haut-Rhin	68207	Michelbach-le-Bas
Haut-Rhin	68208	Michelbach-le-Haut
Haut-Rhin	68211	Mitzach
Haut-Rhin	68212	Mœrnach
Haut-Rhin	68213	Mollau
Haut-Rhin	68214	Montreux-Jeune
Haut-Rhin	68215	Montreux-Vieux
Haut-Rhin	68216	Mooslargue
Haut-Rhin	68217	Moosch

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68218	Morschwiller-le-Bas
Haut-Rhin	68219	Le Haut Soultzbach
Haut-Rhin	68221	Muespach
Haut-Rhin	68222	Muespach-le-Haut
Haut-Rhin	68224	Mulhouse
Haut-Rhin	68232	Neuwiller
Haut-Rhin	68238	Niffer
Haut-Rhin	68239	Oberbruck
Haut-Rhin	68240	Illtal
Haut-Rhin	68243	Oberlarg
Haut-Rhin	68245	Obermorschwiller
Haut-Rhin	68247	Oderen
Haut-Rhin	68248	Oltingue
Haut-Rhin	68253	Ottmarsheim
Haut-Rhin	68254	Petit-Landau
Haut-Rhin	68256	Pfastatt
Haut-Rhin	68257	Pfetterhouse
Haut-Rhin	68258	Pulversheim
Haut-Rhin	68259	Raedersdorf
Haut-Rhin	68261	Rammersmatt
Haut-Rhin	68262	Ranspach
Haut-Rhin	68263	Ranspach-le-Bas
Haut-Rhin	68264	Ranspach-le-Haut
Haut-Rhin	68265	Rantzwiller
Haut-Rhin	68267	Reiningue
Haut-Rhin	68268	Retzwiller
Haut-Rhin	68270	Richwiller
Haut-Rhin	68271	Riedisheim
Haut-Rhin	68273	Riespach
Haut-Rhin	68275	Rimbach-près-Masevaux
Haut-Rhin	68278	Rixheim
Haut-Rhin	68279	Roderen
Haut-Rhin	68282	Romagny
Haut-Rhin	68284	Roppentzwiller

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68286	Rosenau
Haut-Rhin	68288	Ruederbach
Haut-Rhin	68289	Ruelisheim
Haut-Rhin	68292	Saint-Amarin
Haut-Rhin	68293	Saint-Cosme
Haut-Rhin	68297	Saint-Louis
Haut-Rhin	68299	Saint-Ulrich
Haut-Rhin	68300	Sausheim
Haut-Rhin	68301	Schlierbach
Haut-Rhin	68302	Schweighouse-Thann
Haut-Rhin	68303	Schwoben
Haut-Rhin	68304	Sentheim
Haut-Rhin	68305	Seppois-le-Bas
Haut-Rhin	68306	Seppois-le-Haut
Haut-Rhin	68307	Sewen
Haut-Rhin	68308	Sickert
Haut-Rhin	68309	Sierentz
Haut-Rhin	68312	Sondersdorf
Haut-Rhin	68313	Soppe-le-Bas
Haut-Rhin	68320	Spechbach
Haut-Rhin	68321	Staffelfelden
Haut-Rhin	68322	Steinbach
Haut-Rhin	68323	Steinbrunn-le-Bas
Haut-Rhin	68324	Steinbrunn-le-Haut
Haut-Rhin	68325	Steinsoultz
Haut-Rhin	68326	Sternenberg
Haut-Rhin	68327	Stetten
Haut-Rhin	68328	Storckensohn
Haut-Rhin	68330	Strueth
Haut-Rhin	68332	Tagolsheim
Haut-Rhin	68333	Tagsdorf
Haut-Rhin	68334	Thann
Haut-Rhin	68336	Traubach-le-Bas
Haut-Rhin	68337	Traubach-le-Haut

Zone de référence n°12 « Haute Alsace »		
Département	Code	Commune
Haut-Rhin	68340	Ueberstrass
Haut-Rhin	68341	Uffheim
Haut-Rhin	68342	Uffholtz
Haut-Rhin	68344	Urbès
Haut-Rhin	68347	Vieux-Ferrette
Haut-Rhin	68348	Vieux-Thann
Haut-Rhin	68349	Village-Neuf
Haut-Rhin	68353	Wahlbach
Haut-Rhin	68355	Waldighofen
Haut-Rhin	68356	Walheim
Haut-Rhin	68357	Waltenheim
Haut-Rhin	68359	Wattwiller
Haut-Rhin	68361	Wegscheid
Haut-Rhin	68362	Wentzwiller
Haut-Rhin	68363	Werentzhouse
Haut-Rhin	68370	Wildenstein
Haut-Rhin	68371	Willer
Haut-Rhin	68372	Willer-sur-Thur
Haut-Rhin	68373	Winkel
Haut-Rhin	68375	Wittelsheim
Haut-Rhin	68376	Wittenheim
Haut-Rhin	68377	Wittersdorf
Haut-Rhin	68378	Wolfersdorf
Haut-Rhin	68380	Wolschwiller
Haut-Rhin	68382	Zaessingue
Haut-Rhin	68384	Zillisheim
Haut-Rhin	68386	Zimmersheim



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARRÊTÉ ARS Grand Est n°2023/5463... du 30/10/2023

Portant adoption du Schéma Régional de Santé et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies 2023-2028

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

- VU** le code de la santé publique et notamment ses articles L.1434-1 à L.1437-7 ; R.1434-1 à R. 1434-9 ; R.1434-11 à R.1434-12 et R.6122-25 à R.6122-26 ;
- VU** le décret en date du 3 septembre 2020 portant cessation de fonctions et nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé Grand Est – Mme CAYRE Virginie ;
- VU** l'arrêté n°DIRSTRAT-DG/2018/2102 du 18 juin 2018 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Grand Est, délimitant les zones du schéma régional de santé définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicales des règles de territorialité mentionnées au b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP ;
- VU** l'arrêté n°ARS-DIRSTRAT-DG/2019/3945 du 18 décembre 2019 portant révision du Projet régional de santé Grand Est 2018-2028 ;
- VU** L'arrêté n°ARS grand Est 2023/5462... du 30 octobre 2023 fixant les zones du schéma régional de de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements lourds ;
- VU** l'avis de consultation relatif au schéma régional de santé et au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2023-2028, publié le 17 juillet 2023 au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Grand Est ;
- VU** les courriers de saisine en date du 17 juillet 2023, adressés à la préfète de la région Grand Est, au président du conseil de surveillance de l'ARS, au président de conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au président du conseil régional de la région Grand Est, aux présidents des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, aux présidents des conseils départementaux et de la collectivité européenne d'Alsace, aux présidents des associations des maires, aux maires des sous-préfectures du Grand Est en vue de recueillir leurs avis conformément à l'article R. 1434-1 du CSP ;
- VU** le courrier de saisine en date du 09 août 2023, adressés à l'Agence de biomédecine en vue de recueillir son avis conformément à l'article L.1234-3-1 et 1243-8 du CSP ;
- VU** l'avis rendu par la préfète de la région Grand Est, le 16 octobre 2023 ;
- VU** l'avis rendu par le conseil de surveillance de l'ARS, le 9 octobre 2023 ;
- VU** l'avis rendu par la conférence régionale de santé et de l'autonomie, le 16 octobre 2023 ;
- VU** l'avis rendu par le conseil régional du Grand Est, le 12 octobre 2023 ;

- VU** les avis rendus par les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) de de l'Aube (10) le 17 octobre 2023, de la Meuse (55) le 17 octobre 2023, des Vosges (88) le 17 octobre 2023, de la Moselle (57) le 19 octobre 2023, de la Collectivité européenne d'Alsace (67 et 68) le 20 octobre 2023 ;
- VU** les avis rendus par les conseils départementaux de l'Aube (10) le 11 octobre 2023, de la Marne (51) le 13 octobre 2023, de la Meuse (55) le 17 octobre 2023, des Vosges (88) le 17 octobre 2023, de la Meurthe et Moselle (54) le 18 octobre 2023, de la Moselle (57) le 18 octobre 2023, des Ardennes (08) le 18 octobre 2023, de la collectivité européenne d'Alsace (67 et 68) le 20 octobre 2023, de la Haute-Marne (52) le 23 octobre 2023 ;
- VU** les avis rendus par les maires du Grand Est : Nogent sur Seine (10) le 29 septembre 2023, d'Épernay (51) le 03 octobre 2023, de Colmar (68) le 17 octobre 2023, de Nancy et de la Métropole du Grand Nancy (54) le 17 octobre 2023 ;
- VU** l'avis rendu par l'agence de biomédecine, le 06 octobre 2023.

ARRÊTE

Article 1 : Composition et durée

Le projet régional de santé Grand Est 2018-2028 est composé :

- du cadre d'orientation stratégique (COS) 2018-2028 d'une durée de 10 ans adopté le 18 juin 2018 (inchangé) ;
- du nouveau schéma régional de santé 2023-2028 (SRS) d'une durée de 5 ans complété par les objectifs quantifiés de l'offre sanitaire (OQOS) ;
- du nouveau programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2023-2028 d'une durée de 5 ans.

Article 2 : Consultation

Le projet régional de santé Grand Est 2018-2028 peut être consulté sur le site de l'Agence régionale de santé du Grand Est, à l'adresse suivante : www.grand-est.ars.sante.fr

Article 3 : Publication

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Grand Est.

Article 4 : Recours

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nancy dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyen accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Fait à Nancy, le 30 octobre 2023


La Directrice Générale
de l'ARS Grand Est



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PRS
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
GRAND EST

PRS 2018-2028
SCHÉMA RÉGIONAL
DE SANTÉ 2023-2028
Publication octobre 2023

AVANT-PROPOS



Virginie Cayré
Directrice générale
ARS Grand Est

Forte du bilan du précédent schéma 2018-2023, riche des enseignements de plus de deux ans de crise sanitaire de la COVID-19 ainsi que des conclusions de la déclinaison régionale du Conseil national de la refondation en santé, j'ai souhaité que ce schéma régional de santé 2023-2028 soit volontairement resserré autour de quatre priorités structurantes répondant à des enjeux majeurs de santé publique, de résilience et de soutenabilité de notre système de santé. Durant les cinq prochaines années, ces quatre priorités devront guider nos politiques de santé et seront déclinées au quotidien dans nos différentes actions.

La première priorité consiste à minimiser l'impact du changement climatique sur la santé des populations, en déployant des mesures d'adaptation pour favoriser une santé durable et résiliente et en atténuant le changement climatique par la promotion de la décarbonation du système de santé.

La seconde fait du **renforcement de la prévention et de la promotion de la santé notamment au plus près des jeunes (0 à 16 ans)** et de leurs parents un pilier de notre action. Elles ne relèvent pas uniquement des professionnels de santé. Elles nécessitent de repenser, avec tous nos partenaires, en particulier l'Éducation nationale, les associations, les caisses d'allocations familiales et les collectivités locales, nos vecteurs de communication, de sensibilisation et de mise en œuvre de nos politiques.

La troisième acte que **la préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie** répond à une demande sociétale de plus en plus forte. Elle nous oblige collectivement, services de l'État, branches maladie et retraite des régimes de Sécurité sociale, collectivités territoriales à accompagner les évolutions indispensables de l'écosystème de la santé, à développer le libre choix, à venir en appui des aidants, et à « aller vers » des populations parfois éloignées du système de santé.

Enfin, la quatrième réaffirme que **l'accessibilité aux soins pour nos concitoyens, en particulier lorsqu'ils sont non programmés, doit être améliorée**. Répondre à une demande de soins ne nécessitant pas une prise en charge par un service d'urgence implique de mieux comprendre la demande, de mieux orienter les usagers et de mieux coordonner les différents acteurs de soins afin d'assurer aux usagers le juste soin, au bon endroit, au bon moment. Structurer et rendre lisible les parcours de santé dans nos territoires est un enjeu majeur.

Pour orienter son action, l'Agence régionale de santé s'appuiera sur des diagnostics territoriaux. Mieux mesurer, mieux évaluer les besoins de santé dans nos territoires constitue une étape essentielle de la refondation de notre système de santé. Ces diagnostics seront co-construits avec les experts que sont par exemple les organismes de santé publique, les sociétés savantes, les universités. Ils seront largement partagés en transparence avec nos concitoyens afin que les plans d'action qui en découleront soient cohérents avec leurs attentes ainsi qu'avec celles de l'ensemble des parties prenantes qui concourent à la mise en œuvre de nos politiques de santé.

Pour assurer la mise en œuvre opérationnelle de ces priorités, l'Agence régionale de santé mobilisera de façon pragmatique l'ensemble des leviers à sa disposition pour agir au plus près des besoins de tous les territoires du Grand Est.

Il s'agira par ailleurs de mobiliser l'ensemble des acteurs vers un objectif de responsabilité vis-à-vis de la population du territoire : chaque acteur de santé d'un territoire partage la responsabilité de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.

Nous partageons tous le constat de tensions sur les ressources humaines en santé. Nous souhaitons relever ce défi de l'attractivité avec tous nos partenaires qui concourent à la formation et aux métiers de la santé. L'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants sera un axe fort pour fidéliser nos professionnels et nous amplifierons les actions visant à « prendre soin de nos soignants ». La prospective sur les évolutions démographiques, quel que soit le type d'offre (*prévention, offre ambulatoire en ville, hôpital, médico-social, etc.*), sera également renforcée pour favoriser l'utilisation la plus juste des ressources existantes.

2

Nous accentuerons dans ce contexte notre action en faveur d'une meilleure coordination des professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, autour d'un parcours de santé s'intégrant mieux dans un parcours de vie. Ainsi le nouveau cadre réglementaire des autorisations et notre capacité d'innovation seront mis au service du renforcement de la proximité, du développement de filières graduées et d'une organisation territoriale cohérente des soins pour garantir un égal accès à des soins de qualité et en sécurité sur tous nos territoires. Nous porterons des actions d'innovation organisationnelle en prenant en compte la particularité de chaque bassin de vie, y compris dans leur dimension transfrontalière.

Ce schéma, volontairement resserré, sera complété de feuilles de route régionales 2023-2028, qui porteront sur des enjeux de santé publique inscrits dans le cadre d'orientation stratégique 2018-2028, notamment les urgences, la pédiatrie, l'obésité, la santé mentale, les soins palliatifs, les addictions, etc.

Enfin, la mise en œuvre de ce schéma régional de santé veillera à associer toutes les parties prenantes en particulier les instances de démocratie en santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé et s'appuiera sur une démarche participative et citoyenne.

Je nous souhaite à toutes et tous la réussite de ce projet ambitieux pour la santé de nos concitoyens.

SOMMAIRE

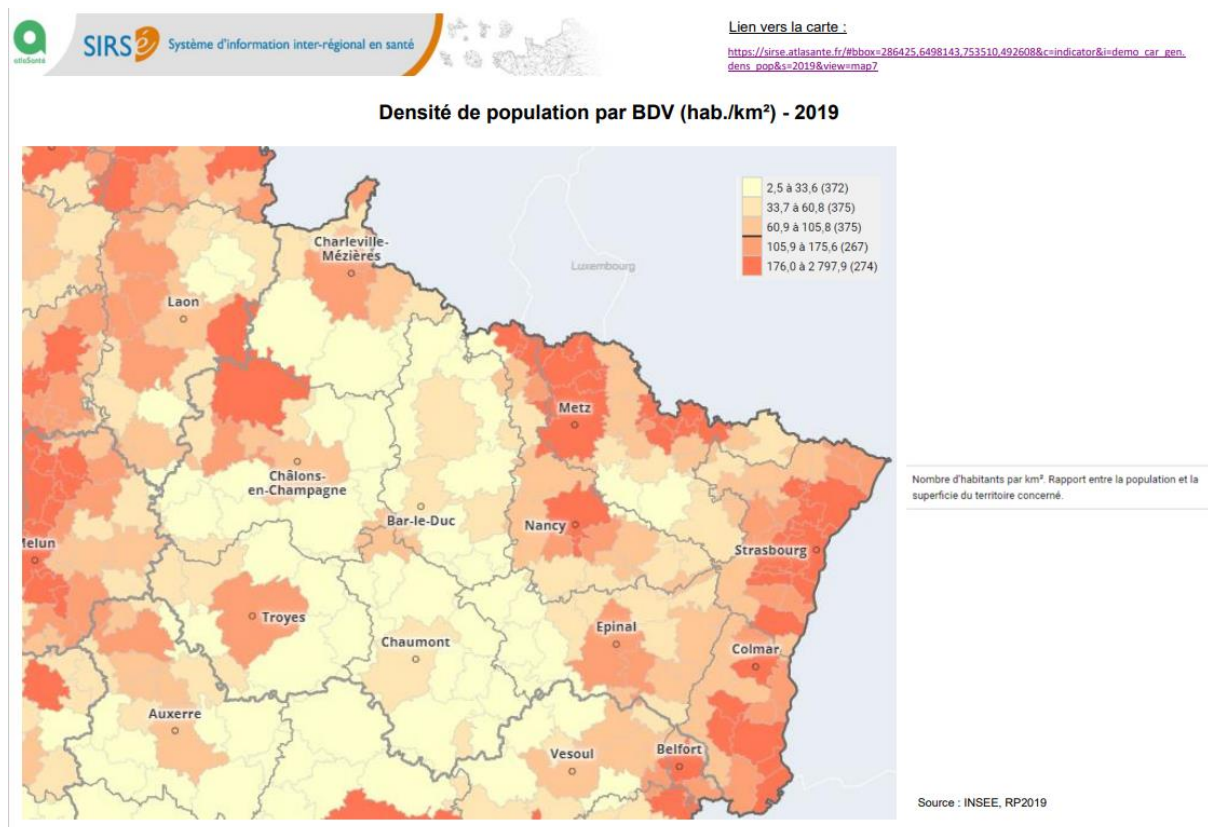
LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION.....	5
PARTIE 1 : NOS PRIORITÉS 2023-2028.....	11
PRIORITÉ 1 : MINIMISER L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT CLIMATIQUE.....	13
PRIORITÉ 2 : RENFORCER LA PRÉVENTION AU PLUS PRÈS DES JEUNES (0-16 ANS) ET DE LEURS PARENTS.	27
PRIORITÉ 3 : ENCOURAGER UN ÉCOSYSTÈME DE LA SANTÉ FAVORABLE À LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE.....	41
PRIORITÉ 4 : OPTIMISER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LES TERRITOIRES.....	53
PARTIE 2 : LES CONDITIONS ET LES LEVIERS DE LA RÉUSSITE.....	67
LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ, UN DÉFI MAJEUR, UNE OPPORTUNITÉ POUR INNOVER.....	69
DES ACTIONS CIBLÉES ET ADAPTÉES AUX TERRITOIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ.....	83
LES LEVIERS DE L'ARS GRAND EST POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU SRS 2023-2028.....	89
PARTIE 3 : L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ.....	95
L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ.....	97
L'ORGANISATION DE L'OFFRE SANITAIRE.....	105
UNE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ORGANISÉE.....	213
L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE.....	223
LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	233
LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET DE GÉNÉTIQUE.....	241
UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CAPACITÉ DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES.	251
UNE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE RENFORCÉE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES.....	261
PARTIE 4 : LE PILOTAGE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ GRAND EST.....	273
LES MODALITÉS DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028.....	275
LE BILAN ET L'ÉVALUATION DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028.....	275

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION

UNE RÉGION AVEC DE FORTES DISPARITÉS DÉMOGRAPHIQUES

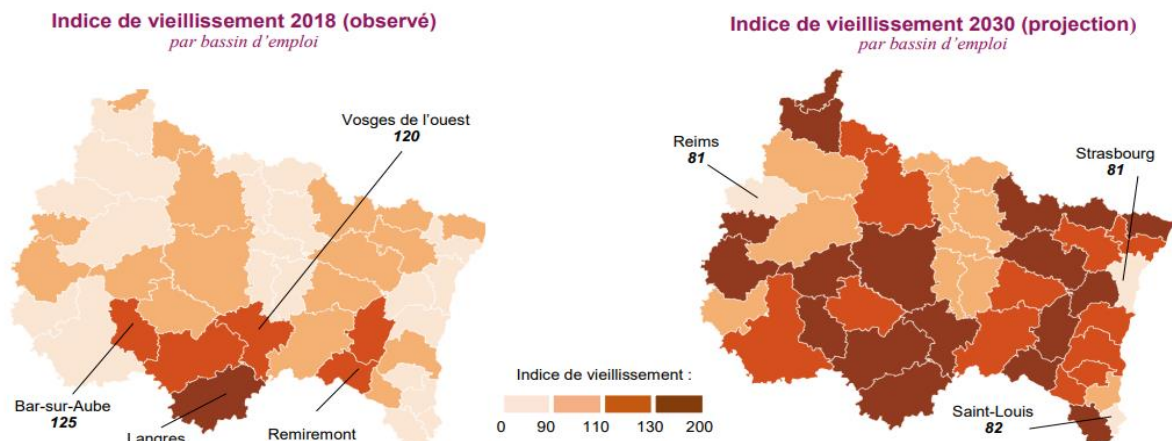
La région Grand Est compte 5,6 millions d'habitants soit 11,7% de la population métropolitaine. La moitié de la population du Grand Est se concentre sur deux départements : le Bas-Rhin (1,14 millions d'habitants) et la Moselle (1,05 millions d'habitants). La Meuse et la Haute-Marne sont les territoires les moins peuplés, avec moins de 0,2 millions d'habitants chacun, dont la moitié en milieu rural, pour une population en Grand Est majoritairement située en milieu urbain (71,9%).

Une densité de population très contrastée entre les départements. La région présente une densité de population de 96,7 habitants par km² avec de grandes disparités entre les départements puisqu'elle varie du simple à l'octuple. Le Bas-Rhin (239,8 hab/km²) et le Haut-Rhin (217,6 hab/km²) ont une densité de population nettement supérieure à celle de la France Métropolitaine (119,7 hab/km²) et 6 départements sont en dessous de la densité régionale.



Une accélération hétérogène du vieillissement de la population. L'indice de vieillissement du Grand Est a poursuivi sa phase ascendante et dépasse, en 2022, de 2,5 points celui de la France métropolitaine. La Haute-Marne et les Vosges ont un indice supérieur à 100, suivis de près par la Meuse et les Ardennes. Seuls trois départements le Bas-Rhin, la Marne et la Meurthe-et-Moselle ont un indice de vieillissement qui reste bien en deçà

de celui de la France métropolitaine (83,8). Les projections de l'INSEE à 2030 font craindre une aggravation de la disparité régionale avec trois territoires dont l'indice de vieillissement restera en dessous de 90 versus près de la moitié des bassins d'emplois en 2018

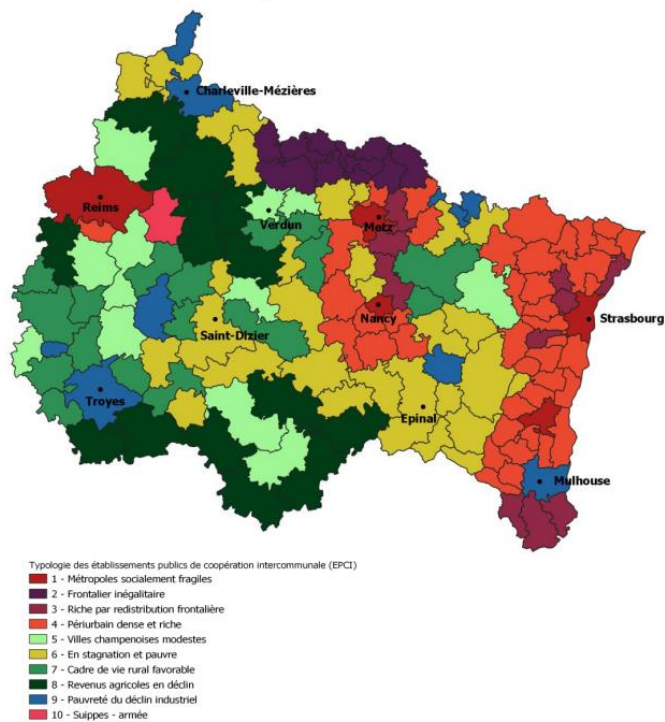


Horizon 2030 région Grand Est, Besoins de recrutement dans le domaine du sanitaire et du social, OREF / INSEE, Prospective, avril 2022

Une inégalité sociale disparate selon les territoires.

La région Grand Est est un territoire contrasté à forte dominante rurale : première région française en nombre de communes (5 121), 91% d'entre elles comptent moins de 2 000 habitants, tout en rassemblant 116 Quartiers prioritaires de la ville (QPV). En 2018, le taux de pauvreté de 14,8% est légèrement inférieur au taux national et reste lui aussi disparate selon les départements, les Ardennes étant les plus touchées avec 18,9%. La région est caractérisée par une grande disparité des territoires en termes de pauvreté et de trajectoires sociales. Les territoires très nettement défavorisés s'observent particulièrement dans les métropoles de la région y compris dans les départements avec un indice de pauvreté plus faible que la moyenne régionale et dans les territoires ruraux aux densités de population les plus faibles.

Typologie des EPCI du Grand Est en 10 groupes présentant les niveaux de pauvreté et trajectoires sociales.



Source : Gass Clément, Vuillier-Devillers Flora, "Les inégalités territoriales s'accroissent",

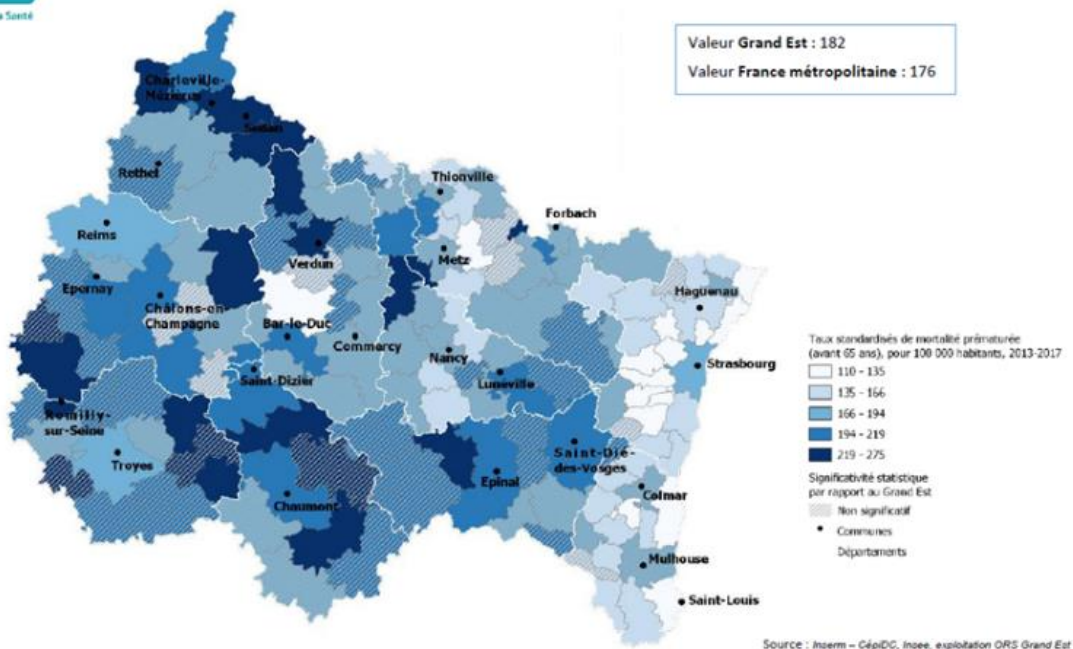
UNE RÉGION AUX INDICATEURS DE SANTÉ DÉFAVORABLES

Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de France. Le Grand Est fait partie des régions de France métropolitaine parmi lesquelles l'espérance de vie à la naissance chez les hommes et chez les femmes est la moins élevée. En 2021, une femme a une espérance de vie de 84,4 ans (France métropolitaine : 85,3 ans) et un homme de 78,6 ans (France métropolitaine 79,4 ans). Les Ardennes et la Meuse sont particulièrement touchés, avec une espérance de vie de deux ans inférieure à la moyenne nationale.

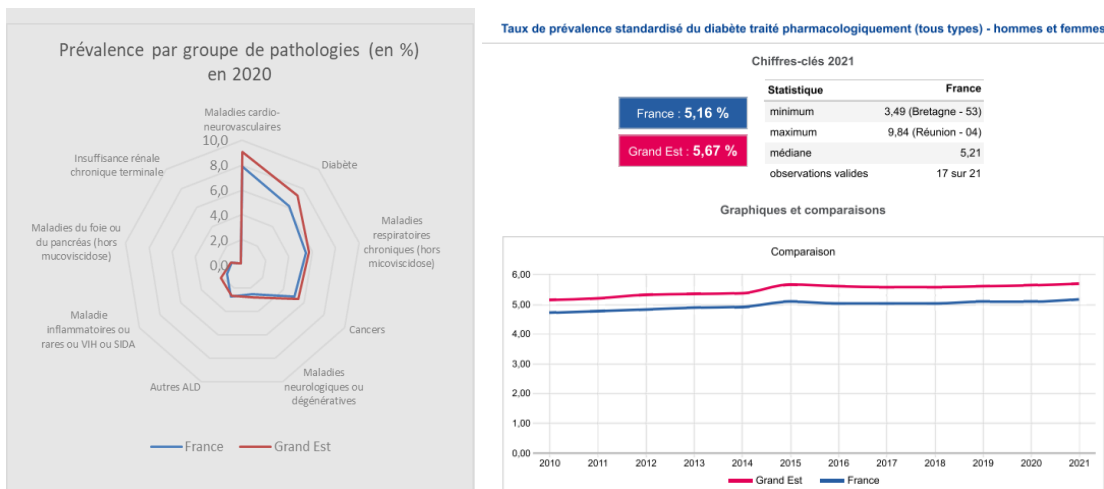
Une mortalité prématurée élevée. Le taux standardisé de mortalité prématurée (avant 65 ans) en Grand Est (181 pour 100 000 habitants) reste supérieur à la moyenne de la France métropolitaine (175 pour 100 000 habitants). Il est à noter un gradient « ouest / est ». Ainsi, les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ont une mortalité avant 65 ans beaucoup moins importante qu'en France métropolitaine (-25 points) ou en région Grand Est (-30 points). À l'inverse, les départements des Ardennes et de la Haute-Marne ont des taux de mortalité prématurée très nettement supérieurs aux moyennes nationales (+ 45 et 30 points, respectivement).



Mortalité prématurée par EPCI



Un accroissement des maladies chroniques. Les cancers et les maladies cardio- et neuro- vasculaires restent les deux principales causes de mortalité en Grand Est (respectivement 28% et 25%). La prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires, des cancers, du diabète et de ses complications reste toujours largement supérieure à ce qui est observé en France métropolitaine. La prévalence du surpoids (50%) et de l'obésité (20%) fait de la région Grand Est une des régions de France métropolitaine les plus touchées par cet enjeu de santé publique. Or, il existe une association entre l'obésité, maladie multifactorielle et la survenue de maladies cardiovasculaires, de diabète et de cancer.



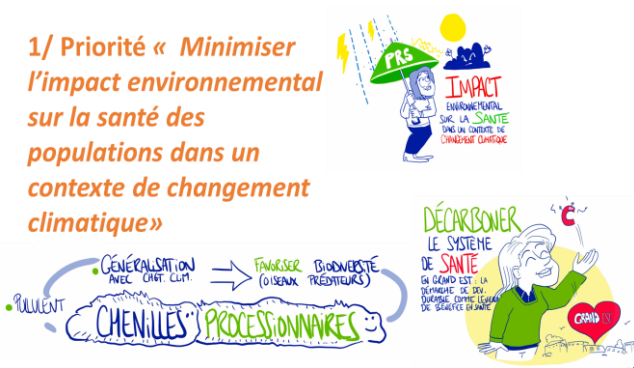
SNDS – ARS Grand Est – 2020

Géodes – Santé publique France - 2021

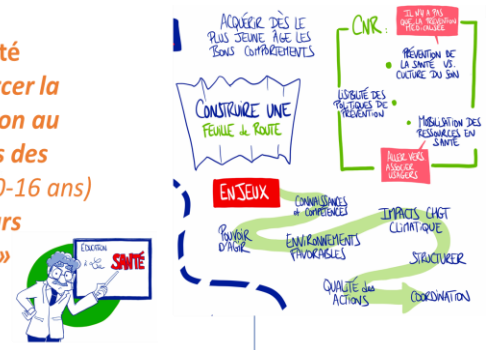
Un gradient social des pathologies prénatantes en Grand Est. Les maladies chroniques, l'obésité très présentes en Grand Est ont un fort gradient social, c'est-à-dire une prévalence plus élevée et un accroissement plus rapide pour les groupes sociaux les moins favorisés. Ainsi, les enfants d'ouvriers ont deux fois plus de risque de se retrouver en surpoids dès la petite enfance que les enfants de cadres. Comparativement à la France Métropolitaine, la région recense ainsi davantage d'employés (28%) et d'ouvriers (25%), et moins de cadres et de professions intellectuelles supérieures (14%). Le nombre de chômeurs et de parents isolés croît également, les exposant à une fragilité sociale. En 2022, ce sont environ 432 000 personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, en partie dans les 116 Quartiers prioritaires de la ville de la région Grand Est.

PARTIE 1 : NOS PRIORITÉS 2023-2028

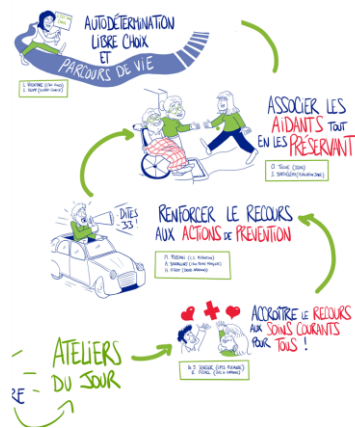
1/ Priorité « Minimiser l'impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique »



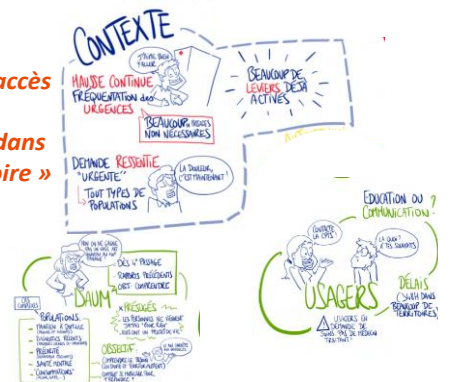
2/ Priorité « Renforcer la prévention au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents »



3/ Priorité « Encourager un écosystème favorable à la préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie »



4/ Priorité « Optimiser l'accès aux soins non programmés dans chaque territoire »



Dessins : Stéphane de Mouzon - facilitateur graphique

PRIORITÉ 1 : MINIMISER L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT CLIMATIQUE

CONSTATS ET ENJEUX

Le réchauffement climatique est une réalité. L'équilibre climatique naturel est modifié et le climat se réajuste par un réchauffement de la surface terrestre. L'heure n'est plus au constat mais à l'action : il convient de se mobiliser et d'agir. Tout le monde est concerné : élus, acteurs économiques, citoyens, pour réduire nos émissions de gaz à effet de serre, mais aussi pour nous adapter aux changements déjà engagés.

Le changement climatique et la santé

Le changement climatique a des effets sur la biodiversité, l'économie, la vie des populations, mais aussi sur la santé humaine. Les risques sanitaires sont liés à de nombreux facteurs : la zone géographique touchée, la nature de l'évènement climatique, l'association d'autres paramètres comme la pollution de l'air ou les usages des sols, l'état de santé des individus, leur âge, leur contexte socio-économique ou culturel, etc. Les impacts différenciés du dérèglement climatique créent ainsi des inégalités climatiques qui viennent renforcer des inégalités sociales déjà existantes.

Le climat c'est aussi en enjeu de santé

Les modifications du climat agissent comme facteur aggravant ou multiplicateur des risques, et amplifient de nombreux problèmes auxquels sont déjà confrontées les populations. Un large spectre de pathologies est concerné : respiratoires et allergiques, infectieuses, cardiovasculaires, cutanées, cancéreuses, nutritionnelles, mentales. Ce sont des pathologies fréquentes dans la population et qui ont de multiples causes. Il est donc difficile d'évaluer la part des facteurs climatiques sur le risque sanitaire. C'est un des enjeux majeurs de la recherche climat/santé.

Les impacts directs et indirects sur la santé

L'augmentation de la température de l'air a un impact direct sur la santé de la population avec une multiplication des hyperthermies et des maladies cardio-vasculaires ou respiratoires pouvant entraîner des pics de mortalité. Les personnes les plus vulnérables sont les jeunes enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes. L'intensification des catastrophes naturelles (*crues, inondations, incendies, etc.*) augmente le nombre de sinistrés et par voie de conséquence le nombre de décès et de victimes.

Une modification des conditions climatiques entraîne un ensemble de réactions en cascade, de l'implantation de nouvelles espèces à un changement de comportement, en passant par une modification des milieux qui conduira indirectement à des nuisances pour l'homme. Cette modification peut entraîner notamment un déplacement des populations. L'augmentation des températures va favoriser l'apparition et la prolifération d'espèces microbiennes, végétales et animales pouvant être à l'origine d'allergies, d'intoxications et de maladies infectieuses.

Comment pouvons-nous agir face au changement climatique ?

Il faudra à la fois « éviter l'ingérable » et « gérer l'inévitable » ; autrement dit, diminuer les émissions d'une part, et s'adapter d'autre part, en réduisant la vulnérabilité face aux conséquences du réchauffement. L'atténuation et l'adaptation sont deux approches complémentaires de lutte contre le réchauffement climatique qu'il faut mener de front.

Limitier l'ampleur du changement climatique pour en atténuer les effets

Sur la base du rapport du GIEC sur l'adaptation (*Groupe de travail II*) et celui sur les réductions d'émissions et les autres efforts d'atténuation (*Groupe de travail III*), pour limiter les effets du changement climatique, les pays signataires de la Convention-cadre des Nations unies sur le changement climatique (CCNUCC) se sont donnés pour objectif dans l'Accord de Paris de « contenir l'élévation de la température moyenne de la planète nettement en dessous de 2 °C par rapport aux niveaux préindustriels et en poursuivant l'action menée pour limiter l'élévation de la température à 1,5 °C par rapport aux niveaux préindustriels, étant entendu que cela réduirait sensiblement les risques et les effets des changements climatiques ». ¹ Adopté le 8 novembre 2019, **la loi énergie-climat** permet de nous fixer collectivement des objectifs ambitieux pour la politique climatique et énergétique française. Comportant 69 articles, le texte inscrit l'objectif de neutralité carbone en 2050 pour répondre à l'urgence climatique et à l'Accord de Paris². Pour limiter les effets du changement climatique, il est crucial de s'attaquer aux causes du changement climatique en maîtrisant les émissions nettes de gaz à effet de serre, c'est ce qu'on appelle **l'atténuation**.

14

S'adapter au changement climatique pour une santé durable et résiliente

Compte tenu de l'inertie climatique et de la grande durée de vie des gaz à effet de serre accumulés dans l'atmosphère, l'augmentation des températures d'ici à la fin du siècle est inévitable et toutes les régions du monde sont concernées. L'adaptation au changement climatique est donc nécessaire pour en limiter les conséquences sur la santé, sur les activités socio-économiques et sur la nature.

Agir en promouvant des environnements favorables à la santé

Le réchauffement climatique accélère et amplifie la dégradation de l'environnement et son impact sanitaire. En 1999, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement que « l'environnement est la clé d'une meilleure santé ». Aussi, agir sur les facteurs environnementaux permet de prévenir, préserver et améliorer l'état de santé de la population en améliorant la qualité des eaux, de l'air, des sols, en se protégeant du bruit, tant à l'extérieur que dans les espaces clos que sont les bâtiments, en améliorant la qualité de l'air intérieur et en luttant contre l'insalubrité, les expositions au plomb ou aux fibres d'amiante. Dans tous les milieux, il s'agit d'assurer la prévention des risques pour la santé, associés aux

¹ <https://unfccc.int/fr/a-propos-des-ndcs/l-accord-de-paris>

² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039355955/> ; <https://www.ecologie.gouv.fr/loi-energie-climat>

expositions à divers agents physiques, chimiques et biologiques omniprésents dans notre environnement et notre alimentation.

L'adaptation du système de santé au changement climatique

Il est aujourd'hui reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale (*stress, dépression, etc.*), l'exposition aux agents délétères (*substances nocives, bruit*), constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés à la qualité de l'environnement urbain. L'intégration de ces enjeux de santé publique dans l'aménagement du territoire passe par une amélioration des collaborations entre les différents acteurs des champs de la santé publique, de l'environnement, de l'économie et de l'urbanisme, avec pour finalité le bien-être, la qualité de vie et donc la santé des populations.

L'adaptation du système de santé aux enjeux liés au changement climatique impose d'améliorer notre réponse collective en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE). Les dispositifs de planification de la réponse face à ces SSE doivent être adaptés aux impacts du Changement Climatique (*inondations, incendies, canicules, vagues de grand froid*) et être en mesure d'assurer la prise en charge médicale de patients. Cela sera le cas, à l'échelon régional, avec le plan spécifique EPI-CLIM dans le plan ORSAN.

∞ *Partie 3 - Offre de santé « Un système de santé en capacité de faire aux situations sanitaires exceptionnelles ».*

Une démarche de développement durable comme levier de bénéfice en santé

Le dérèglement climatique va profondément perturber notre système de santé et entraîner des changements majeurs. L'offre et l'activité de soins seront bouleversées par une double contrainte carbone :

- Le secteur de la santé doit réduire ses émissions de gaz à effet de serre, et chercher des substituts aux ressources énergétiques fossiles dont la disponibilité s'amenuise. Or, les nouvelles analyses menées en 2023 par le Shift Project montrent que l'effet du secteur de la santé sur le climat et sa dépendance aux énergies fossiles sont toujours significatifs³ ;
- De plus, il doit en même temps gérer les conséquences de la dégradation des écosystèmes et des crises climatiques sur la santé des populations

³ https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Pour les cinq ans à venir, la stratégie régionale de l'ARS Grand Est s'articulera autour des deux enjeux complémentaires que sont **l'atténuation du changement climatique** en agissant sur le système de santé et **l'adaptation aux conséquences** présentes et à venir du changement climatique en intégrant les actions opérationnelles de « Grand Est Région Verte », démarche de déclinaison régionale de la planification et accélération de la transition écologique.

L'ATTÉNUATION DU CHANGEMENT CLIMATIQUE : DÉCARBONER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN GRAND EST

Avec pour enjeux la sobriété énergétique, écologique et la transformation de l'ensemble des pratiques, les travaux nationaux pour la stratégie pour la transition écologique et environnementale du système de santé s'articuleront autour de sept objectifs pour le secteur de la santé (*sanitaire et médico-social*) : bâtiment et maîtrise de l'énergie, achats durables, soins écoresponsables, déchets du secteur, formation et recherche en transformation écologique, mobilités durables et impact environnemental du numérique. Le secteur de la santé devra réduire de 5% par an ses émissions de gaz à effet de serre jusqu'en 2050. La feuille de route nationale de "*planification écologique du système de santé*" présentée le 22 mai 2023 a pour objectif de "*maîtriser les impacts environnementaux et d'assurer la transformation écologique du secteur sur le long terme*". Après une phase de concertation, émergera à l'automne "*une convention de planification écologique du système de santé*".

L'ARS Grand Est s'engage dans une démarche d'atténuation de l'impact du système de santé sur le changement climatique en déployant un plan en trois grands axes, précisés en dix objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

AXE PRIORITAIRE N°1 : LA COORDINATION DES ACTEURS AUTOUR DES TRAVAUX DE LA TRANSITION ÉNERGÉTIQUE ET ÉCOLOGIQUE EN SANTÉ

L'ARS propose de mettre en place une coordination efficiente de toutes les parties prenantes dans la transition énergétique et écologique en santé en s'appuyant sur une gouvernance affirmée et sur le réseau des Conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) qui se déploie en Grand Est.

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°1* : Mobiliser les acteurs et les financeurs pour une synergie des actions ;
- *Objectif n°2* : Déployer et animer le réseau des CTEES en Grand Est.

Résultats attendus

- Mise en place d'une instance de gouvernance régionale et territoriale opérationnelle, associant de façon équitable les différents secteurs, permettant le renforcement du pilotage et de la transversalité pour assurer une efficacité et un suivi de la transformation du secteur ;
- Au moins 1 CTEES par zone d'implantation de référence du schéma régional de santé à l'horizon 2025.

Objectif n°1 - Principaux jalons

- Recensement des parties prenantes actives en Grand Est ;
- Recensement des modalités de financement des actions de transition écologique à l'attention du secteur de la santé

Objectif n°2 - Principaux jalons

- Structuration de réseau des CTEES avec le coordinateur ;
- Finalisation des recrutements en cours de CTEES et le compléter le cas échéant

AXE PRIORITAIRE N°2 : L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES DES PARTIES PRENANTES SUR LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET ÉNERGÉTIQUE EN SANTÉ

Le niveau national prévoit d'insérer à l'offre de formation initiale un socle commun obligatoire de connaissances et de compétences sur la transition écologique pour tous les étudiants en santé de premier cycle, en lien avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche (MESR) et d'inscrire la formation continue aux enjeux santé-environnement et à l'évolution des recommandations et bonnes pratiques pour une transformation écologique au plan de formation de chaque établissement de santé et parmi les orientations prioritaires du Développement professionnel continu (DPC) des professionnels libéraux et des OPCO pour l'ensemble des professionnels et acteurs de santé.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°3* : Former les professionnels de santé (*formation initiale et continue*) aux enjeux de transformation écologique, et en particulier aux soins écoresponsables ;
- *Objectif n°4* : Former les établissements aux démarches de développement durable selon leur niveau de maturité ;
- *Objectif n°5* : Sensibiliser les professionnels de santé à l'écoconception des soins.

18

Résultats attendus

- 650 professionnels encadrants de la fonction publique hospitalière formés d'ici 2025 (directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux, directeurs des soins, présidents de Commissions médicales d'établissement) ;
- Des actions de formation au sein de chaque zone d'implantation de référence du schéma régional de santé sous le pilotage des CTEES ;
- Sessions d'informations à destination des professionnels encadrants des établissements de la FPH et de la FEHAP
- Des sessions d'information à destination des professionnels de santé (webinaires, etc.) sur la préservation de l'environnement et sur l'appropriation des bonnes pratiques en matière de soins écoresponsables et de prescriptions plus sobres.

Principaux jalons

- Des actions de sensibilisation concernant la décarbonation et des actions à engager pour y répondre : bilans d'émissions de gaz à effet de serre (BEGES), bilans carbone, actions probantes, etc. ;
- Renforcement du partenariat et de la collaboration avec les CTEES, les URPS, les fédérations et les associations de patients ;
- Diffusion large des divers guides de bonnes pratiques et des référentiels élaborés par le ministère de la Santé et de la prévention, l'Anap et le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS). Pour les

cabinets de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, déploiement d'outils déjà élaborés par les associations santé-environnement, et organisations professionnelles, après les avoir validés.

AXE PRIORITAIRE N°3 : L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTIONS DE DÉCARBONATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DE LA RÉGION GRAND EST SUR LES THÈMES PRIORITAIRES

En s'appuyant sur les initiatives des établissements pionniers, l'ARS s'engage sur le long terme dans la promotion, l'accompagnement et l'accélération de la transition énergétique et écologique en santé sur les thématiques : bâtiment et énergie, achats durables, déchets du secteur, éco-prescriptions, transports et mobilités durables. L'ARS valorisera, dans le cadre des accompagnements Ségur de la santé, les établissements de santé et médico-sociaux qui se sont particulièrement mobilisés sur ce champ.

CINQ OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°6* : Accompagner la réalisation du bilan carbone des établissements de santé et médico-sociaux ;
- *Objectif n°7* : Accompagner la rénovation écologique et la transformation énergétique des établissements de santé et médicosociaux et des maisons de santé pluriprofessionnelles du Grand Est ;
- *Objectif n°8* : Réduire la pollution pharmaceutique en améliorant les pratiques de prescription ;
- *Objectif n°9* : Réaliser un bilan de la filière « Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) » auprès des établissements de santé, des EHPAD et auprès des libéraux du Grand Est pour optimiser cette filière ;
- *Objectif n°10* : Accélérer la transition vers des transports et des schémas de mobilité à faible et très faible émission.

Résultats attendus

- 100% des établissements sanitaires du Grand Est ont réalisé leur BEGES et /ou bilan carbone direct et indirect ;
- 100% des établissements sanitaires et ESMS ont diminué de 40% leur consommation d'énergie d'ici à 2030 ; (*pour les ESMS attente du rapport sur les travaux menés actuellement par le shift*)
- Poursuite du déploiement de supports dédiés à la démarche de déprescription ;
- Cartographie et quantification des flux de DASRI du Grand Est ;
- Accompagnement des établissements de santé et établissements médico-sociaux dans leurs plans de transports à faible émission et de mobilités douces et actives.

Principaux jalons

- Promotion de l'utilisation de l'outil « Mon observatoire du développement durable » (ANAP)⁴. (*bilan carbone simplifié*) ;
- Accompagnement des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé de ville dans la structuration d'une démarche de décarbonation ;
- Communication aux établissements des modalités d'accompagnement possibles de ces bilans BEGES et /ou bilan carbone direct et indirect ;
- Soutien, par les CTEES, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;
- Accompagnement des établissements dans la rénovation énergétique de leurs bâtiments ;
- Promotion de l'éco-conception des nouveaux bâtiments incluant les pharmacies et les locaux des professionnels de ville ;
- Promotion de la bio-climatisation des bâtiments et l'usage de matériaux bio-sourcés dans les constructions neuves ;
- Mobilisation des leviers financiers existants : fond vert, les crédits dévolus dans le cadre du Ségur de la santé pour les investissements du quotidien (*alloués à des actions d'efficacité énergétique dans le secteur sanitaire*) et autres ;
- Organisation et promotion de la sobriété énergétique des usages au sein des établissements ;
- Pour la ville, maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé : promotion des cabinets verts, en lien avec la CNAM ;
- Identification et partage avec l'ensemble des partenaires des actions pouvant être engagées sur les transports et des leviers pouvant être mobilisés, en s'appuyant sur le réseau de partenaires existants (*état des lieux*).

⁴ <https://anap.fr/s/article/rse-publication-1644#> Lien vers l'autodiagnostic : <https://autodiag.anap.fr/autodiagnostic/76>

L'ADAPTATION AU CHANGEMENT CLIMATIQUE

Le réchauffement climatique accélère et amplifie la dégradation de l'environnement et son impact sanitaire. En 1999, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement que « *l'environnement est la clé d'une meilleure santé* ». Agir sur les facteurs environnementaux permet de prévenir, préserver et améliorer l'état de santé de la population en améliorant la qualité des eaux, de l'air, des sols, en se protégeant du bruit, tant à l'extérieur que dans les espaces clos que sont les bâtiments, en améliorant la qualité de l'air intérieur et en luttant contre l'insalubrité. Dans tous ces milieux, il s'agit d'assurer la prévention des risques pour la santé, associés aux expositions à divers agents physiques, chimiques et biologiques omniprésents dans notre environnement et notre alimentation.

Les actions menées par l'ARS Grand Est et ses partenaires au travers de sa politique de prévention et de surveillance des déterminants environnementaux traitent les enjeux d'adaptation au changement climatique, avec notamment son engagement en matière de sécurité sanitaire des eaux ou avec les plans de gestion des vagues de chaleur ou autres événements climatiques. Depuis 2017, en région Grand Est, le Plan régional santé environnement (PRSE) porte une politique ambitieuse afin de réduire l'impact des altérations de l'environnement sur la santé. Le PRSE n°4 fondé sur une approche « une seule santé » traite en fil rouge l'atténuation et l'adaptation au changement climatique dans une logique de cohérence des politiques publiques.

Ainsi dans le champ relevant du schéma régional de santé, l'ARS Grand Est s'engage dans une démarche d'adaptation au changement climatique pour limiter les conséquences sur la santé, autour de 4 axes, précisés en 7 objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

AXE PRIORITAIRE N°1 : LA PRÉVENTION DES ALTÉRATIONS DE LA QUALITÉ DE L'EAU POTABLE

Notre défi consiste à accroître les démarches de sobriété, amplifier les efforts de préservation de la qualité de l'eau, notamment par la lutte contre la pollution, investir massivement dans la rénovation et la sécurisation des infrastructures de potabilisation, améliorer la gestion des périodes de sécheresse. Le récent plan gouvernemental « eau »⁵, annoncé en mars 2023 par le Président de la République, vient répondre à ces ambitions à travers 53 mesures qui devront être mises en œuvre d'ici 2030. Face au défi climatique, l'ARS Grand Est, en lien avec les préfets de département en charge du plan ORSEC « eau potable », va poursuivre ses efforts dans la gestion des situations de crise mais également fournir le cadrage sanitaire et technique pour assurer la distribution durable et résiliente d'une eau potable de qualité, aux habitants du Grand Est.

⁵ <https://www.gouvernement.fr/preservons-notre-ressource-en-eau/les-53-mesures-du-plan-eau>

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°11* : Améliorer la connaissance sur les substances préoccupantes dans l'eau potable et mettre en place les mesures de gestion adaptées ;
- *Objectif n°12* : Élaborer des plans de gestion de sécurité sanitaire des eaux (PGSSE) permettant l'anticipation et de remédiation.

Résultats attendus

- 100 % des responsables de la production et de la distribution de l'eau (PRPDE) ont été accompagnés pour la mise en place d'un plan de gestion de sécurité sanitaire des eaux (PGSSE) d'ici 2028 ;
- Mise à disposition d'un bilan de la qualité de l'eau incluant les substances préoccupantes et d'un plan d'action sur les mesures à prendre.

Objectif n°11 - Principaux jalons

- Réalisation de campagnes exploratoires de recherche des polluants non réglementés (PFAS, perchlorates et résidus d'explosifs, perturbateurs endocriniens, sous-produits de traitement, etc.) ;
- Adaptation du contrôle sanitaire aux résultats obtenus.

Objectif n°12 - Principaux jalons

- Mise en place d'outils de gestion à l'échelle des aires d'alimentation pour les captages sensibles en lien avec la DREAL, DRAAF et les Agences de l'eau ;
- Formation des personnes responsables de la production et de la distribution de l'eau (*en lien avec CNFPT*) ;
- Animation d'un réseau d'échange et d'expertise (*communauté PGSSE*) pour accompagner les collectivités gestionnaires.

AXE PRIORITAIRE N°2 : LA PRÉVENTION DES IMPACTS LIÉS AUX ESPÈCES NUISIBLES À LA SANTÉ

Le concept « *une seule santé* », initié au début des années 2000, repose sur un principe simple, selon lequel les organismes vivants et les écosystèmes sont interconnectés, et la santé des uns dépend de celle des autres. Il convient de tenir compte de ces liens complexes dans une approche globale des enjeux sanitaires. Celle-ci inclut la santé des animaux, des végétaux et des êtres humains, ainsi que les perturbations de l'environnement générées par l'activité humaine.

Au moins 60% des maladies humaines infectieuses ont une origine animale. De nombreuses épidémies apparues ces dernières années, comme celles causées par les virus de la Covid-19, Zika ou Ebola, ont en commun de venir des animaux. L'activité humaine joue un rôle majeur dans la propagation de ces maladies infectieuses animales ou humaines, avec un phénomène marquant : son rôle dans le changement climatique, qui favorise par exemple

l'adaptation d'animaux vecteurs d'agents pathogènes à de nouvelles zones géographiques, à l'image de l'arrivée du moustique tigre en Grand Est. Ainsi, les maladies vectorielles ont un impact économique ou en santé publique croissant.

Par ailleurs, en France, les allergies aux pollens ont été multipliées par trois en 25 ans. Les pollens de graminées y constituent une des premières sources d'allergie pour les populations, après les acariens. Plus de 20% de la population française est allergique aux pollens. Ces allergies pourraient toucher la moitié de la population mondiale d'ici 10 ans. Les concentrations de pollens de certaines espèces à fort pouvoir allergisant, comme l'ambroisie, pourraient quadrupler d'ici 2050. Dans les prochaines années, cette tendance devrait s'amplifier, ce qui est un exemple du lien étroit entre la dégradation de la biodiversité et celle de la santé humaine.

QUATRE OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°13* : Lutter contre la prolifération du moustique ;
- *Objectif n°14* : Lutter contre la prolifération des chenilles processionnaires ;
- *Objectif n°15* : Limiter la progression de l'implantation de l'ambroisie en Grand Est ;
- *Objectif n°16* : Renforcer les messages de prévention par la diffusion des bulletins d'information aux professionnels de santé et personnes allergiques.

Résultats attendus

23

- 100% des collectivités colonisées par le moustique tigre dotées d'un CLS doivent y inscrire des actions de mobilisation sociale ;
- 100% des établissements sanitaires situés dans les quartiers colonisés par le moustique tigre doivent être formés à la lutte anti-vectorielle d'ici 2028 ;
- Tous les territoires concernés par les problématiques de chenilles processionnaires doivent mettre en place une information et un plan de prévention et de gestion de l'exposition de la population ;
- Des référents territoriaux « *Ambroisie* » sont désignés et formés dans au moins 80% des collectivités où la présence d'ambroisie a été signalée ;
- Tous les départements à enjeux ont un réseau de sentinelles en charge du repérage de l'ambroisie ;
- Une évolution positive du nombre de bulletins d'information sur les pollens diffusés ;
- Une amélioration de la qualité des messages de prévention diffusés aux personnes allergiques.

Principaux jalons

- Formation des collectivités territoriales, des établissements sanitaires et médico-sociaux, des citoyens (*mentors, ambassadeurs*), au risque, aux mesures de gestion et à la prévention ;
- Communication à destination des citoyens en s'appuyant sur des kits de mobilisation sociale, etc. ;
- Accompagnement des collectivités à la mise en œuvre des mesures de prévention et de gestion, notamment pour les sites infectés ;
- Développement des actions de formation et de sensibilisation des gestionnaires et des usagers des lieux de tourisme de plein air : sites de baignades, etc. ;

- Mise en place de Comités départementaux interministériels « *Ambrosie* » dans les départements à enjeux ;
- Contribuer au réseau de surveillance des pollens (*dont l'ambrosie*) dans l'air ambiant ;
- Étudier le lien entre les relevés polliniques et les changements climatiques ;
- Déployer le réseau pollin'air sur l'ensemble de la région Grand est : formation de sentinelles, mise en place de polliniers dans chaque département de la région ;
- Faire connaître ces dispositifs aux responsables de programmes d'ETP concernés.

AXE PRIORITAIRE N°3 : LA PRÉVENTION DU RISQUE SANITAIRE ENVIRONNEMENTAL DANS LES ESPACES CLOS

Une part dominante de nos activités humaines est exercée dans des bâtiments et pendant la grande majorité de notre temps. Les impacts du dérèglement climatique sur les bâtiments et les fonctions qu'ils abritent représentent ainsi un enjeu majeur et grandissant, qu'il y a lieu de particulièrement anticiper au regard de la longue durée de vie de ces constructions. Cet enjeu porte en premier lieu sur le confort thermique intérieur, mais aussi sur l'effet des aléas induits pour les lieux où ces bâtiments sont construits. Ainsi en Grand Est, nous avons priorisé notre action sur des pathologies particulièrement présentes, en tenant compte du fait que le comportement des occupants joue un rôle majeur, et que les démarches de sensibilisation et d'accompagnement à l'évolution des pratiques d'utilisation des bâtiments sont particulièrement importantes.

24

UN OBJECTIF OPÉRATIONNEL

- *Objectif n°17* : Diminuer la prévalence de la légionellose en Grand Est.

Résultats attendus

- Diminution de 25% de la prévalence de la légionellose en Grand Est d'ici 2028.

Principaux jalons

- Accompagnement des gestionnaires des établissements concernés dans la mise en œuvre des évaluations des risques liés aux installations intérieures de distribution d'eau ;
- Contribution à l'étude nationale LEGIO-DOM visant à ré-interroger les risques liés aux réseaux d'eau chaude sanitaire à domicile.

AXE PRIORITAIRE N°4 : LA PRÉVENTION DES IMPACTS LIÉS AU CHANGEMENT CLIMATIQUE PAR L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET L'ACCLIMATATION DES LIEUX DE SANTÉ

Il est aujourd'hui reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale (*stress, dépression, etc.*), l'exposition aux agents délétères (*substances nocives, bruit*), constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés à la qualité de l'environnement urbain.

Le concept d'urbanisme favorable à la santé a été initié par l'OMS (*Organisation mondiale pour la santé*) dès 1987 dans le cadre de son programme des villes-santé. Il a été complété par l'école des Hautes études en santé publique qui définit un cadre de références composé de 7 axes d'actions :

- Réduire les polluants, les nuisances et autres agents délétères ;
- Promouvoir les comportements de vie sains des individus ;
- Contribuer à changer le cadre de vie ;
- Identifier et réduire les inégalités de santé ;
- Soulever et gérer, autant que possible, les antagonismes et les possibles synergies entre les différentes politiques publiques (*environnementales, d'aménagement, de santé, etc.*) ;
- Mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des acteurs, y compris les citoyens ;
- Penser un projet adaptable, prendre en compte l'évolution des comportements et modes de vie.

25

L'intégration de ces enjeux de santé publique dans l'aménagement du territoire passe par une amélioration des collaborations entre les différents acteurs des champs de la santé publique, de l'environnement et de l'urbanisme, avec pour finalité le bien-être, la qualité de vie et donc la santé de la population sur l'ensemble du territoire avec une attention particulière portée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et à la réduction des inégalités de santé dans les Zones à Faibles Émissions (ZFE) dans les métropoles.

UN OBJECTIF OPÉRATIONNEL

- *Objectif n°18* : Promouvoir et déployer le concept d'urbanisme favorable à la santé auprès des collectivités et aménageurs du Grand Est, notamment au sein des contrats locaux de santé.

Résultats attendus

- 100% des collectivités dotées d'un CLS sont sensibilisées aux enjeux de l'urbanisme favorable à la santé d'ici 2028.

Principaux jalons

- Sensibilisation des élus et des agents des collectivités ;
- Accompagnement des collectivités à la mise en place d'aménagements favorables à la santé (AMO) ;
- Renforcement de la dimension santé des avis rendus par l'ARS sur les documents de planification en matière d'urbanisme et d'aménagement.

PRIORITÉ 2 : RENFORCER LA PRÉVENTION AU PLUS PRÈS DES JEUNES (0-16 ANS) ET DE LEURS PARENTS

CONSTATS ET ENJEUX

Le développement des enfants, jusqu'à leur entrée dans l'âge adulte, se caractérise par une succession de périodes charnières. Leur suivi est morcelé car centré essentiellement autour des périodes dites de vulnérabilité (*grossesse, naissance et petite enfance, adolescence*). Leurs habitudes de vie sont en construction et leurs compétences en cours d'acquisition. Ils sont de ce fait particulièrement réceptifs aux messages et donc dans une période privilégiée pour renforcer leurs connaissances, compétences et pratiques favorables pour leur santé et leur bien-être.

La santé se construisant en premier lieu au sein des relations familiales et sociales, la prise en compte de ces déterminants de la santé, dans une approche globale de promotion de la santé, est primordiale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (*ISTS*) dès les premières années de vie. Dans le cadre d'une approche globale de la santé, des liens complexes interviennent entre ces différents facteurs sociétaux, environnementaux et personnels, chacun de ces aspects étant relié aux autres dans une interaction dynamique. Ainsi, l'environnement plus ou moins favorable dans lequel les jeunes évoluent doit être pris en compte dans l'analyse de leurs choix en matière de comportements alimentaires, d'activité physique, de consommation d'alcool, de tabac ou de drogues diverses, de relations aux autres et de relations affectives et sexuelles. Le parcours de santé d'un enfant ou d'un adolescent s'inscrit dans son parcours de vie au travers des différents lieux qu'il fréquente et qui représentent tout autant d'occasions d'accompagner les enfants et les adolescents pour promouvoir leur santé et limiter les facteurs de risques.

Une politique de prévention chez les 0-16 ans nécessite de décloisonner les champs concernés par la mise en place d'un cadre commun à l'ensemble des acteurs du territoire des différents champs et d'éviter les ruptures entre le projet de vie global, éducatif, scolaire et le projet de soins des jeunes (*situation de handicap, fragilité sociale, etc.*).

Les principaux constats en région Grand Est

Les principales difficultés identifiées en région concernent différents champs impactant :

- Chez les jeunes et leurs parents : des compétences insuffisantes pour agir en faveur du bien-être et de la santé (*notamment dans la pratique d'activité physique*), ne dépendant pas uniquement des comportements individuels mais également d'autres facteurs comme l'accessibilité géographique, socioculturelle ou encore financière ;
- Des actions de prévention et de promotion en santé pas assez nombreuses et structurées autour du parcours de vie (*développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge, alimentation, activité physique, éducation à la vie affective et sexuelle, bientraitance, éveil culturel, nouvelles technologies et leurs effets, conduites à risques, etc.*) ;

- Un écosystème d'acteurs de la prévention riche mais mal coordonné notamment entre les secteurs sanitaire, médico-social et de l'éducation limitant les capacités collectives à construire un projet commun d'accompagnement et de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent correspondant à leurs besoins ;
- Une offre de santé et de soins peu structurée autour de la complexité de certains parcours : les troubles du neurodéveloppement de l'enfant, la prise en charge du surpoids, de l'obésité et de la souffrance psychique ;
- Un déficit de partage d'information et de données entre les différents acteurs de santé et de soins intervenant pour un même enfant ou adolescent ;
- Une communication en direction des jeunes pas toujours adaptée, engendrant une absence d'appropriation des messages leur permettant d'agir favorablement vis-à-vis de leur santé.

Les principaux enjeux

Ces constats en Grand Est soulignent la nécessité d'apporter une réponse structurelle, collective et transversale à notre système de prévention et de promotion de la santé des jeunes. Il s'agit donc de **structurer la politique de prévention** menée pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en répondant aux enjeux de proximité, d'équité et de lisibilité des actions déployées dans les territoires. Ces actions servant la stratégie en matière de prévention pour les 0 à 16 ans et leurs parents seront déployées en **cohérence** et en **collaboration** avec les différents **partenaires** et **acteurs institutionnels**, tels que l'Éducation nationale, les Conseils départementaux, les Caisses d'allocations familiales (*qui coordonnent les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents - Reaap*), l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole en milieu rural, les acteurs de la santé, de la prévention, de l'éducation, les acteurs sociaux, etc., la plupart étant déjà souvent fédérés dans le cadre de schémas ou contrats territoriaux, comme le schéma départemental des services aux familles, le schéma de prévention et de protection de l'enfance, les contrats locaux de santé (CLS), etc.. Il s'agit par ailleurs **d'améliorer la qualité** des actions menées en intégrant systématiquement une **démarche d'évaluation** pour identifier les solutions à promouvoir et à déployer. L'enjeu du **décloisonnement et d'amélioration de la coordination** des acteurs de la prévention sera essentiel au niveau régional, départemental et infra départemental en s'appuyant notamment sur les CLS.

28

L'ARS Grand Est, s'engage dans une démarche de renforcement de la prévention au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents en déployant un plan en quatre axes, précisés en dix objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Pour les cinq ans à venir, la stratégie régionale de l'ARS Grand Est s'articulera autour de quatre axes prioritaires portant sur le renforcement des compétences psychosociales, la prévention de la périnatalité à l'adolescence, la coordination des acteurs et les environnements favorables à la santé.

AXE PRIORITAIRE N°1 : RENFORCER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DES JEUNES ET LES COMPÉTENCES PARENTALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET PROMOUVOIR LES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ CHEZ LES JEUNES ET LEURS PARENTS

Chez les enfants, le renforcement des compétences psychosociales (CPS)⁶ favorise le développement global (*social, émotionnel, cognitif, physique*), et contribue à renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*), à maintenir un état de bien-être psychique, à favoriser un fonctionnement individuel optimal et à développer des interactions constructives. Les CPS jouent aussi un rôle essentiel dans l'adaptation sociale et la réussite éducative. De ce fait, le développement des CPS permet de prévenir les problèmes de mal être, les conduites à risques tels que les comportements violents, les comportements sexuels à risque ou la consommation de substances psychoactives (*drogues illicites, tabac, alcool*). Des actions probantes sont déjà déployées et sont à poursuivre en Grand Est comme « *Good behaviour game (GBG) et UNPLUGGED* », mais d'autres actions, innovantes et/ou prometteuses peuvent les compléter, dès lors que l'on s'assure de leur évaluation.

Chez les parents, le renforcement des compétences parentales est un levier essentiel au développement global des enfants et des adolescents. Il n'existe cependant pas de définition unique de la parentalité et de ses pratiques : la parentalité dépend du contexte, de la culture, de la compréhension et de la position des parents et de leurs proches, de leur capacité à répondre aux besoins de l'enfant selon son âge (*et selon leurs propres antécédents personnels et familiaux*), selon les étapes du développement de leur enfant, l'existence ou non d'inégalités sociales et d'accès à un parcours de soins adapté. Ce qui importe, c'est l'accompagnement et le renforcement des aptitudes et pratiques des parents et/ou de ceux et celles qui interviennent dans le développement et l'éducation de l'enfant, surtout (*mais pas seulement*) dans la petite enfance et dans tous les événements de son parcours de santé et de vie jusqu'à l'âge adulte, tout en considérant leurs environnements de vie.

Le renforcement des compétences psychosociales des jeunes et des compétences parentales et la promotion des comportements favorables à la santé nécessitent donc de mener une démarche conjointe et cohérente vis-à-vis des jeunes et des parents en lien avec l'ensemble des acteurs accompagnant ces jeunes et leurs familles dans leur parcours de vie et de santé. Il pourra être pris appui sur les contrats locaux de santé pour mettre en œuvre des actions de proximité avec les familles et les acteurs en intersectorialité.

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°1* : Permettre, à tous les enfants, de développer leurs compétences psychosociales (CPS) dès le plus jeune âge, pendant leur croissance et dans tous les lieux de vie qu'ils fréquentent ;
- *Objectif n°2* : Renforcer les compétences parentales.

⁶ Pour une définition précise des CPS, se reporter au site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-compétences-psychosociales-definition-et-classification>

Objectif n°1 : Permettre, à tous les enfants, de développer leurs compétences psychosociales (CPS) dès le plus jeune âge, pendant leur croissance et dans tous les lieux de vie qu'ils fréquentent

Résultats attendus

- Mise en place d'une coordination territoriale de développement des CPS des enfants et des jeunes dans chaque département avec l'ensemble des acteurs concernés ;
- Déploiement au sein de chaque territoire d'un programme de développement des CPS chez les enfants et les jeunes.

Principaux jalons

- Copilotage de la stratégie départementale de développement des CPS des enfants et des adolescents ARS / Éducation nationale / Conseils départementaux ;
- Mise en place, de manière progressive, au sein de chaque département, des Comités territoriaux pour animer et coordonner les interventions CPS dans les structures / établissements / lieux de vie accueillant des enfants / adolescents (*établissements scolaires, médico-sociaux, collectivités, aide sociale à l'enfance (ASE), etc.*) ;
- Formation sur les CPS des professionnels au contact des jeunes dans chaque département (*en articulation avec les différents plans et schémas territoriaux existants comme le schéma départemental « enfance famille »*) ;
- Réalisation des premiers diagnostics territoriaux partagés, dès le 1^{er} semestre 2024 ;
- Inscription des actions CPS dans les contrats locaux de santé (CLS) et/ou les Conseils locaux de santé mentale en cohérence le cas échéant avec les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) : actions probantes, innovantes et/ou prometteuses

30

Objectif n°2 : Renforcer les compétences parentales

Résultats attendus

- Déploiement, dans chaque département, de programmes probants ou prometteurs de soutien et d'accompagnement à la parentalité pour les parents d'enfants âgés de 0 à 11 ans ;
- Soutien d'actions innovantes ou d'initiatives locales, construites par les acteurs de terrain en faveur de la parentalité, notamment avec les publics vulnérables (*AAP ou AMI*) ;
- Mise en place dans les trois ante-régions du Grand Est des Services d'accompagnement à la parentalité et à la périnatalité des personnes en situation de handicap (*SAPPH*) ;
- Amélioration de l'articulation entre tous les acteurs concernés par la thématique.

Principaux jalons

- Renforcement des partenariats dans la démarche « Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) » ou autres programmes d'actions de parentalité avec les partenaires institutionnels, tels que les Caisses d'allocation familiales (CAF), les conseils départementaux et autres collectivités locales ;
- Poursuite de la déclinaison régionale de la stratégie des « 1000 Premiers jours de l'enfant » en fonction des nouvelles orientations nationales, en lien avec les acteurs institutionnels, les structures d'exercice coordonné, les associations ou tout autre acteur oeuvrant sur cette thématique dans une démarche pluri et intersectorielle ;
- Soutien de la montée en charge des futurs Services d'accompagnement à la parentalité et à la périnatalité des personnes en situation de handicap (SAPPH), tout en s'appuyant sur une gouvernance partenariale ;
- Élaboration d'une cartographie des acteurs et des dispositifs proposant des actions d'accompagnement et de soutien à la parentalité à l'échelle départementale, en collaboration avec l'ORS ;
- Identification, avec les partenaires, des besoins non couverts et des réponses possibles d'accompagnement des parents / aidants (MDPH, équipes relais handicaps rares (ERHR), Conseils Départementaux, PJJ, etc.) dans des situations spécifiques comme maladies chroniques, maladies rares, handicap, santé mentale des enfants et adolescents (y compris ceux suivis par les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)).

AXE PRIORITAIRE N°2 : DÉPLOYER ET STRUCTURER UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION, DE LA PÉRINATALITÉ À L'ADOLESCENCE

31

Le constat est fait d'un nombre important d'acteurs et intervenants auprès des enfants et des adolescents qu'il est important de décloisonner tout en structurant et coordonnant leurs actions. Il s'agit d'abord de rendre lisible ce qui existe et d'améliorer l'articulation des dispositifs pour les parents et les enfants, en allant au plus près des familles sur les territoires. Et cela est vrai, en particulier, pour les points détaillés ci-dessous, sans pour autant être exclusifs.

L'entretien prénatal précoce (EPP) offre aux futurs parents un espace de dialogue autour des sentiments provoqués par la grossesse ou l'arrivée du bébé et permet aux professionnels d'évaluer les risques médicaux, sociaux et psychologiques chez les familles. Cet entretien a été rendu obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020, cependant, trop peu de femmes en France (36,5% en 2021)¹⁰ bénéficient de manière effective d'un EPP au début de leur grossesse. En Grand Est, ce taux est inférieur à la valeur nationale et s'élève à 33%. Pourtant, la stratégie nationale autour des 1000 premiers jours a replacé l'enjeu relatif à la réalisation des EPP au cœur de la politique publique ainsi que les enjeux de prise en compte des situations de vulnérabilités (*addictions, violences, contexte psycho-socio-économique*) par un meilleur repérage des difficultés, une orientation adaptée des familles et une coordination des professionnels de différents champs. L'entretien post natal précoce (EPNP) concourt également à ces objectifs et est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022.

Par ailleurs, la crise sanitaire de la COVID a eu impact sur le quotidien et la vie de tous, et en particulier les jeunes, se traduisant par une dégradation de leur santé mentale, constatée par les professionnels qui les entourent (*personnels de l'Éducation nationale, professionnels de santé, etc.*). Depuis début 2021, Santé publique France (SpF) alerte sur une augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires et troubles

de l'humeur chez les enfants de 11-17 ans. Le Grand Est n'est pas épargné : SpF relève en 2021 une part d'activité annuelle de passages aux urgences pour geste suicidaire de 6,3‰ pour la région Grand Est contre 5,6‰ pour la France entière. Une stratégie multimodale nationale est déployée en région Grand Est avec l'appui de multiples acteurs du champ et du centre régional de prévention du suicide : centre répondant pour le 3114 (*numéro national de prévention du suicide*), dispositif de recontact VIGILANS Grand Est, formations du Groupement d'études et de prévention du suicide (*GEPS*). Les projets territoriaux de santé mentale (*PTSM*), en articulation avec les conseils locaux de santé mentale (*CLSM*) et les contrats locaux de santé (*CLS*) contribuent également à la politique de prévention en matière de santé mentale, par l'identification des besoins et des ressources sur les territoires, favorisant les coopérations locales

De plus, une couverture vaccinale élevée contribue à protéger de manière efficace les individus contre différentes maladies infectieuses graves en diminuant le risque de développer ces maladies et en limitant leur transmission. La promotion de la vaccination pour les vaccins obligatoires et recommandés en France reste donc un enjeu majeur de santé publique. Face à ces constats et afin de favoriser l'accès à une protection vaccinale, le Président de la République a notamment annoncé le 28 février 2023 que la vaccination contre les virus à Papillomavirus humains (*HPV*) serait proposée dès la rentrée scolaire de 2023 à l'ensemble des élèves de 5^e. Ainsi, l'ensemble des ARS, en lien avec les services du rectorat ainsi que les acteurs de la vaccination, auront à mettre en œuvre la campagne de vaccination HPV auprès des élèves de 5^e dans l'ensemble des collèges de la région avec l'appui d'équipes mobiles de vaccination.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

32

- *Objectif n°3* : Encourager la conduite et l'harmonisation des pratiques concernant l'entretien prénatal précoce (*EPP*) et l'entretien post-natal précoce (*EPNP*) par les professionnels de santé accompagnant les femmes enceintes et leur entourage ;
- *Objectif n°4* : Mettre en place une politique en faveur de la santé mentale auprès des jeunes publics en Grand Est, notamment en matière de prévention du suicide ;
- *Objectif n°5* : Promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal auprès des jeunes et de leurs parents en Grand Est, notamment la vaccination HPV.

Objectif n°3 : Encourager la conduite et l'harmonisation des pratiques concernant l'entretien prénatal précoce (*EPP*) et l'entretien post-natal précoce (*EPNP*) par les professionnels de santé accompagnant les femmes enceintes et leur entourage

Résultats attendus

- Atteinte du seuil fixé dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement concernant la proportion de femmes ayant bénéficié d'un EPP dans tous les départements de la région ;
- Atteinte du seuil fixé dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement concernant la proportion de femmes ayant bénéficié d'un EPNP dans tous les départements de la région ;
- Élaboration et partage d'un guide de ces entretiens lors des formations, afin de couvrir au maximum les champs de fragilité potentielle (*repérage des addictions, violences, troubles psychologiques, etc.*).

Principaux jalons

- Réalisation d'un diagnostic territorial préalable concernant les EPP et EPNP ;
- Organisation et mise en œuvre des formations à l'EPP et à l'EPNP en partenariat avec la Coordination périnatale Grand Est (COPEGE) et évaluer régulièrement le dispositif ;
- Promotion de l'EPP et de l'EPNP auprès des professionnels de santé et du grand public, en partenariat notamment avec l'assurance maladie ;
- Diffusion des supports de communication / information (*salles d'attente des professionnels concernés*).

Objectif n°4 : Mettre en place une politique en faveur de la santé mentale auprès des jeunes publics en Grand Est, notamment en matière de prévention du suicide

Résultats attendus

- Déploiement du dispositif Vigiteens avec 100% des centres vigilans incluant des mineurs d'ici à 2028 et 80% des services d'urgences pédiatriques incluant des mineurs dans Vigiteens ;
- Mise en œuvre de la postvention pour le public jeune avec au moins un plan de postvention en place et fonctionnel sur les 3 rectorats d'ici fin 2028 et au moins un plan de postvention en place et fonctionnel sur d'autres structures jeunes d'ici 2028 ;
- Formalisation des partenariats « *Maisons des adolescents / Points d'accueil écoute jeunes (MDA-PAEJ)* », intégrant les autres acteurs de la santé mentale des jeunes tels que les établissements publics de santé mentale et les centres hospitaliers spécialisés (EPSM / CHS), les soins de ville et le secteur médico-social, en articulation avec les CLS, CLSM et en cohérence avec les PTSM ;
- Promouvoir les premiers secours en santé mentale (PSSM) auprès des professionnels qui sont en lien avec des publics jeunes afin de renforcer les compétences des professionnels au repérage et à l'orientation de la souffrance psychique des jeunes ;
- Promouvoir la santé mentale et la lutte contre la stigmatisation auprès des jeunes et du grand public.

Principaux jalons

- Vigiteens : Implémentation Vigiteens sur les 3 centres Vigilans du Grand Est et partage de cette expérimentation avec les SAU pédiatriques pour faciliter l'inclusion des adolescents par les SAU pédiatriques dans Vigiteens ;
- Postvention : Expérimentation de la mise en place d'un plan de post-vention en milieu scolaire puis promotion des plans de post-vention dans les différentes structures accueillant des jeunes (*milieu éducation agricole, hors milieu scolaire, services et établissements de protection de l'enfance, etc.*) ;
- MDA et PAEJ : Création d'instances de coordination régionale et départementales (*intégré au COPIL de la MDA*) et maillage territorial MDA PAEJ cohérent pour améliorer l'accessibilité des jeunes du Grand Est à ces dispositifs ;
- Au sein des PTSM, identification des professionnels concernés pour la promotion des PSSM ;
- Inclusion de la thématique santé mentale dans les actions de communication auprès du grand public.

Objectif n°5 : Promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal auprès des jeunes et de leurs parents, notamment la vaccination HPV

Résultats attendus

- Amélioration des couvertures vaccinales des enfants en Grand Est aussi bien pour les vaccins obligatoires que recommandés comme HPV (*pour HPV : en terme de couverture vaccinale en Grand Est, passer de 44,8% en 2022 à 50% en 2027 pour le schéma complet chez les filles âgées de 16 ans, et de 9,7% à 15% chez les garçons*).

Principaux jalons

- Poursuite du déploiement du dispositif de rattrapage vaccinal en milieu scolaire ;
- Promotion des campagnes de communication sur les vaccinations en lien avec nos différents partenaires et communication plus territorialisée en prenant appui sur les CLS ;
- Mise en place de la vaccination HPV en milieu scolaire (*élèves de 5^e*) et promotion de la vaccination HPV au sein des ESMS PH et auprès des familles via des courriers d'incitation à destination des parents de jeunes ;
- Communication et mise en place de temps d'échanges sur la vaccination avec les professionnels (*PMI, sage-femmes, médecins généralistes, gynécologues, pharmaciens, professionnels du secteur éducatif, etc.*).

AXE PRIORITAIRE N°3 : AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS DE L'ÉCOSYSTÈME AUTOUR DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

En région Grand Est, ce sont au minimum 272 000 enfants de 2 à 17 ans qui sont concernés par une problématique de surpoids ou d'obésité (*Données ORS ; étude en cours*). L'estimation actuelle est de 128 000 enfants de 2 à 7 ans en situation de surpoids-obésité en Grand Est dont 87 000 sont d'ores et déjà en situation d'obésité. Or, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie, selon les études, de 20% à 50% avant la puberté jusqu'à atteindre entre 50% et 70% après la puberté. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique dans notre région. Prévenir, repérer au plus jeune âge le surpoids et son risque corolaire l'obésité afin de débiter au plus tôt une prise en charge de proximité dans un parcours de suivi gradué et structuré constituent de forts enjeux collectifs de santé publique dans notre région pour les cinq ans qui viennent. La coordination des différents acteurs autour de cette démarche est essentielle.

La nécessité d'un suivi harmonisé des enfants à risque ou vulnérables via la formalisation d'un parcours et l'importance des plateformes de coordination et d'orientation sont rappelées dans la recommandation de la Haute autorité de santé « *Troubles du neurodéveloppement (TND) – Repérage et orientation des enfants à risque* » de mars 2020, ainsi que dans les propositions du rapport de la commission d'experts sur les 1000 premiers jours de septembre 2020.

La région Grand Est présente le taux le plus important de prématurité en 2021 en France métropolitaine, la prématurité correspondant à un facteur de risque important de survenue de troubles du neurodéveloppement (TND). L'enjeu de l'organisation d'un suivi harmonisé des enfants à risque de TND sur la région, effectué par des professionnels de santé formés est donc majeur afin de repérer précocement les troubles et permettre une orientation adaptée, en lien avec les plateformes de coordination et d'orientation (PCO).

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°6* : Renforcer collectivement le repérage précoce des enfants en situation de surpoids-obésité, notamment en lien avec l'Éducation nationale, les établissements médico-sociaux et les services de Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- *Objectif n°7* : Renforcer l'accès dans tous les territoires aux dispositifs de repérage des troubles du neurodéveloppement (TND).

Objectif n°6 : Renforcer le repérage précoce et l'orientation des enfants en situation de surpoids-obésité, notamment en lien avec l'Éducation nationale, les établissements médico-sociaux et les services de Protection maternelle et infantile (PMI)

Résultats attendus

- Amélioration du recueil de données (*âge, sexe, poids, taille, indice de masse corporelle, évolution de la courbe de croissance*), notamment lors des bilans de santé, et intégration de ces données recueillies dans le dossier médical partagé de l'enfant ;
- Amélioration de l'orientation des enfants à risque de développer un surpoids ou une obésité.

Principaux jalons

- Appui sur le Dispositif d'expertise régional (DER) en cours de création, et son expérience pour assurer une formation des professionnels ;
- Réflexion sur la mise en place d'un réseau ville-hôpital de prévention et de prise en charge, en partenariat avec les centres spécialisés de l'obésité (CSO) ;
- Sensibilisation et formation des professionnels de santé sur le surpoids et l'obésité pédiatrique (*ainsi que sur les enjeux du surpoids et de l'obésité dans le secteur du handicap*), au repérage et à l'orientation des enfants identifiés à risque vers les structures de prise en charge adaptées ;
- Consolidation du déploiement du dispositif « *Mission retrouve ton cap* » de l'Assurance maladie, en l'articulant avec les programmes d'ETP et la filière territoriale spécialisée ;
- Intensification des campagnes de sensibilisation auprès de la population ciblée.

Objectif n°7 : Renforcer l'accès dans tous les territoires aux dispositifs de repérage et d'intervention relatifs aux troubles du neuro développement (*TND*)

Résultats attendus

- Extension de la mise en place et suivi des Plateformes de coordination et d'orientation (*PCO*) pour les 0-12 ans pour un maillage territorial cohérent ;
- Mise en place du Réseau de suivi des enfants vulnérables (*RSEV*) Grand Est, en cohérence avec les *PCO*.

Principaux jalons

- Poursuite des actions d'information et de sensibilisation au repérage des *TND* ;
- auprès des professionnels de santé de 1^{ère} ligne (*médecins, professionnels de la petite enfance, éducation nationale, etc.*), notamment ceux exerçant au sein de structures d'exercice coordonné ;
- auprès des professionnels en charge des enfants et notamment relevant de la protection de l'enfance pour éviter les orientations inappropriées ;
- Consolidation du maillage territorial en matière de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les *TND* ;
- Accompagnement de la création du *RSEV* Grand Est par la *CoPéGE* et évaluation de son fonctionnement.

AXE PRIORITAIRE N°4 : AMÉLIORER LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ ET L'ACCÈS À L'OFFRE EXISTANTE EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Au même titre que les connaissances et les savoir-faire des individus, l'environnement dans lequel les jeunes évoluent sont de forts déterminants de leur santé. Ils influent non seulement sur l'exposition directe de l'individu, sur sa capacité à agir mais également sur la norme sociale et les modèles d'imitation. Aussi, outre les actions en direction des populations cibles, il est important que des actions puissent se mettre en place pour créer des environnements favorables, au sens large. Travailler sur les représentations est un enjeu majeur dans ce cadre, ce d'autant que les industriels, comme l'industrie du tabac, ont compris cet enjeu et mettent en œuvre des stratégies qu'il convient de contrer pour retarder au maximum voire éviter l'entrée dans les consommations et promouvoir des environnements sains comme les espaces sans tabac et l'accès à la pratique d'activité physique.

Par ailleurs, les programmes d'ETP sont tout autant utiles aux enfants et adolescents qu'aux adultes pour apprendre à gérer leur maladie ; les bons réflexes appris dès le tout jeune âge sont nécessaires pour permettre le bien vivre avec la maladie dans la vie quotidienne. La mise en place de programmes d'ETP pour les mineurs doit également tenir compte de leur temps scolaire ; la proposition d'horaires adaptés ou de programmes en e-ETP peuvent être des solutions pour permettre leur plus grande participation.

Par ailleurs, pour prévenir les situations de surpoids et d'obésité et promouvoir une santé mentale positive, la pratique d'activité physique représente un levier favorable avec de nombreux autres impacts positifs sur la santé. Ainsi, la promotion d'une pratique d'activité physique régulière, au même titre qu'une alimentation de qualité, dès le plus jeune âge, est essentielle, et ce d'autant plus pour les enfants porteurs de maladies chroniques et/ou maladies rares.

Si l'on considère l'environnement social et familial, les violences à l'encontre des enfants et des adolescents comprennent, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), différents aspects : violences physiques, sexuelles et psychologiques, ainsi que défauts de soins ou négligences. Selon la Haute autorité de santé (HAS), plus de 80% des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille et se caractérisent par son début souvent précoce et sa chronicité. Les violences subies durant l'enfance ou l'adolescence peuvent avoir des effets négatifs très importants et durables représentant une lourde perte de chances en termes de santé mentale et physique, de développement, de vie affective et sexuelle, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle. Ainsi, les coûts en termes d'impacts sociaux et économiques dans la société sont conséquents. Les violences faites aux mineurs représentent donc un enjeu majeur de santé publique et de société.

QUATRE OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°8* : Créer et développer des environnements favorables pour retarder ou éviter l'entrée dans les addictions et favoriser les comportements éclairés ;
- *Objectif n°9* : Favoriser l'accès à l'activité physique et sportive (APS) pour tous les jeunes dans tous les territoires du Grand Est ;
- *Objectif n°10* : Favoriser l'accès à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les enfants le nécessitant dans tous les territoires du Grand Est ;
- *Objectif n°11* : Renforcer les actions de lutte contre toutes les formes de violences faites aux enfants (*harcèlement, violences scolaires, etc.*).

Objectif n°8 : Créer et développer des environnements favorables pour retarder ou éviter l'entrée dans les addictions et favoriser les comportements éclairés

Résultats attendus

- Réduction des expérimentations du tabac, de l'alcool et des autres substances psychoactives chez les jeunes collégiens (*données EnClass*) ;
- Baisse de 20% de l'expérimentation de tabac pour atteindre un résultat de 16% (*dernières données EnClass 2018 – publiée en sept 2022 = 20%*) ;
- Passage sous le seuil de 50% pour l'expérimentation de l'alcool (*dernières données EnClass - 2018 publiée en sept 2022 = 60,4%*).

Principaux jalons

- Déploiement des espaces sans tabac aux abords des écoles et autres lieux adéquats ;
- Communication sur les nouveaux repères de consommation d'alcool auprès des jeunes et de leurs parents ;
- Accompagnement de la mise en œuvre des interdits protecteurs en lien avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites (MILDECA) et les autres partenaires, à savoir les interdictions de vente aux mineurs (*tabac, alcool, protoxyde azote*), les interdictions de consommation (*ex : interdictions de fumer dans les établissements scolaires, etc.*) ;
- Soutien et relai des campagnes de communication nationales (*notamment celles de Santé publique France*) et régionales (*ex : SAFE*) pour les publics jeunes, leurs parents et la période périnatale sur toutes les formes d'addiction ;
- Accompagnement de la lisibilité du dispositif Consultations jeunes consommateurs (CJC) auprès des jeunes, leurs parents et des partenaires.

Complémentarité avec l'axe 1 : Renforcer les compétences psychosociales des jeunes et les compétences parentales en matière de santé et promouvoir les comportements favorables à la santé chez les jeunes et leurs parents.

Objectif n°9 : Favoriser l'accès à l'activité physique et sportive (APS) pour tous les jeunes dans tous les territoires du Grand Est

38

Résultats attendus

- Expérimentation de nouveaux projets innovants à destination des publics prioritaires (en particulier les jeunes dans les quartiers prioritaires, en milieu rural, en situation de handicap) ;
- Inscription d'actions APS dans chaque CLS de la région pour tous les jeunes.

Principaux jalons

- Lancement d'un appel à projets visant à soutenir des actions APS (*dont programme ICAPS*) et projets innovants auprès des jeunes à l'échelle des CLS travaillant également sur l'accès à une alimentation favorable à la santé ;
- Définition du rôle des maisons sport santé dans l'appui et la mise en place d'actions APS à destination des jeunes notamment dans le cadre de dynamiques CLS ;
- Promotion de l'activité physique et sportive auprès des enfants en situation de handicap ;
- Engagement d'une réflexion sur la pertinence et la faisabilité de l'ouverture du dispositif « *Prescri'mouv* » aux enfants porteurs de maladies chroniques et/ou maladies rares avec les partenaires concernés.

Objectif n°10 : Favoriser l'accès à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les enfants le nécessitant dans tous les territoires du Grand Est.

Résultats attendus

- Augmentation du nombre de programmes d'ETP à destination des publics enfants (maladies chroniques et rares) ;
- Mise en place d'une offre d'ETP en distanciel permettant une accessibilité facilitée dans les territoires (e-ETP), en particulier pour les maladies rares.

Principaux jalons

- En lien avec les programmes ETP adultes, à partir de 2024, définition d'une stratégie de déploiement de l'e-ETP avec analyse des expérimentations en cours, identification des préconisations (*programmes concernés, périmètre envisagé, enveloppe financière, etc.*)

Objectif n°11 : Renforcer les actions de lutte contre toutes les formes de violences faites aux enfants (*harcèlement, violences scolaires, violences intrafamiliales etc.*).

39

Résultats attendus

- Augmentation du nombre d'actions et diversification des lieux de mise en œuvre de ces actions auprès des enfants, adolescents et de leurs parents (*au sein des établissements scolaires, structures médico-sociales et autres lieux de vie*) concernant les risques de discrimination, les comportements d'exclusion (*maladies méconnues, handicap, origines culturelle et/ou socio-économique, etc.*) et les ressources existantes pour en parler en cas de besoin.

Principaux jalons

- Déploiement des recommandations, principes éthiques, méthodes et outils de lutte contre la maltraitance dans les établissements accueillant des enfants en Grand Est ;
- Déploiement et renforcement des 10 UAPED ;
- Poursuite des partenariats ARS / Éducation nationale et ARS/PJJ (*conventions de partenariats 2023/2028*) ;
- Accompagnement des acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs dans les établissements et structures pour renforcer les connaissances et pratiques de lutte contre les violences et favoriser des environnements bienveillants pour les enfants et leurs parents ;
- Mise en place d'actions de prévention dans les établissements scolaires via l'AAP annuel lancé par l'ARS.

Complémentarité avec l'axe 1 : Renforcer les compétences psychosociales des jeunes et les compétences parentales en matière de santé et promouvoir les comportements favorables à la santé chez les jeunes et leurs parents et la partie violences faites aux femmes dans la partie 3 « L'organisation de l'offre de santé ».

PRIORITÉ 3 : ENCOURAGER UN ÉCOSYSTÈME DE LA SANTÉ FAVORABLE À LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

CONSTATS ET ENJEUX

Une approche écosystémique

Une exigence forte des citoyens français est, pour eux-mêmes et pour leurs proches, de pouvoir agir en autonomie, en prenant les décisions qui les concernent et en les mettant en œuvre. Le système de santé n'est pas exempt de cette exigence en particulier pour les personnes qui, du fait d'une pathologie transitoire ou chronique, stable ou évolutive, d'un handicap inné ou acquis, de leur âge, et/ou de leur milieu social⁷, sont confrontées à une limitation de leur capacité à décider et à agir. L'autonomie d'une personne n'est jamais définitivement acquise : elle est fonction des évolutions de sa situation et des contraintes de son environnement. Elle peut se définir comme la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite et en suivant sa propre loi, tout en considérant les risques que l'on est prêt à assumer. L'autonomie recouvre également la possibilité pour la personne d'effectuer avec ou sans aide, les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, en interaction avec son environnement.

La loi du 2 janvier 2002⁸ portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale incite à l'évolution d'un sujet protégé fragile vers la reconnaissance d'un sujet citoyen en garantissant l'exercice des droits et libertés individuels à toute personne prise en charge par des établissements et services médico-sociaux. Les droits des usagers du système de santé ont ainsi été renforcés progressivement depuis 2016⁹ en les intégrant au code de santé publique (*droit à l'accès aux soins et au choix du médecin, à l'information, au consentement aux soins, au respect de la personne, à la prise en charge de sa douleur et à l'accompagnement de sa fin de vie notamment*). Cette tendance s'inscrit donc de façon pérenne afin de prévenir tout risque de maltraitance et d'affirmer dans la loi le droit à l'autodétermination (*Charte des droits et des libertés de la personne accueillie¹⁰ / Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée¹¹*). Le cadre juridique se précise donc depuis plusieurs années en soutenant la nécessité de rendre usuelle la participation sociale pour faciliter la capacité d'agir, l'autodétermination et l'empowerment de la personne accompagnée. Ceci amène à repenser la relation d'aide dans laquelle le professionnel motive et soutient la capacité d'agir de la personne vulnérable. **C'est tout l'enjeu de la mobilisation de l'écosystème de la santé dans une optique de soutien à un parcours de vie des personnes qui les place dans une posture d'autonomie à court, moyen et long terme.** Cette mobilisation est, par définition, systémique, car elle engage en coresponsabilité les acteurs de

⁷ Programme régional d'accès aux soins et à la prévention des populations vulnérables 2023-2028

⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

¹⁰ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

¹¹ age-platform.eu

santé aux côtés de l'État, des organismes d'Assurance maladie, des collectivités territoriales, des associations, des institutions, pour trouver les voies et moyens de réponse. Cette dynamique partenariale renforcée doit permettre d'avancer ensemble vers les accompagnements souhaités. Ainsi, et à travers ce schéma régional de santé, l'ARS Grand Est entend faire de l'écosystème de la santé un terreau favorable, positivement orienté vers la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie, en pleine articulation avec les compétences de ses partenaires, et notamment des Conseils départementaux, chefs de file des politiques de l'autonomie dans les territoires.

Des difficultés croissantes d'attractivité

Les difficultés rencontrées actuellement par le secteur médico-social dans notre région ne peuvent être mises de côté. Le manque d'attractivité des métiers des secteurs du grand âge et du handicap (*conditions de travail difficiles, politique salariale, manque de reconnaissance, formation insuffisante, etc.*) reste un facteur important des difficultés chroniques rencontrées en matière de recrutements. Les conséquences sont multiples (*recrutement de personnel non formé et non qualifié, absence de formation continue du personnel*) et peuvent avoir un impact sur la bienveillance, l'accompagnement, la gestion de la douleur, le respect des droits et libertés. La crise sanitaire a mis en exergue des difficultés rendant difficile la conciliation des enjeux de santé publique avec la nécessité d'une réponse appropriée aux besoins spécifiques des personnes vulnérables.

∞ *Partie 2 : Les ressources humaines en santé, un défi majeur, une opportunité pour innover*

Préserver l'autonomie par la prévention

La prévention est un levier majeur permettant de préserver l'autonomie à tous les âges de la vie en améliorant le bien-être et la qualité de vie des personnes. La prévention de la perte d'autonomie participe donc à cette ambition d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Elle s'envisage dans une conception holistique avec une prise en compte des aspects sanitaires, sociaux, médico-sociaux et environnementaux, en transversalité, impliquant l'ensemble des acteurs publics. Ainsi, trois grands enjeux sont identifiés :

- Préserver par l'éducation à la santé, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, le capital d'autonomie de chacun ;
- Prévenir les pertes d'autonomie évitables en repérant la fragilité ou ses facteurs de risque, au domicile et dans les établissements de santé ;
- Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité.

L'approche doit donc être globale et la plus précoce possible dans le parcours de vie de la personne, liant de manière indissociable les dimensions sociale, médico-sociale et sanitaire. Pour ce faire, les professionnels de santé et médico-sociaux, accompagnant les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes malades ou leurs aidants, doivent renforcer l'intégration de la prévention dans leurs pratiques professionnelles : le système de santé doit donc pleinement intégrer la prévention dans son champ d'intervention. Bien vivre son avancée en âge, son handicap et/ou toute maladie doit par ailleurs, permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible. La prévention de la perte d'autonomie doit s'engager en amont de la perte des capacités intrinsèques de la personne, et se poursuivre lorsqu'une limitation d'autonomie apparaît

afin d'en réduire l'ampleur ou d'en freiner la croissance. L'approche par la prévention doit se déployer à l'aune d'un modèle participatif qui implique les bénéficiaires. Partir de la personne d'une manière non culpabilisante est un prérequis. Les thématiques telles que la nutrition, l'activité physique, la prévention des chutes par exemple, demeurent des actions prioritaires qu'il convient de renforcer grâce à l'investissement de l'ensemble des acteurs impliqués dans ces domaines.

Faire du libre choix un levier

L'accompagnement global de la personne doit être recherché afin de laisser une place plus importante à la considération faite à ses attentes, désirs, ses centres d'intérêt et à la valorisation de ses compétences. Les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes malades doivent être prises en considération sous l'angle de leurs capacités plutôt que de leurs incapacités. Pour préserver et encourager l'autonomie, les notions de libre choix et d'autodétermination dans le parcours de vie sont à étayer pour être traduites dans les organisations et les environnements de vie de la personne. L'enjeu principal de l'autodétermination chez les personnes vulnérables, malgré le poids social de la marginalisation qu'elles vivent parfois, réside dans le maintien/développement de leur bien-être et la limitation du risque dépressif ou régressif. Outre la qualité de vie et le bien-être, les actions qui en découlent consolident l'estime de soi et entretiennent la motivation. L'éthique peut, par ailleurs, constituer une « *guidance* » pour justifier des interventions qui donnent sens à la meilleure décision dans le contexte donné. Elle favorise également une cohérence et un arrimage des actions au sein des équipes interdisciplinaires.

Lutter contre l'âgisme

Le vieillissement est une expérience individuelle et il est impossible de généraliser au sujet des aptitudes et des compétences d'une personne en se fondant uniquement sur son âge, pas plus qu'il n'est possible de le faire en se fondant sur tout autre aspect de son identité. Les principes qui régissent les droits de la personne exigent que tous les membres de la société soient traités en tant qu'individus et évalués selon leurs propres mérites, et non pas selon des présomptions, sans égard à leur âge. Il importe de reconnaître que les personnes âgées apportent une riche contribution à la société et qu'il ne faut pas limiter leur potentiel, mais au contraire s'en inspirer.

Prendre soin de l'aidant

Si le parcours de vie de la personne doit naturellement tenir compte de ses souhaits, de ses capacités, de son lieu de vie, il doit aussi considérer l'entourage avec qui la personne vit ou veut vivre. La préservation de l'autonomie passe donc également par la reconnaissance de la capacité d'action des aidants, dont le rôle est déterminant dans la réalisation du choix de vie des personnes aidées. La population des aidants familiaux constitue un ensemble hétérogène aux profils et aux besoins différenciés. La nécessaire prise en considération précoce des besoins d'adaptation relatifs par exemple à la gestion du temps, à l'organisation du travail s'agissant d'un salarié, ou encore à la vie quotidienne d'un enfant, adolescent ou jeune adulte aidant, appellent des actions ciblées, à renforcer.

Les obligations qu'assument les aidants d'un proche, les risques de perte du lien social, de lassitude ou d'épuisement et le sentiment de culpabilité sont à traiter, tout comme la volonté d'être reconnu, accompagné et

considéré dans leur rôle individuel. Une attention particulière sera portée quant à la préservation de la santé des aidants.

Une offre de soins adaptée et accessible

Enfin, l'allongement de la durée de vie, l'avancée en âge des personnes en situation de handicap, l'augmentation des maladies chroniques, sont autant de facteurs qui engendrent nécessairement un besoin de soins courants croissant. Il est important de rappeler l'idée d'un droit universel aux soins, qui ne s'attache pas à quelques segments de la population, et qui se concrétise par territoire par une offre maillée et garantissant l'accès aux professionnels de santé. Usager du système de santé comme tout un chacun, la personne âgée, la personne en situation de handicap et/ou malade doit donc pouvoir bénéficier des soins courants les plus appropriés et adaptés. Pourtant, sa fragilité peut conduire à une remise en cause de ces principes et impliquer une prise en compte de spécificités médicales liées à l'âge, au handicap, à la maladie, avec la difficulté d'adapter la prise en charge sans exclure. Il est par ailleurs régulièrement constaté certaines difficultés majeures dans l'accompagnement sanitaire des personnes vulnérables, notamment âgées ou en situation de handicap : celles-ci concernent principalement la coordination des soins, la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge nocturne et les passages aux services d'urgence, la santé bucco-dentaire ou encore l'accompagnement de la fin de vie.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin de construire ensemble un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie, nous avons identifié 4 axes prioritaires, déclinés en 11 objectifs opérationnels synergiques. Les actions concourant à la réalisation de ces objectifs seront notamment inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements médico-sociaux ou feront l'objet d'un conventionnement ad-hoc.

∞ *Partie 2 : Des actions ciblées et adaptées aux territoires pour la mise en œuvre du schéma régional de santé*

AXE PRIORITAIRE N°1 : RENFORCER ET AMPLIFIER LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ POUR PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE

La prévention en matière de santé est **universelle**, pour l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, ce que l'on peut assimiler à l'éducation pour la santé (*ex. alimentation, activité physique, lien social, facteurs de risque cardio-vasculaires, risques médicamenteux, etc.*). La prévention est aussi **sélective**, pour des sous-groupes de populations spécifiques en vue de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé (*ex. hommes de plus de 50 ans, population en situation de handicap, etc.*) et **ciblée**, en fonction des sous-groupes et de l'existence de facteurs de risques spécifiques identifiés chez cette population (*ex. femme âgée ayant une sclérose en plaque*).

Par ailleurs, les modèles de réflexion sur la fragilité prennent en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « *fragilité multi-domaines* » composé de la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, les capacités pour les activités de la vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale et les comorbidités (*Rockwood 2005*). Ainsi par exemple, la fragilité chez les personnes âgées de

65 ans et plus a une prévalence moyenne de 10% des personnes âgées, mais des variations peuvent aller de 5 à 58% selon les contextes. L'implication de tous les acteurs est alors indispensable : médecins traitants, pharmaciens, équipes mobiles gériatriques intra ou extrahospitalières, associations, aidants, acteurs institutionnels, différentes coordinations gérontologiques de territoires ou autres dispositifs territoriaux (*Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), centre ressources territorial, etc.*). L'enjeu du repérage de la personne fragile est bien d'engager le plus tôt possible des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles. Le repérage des troubles le plus précocement possible chez les enfants constitue de fait une orientation majeure traitée depuis plusieurs années dans le cadre de la stratégie nationale autisme / troubles du neurodéveloppement. Le but ultime est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables aggravant ou accélérant la perte d'autonomie, en s'appuyant le terreau local (*lisibilité, opérationnalité et interconnaissance des acteurs*).

∞ *Partie 1 : Priorité 2 « Renforcer la Prévention au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents »*

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°1* : Renforcer et amplifier les actions d'éducation à la santé ;
- *Objectif n°2* : Accroître l'accessibilité des personnes en perte d'autonomie aux actions de prévention ;
- *Objectif n°3* : Développer et soutenir les actions et les organisations innovantes axées sur la promotion de la santé.

45

Résultats attendus

- Soutien à l'acquisition et au renforcement des compétences et comportements favorables à leur santé ;
- Poursuite de l'accompagnement des professionnels et des structures comme acteurs de la promotion de la santé¹².

Objectif n°1 - Principaux jalons

- Poursuite des actions d'éducation à la santé permettant le développement des aptitudes personnelles en développant les compétences psycho-sociales et les savoirs expérientiels et en amenant la personne accompagnée à un niveau de connaissance de soi notamment par l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- Accompagnement des formations des professionnels à l'ETP dans la mise en œuvre de programmes personnalisés adaptés aux personnes dont l'autonomie est limitée et à leur entourage ;
- Poursuite des actions déployées pour apporter plus d'activité physique adaptée dans les parcours de vie des personnes accompagnées en s'appuyant notamment sur les référents activité physique en ESMS, et en soutenant les actions d'ESMS proposant des activités adaptées et accessibles aux résidents les moins autonomes ;

¹² Les travaux de l'Association CoActis Santé ([L'accès aux soins pour tous - CoActis Santé \(coactis-sante.fr\)](https://www.coactis-sante.fr)) seront relayés : SanteBD, boîte à outils pédagogique à destination des Usagers, et Handiconnect, site ressource pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne auprès de personnes en situation de handicap.

- Incitation aux environnements favorables permettant d'accéder aux actions de prévention (*tabac, addictions, vaccination*), y compris à travers les contrats locaux de santé et les actions soutenues dans le cadre de la politique de ville.

Objectif n°2 - Principaux jalons

- Développement, au-delà des expérimentations en cours, du programme ICOPE¹³ dans chaque département du Grand Est, en repérant la fragilité pour mieux prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- Sous l'égide de l'Assurance maladie et du Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), organisation de l'accès de chaque personne dont l'autonomie est limitée aux dépistages organisés des cancers en intégrant les particularités liées aux handicaps et à l'oncogériatrie ;
- Promotion de la vaccination auprès des populations vulnérables en utilisant des outils de communication adaptés et en accompagnant leur diffusion et appropriation ;
- Renforcement de la lisibilité de l'offre des ateliers de prévention (*chutes, dénutrition, soins bucco-dentaires, etc.*) tels que soutenus par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie à l'attention des publics fragiles vivant à domicile et en institution dans le cadre d'actions multipartenariales.

Objectif n°3 - Principaux jalons

- Développement des équipes de prévention inter-établissements en les ouvrant au domicile, pour améliorer l'état de santé, la qualité de vie et la prise en soins des résidents en EHPAD ou bénéficiaires d'un Service de soins infirmier à domicile (SSIAD) ou Service autonomie à domicile (SAD) ;
- Soutien au renforcement de la participation au sein des organisations (*établissements médico-sociaux-Conseil de la vie sociale (CVS), Communauté 360, Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), etc.*) ;
- Accompagnement des actions de développement des outils numériques au bénéfice de la personne accompagnée pour lutter contre l'isolement social et atténuer la fracture numérique.

¹³ [Le programme ICOPE \(soins intégrés pour les personnes âgées\) de l'Organisation Mondiale de la Santé \(OMS\): une opportunité pour la prévention de la dépendance – Année gérontologique \(annee-gerontologique.com\)](#)

AXE PRIORITAIRE N°2 : ENCOURAGER LE LIBRE CHOIX DES PERSONNES DANS LEUR PARCOURS DE VIE ET SOUTENIR LES ÉVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES CORRESPONDANTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES QUI LES ACCOMPAGNENT

Le vieillissement altère souvent l'autonomie physique, et la compétence des personnes âgées est loin d'être toujours reconnue par les plus jeunes (*âgisme*), qui, aujourd'hui, sont parfois eux-mêmes confrontés à des problématiques personnelles. Par ailleurs, la vie associative est souvent appauvrie avec l'âge. Les possibilités de déplacement, les troubles sensoriels ou les décès dans l'entourage réduisent la solidité du réseau social préalable existant. L'appartenance est plus difficile lorsque manquent forces et revenus, des personnes avec qui partager ses émotions, ses joies et ses plaisirs. Par ailleurs, la société moderne, parfois « *disqualifiante* », peut aussi être surprotectrice à l'égard des personnes âgées, en situation de handicap et/ou malades. La bientraitance doit tenir compte du respect de l'autodétermination de la personne accompagnée, en veillant à un équilibre responsable entre risque et sécurité. Les personnes dont l'autonomie est limitée doivent, comme tout citoyen, bénéficier d'une liberté de vivre leur vie comme elles l'entendent. La qualité de vie de ces personnes vulnérables passe par la mise en place de stratégies de bientraitance. Cette dernière constitue le fil conducteur de chacun des outils visant à garantir les droits des usagers. La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont des enjeux majeurs pour les structures d'accompagnement. Ces dernières années, l'autodétermination est de plus en plus présente dans les réflexions en France, en particulier à la faveur du mouvement pour les droits des personnes handicapées. Le développement de l'autodétermination est lié positivement à de nombreux éléments : respect des droits, inclusion sociale, qualité des relations interpersonnelles, bien-être émotionnel, bien-être physique, bien-être matériel, qualité de vie et satisfaction face à sa propre vie.

47

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°4* : Former et accompagner les personnes à exercer leur libre choix ;
- *Objectif n°5* : Former et accompagner les professionnels à la mise en œuvre du libre choix des personnes qu'ils accompagnent ;
- *Objectif n°6* : Soutenir les évolutions organisationnelles pour permettre l'expression du choix des personnes accompagnées.

Résultats attendus

- Développement des compétences des personnes à agir en autodétermination et autoreprésentation ;
- Renforcement des pratiques professionnelles et des environnements intégrant les choix des personnes.

Objectif n°4 - Principaux jalons

- Incitation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) à former à l'autodétermination les personnes qu'ils accueillent et accompagnent (*y compris au domicile*) en s'appuyant notamment sur la démarche EPoP, et en créant des réseaux de « *personnes autoreprésentantes* » ;
- Soutien et promotion de la participation des personnes accompagnées en établissements de façon active, en particulier grâce à des informations accessibles ;

- Développement de la pair-aidance par des groupes de pairs, de paroles, la promotion des Groupements d'entraide mutuelle (*GEM*), en les ouvrant le plus possible, en y associant l'aidant, mais également les professionnels, pour tenir compte des expériences/parcours de vie des personnes, de leurs savoirs expérientiels (*y compris au sein du Conseil de la vie sociale par exemple*).

Objectif n°5 - Principaux jalons

- Développement de la formation à l'autodétermination, à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance pour tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement et le soin auprès des personnes dont l'autonomie est limitée ;
- Promotion des actions de sensibilisation des personnels des ESMS sur le respect du droit à l'intimité et à la vie privée ;
- Encouragement à l'organisation de groupes d'échanges de pratiques professionnelles inter-ESMS et inter-dispositifs de coordination (*Dispositif d'appui à la coordination DAC/ communautés 360, etc.*).

Objectif n°6 - Principaux jalons

- Généralisation de l'écriture en Facile à lire et comprendre (*FALC*) pour les livrets d'accueil, contrats de séjour, règlements de fonctionnement et projets personnalisés, plus largement pour tout document à destination des personnes et de leurs proches/aidants ;
- Réalisation et diffusion d'un état des lieux des bonnes pratiques encourageant la mise en œuvre concrète du choix des personnes dans les ESMS ;
- Soutien aux innovations des environnements médico-sociaux capacitants¹⁴ permettant aux personnes accompagnées de vivre leur projet personnel, s'adossant sur les dispositifs existants ;
- Structuration de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ;
- Promotion de la participation sociale pour les SSIAD/Services autonomie à domicile en incluant les interactions entre le domicile, le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour coller au parcours de la personne.

¹⁴ Un environnement capacitant offre des opportunités de développement professionnel en contribuant directement aux progrès des savoirs dans, sur et par l'action. C'est un environnement favorable au développement du pouvoir d'agir des personnes et de leurs dispositions à apprendre

AXE PRIORITAIRE N°3 : ÉTAYER LE PARCOURS DE L'AIDANT D'UNE PERSONNE ÂGÉE, EN SITUATION DE HANDICAP ET/OU MALADE, ET DÉVELOPPER DES SOLUTIONS PERMETTANT DE LE SOUTENIR, TOUT EN LE PRÉSERVANT

Près de 9 millions de personnes en France aident une personne dans les actes de la vie quotidienne (*dont 5 millions d'aidants environ intervenant auprès de personnes âgées et 4 millions auprès de personnes handicapées ou malades de moins de 60 ans ; près de 500 000 aidants sont mineurs*). Les aides portent sur diverses actions : le nursing ou les soins, l'accompagnement à la vie sociale, l'appui aux démarches administratives, la coordination des intervenants professionnels du domicile, une vigilance permanente, un soutien psychologique, la prise en charge d'activités domestiques, etc. La reconnaissance et le rôle de l'aidant doivent donc être considérés en tant que tels tenant compte des difficultés et interrogations individuelles, indissociables de la réflexion sur l'amélioration des modalités d'accompagnement des personnes dont l'autonomie est limitée.

Ces travaux déclineront les trois axes de la nouvelle stratégie nationale de mobilisation et de soutien 2023-2027 pour les aidants (*communiquer-repérer-informer/renforcer l'offre et l'accès au répit/soutien aux aidants*).¹⁵

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°7* : Accompagner le parcours de l'aidant d'une personne âgée, en situation de handicap et/ou malade (*notamment souffrant de pathologies chroniques ou d'addictions*) ;
- *Objectif n°8* : Renforcer et amplifier les dispositifs d'offre de répit pour les personnes âgées, et/ou en situation de handicap et/ou malade et leurs aidants.

49

Résultats attendus

- Amélioration du repérage des aidants ;
- Renforcement de la présence de l'aidant, lorsqu'elle est souhaitée par la personne concernée, ou requise dans les échanges avec les professionnels ;
- Renforcement de l'offre de soutien et de répit au bénéfice des aidants.

Objectif n°7 - Principaux jalons

- Accompagnement de l'aidant à se reconnaître comme tel ;
- Soutien des actions en faveur des jeunes aidants.

¹⁵ [Agir pour les aidants | Ministère des Solidarités et des Familles \(solidarites.gouv.fr\)](https://solidarites.gouv.fr)

Objectif n°8 - Principaux jalons

- Renforcement de la place et du rôle pivot des Plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), en soutenant leur lisibilité, en lien avec les partenaires et les autres dispositifs, et en étroite collaboration avec les futurs Services Autonomie Domicile ;
- Développement du répit à domicile : un professionnel spécialement formé (*aide-soignant, infirmier, accompagnant éducatif et social, éducateurs spécialisés, psychomotriciens*) prend temporairement le relais de l'aidant familial au domicile ;
- Incitation au développement de modalités d'accueil ou d'accompagnement de répit diversifiées (*accueil temporaire, accueil de jour, accueil séquentiel*) dans le cadre des partenariats territoriaux.

AXE PRIORITAIRE N°4 : RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS COURANTS EN ASSOCIANT LES PERSONNES CONCERNÉES ET LEURS AIDANTS, ET EN MOBILISANT DES OUTILS ET DES ORGANISATIONS ADAPTÉS

La limitation de l'autonomie est une difficulté supplémentaire pour les personnes concernées, s'ajoutant aux problématiques d'accès aux soins pouvant caractériser certains territoires et/ou spécialités. Les personnes vulnérables, du fait de leur isolement géographique, de leurs possibilités personnelles, de leur compréhension du système de santé, sont donc en sur-risque de défaut de soins. Les personnes âgées de 75 ans et plus ont des besoins en soins adaptés, y compris en soins non programmés, fréquents et parfois itératifs du fait d'une polypathologie sévère, qui les conduisent trop souvent dans les services d'accueil et d'urgences peu adaptés à la gériatrie. Le déploiement en cours des filières gériatriques territoriales, axe stratégique majeur du projet régional de santé, offre l'opportunité de nouvelles modalités de prise en charge pour des soins non programmés plus adaptés, en particulier un accès facilité à un avis gériatrique grâce à une admission directe en cas de besoin d'hospitalisation, sans passer par les urgences. De même, la promotion des évaluations anticipées par les services d'hospitalisation à domicile au sein des EHPAD constitue un levier mobilisable. Il convient globalement de consolider ces dispositifs mais également de leur faire gagner en lisibilité. Cela s'avère d'autant plus important dans le contexte actuel du virage domiciliaire voulu par et pour les personnes âgées.

∞ *Partie 1 : Priorité 4 « Optimiser l'accès aux soins non programmés dans les territoires »*

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°9* : Améliorer l'accès aux soins des personnes accompagnées dans le secteur médico-social ;
- *Objectif n°10* : Adapter les prises en charge sanitaires en établissements de santé aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap ;
- *Objectif n°11* : Développer et structurer une offre de soins non programmés adaptée aux personnes âgées pour prévenir leur passage inadéquat aux urgences.

Résultats attendus

- Amplification du recours aux soins courants adaptés aux personnes dont l'autonomie est limitée, en ville et à l'hôpital ;
- Diminution du nombre de passages aux urgences de personnes âgées de plus de 75 ans ;
- Augmentation du nombre d'admissions directes non programmées (*hospitalisations*) dans les établissements de santé ;
- Augmentation du nombre des évaluations anticipées par les services d'hospitalisation à domicile (*HAD*) en EHPAD, chez les personnes de 75 ans ou plus, dans chaque territoire.

Objectif n°9 - Principaux jalons

- Organisation et structuration de l'intervention de l'HAD en ESMS et incitation aux formations croisées des équipes ;
- Développement de partenariats entre les établissements médico-sociaux médicalisés et les professionnels de ville pour améliorer l'accès aux spécialités médicales, avec recours si pertinent à la télémédecine à domicile ou en établissement ;
- Accélération du déploiement d'infirmiers en pratique avancée (*IPA*) dans le secteur médico-social ;
- Développement d'un accompagnement adapté en soins palliatifs au sein des établissements médico-sociaux médicalisés, en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles en soins palliatifs ;
- Poursuite du déploiement des dispositifs renforçant la médicalisation d'ESMS à l'échelle d'un territoire, coordonnés par l'ARS (*exemples : astreintes IDE de nuit, filières gériatriques, équipes mobiles de soins palliatifs, recours à l'espace éthique régional, etc.*) ;
- Renforcement du rôle et de la place des Centres ressources territoriaux (*CRT*) pour les personnes âgées ;
- Généralisation d'un appui territorial gériatrique pour prévenir les hospitalisations évitables, en particulier via les équipes mobiles de gériatrie et les hôpitaux de proximité.

Objectif n°10 - Principaux jalons

- Déploiement et amplification, en lien avec les universités et les écoles de formation, des stages de sensibilisation au handicap dans les formations initiales de tous les professionnels de santé et des travailleurs sociaux ;
- Création et animation d'un réseau des référents handicap des établissements de santé pour qu'ils deviennent le pivot de l'accompagnement de la personne au sein de ces établissements ;

- Identification d'au moins un dispositif de consultation dédiée pour les personnes en situation de handicap dans chaque département ;
- Déploiement de dispositifs Handibloc et Handigynéco visant respectivement, à améliorer l'accès aux blocs opératoires et aux soins gynécologiques.

Objectif n°11 - Principaux jalons

- Consolidation des filières gériatriques regroupant le sanitaire, le médico-social et la ville dans toutes les zones d'implantation de référence, incluant une offre de soins non programmée gériatrique ;
- Développement des admissions directes non programmées dans toutes les zones d'implantation de référence afin d'éviter un passage inapproprié des personnes âgées aux urgences ;
- Déploiement du « Kit Assure » pour prévenir le passage aux urgences de la personne âgée : déploiement de formations auprès des professionnels de santé des EHPAD.

PRIORITÉ 4 : OPTIMISER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LES TERRITOIRES

CONSTATS ET ENJEUX

Comme bien d'autres pays comparables et quel que soit leur système de santé, la France est confrontée depuis 30 ans à une hausse en continu de la demande de soins non programmés, de la fréquentation des Services d'accueil des urgences (SAU) et de l'activité de Permanence des soins ambulatoires (PDSA) réalisée en ville. La région Grand Est n'est pas épargnée par ce constat. Les soins non programmés relèvent d'une "urgence ressentie" conduisant à une demande de consultation le jour même ou le lendemain. Le soin non programmé couvre ainsi un large champ allant des urgences « vraies » au besoin urgent de soins ressenti comme tel par l'utilisateur.

Notre système de santé a été profondément fragilisé par plus de deux années de crise sanitaire, et connaît, depuis plusieurs mois, des tensions majeures. La fragilité des services d'accueil des urgences constitue la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde, qui touche l'ensemble du système de santé, et qui questionne sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

L'augmentation de la demande de soins non programmés relève de multiples facteurs dont l'analyse systémique apparaît de plus en plus nécessaire, mais dont certains éléments sont déjà bien identifiés : le vieillissement de la population, une prévalence croissante des maladies chroniques, l'environnement socioéconomique précaire, la vulnérabilité sociale et l'isolement social. Ainsi en Grand Est, on note une augmentation de 50% du recours aux services d'urgences (*consultation sans hospitalisation*) pour le quintile de la population le plus défavorisé comparé au quintile de la population le plus favorisé (*indice territorial de désavantage social de la commune de résidence - Grand Est 2019*). Pour cette fraction de la population socialement défavorisée comme pour celle atteinte de maladie chronique, l'absence de médecin traitant, la non mise en place d'un parcours de soins est un risque supplémentaire de majoration du recours aux soins non programmés, et aux services d'urgences du fait de l'absence d'un suivi adapté de qualité.

Une offre de soins non programmés en tension

Une difficulté croissante de la médecine générale à répondre à la demande

La demande croissante de soins non programmés impacte, non seulement les services d'accueil et d'urgences, mais de la même manière les soins de premier recours. Selon l'étude de la DREES réalisée en 2019¹⁶, les soins non programmés constituent déjà une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. Ainsi, en France en 2019, les demandes de soins non programmés représentaient plus de 30% de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10. Dans le même temps, le nombre d'actes de Permanences des soins

¹⁶ H Chaput et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés N°1138 ; 22/01/2020

ambulatoires (*PDSA*), régulés et non régulés, est en croissance constante (+24% entre 2015 et 2019)¹⁷. Actuellement, la médecine générale se retrouve confrontée à un défi démographique, avec un nombre de médecins généralistes qui continuera de décroître jusqu'en 2030 ; les médecins présents étant de plus en plus en difficulté pour répondre à la demande de soins programmés ou non.

Une saturation des services d'accueil et d'urgences

Dans la région Grand Est, le nombre de passages aux urgences a augmenté de la même façon qu'en France de 4 à 5% chaque année jusqu'en 2017 jusqu'à un niveau très élevé de 1 555 388 passages chaque année, difficilement soutenable et qui a perduré jusqu'en 2019. En 2022, après deux ans de crise sanitaire, le constat est toujours aussi alarmant : 1 551 503 passages aux services d'accueil et d'urgences chaque année en Grand Est. Cette croissance se fait notamment aux dépens des personnes très âgées de plus de 75 ans dont la fréquentation représente 20,6% des passages des adultes, alors qu'ils n'en représentaient que 19,4% en 2018. Une part importante de passages dans les services d'accueil et d'urgences n'aboutit qu'à une simple consultation sans acte complémentaire relevant le plus souvent d'un recours en médecine de ville. Dans la région Grand Est, en 2022, ce sont à minima 15% des passages aux urgences qui relèveraient de la médecine de ville alors qu'ils ne représentaient que 13,5 % des passages en 2018 (*Données Est-Rescue*).

Une tension croissante sur l'aval des urgences

En 2021, dans le Grand Est, près de 330 000 patients ont été hospitalisés à partir des 46 services d'urgences (*taux d'hospitalisation de 23%*). Seuls 17% de ces patients ont été hospitalisés en moins de 8h, la durée moyenne de passage aux urgences des patients adultes étant de 7h15, et de 8h04 pour les 75 ans et plus. Chaque jour, ce sont donc en moyenne 1 000 patients qui sont hospitalisés à partir des urgences dans le Grand Est pour un capacitaire régional (*hospitalisation conventionnelle hors obstétrique*) évalué à environ 12 000 lits. Le désengorgement des urgences est donc un défi quotidien pour les établissements de santé. Cette situation contribue à une altération de la qualité de vie au travail des professionnels (*temps passé à la recherche de lits, tensions aux urgences, répartition inégale des patients, etc.*). Compte tenu de la complexité de la problématique, l'approche à mettre en œuvre est nécessairement systémique en abordant les différentes composantes de la gestion des flux d'hospitalisation (*gouvernance, règles de gestion, outils, logistiques*) et en prenant en compte les enjeux de chaque acteur. À l'instar de tout écosystème rassemblant de multiples activités et multiples acteurs (*institutions, établissements, directions, chefs de services, gestionnaires de lits, urgentistes, etc.*), l'alignement collectif sur des valeurs et des intérêts à agir communs est capital tels que, par exemple, l'accès équitable pour chaque patient à un lit d'hospitalisation, que cette hospitalisation soit non programmée (*en urgence*) ou programmée et la bienveillance des patients en limitant le temps d'attente sur un brancard d'un lit d'hospitalisation.

¹⁷ *Projet de rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) - juillet 2023*

Mieux comprendre pour mieux répondre au besoin

Le comportement des usagers face à l'urgence ressentie pose question quant à ce que l'utilisateur juge comme une réponse inadaptée, s'agissant par exemple des délais de rendez-vous. Dans l'enquête BVA>Hello Asso 2023 auprès d'un échantillon représentatif de la population de la région Grand Est, seuls 65% des personnes interrogées dans la région Grand Est avaient une expérience positive quant à l'obtention d'un rendez-vous sur la période des douze derniers mois¹⁸. Selon l'étude de la Drees réalisée en 2017¹⁹, près d'un tiers (32%) des patients accueillis aux services d'accueil des urgences avaient fait des démarches auprès de professionnels de santé dans les 24 heures précédant leur arrivée au service, le plus souvent auprès d'un médecin (76% de ces patients). Le Ministre de la santé, dans son rapport *"mission flash sur les urgences et les soins non programmés"* indiquait en 2022 que l'analyse de la hausse de consommation de soins non programmés par le seul prisme de la difficulté d'accès aux soins n'est pas suffisante, *"dès lors que l'accessibilité aux soins est liée à plusieurs facteurs distincts : accessibilité de l'offre elle-même (densité médicale) ; accessibilité logistique (transports, etc.) ; accessibilité financière ; accessibilité culturelle"* et qu'il fallait *"donc inclure toutes les composantes (acteurs sociaux, collectivités territoriales, milieu associatif) dans une démarche d'accompagnement de la consommation inadaptée des urgences, qui n'est que le symptôme d'une maladie plus profonde (isolement social, isolement culturel, isolement physique, etc.)"*. Dans le Grand Est, ce phénomène de consultation fréquente des urgences concerne 15,6% des patients qui ont consulté dans un service des urgences en 2021. Ces patients seraient à l'origine de 32,5% des passages aux urgences de la région²⁰. Les premiers résultats de l'étude observationnelle sur les utilisateurs fréquents des services d'accueil et d'urgences « *Projet DAUM* » du CHRU de Nancy mettent en évidence les difficultés de prise en charge médico-sociales à domicile, de patients, âgés ou non, atteints de pathologies lourdes ; difficultés constitutives de situations favorisant une demande accrue et itérative de soins non programmés.

Une meilleure coordination des acteurs de l'écosystème

Pour l'utilisateur, améliorer l'offre de soins non programmés, cela signifie un accès facile et lisible à une offre de santé qui satisfasse son besoin exprimé (*de réponse, de délai, d'accompagnement de son parcours de soins*), implicite (*de consommation de soins, en réponse à l'angoisse provoquée par sa santé*) ou sous-jacente (*consommation de soins liés à des besoins composites non exclusivement sanitaires*).

Pour les professionnels de santé, améliorer l'offre de soins non programmés, c'est l'enjeu d'une meilleure régulation d'accès à l'offre de soins non programmés garantissant l'orientation vers une réponse adaptée. Le corolaire en est de meilleures conditions de fonctionnement de l'offre des structures d'urgences comme celle des soins de premiers recours dans le cadre d'un partenariat ville-hôpital-services d'urgences renforcé, et d'une mobilisation plus large des acteurs de santé, y compris du secteur médico-social.

Face à ce défi des cinq prochaines années, il est nécessaire d'optimiser le temps médical en tirant le meilleur parti des compétences de chaque professionnel de santé pour constituer une offre adaptée de soins non programmés.

¹⁸ Enquête BVA>Hello Asso auprès d'un échantillon représentatif de la population du Grand Est – mars 2023

¹⁹ Études et résultats n°1157 – DREES – août 2020

²⁰ Source SNDS – ARS Grand Est

Mais cela sous-tend également un recours pertinent des usagers au bon soin, au bon moment et au bon endroit, adapté à un besoin identifié. Il faut donc cesser de raisonner uniquement par structure et essayer de mieux comprendre les besoins des usagers en se demandant collectivement quelle organisation du recours aux soins répond de la manière la plus efficace et qualitative possible à ces besoins. Cette identification ne peut se passer d'une meilleure communication et d'un partage d'informations fluide entre les acteurs du parcours de soins et du parcours de vie du patient notamment entre la ville et les urgences. Il s'agit de créer une chaîne bienveillante d'intervenants autour du même patient.

Il s'agit donc d'ici 2028 d'aboutir à une structuration concertée au sein de chaque territoire permettant la mise en place d'un réseau coordonné des acteurs pour une prise en charge des soins non programmés mieux adaptée à la demande de l'utilisateur et à son éventuelle vulnérabilité (*perte d'autonomie, handicap psychique, âges extrêmes de la vie, etc.*). Cette structuration doit aussi répondre à une logique de parcours de soins et de vie, mais dans une approche réaliste des contraintes liées au défi démographique actuel en santé. La mise en place des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), la généralisation en cours des Service d'accès aux soins (SAS) dans notre région ainsi que la valorisation des soins non programmés offrent de nouvelles opportunités pour de nouvelles organisations territoriales.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

La continuité des actions déjà engagées

Nous allons tout d'abord poursuivre et amplifier la co-construction entamée ces dernières années avec les acteurs de santé de solutions pragmatiques adaptées selon les besoins et ressources des territoires. Ces premières mesures issues de la stratégie nationale « *Ma santé 2018-2022* » nécessitent d'être déployées, renforcées et consolidées dans chaque territoire. Nous poursuivrons également la mise en œuvre des actions prévues dans le Pacte de refondation des urgences 2019 (*Mesures de 1 à 12*) ainsi que les celles issues de la mission flash sur les urgences et soins non programmés réalisée en 2022. La diminution progressive du nombre de médecins, notamment en médecine générale au moins jusqu'en 2030 oblige à aller au-delà de ces premières mesures en repensant l'écosystème de santé.

De nouvelles réponses à élaborer

Les mesures déployées doivent s'accompagner pour les cinq ans à venir, d'une adaptation de l'ensemble de l'écosystème de santé d'un territoire dans une logique de responsabilité populationnelle des professionnels de santé et de responsabilité individuelle et collective des usagers. Il s'agit également d'améliorer la qualité perçue par tous : le bien-être des usagers et des professionnels. Le schéma régional de santé 2023-2028 se veut l'occasion de co-construire de nouvelles solutions face aux enjeux majeurs de l'accès aux soins non programmés : penser la stratégie à l'échelle des territoires, repenser les organisations et les collaborations en capitalisant sur l'existant, innover et expérimenter.

L'ARS Grand Est s'engage dans une démarche d'optimisation de l'accès aux soins non programmés dans les territoires, autour de 4 axes, précisés en 13 objectifs opérationnels pour la période 2023-2028.

AXE PRIORITAIRE N°1 : CONNAITRE, MESURER, ÉVALUER POUR MIEUX PILOTER

La prise en compte des enjeux liés au soin non programmé ne sera effective que si elle repose sur l'appropriation par tous de ce qui se joue. C'est l'opportunité de mobiliser de façon transversale l'ensemble des acteurs des différents champs concernés, y compris les usagers, autour d'une culture partagée du diagnostic et du pilotage. Pour cela, il est tout d'abord nécessaire de s'appuyer sur les données en santé dont nous disposons, ou pouvons disposer, de les développer et surtout de les partager. Piloter à partir de la donnée, c'est prendre en compte le passé (*données historiques*), le présent (*données en temps réel*) et le futur (*données prévisionnelles*). Il s'agit donc de déployer une dynamique de recueil, d'analyse, de modélisation en vue d'intégrer les différentes dimensions de la donnée dans le pilotage stratégique de l'offre de soins. L'Observatoire régional des urgences (*Est-Rescue*), en charge du recueil et de l'exploitation des données issues des structures d'urgences, constitue une première pierre de l'observation et de la connaissance de l'activité des flux non programmés. Il s'agit maintenant collectivement d'élargir le périmètre de l'observation pour embrasser toutes les dimensions des soins non programmés, en ville comme en établissement de santé et d'analyser les différents comportements de consommation. Enfin, il est désormais capital d'évaluer de façon systématique, partagée et transparente les actions menées afin de se doter collectivement d'une capacité d'adaptation, d'évolution, d'amélioration des solutions proposées : l'évaluation comme gage de l'agilité et de la résilience de notre système de santé.

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°1* : Connaître l'activité de soins non programmés dans la région Grand Est ;
- *Objectif n°2* : Comprendre les comportements de consommation de soins au sein des structures d'urgences dans le Grand Est ;
- *Objectif n°3* : Identifier et évaluer les expérimentations et les organisations innovantes dans le domaine des soins non programmés.

Résultats attendus

- Publication d'un rapport annuel sur l'accès aux soins non programmés en Grand Est ;
- Mise à disposition des acteurs d'une solution d'analyse et de cartographie de l'usage fréquent des urgences ;
- Création d'un dispositif de remontée automatisée des données des différentes offres de soins non programmés à partir des logiciels métiers des opérateurs (*notamment les SAS*) ;
- Création d'un outil partagé de recensement des initiatives remarquables.

Principaux jalons

- Mise en place d'un observatoire régional des urgences et des soins non programmés en s'appuyant sur les acteurs et dispositifs d'observation existant et en déployant des outils de e-santé pour recueillir les données d'activité en temps réel de l'offre de soins non programmés ;
- Développement de la recherche-action dans le domaine des soins non programmés notamment en croisant les données des différentes offres de soins non programmées et en faisant appel aux sciences

sociales pour mieux comprendre la dynamique des flux de consommation mais également pour évaluer nos actions ;

- Animation d'un réseau régional d'expérimentations et d'organisations innovantes afin de partager les regards et les expériences professionnelles pour déployer des solutions adaptées aux territoires.

AXE PRIORITAIRE N°2 : ADAPTER L'OFFRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Le recours aux urgences est plus important parmi les personnes qui n'ont pas de médecin traitant déclaré. Le fait d'avoir un médecin traitant diminue ainsi d'un tiers le taux de recours aux urgences, avec une consommation de soins de généralistes plus importante²¹.

CINQ OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°4* : Renforcer l'offre de soins de premiers recours ;
- *Objectif n°5* : Déployer et structurer une offre de soins non programmés au sein des filières de médecine spécialisées ;
- *Objectif n°6* : Adapter la réponse à la demande de soins non programmés aux besoins spécifiques du nourrisson et de l'enfant ;
- *Objectif n°7* : Déployer et structurer une offre de soins non programmés pour les personnes en souffrance psychique ;
- *Objectif n°8* : Développer et structurer une offre de e-santé adaptée aux besoins en soins programmés.

58

Objectif n°4 : Renforcer l'offre de soins de premiers recours

Adapter l'offre de soins non programmés en ambulatoire nécessite en premier lieu de renforcer le premier recours en mettant à disposition des professionnels de santé les leviers disponibles et à venir dans le cadre de la stratégie nationale pour libérer du temps soignant, du temps médical. Cela passe en particulier par le déploiement des assistants médicaux, le suivi des maladies chroniques par les infirmières de pratique avancée, les coopérations interprofessionnelles et la réduction de la charge administrative. Ces différentes mesures ont vocation à s'inscrire plus particulièrement dans le cadre de l'exercice coordonné, qu'il s'agisse des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des Centres de santé (CdS), des équipes de soins primaires (ESP) ou au sein des établissements de santé²².

²¹ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) - juillet 2023

²² Loi Rist 19 mai 2023

Résultats attendus

- Une augmentation du nombre de créneaux disponibles de Consultations non programmées ambulatoires identifiées par le Service d'accès aux soins (SAS) ;
- Une augmentation du nombre de protocoles de coopération ;
- Une augmentation du nombre d'infirmiers de pratiques avancées formés et en activité.

Principaux jalons

- Mobilisation des compétences médicales et non médicales des professionnels de santé, y compris les pharmaciens d'officine qui sont en capacité de réaliser des soins non programmés sur les territoires en s'appuyant sur les structures d'exercices coordonnés ;
- Déploiement des protocoles de coopération de soins non programmés nationaux et locaux au sein des structures d'exercices coordonnés comme au sein des établissements de santé ;
- Soutien aux innovations pour développer une offre de soins non programmés ambulatoire (*centre de soins non programmés, biologie délocalisée, maison médicale de garde, etc.*) ;
- Développement des filières courtes ville-établissement de santé pour faciliter l'accès non programmé à un plateau technique.

Objectif n°5 : Déployer et structurer une offre de soins non programmés au sein des filières de médecine spécialisées

59

En Grand Est, environ un patient sur sept usagers âgés de 18 à 74 ans avait eu en moyenne 1,5 passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation alors qu'il était atteint d'une pathologie chronique relevant d'un parcours de soins (*maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose), cancers, maladies neurologiques et neurodégénératives*) en 2019²³. Les acteurs du premier recours doivent pouvoir s'appuyer sur un recours facilité aux spécialités, conditionné à un accès direct à la télé expertise ou la mise en place de filières dédiées, telles que les équipes de soins spécialisées. C'est là tout l'enjeu des filières territoriales spécialisées structurées dans une logique ville-hôpital et de leur capacité à pouvoir répondre aux besoins de soins non programmés des patients atteints de maladies chroniques.

Résultats attendus

- Une réduction du passage au service d'accueil des urgences (SAU) sans hospitalisation pour les cinq groupes de pathologies de l'Assurance maladie.

²³ Données SNDS-ARS Grand Est

Principaux jalons

- Développement d'un accès direct à un avis et/ou une consultation spécialisée, une hospitalisation directe non programmée en établissement de santé ou à domicile pour les professionnels de premier recours dans chaque zone d'implantation de référence ;
- Déploiement des équipes de soins spécialisés, des infirmiers de pratiques avancées pour le suivi des maladies chroniques selon les besoins des territoires ;
- Accompagnement des usagers/aidants à une meilleure appréhension de leur pathologie et de ses conséquences en besoin de soins non programmés, urgents ou différés.

Objectif n°6 : Adapter la réponse à la demande de soins non programmés aux besoins spécifiques du nourrisson et de l'enfant

En Grand Est, 28,2% des passages aux services d'accueil et d'urgences concernent des patients de moins de 18 ans en 2022, dont 55% des passages sont réalisés pour des enfants de moins de cinq ans, tandis que 28% ne consistent qu'en une simple consultation sans examen complémentaire²¹. Une collaboration ville-hôpital autour de la santé de l'enfant s'avère actuellement indispensable pour repenser l'organisation de parcours de soins non programmés du nourrisson et de l'enfant lisibles pour les familles. Cela nécessite une réflexion commune et la coordination de tous les acteurs autour de la santé de l'enfant (*médecin généraliste, pédiatre, sage-femme, infirmière puéricultrice, auxiliaire de puériculture, protection maternelle et infantile, pharmacien d'officine*), tant pour la régulation de la demande que la programmation sous 48 heures en ambulatoire de soins non urgents. Il convient également d'agir en amont du besoin de réassurance en favorisant l'acquisition de connaissances et compétences des parents sur l'auto-gestion des problèmes de santé courants au sein de la famille.

60

Résultats attendus

- À minima, un programme d'éducation familiale à la santé mis en place dans chaque département ;
- Une réduction des passages des enfants de moins de 15 ans ayant une simple consultation codée CCMU1 aux services d'accueil et d'urgences.

Principaux jalons

- Renforcement au sein des SAS de la filière de prise en charge des soins non programmés pédiatriques, en intégrant tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de l'enfant ;
- Renforcement de l'offre ambulatoire pédiatrique non programmé en soutenant la collaboration des professionnels de la santé de l'enfant ;
- Déploiement des programmes probants d'éducation familiale à la santé en partenariat avec la Mutualité sociale agricole.

Objectif n°7 : Déployer et structurer une offre de soins non programmés pour les personnes en souffrance psychique

En France, parmi les personnes ayant des passages très fréquents aux urgences (*plus de 5 fois dans l'année*), 22,9% ont une maladie psychiatrique ; ces passages fréquents concernant principalement les 15-54 ans²⁴. Le recours aux soins non programmés des personnes en souffrance psychique de tous âges est fluctuant au regard de la perception d'urgence ressentie par le patient et/ou son entourage familial ou institutionnel. Le recours est en outre majoré par le manque de réponse en amont de la crise, tant au cours du suivi que pour une demande initiale confrontée à des délais relativement longs. Les enfants et adolescents sont particulièrement concernés par cette problématique du fait d'une démographie médico soignante très défavorable. Cela nécessite de repenser l'offre.

Résultats attendus

- 80% des services d'accueil et d'urgences ont formalisé avec les ressources de leur territoire la prise en charge de la souffrance psychique adulte et pédiatrique avec identification d'une filière de soins non programmés par le service d'accès aux soins.

Principaux jalons

- Déploiement d'une offre de Centre d'accueil et de crise (CAC) articulé avec un service d'accueil et d'urgence, a minima au sein de chaque zone d'implantation de référence du schéma régional de santé ;
- Formalisation des prises en charge spécialisées des urgences liées à la souffrance psychique aux structures d'urgences non pourvues de centre d'accueil et de crise en mobilisant les alternatives à la ressource médicale et les ressources médicales hors établissement de santé ;
- Déploiement de l'accès à un avis et à une prise en charge spécialisés des urgences pédopsychiatriques articulées avec les structures d'urgences et les soins de premier recours.

Objectif n°8 : Développer et structurer une offre de e-santé adaptée aux besoins en soins programmés

Le déploiement du numérique en santé participe de l'accès aux soins et de la structuration de l'offre de soins non programmés. Pour cela, il doit permettre à tous professionnels d'avoir accès à des outils et méthodes simples, sécurisés, interopérables, décloisonnés (*ville/ hôpital/ médico-social*), créateurs de valeur (*un service rendu qui permet de dégager du temps et d'améliorer la qualité des soins*). Le développement de la télésanté (*téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance et télésoins*) qui permet d'avoir accès à un avis médical ou des soins à distance participe également de cet accès aux soins non programmés en proposant une alternative pour lutter contre la fracture territoriale et répondre aux besoins de soins croissants liés au vieillissement ou à l'essor des maladies chroniques.

²⁴ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) - juillet 2023

Résultats attendus

- Une progression du nombre d'actes de télémédecine (*téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance*) et de télésoins ;
- Une inscription systématique de la télésanté dans les programmes des organisations territoriales et des créneaux dédiés à l'accueil de soins non programmés par les professionnels de ces organisations.

Principaux jalons

- Mobilisation de tous les acteurs et des outils numériques (*socle, intelligence artificielle*) pour répondre aux besoins/demandes dans l'organisation des soins non programmés ;
- Déploiement de la formation à la téléconsultation assistée non programmée à domicile par les IDE, les aidants professionnels ou les aidants naturels ;
- Déploiement de la télémédecine dans le champ de la psychiatrie ainsi que dans les milieux de privation de liberté ;
- Déploiement de la télésurveillance et de la réponse aux alertes dans une logique ville-hôpital.

Pour la prise en charge en soins non programmés des personnes âgées : ∞ Partie 1 - Priorité 3 « Encourager un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie »

AXE PRIORITAIRE N°3 : ADAPTER LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES

62

Dans un contexte post-COVID19 tendu dans les établissements de santé par la pénurie en ressources humaines et les difficultés d'attractivité des métiers dans le milieu de la santé, il est nécessaire de se donner des perspectives communes pour faire évoluer notre réseau de structures d'urgences dans le Grand Est pour le rendre plus résilient, plus agile, plus en adéquation avec les aspirations des professionnels ou des usagers.

Le bien-être dans les structures d'urgences de la région Grand Est pour les usagers et pour les professionnels doit devenir un principe collectif afin d'améliorer les conditions de d'accueil des usagers, de leurs accompagnants et les conditions de travail des personnels de santé. Il s'agit donc d'actionner collectivement les différents leviers (*organisationnels, architecturaux, managériaux, etc.*) en s'appuyant notamment sur les nouveaux métiers, l'innovation, la transformation numérique et l'intelligence artificielle. L'intégration concertée de nouveaux acteurs de soins dans les organisations (*IPA urgences par exemple*) doit être accélérée. L'architecture des services d'urgences doit mieux incarner ces orientations. Plus modulaires et plus flexibles, les locaux doivent être pensés sur un objectif d'amélioration de la qualité d'accueil des patients et de leurs accompagnants en respectant la confidentialité et l'intimité quel que soit le volume du flux d'arrivée.

L'impact négatif des difficultés de gestion des flux d'hospitalisation, programmés ou non est désormais réel sur la prise en soins des patients et sur l'attractivité médicale et paramédicale au sein des structures d'urgence de la région. Il s'agit donc de se fixer un plan régional collectif, transversal et ambitieux visant à limiter l'attente d'un lit d'hospitalisation sur un brancard. La génération spontanée de la coordination des acteurs n'existant pas sur une problématique aussi complexe, ce plan doit s'appuyer sur un cadre, des principes et des règles collectives

régionales ainsi que sur un dispositif d'évaluation du rôle de chaque acteur de soins qu'il dispose ou non d'un service d'urgence.

Cette démarche ne peut être réalisée que par une co-construction agile entre les acteurs de santé au sens large avec une méthodologie pragmatique issue du Conseil national de la refondation : écouter, partager et élaborer des solutions opérationnelles, transversales en partant du besoin afin de retrouver du sens et des valeurs communes. C'est l'impulsion donnée lors des premières assises régionales des urgences organisées en mai 2023 dont la dynamique de co-construction devra se poursuivre en élaborant un plan d'action régional opérationnel et transversal.

DEUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°9* : Fluidifier le parcours en aval des structures d'urgence et de l'aval de l'hospitalisation ;
- *Objectif n°10* : Améliorer le bien-être des usagers et des professionnels de santé dans les structures d'urgences de la région Grand Est.

Résultats attendus

- Cible approchant le zéro brancard dans les services d'urgence pour les patients en attente d'hospitalisation ;
- Amélioration de la satisfaction des usagers et des professionnels de santé au sein des structures d'urgences du Grand Est.

Principaux jalons

- Élaboration et mise en œuvre d'une feuille de route "urgences" opérationnelle et transversale, co construite avec les acteurs dans les suites des premières assises régionales des urgences ;
- Mise à disposition de plans d'anticipation des tensions au niveau de chaque territoire incluant les différents acteurs de la ville et de l'hôpital en décrivant le rôle de chacun (*plan "territoire en tension" avec des volets établissement de santé, ville, SAMU, etc.*) ;
- Renforcement du rôle des acteurs (*notamment le CTRU, le CARU*) dans le pilotage de l'offre de soins urgents dans les territoires en intégrant systématiquement une réflexion éthique ;
- Élaboration des recommandations régionales sur la gestion des flux d'hospitalisation non programmée fixant les principes, les règles et le dispositif d'évaluation du rôle de chaque acteur sur un territoire ;
- Déploiement dans chaque établissement de santé MCO d'un dispositif de gestion des lits articulé et coordonné avec un dispositif territorial de gestion des flux non programmés ;
- Des enquêtes annuelles de satisfaction auprès des usagers et des professionnels de santé exerçant dans les structures d'urgences ;
- Expérimentation et évaluation des dispositifs de repérage et d'accompagnement de consommation inadapté des urgences.

AXE PRIORITAIRE N°4 : MIEUX SE COORDONNER, MIEUX PILOTER ENSEMBLE

Le concept de responsabilité populationnelle est capital pour notre système de santé. Seul, un professionnel de santé, un établissement ne peut faire face à ce défi. La réponse doit être collective et coordonnée. Les structures d'urgences hospitalières doivent s'intégrer en complémentarité dans un système gradué aux côtés d'autres types de recours.

Ainsi, les CPTS, les structures de soins non programmés et de premier recours, la permanence des soins en ambulatoire (*PDSA*), la permanence des soins en établissements de santé (*PDSES*), les urgences hospitalières, les pharmacies d'officine sont autant de solutions complémentaires à articuler autour du patient. Ainsi, aux côtés du médecin traitant, le SAS peut constituer la clef de voute d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins non programmés sur le territoire qu'il couvre. Mais il nécessite de réussir un partenariat équilibré entre deux secteurs d'activités qui ont chacun leurs propres contraintes, de surcroît différentes d'un territoire à l'autre. Cette nouvelle organisation ne peut se passer d'une meilleure communication et d'un partage d'information fluide entre les acteurs du parcours de soins et du parcours de vie du patient notamment entre la ville et les urgences. En effet, certains usagers ont déjà des difficultés à s'orienter dans le système de santé, de façon générale du fait du handicap, d'une vulnérabilité sociale, d'un éloignement du système de soins. Il convient d'être particulièrement attentif à ce que ces nouvelles organisations se fassent dans une logique de lisibilité et d'inclusion pour l'usager.

La régulation nécessaire de la demande de soins non programmés oblige également à accompagner/sensibiliser l'usager et les acteurs de l'écosystème sur les règles collectives fixant les modalités de recours aux services d'accès aux soins, aux urgences, à l'offre de soin non programmé ambulatoire. En exploitant les potentiels de tous les moyens de communication permettant de toucher les différents publics, il s'agit de donner des repères communs, de diffuser les bons réflexes (*bonne utilisation des différentes offres de soins*), d'informer sur le parcours de soin (*temps d'attente*) ou le fonctionnement des structures (*principe du triage par gravité par exemple*).

64

TROIS OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- *Objectif n°11* : Mieux piloter ensemble l'offre et la demande de soins non programmés ;
- *Objectif n°12* : Réguler collectivement la réponse à la demande de soins non programmés ;
- *Objectif n°13* : Rendre lisible et accessible l'offre de soins non programmés, urgents et non urgents, dans une logique inclusive.

Résultats attendus

- Une réduction des passages pour une consultation simple sans acte complémentaire (*CCMU1*) dans les structures d'urgence ;
- 80% des personnes interrogées ont une opinion positive sur l'accès à une réponse face à une urgence ressentie.

Principaux jalons

- Déploiement d'un Service d'accès aux soins (SAS) dans chaque département ;
- Élaboration dans chaque département d'un plan territorial d'accès aux soins non programmés comportant le diagnostic territorial, une cartographie concertée des différents offreurs des soins non programmés (*détaillant les missions de chacun*) et précisant les règles de fonctionnement partagées par le réseau d'acteurs afin d'assurer une coordination optimale, une fluidité des parcours de soins et une visibilité partagée avec les usagers ;
- Déployer des filières spécifiques de prise en charge de soins non programmés (*chirurgien-dentiste, sage-femme, IDEL, etc.*) en lien avec le SAS ;
- Mise en place d'une démarche de partenariat entre le Service d'accès aux soins (SAS), les permanences d'accès aux soins de santé, les dispositifs d'appui à la coordination quant aux besoins sociaux et médico-sociaux et les « communautés 360 » quant aux besoins des personnes en situation de handicap ;
- Mise en place d'un comité régional des soins non programmés ;
- Mobilisation des Conseils territoriaux de santé sur les réponses départementales à la demande de soins non programmés ;
- Communication sur les ressources territoriales de soins non programmés dans une logique inclusive en prenant en compte la difficulté de compréhension liée au handicap, au faible niveau socio-éducatif et la fracture numérique ;
- Mobilisation des collectivités locales notamment à travers les contrats locaux de santé et les associations d'usagers sur des campagnes de formation/information du grand public sur l'auto-gestion des problèmes de santé courants ;
- Évaluation de la lisibilité, de l'accessibilité et de l'adaptation de l'offre mise en place en réalisant une enquête annuelle auprès des usagers sur l'accès aux soins non programmés, en partenariat avec Hello-Asso.

PARTIE 2 : LES CONDITIONS ET LES LEVIERS DE LA RÉUSSITE

Ce chapitre met l'accent sur les conditions et les leviers nécessaires à la réussite de la mise en œuvre du schéma régional de santé 2023-2028.

Pour réussir la mise en œuvre du schéma régional de santé 2023-2028, l'ARS Grand Est s'appuie sur l'ensemble des ressources humaines en santé des territoires de la région pour porter de nouveaux projets, et assurer la qualité et la sécurité des prises en charge pour les usagers. Le développement d'une culture de l'anticipation, l'animation de retours d'expériences et la facilitation de la coordination sont autant de leviers que l'ARS Grand Est mobilise pour renforcer la capacité collective des acteurs et partenaires du système de santé à trouver des solutions.

Les actions qui sous-tendent ce schéma régional 2023-2028 ont vocation à se déployer à l'échelle territoriale. La capacité à établir un programme pluriannuel d'actions, à ajuster et évaluer sa mise en œuvre au plus près des territoires est une condition première de réussite des objectifs ambitieux portés par ce schéma régional de santé.

Ce chapitre présente également, de manière synthétique, les leviers usuels dont dispose l'ARS pour mettre en œuvre la politique régionale de santé : l'innovation, le droit à dérogation, l'investissement immobilier, la mobilisation du fonds d'intervention régional et la communication.

LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ, UN DÉFI MAJEUR, UNE OPPORTUNITÉ POUR INNOVER

CONSTATS ET ENJEUX

La capacité à fédérer l'ensemble des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ainsi que l'ensemble des professions de santé, médicales et non médicales autour d'objectifs communs conditionne la réussite de la stratégie nationale et régionale de santé à l'horizon 2028.

Dans un contexte de démographie des professionnels de santé très contrainte, il est essentiel de tout mettre en œuvre pour regagner du temps médical et soignant, attirer et fidéliser les professionnels, adapter leurs compétences aux enjeux de santé publique, et encourager la solidarité territoriale, tout en préservant la qualité de vie au travail.

Une forte hausse des emplois des secteurs sanitaire, médico-social et social est prévue dans les prochaines années mais l'impact pour l'accès territorial aux soins demeure incertain du fait de la répartition inégale des ressources, d'incertitudes sur la persistance de l'attractivité de ces métiers et de l'augmentation du besoin de santé²⁵.

²⁵ "La crise des ressources humaines en santé est mondiale avant d'être nationale et régionale" Stéphane Pardoux, Directeur général de l'ANAP.

Pour la seule profession médicale :

- La densité des médecins généralistes en Grand Est (145,6 pour 100 000 habitants en 2022) est inférieure à la densité France entière (155,4). Elle a diminué régulièrement ces dix dernières années. Plus de 300 médecins généralistes de la région Grand Est n'ont pas été remplacés.
- La densité médicale des spécialistes quant à elle progresse régulièrement depuis 10 ans mais reste inférieure à la densité médicale France entière. Elle est de 177,2 médecins pour 100 000 habitants en 2022, versus 200,5 France entière.
- Dans le secteur hospitalier, sur les 1 000 postes de praticiens hospitaliers publiés dans la région, 70% restent régulièrement vacants.

Les études statistiques récentes²⁶ confirment que le besoin en professionnels de santé augmente encore à l'horizon 2030 pour assurer le remplacement des professionnels de santé partant massivement en retraite et pour répondre au besoin de soin croissant d'une population vieillissante.

Au delà de cette tendance générale, il est nécessaire de tenir compte :

- de la réforme du numérus clausus des études de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie qui ne commencera à produire ses effets qu'à partir de 2030. L'enjeu pour les cinq ans à venir est ainsi de trouver des solutions pour limiter l'impact de la baisse des effectifs médicaux, notamment en libérant du temps médical ;
- de l'arrivée à l'âge de la retraite des professionnels de santé qui génère un besoin de remplacement²⁷. Toutes les professions sont touchées par l'augmentation des cessations d'activité, mais l'intensité du besoin en remplacement varie selon les professions. Aussi, dans un contexte de besoins croissants de professionnels de santé, l'intégralité des 8 100 départs annuels à la retraite devront être remplacés en sus des postes déjà non pourvus²⁸ ;
- du vieillissement de la population et de l'augmentation de la population dépendante qui nécessitent de créer des emplois supplémentaires. Afin de garder un niveau de service identique, les emplois consacrés aux personnes âgées et / ou dépendantes doivent évoluer proportionnellement au nombre de ces personnes. Ainsi, pour faire face à l'augmentation régionale de la population dépendante (+3 300 personnes dépendantes / an), le secteur sanitaire et social devra créer environ 2 000 emplois supplémentaires par an (en complément des besoins de renouvellement liés aux départs en retraite), dont 570 postes d'aides-soignants (AS), 640 postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et 130 postes d'agents de service hospitalier (ASH) ;
- du fait que chaque année, dans le secteur sanitaire et social, le solde des mobilités professionnelles est positif : le secteur gagne 700 actifs annuellement par ses mouvements. Cependant, ce solde ne compense

²⁶ [Les métiers en 2030 | France Stratégie - strategie.gouv.fr](#), rapport France Stratégie, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), mars 2022

²⁷ [Les besoins de recrutement dans le domaine du sanitaire et social - Horizon 2030/Région Grand Est - OREF Grand Est](#)

²⁸ Baromètre Emploi formation 2022 – OPCO Santé

que très partiellement les besoins de recrutement liés aux départs en retraite et aux créations d'emplois (*viellissement, dépendance*) ;

- de la densité des professionnels de santé dans la région Grand Est qui varie beaucoup avec des territoires urbains très denses, des territoires ruraux et étendus ou encore des territoires frontaliers de pays voisins très attractifs (*Belgique, Luxembourg, Allemagne et Suisse*)²⁹. Les enjeux transfrontaliers des ressources humaines en santé en région Grand Est sont évoqués dans la partie 3 du schéma régional de santé.

Une évolution significative des métiers du soin et de l'accompagnement social et médico-social dans les prochaines années

À ces besoins d'emplois dans les secteurs sanitaire, médico-social et social s'ajoute la nécessaire évolution de certains métiers et la création de nouveaux métiers. Selon certaines études de prospective en santé³⁰, les métiers de la santé vont évoluer de façon significative dans les années à venir afin :

- de prendre en compte les innovations technologiques et organisationnelles en santé, notamment liées au déploiement du numérique en santé (*robotique, big data, intelligence artificielle, e-santé, etc.*) ;
- d'intégrer les enjeux de la transition écologique et de la raréfaction des ressources ;
- de répondre à la demande sociétale, notamment en faveur du maintien à domicile, en matière d'éthique, de prévention et de bien-être ;
- de satisfaire les attentes des professionnels en termes de management, de conditions de travail et in fine de qualité de vie au travail.

Par-delà l'évolution des métiers actuels, de nouveaux métiers apparaissent ou sont susceptibles d'apparaître. L'accroissement des délégations de tâches, l'objectif de "gagner du temps médical" et le renforcement du besoin de coordination pour mieux suivre le parcours des patients motivent la création de nouvelles formations et de nouveaux métiers comme les assistants médicaux, les infirmières de pratiques avancées (priorité du gouvernement) ou les coordonnateurs de parcours. Pour autant, leur reconnaissance reste à asseoir afin de faciliter leur expansion.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Face aux enjeux des ressources humaines en santé, l'ARS et ses partenaires ont adopté un plan d'attractivité des métiers de la santé en Grand Est dès l'année 2019. Ce plan a été complété par les propositions émises lors des réunions du Conseil national de la refondation santé (*CNR Santé*) locales et territoriales et vise à :

- Mieux anticiper les besoins de formation ;
- Former plus et mieux les professionnels de santé en adaptant les formations initiales et continues ;

²⁹ Le taux de fuite des professionnels de santé hors de la région est de 6%.

³⁰ "[Les ressources humaines en santé, levier de transformation du système ...](#)" - Actes des séminaires du HCAAM 2019-2020 ; "[Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040 - opco-sante.fr](#)", Les rapports de l'observatoire, OPCO Santé, 2022

- Renforcer l'attractivité des métiers de la santé pour les étudiants et les professionnels en santé ;
- Fidéliser les professionnels de santé dans la région et poursuivre leur accompagnement au quotidien dans l'exercice de leur fonction.

AXE PRIORITAIRE N°1 : MIEUX ANTICIPER LES BESOINS DE FORMATION

En s'appuyant sur les travaux de l'observatoire régional de la démographie des professions de santé, sur les études de l'Observatoire région emploi-formation (OREF) du Grand Est et sur les travaux de prospective du Haut conseil de l'Assurance maladie, l'ARS Grand Est proposera aux acteurs de la formation et de la santé un outil de pilotage prospectif, pour identifier et anticiper les besoins de formation et de recrutement des territoires de la région.

L'objectif est d'affiner l'analyse des besoins de formation des professionnels médicaux et non médicaux en colligeant l'ensemble des données disponibles et en les diffusant à tous. Le croisement des analyses des entrants et des sortants dans la profession, des taux de fuite, des critères de capacités de formation et d'évolution de la population du Grand Est pourra permettre de réaliser des projections et de proposer des actions. Celles-ci auront pour objectif d'appuyer ou d'accompagner le recrutement dans les établissements de santé, tous statuts confondus, dans les structures médico-sociales ou d'exercice coordonné, ainsi que l'installation de professionnels de santé de ville.

Objectif n°1 : Déployer un outil de pilotage prospectif pour anticiper les besoins de formation des professionnels de santé dans les territoires

72

Résultats attendus

- Identification précise des besoins de recrutement par profession de santé, par territoire et par filière prioritaire de la région, aujourd'hui, à 5 ans et à 10 ans ;
- Déploiement d'un outil de pilotage partagé permettant un bilan annuel des résultats obtenus.

Principaux jalons

- Rédaction du cahier des charges pour l'élaboration de l'outil de pilotage ;
- Analyse de l'impact de la mise en œuvre des réformes en matière de besoins de recrutement de professionnels de santé et de nouvelles compétences ;
- Analyses quantitatives et prospectives à partir des bases de données existantes par profession de santé et territoire de la région ;
- Études ciblées sur des filières prioritaires.

AXE PRIORITAIRE N°2 : AGIR SUR LA QUALITÉ DES FORMATIONS

En lien avec les universités et les instituts de formation, l'ARS Grand Est œuvre à adapter les cursus de formations des professionnels de santé, médicaux et non médicaux, afin notamment de :

- Préparer les professionnels de santé à intégrer les innovations scientifiques, techniques et technologiques mais également à une acculturation de la notion de handicap dès la formation initiale ;
- Renforcer les compétences psychosociales et relationnelles ;
- Acculturer l'ensemble des professionnels de santé et des établissements à la prévention et la promotion de la santé, aux enjeux de la transition écologique et du développement durable ;
- Sensibiliser les professionnels aux problématiques de prise en charge de la santé mentale dans toutes ses composantes ;
- Soutenir la pratique avancée, l'exercice coordonné et l'interprofessionnalité dès la formation initiale avec le service sanitaire des étudiants en santé ;
- Proposer des modalités de formation innovantes (*e-learning, simulation, intelligence artificielle*) favorisant l'accès à des formations de qualité au plus près des lieux de vie des étudiants et des soignants afin de les fidéliser sur leur territoire d'origine ;
- S'assurer de la qualité de l'accueil du stage des apprenants en formation, en accompagnant les employeurs dans la professionnalisation des tuteurs.

73

Les réformes des formations universitarisées ont permis leur inscription dans l'architecture européenne des études supérieures liées au processus de Bologne. Elles permettent aux étudiants de se voir délivrer, conjointement au diplôme d'État, le grade de licence ou de master. Dans le même objectif, une convention de partenariat entre le Conseil régional, les trois universités (*Lorraine, Champagne-Ardenne et Alsace*) ainsi que les trois groupements de coopération sanitaires des instituts de formation en soins infirmiers de la région Grand Est aura pour objet :

- L'institution d'un environnement pédagogique de qualité au sein des instituts de formation, intégrant des ressources physiques et numériques dont certaines sont issues de la recherche et des expérimentations pédagogiques des universités ;
- Le développement de capacités d'ingénierie et de conseil pour concevoir des cursus adaptés correspondant aux requis de l'universitarisation tout en conservant les points forts des cursus actuels ;
- La contribution de personnels enseignants et hospitaliers et d'enseignants-chercheurs des universités dans les instances de gouvernance et de validation des résultats et leur participation aux enseignements universitaires ;
- L'évaluation, à échéance régulière, des formations (*référentiel HCERES*) ;
- La reconnaissance d'un niveau bac +3 à bac +5 au travers du grade de licence ou de master ouvrant la voie à la poursuite d'études doctorales ;
- La délivrance de crédits de formation européens (*ECTS*).

La création, avec financement ARS, d'un département des professionnels de santé dans chaque faculté, a permis l'élaboration de projets annuels communs pour la formation initiale des formations "universitarisées" des professionnels de santé non médicaux, qui doivent se poursuivre et s'enrichir.

Objectif n°2 : Former mieux

Résultats attendus

- Un taux de remplissage proche de 100% des places en structures de formation répondant aux besoins de soins de la population ;
- Une diminution des abandons en cours de formation permettant d'atteindre le nombre de diplômés nécessaires aux besoins identifiés et une amélioration des conditions d'accueil des élèves dans les écoles et instituts;
- Une baisse du taux de fuite des élèves et étudiants formés aux métiers de la santé hors du territoire de la région Grand Est.

Principaux jalons

- Déploiement d'une enquête permanente auprès des internes de Médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) formés dans la région à 1 an, 5 ans et 10 ans pour suivre les cohortes et analyser les facteurs de fidélisation sur le territoire ;
- Déploiement de suivis de cohorte ciblés pour les formations médicales et non médicales les plus en tension ;
- Création d'un outil de pilotage prospectif pour identifier les besoins de formation et de recrutement, alimenté par les études de l'OREF ;
- Création de passerelles entre formations aux métiers de la santé en cas de réorientation du parcours de formation des élèves et étudiants ;
- Mise en place de plans d'actions territoriaux et régional pour faire connaître, valoriser et renforcer l'image des métiers de la santé et favoriser une meilleure connaissance des carrières possibles, des champs d'exercice, des publics à accompagner ;
- Concentration des efforts de valorisation des métiers définis comme prioritaires en région Grand Est notamment au regard de la mise en œuvre de certaines réformes dont celle relative aux activités de soins.

AXE PRIORITAIRE N°3 : FORMER D'AVANTAGE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°3 : Poursuivre la dynamique d'augmentation des places de formation dans les instituts de formation non médicale

L'objectif à l'horizon 2028 est bien d'avoir une capacité de formation au niveau régional en adéquation avec le besoin de soin de la population en tout point du territoire.

Des actions ont déjà eu lieu durant la période 2018-2023 en particulier pour les formations en soins infirmiers et aides-soignants qui seront poursuivies en amplifiées en lien avec nos différents partenaires institutionnels (*Conseil régional, Pôle emploi, DREETS*) et l'ensemble des structures de formation qu'elles soient publiques ou privées.

Les objectifs du plan d'action 2020-2023 relatif à l'attractivité des professions non médicales lancé par l'ARS Grand Est en 2019 étaient d'augmenter de 25% le nombre de places disponibles en institut de soins infirmiers et de réduire les abandons de formation ou de fuites des jeunes diplômés. Cet objectif est d'ores et déjà atteint en région Grand Est avec une augmentation de 33%. L'effort sera poursuivi s'agissant de la réduction des abandons de formation ou de fuites des jeunes diplômés en lien avec les financements afférents du Conseil régional.

Le parcours de la formation infirmière doit être prochainement réformé et lors de la clôture de la réunion plénière du Conseil national de la refondation santé (*CNR Santé*), le 3 mai 2023, le ministre de la santé et de la prévention a annoncé la refondation du métier infirmier, structurée autour de trois axes :

- **Les compétences**, par le passage d'un encadrement strict des actes autorisés à une approche plus agile par grandes missions ;
- **La formation**, par un cursus de formation adapté aux besoins locaux, une attractivité au métier et un renforcement de l'accompagnement jusqu'au diplôme ;
- **Les carrières**, par un renforcement du collectif de travail avec un exercice de compétences élargies et reconnues dans une perspective de progression et d'évolution professionnelle.

Concernant la formation d'aide-soignant, il sera nécessaire de poursuivre le plan d'action multi-partenarial afin de pouvoir améliorer l'image de marque de la profession et diversifier les profils des élèves entrants en formation et fidéliser sur le long terme.

Cette augmentation du nombre de places disponibles à la formation doit également être poursuivie pour les métiers non médicaux les plus en tension comme la formation de Manipulateur d'électro-radiologie médicale (*MERM*) et de masseur-kinésithérapeute.

Objectif n°4 : Augmenter le nombre d'étudiants en Médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (*MMOP*) et améliorer leurs conditions de formation pour les ancrer dans les territoires de la région

L'ARS Grand Est n'a pas de levier direct pour augmenter le nombre d'étudiants en Médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (*MMOP*) sur le territoire. Pour autant, elle œuvre chaque année, en lien avec les Observatoires national et régional des professions de santé (*ONDPS*) et le Ministère de la santé et de la prévention pour faire évoluer le nombre de places offertes aux épreuves classantes nationales (*ECN*). Entre 2019 et 2022, 55 postes supplémentaires ont été ouverts dans les trois facultés de la région, principalement pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Par ailleurs, l'ARS Grand Est, en lien étroit avec les universités et les centres hospitaliers, s'assure, chaque semestre, de la qualité de la formation des internes et du respect des maquettes de formation. C'est une compétence partagée avec les Universités. Depuis plusieurs années, l'ARS Grand Est veille également à assurer une répartition territoriale des internes afin de leur permettre d'appréhender des pratiques professionnelles différentes en établissements universitaires et non-universitaires.

La réforme du parcours de formation de sage-femme sera également accompagnée par l'ARS. En lien avec les Universités et le Conseil régional, l'ARS poursuivra sa politique d'augmentation du nombre de places offertes à

l'entrée en formation, la formation des maîtres de stages et l'accompagnement des étudiants sage-femmes notamment par le biais du Contrat d'allocation d'études (CAE, cf. appel à projet 2023).

Résultats attendus

- Augmentation du nombre de places pour les formations en santé pour répondre au besoin de soins (*par exemple : atteindre l'objectif de 3700 étudiants en soins infirmiers et de 6000 places d'aides-soignants-rapport El Khomri*) dans un premier temps puis une adaptation au besoin de soin à l'horizon 2028 ;
- Augmentation du nombre d'infirmiers en pratique avancée formés et inscription de ces derniers dans des parcours professionnels répondant aux besoins des territoires et des priorités de santé de la région ;
- Travail conjoint avec le Conseil régional d'identification du besoin de création de nouveaux instituts et filières de formation dans les zones moins dotées et accompagnement de ces nouveaux acteurs, création d'antennes universitaires ;
- Développement de l'apprentissage notamment par la formation à la maîtrise d'apprentissage ;
- Augmentation du nombre de maîtres de stages universitaires en médecine pour répondre aux besoins sur tout le territoire régional, tout en garantissant le respect des maquettes de formation ;
- Augmentation du nombre de diplômés par une amélioration de l'accueil en stage de formation (*nouvelles modalités pédagogiques et meilleur accueil en stage*) et de la lutte contre les arrêts de formation.

Principaux jalons

- Organisation des assises des formations de santé en Grand Est en lien avec les universités, le Conseil régional et les instituts de formation pour partager l'état des lieux et construire un plan d'action partagé ;
- Conventionnement régional avec les partenaires notamment avec le Conseil régional, l'Éducation nationale, les écoles et instituts de formation publics et privés pour faire connaître les métiers du soin avec l'idée de créer des stages pour les lycéens et collégiens dans les structures sanitaires et médico-sociales ;
- Expérimentation des démarches visant à promouvoir le rôle de « tuteur » et les démarches de compagnonnage / mentorat ;
- Incitation des professionnels du 1^{er} recours à être maîtres de stage, enjeu majeur pour assurer le renouvellement et le maintien des jeunes professionnels dans la région et permettant de préserver ou d'améliorer l'égalité d'accès aux soins de la population (*poursuite du doublement du nombre de MSU initié en 2018*) ;
- Développement des dispositifs de valorisation des acquis par l'expérience (VAE) pour faciliter les parcours professionnels et également pour adapter les formations (*proposition d'une VAE pour le métier d'Infirmier de pratiques avancées (IPA) par exemple*) permettant un doublement du nombre de professionnels reconnus ;
- Accompagnement des facultés, des écoles et instituts, à la création de postes hospitalo-universitaires afin de permettre le renouvellement des praticiens hospitalo-universitaires partant en retraite les prochaines années.

AXE PRIORITAIRE N°4 : RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°5 : Favoriser une meilleure organisation du travail

1,21 million d'agents (21% de l'emploi public) travaillent dans les établissements de soins : 87% dans les hôpitaux, 9% dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et 4% dans les autres établissements médico-sociaux.

La prise en charge soignante et la permanence des soins qui y est associée, dans un contexte de manque de professionnels, dégradent les conditions de travail, avec des rappels inopinés de personnels et des activités en continu sur les soirs et week-ends.

Les professionnels et notamment les jeunes, souhaitent un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, avec un axe important sur l'environnement de travail et les conditions de vie. Afin de recruter et de fidéliser les professionnels nous devons collectivement porter des actions pour offrir un cadre de vie global agréable et accompagner la conciliation vie personnelle – vie professionnelle.

Résultats attendus

- Mise en place systématique de procédures de suivi des temps de travail et de suivi des temps de travail additionnels ;
- Mise en place *a minima* d'au moins une nouvelle équipe de territoire par groupement hospitalier de territoire (GHT) portée par les établissements de santé, notamment par le biais d'appels à projets annuels ;
- Création ou renouvellement de 65 postes d'assistants spécialistes à temps partagés par an.

Principaux jalons

- Adaptation du temps de travail et de l'organisation du travail des soignants
 - Déploiement d'outils de suivi des temps de travail pour les établissements ;
 - Accompagnement de la mise en place de la réforme sur le travail de nuit en fonction des préconisations nationales ;
 - Travail au niveau territorial comme au niveau de chaque établissement sur les organisations du travail : meilleure répartition de la charge de travail, autonomie des collectifs dans la gestion des temps, meilleure anticipation de l'activité. La réforme de la PDSSES peut par exemple être une occasion pour mieux répartir la charge entre professionnels d'un même territoire.
- Organisation de la vie quotidienne des étudiants et professionnels en santé
 - Accompagnement des partenaires dans l'amélioration et la mise à disposition de solutions pour les professionnels (*hébergements, transports, modes de garde d'enfants, etc.*) ;
 - Accompagnement de la résorption de l'emploi précaire notamment par l'accélération des titularisations et cédésation.

- Travail en équipe organisé en lien avec la structuration des filières de soins
 - Facilitation des remplacements entre établissements afin de favoriser le travail en territoire ;
 - Poursuite du déploiement des postes d'Assistants spécialistes à temps partagés (ASTP).

Cet objectif, les résultats attendus et les jalons sont indissociables du travail qui sera également entrepris pour améliorer durablement la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels de santé (*cf. infra objectif 2 de l'axe 5*).

Objectif n°6 : Favoriser les leviers financiers d'attractivité dans le secteur du soin

Les étudiants et professionnels de santé pointent régulièrement une rémunération insuffisante et inégalitaire entre les secteurs avec un manque de visibilité sur les systèmes d'aides financières. Alors que la région Grand Est a la particularité de partager ses frontières avec quatre autres pays, l'enjeu de la rémunération comme levier d'attractivité prend tout son sens. Sans pouvoir influencer sur les rémunérations en tant que tel, l'ARS Grand Est souhaite continuer à développer des leviers financiers spécifiques et mieux communiquer sur ceux-ci.

Résultats attendus

- Une meilleure lisibilité des leviers financiers d'attractivité existants et accompagnés par l'ARS Grand Est et leur adaptation au contexte local dans le cadre d'une politique territorialisée et tout au long de la carrière des professionnels
- Au moins 500 contrats d'engagement d'étudiants en santé par an visant une installation dans la région et/ou dans les zones sous dense de la région.

Principaux jalons

- Soutien financier :
 - Déploiement de la solidarité territoriale entre équipes avec la mise en œuvre de primes spécifiques type Prime d'exercice territorial (PET) ou Prime de solidarité territoriale (PST), dans des conditions strictement encadrées pour s'assurer de la bonne corrélation entre les dispositifs et les objectifs de santé publique poursuivis ;
 - Proposition systématique de Contrats d'allocation d'études (CAE) pour les étudiants non médicaux dans les professions les plus en tension, selon l'évolution de la situation régionale (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateur d'électro-radiologie médicale (MERM), aides-soignants et sage-femmes) et des Contrats d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants en médecine et odontologie.

- Accès à l'information concernant les rémunérations, primes et aides financières :
 - Valorisation et communication sur le portail d'accompagnement des professionnels de santé "PAPS Grand Est"³¹, sur le guichet unique et sur les centres de ressources départementaux d'accompagnement des professionnels mis en place ;
 - Cartographie des dispositifs existants par secteur et type de métiers.
- L'engagement professionnel :
 - Meilleure valorisation de l'engagement des professionnels par la mise en place de la prime d'engagement collectif dans les établissements ;
 - Valorisation de la fonction de managers au sein des établissements et de la fonction de tuteurs de formation ;
 - Systématisation de la proposition de la Prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) sur les territoires et spécialités en tension, en fonction des politiques validées au sein des structures.

AXE PRIORITAIRE N°5 : FIDÉLISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

Les professionnels de santé, quels que soient leur profession et leur mode d'exercice évoquent régulièrement le manque de perspectives professionnelles et de diversification des parcours comme étant un frein à la fidélisation.

Une enquête du comité éthique de la Fédération hospitalière de France (FHF) a par exemple montré que la cohésion d'équipe et la qualité du management s'avèrent majeurs dans les critères de qualité de vie au travail, exprimés par les professionnels. Dans cet objectif, l'ARS Grand Est entend favoriser l'utilisation de l'intégralité des plans de formation continue et les renforcer.

Objectif n°7 : Assurer l'engagement des professionnels dans la gouvernance du système de santé en favorisant la co-décision

En complémentarité des dispositions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et de la loi Rist, dans le cadre de la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS, l'ambition est de redonner aux services hospitaliers toute leur place et de renforcer la place des non médicaux et des usagers dans la gouvernance des établissements de santé dans un objectif de "*Mieux manager pour mieux soigner*"³². Ainsi, l'ARS Grand Est entend accompagner cet axe de travail pour accélérer le virage vers une médicalisation accrue de la gouvernance des établissements de santé, une meilleure association

³¹ [PAPS Grand Est | Portail d'accompagnement des professionnels de santé | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Grand Est \(sante.fr\)](#)

³² Guide « *Mieux manager pour mieux soigner* » publié en juillet 2021 : boîte à outils co-construite avec les acteurs hospitaliers pour favoriser la modernisation de la gouvernance hospitalière et sa remédicalisation

des soignants à la vie de l'hôpital, une simplification des processus de fonctionnement, une plus grande liberté d'organisation des établissements et la réhabilitation du service de soins.

Résultats attendus

- Implication des managers / encadrants, des professionnels de santé et des usagers dans la définition d'une politique de gouvernance interne avec la généralisation des projets de management participatif ainsi que des chartes de gouvernance dans les hôpitaux publics de santé.

Principaux jalons

- Accompagnement de chaque établissement sanitaire et médico-social à réaliser un plan de formation à l'attention de ses managers / encadrants et professionnels de santé sur la gouvernance ;
- Mise en place d'un partenariat régional avec les opérateurs de compétence (*OPCA et OPCO*) pour renforcer pendant cinq ans les formations continues ;
- Accompagnement de l'ANAP pour les gouvernances des établissements impliquant les directeurs et les présidents de commission médicale d'établissement ;
- Partenariat avec la conférence des présidents de CME pour mettre en œuvre les actions relatives à la médicalisation de la gouvernance dans les établissements de santé.

Objectif n°8 : Améliorer durablement la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels de santé

80

Selon le rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique³³, 2 200 déclarations de maladies professionnelles ont été notifiées dans la fonction publique hospitalière, dont 76% ont entraîné un arrêt maladie en moyenne de 106 jours. En 2022, le nombre d'accidents du travail recensés en Grand Est par les CARSAT est de près de 45000. Le secteur social, sanitaire et médico-social représente 31% des déclarations et arrive ainsi 2ème dans la sinistralité des métiers. De plus, il est à noter que les principaux problèmes de santé ayant donné lieu à une consultation des services de santé au travail pour les professionnels de santé sont les troubles musculo-squelettiques, les troubles mentaux et du comportement (*surmenage stress*) et les saisines pour des cancers cutanés.

Le taux d'absentéisme dans les établissements de soins est de 6,15% au niveau national (*3,70% pour le personnel médical et 8,60% pour le personnel médical*), il est de 6,60% au sein de la région Grand Est (*3,76% pour le personnel médical et 9,49% pour le personnel non médical*)³⁴. À cela s'ajoute un taux de turn over moyen de 12,85% au niveau national et 13% dans la région Grand Est.

³³ *Édition 2022 du 8 novembre 2022*

³⁴ *Données des bilans sociaux des établissements de santé en 2021*

Ainsi, l'ensemble des acteurs s'entend depuis plusieurs années sur la nécessité d'améliorer la qualité de vie et les conditions de travail, d'accompagner la santé des professionnels et de réduire les contraintes de la charge médico-administrative et logistique des professionnels de santé.

Les actions que l'ARS Grand Est entend porter avec ses partenaires s'intègrent dans le cadre du Plan régional santé au travail 2021-2025³⁵ et dans l'enjeu collectif de durabilité que nous portons tous afin de développer la Responsabilité sociétale des établissements (RSE).

Résultats attendus

- Davantage de temps de soin aux soignants pour donner du sens au travail ;
- Un accès aux services de santé au travail à tous les étudiants et professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice ;
- Un programme d'actions de prévention de la violence faite aux soignants.

Principaux jalons

- Santé des professionnels
 - Intégration d'un axe spécifique pour les soignants dans le plan régional santé au travail ;
 - Poursuite du partenariat régional avec l'association « Soins aux professionnels de santé (SPS) » avec la mise à disposition d'une ligne de soutien psychologique téléphonique et application mobile 24h/24 et de la prévention des risques psycho-sociaux ;
 - Renforcement des actions de santé au travail pour les professionnels de santé avec le développement du suivi médical des professionnels de santé (*visites médicales, suivi psychologique, etc.*) y compris pour les professionnels libéraux ;
 - Encouragement au maintien dans / en emploi, incluant la lutte contre l'usure professionnelle ainsi que la prise en compte des travailleurs en restriction d'aptitude et en situation de handicap et accompagnement du déploiement du fonds national mise en place de prévention de l'usure professionnelle des soignants.
- Mise en place des actions de "Qualité de vie au travail (QVT)"
 - Promotion d'actions d'égalité professionnelle dans le cadre du partenariat avec l'association "Donner des ELLES à la santé" ;
 - Poursuite du déploiement des appels à candidature annuels type « Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) » négocié localement avec les professionnels et les représentants syndicaux ou « redonner du temps de soin au soignant » en fonction des besoins ;
 - Poursuite du soutien aux actions QVCT dans le secteur médico-social en partenariat avec l'ARACT ;
 - Création d'une maison des soignants, 1er lieu de ressourcement des professionnels ;
 - Former les managers à tous les échelons à la mise en place de mode d'organisation plus collectifs et participatifs et à la prise en compte du travail sur « les irritants du quotidien ».

³⁵ [pst4.pdf \(travail-emploi.gouv.fr\)](#)

- Innover
 - Accompagnement de l'universitarisation et de la recherche ;
 - Participation à l'innovation en formation.

DES ACTIONS CIBLÉES ET ADAPTÉES AUX TERRITOIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

L'ARS Grand Est, avec ses partenaires, déploiera des plans d'actions territoriaux permettant de répondre aux objectifs du schéma régional de santé en mobilisant :

- L'ensemble des expertises régionales et territoriales ;
- Les acteurs de santé avec lesquels l'ARS contractualise ;
- Les opérateurs financés par l'ARS pour mettre en œuvre un axe prioritaire de politique publique de santé ;
- Les parties prenantes, en particulier les citoyens, qui participent activement au conseil national de la refondation (CNR) en santé et à la démocratie en santé.

LA MOBILISATION DES PARTENAIRES ET DES ACTEURS POUR DES PLANS D' ACTIONS TERRITORIAUX DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

Dès la publication du schéma régional de santé 2023-2028, pour chacune des quatre priorités, l'Agence régionale de santé, en partenariat étroit avec ses partenaires au niveau régional et départemental et en associant les instances de la démocratie en santé, en particulier les conseils territoriaux de santé et les parties prenantes du CNR santé, définira un plan d'actions pluriannuel adapté à la configuration de chaque territoire et permettant d'atteindre les objectifs et les résultats fixés dans le schéma.

Ce plan d'actions territorial :

- S'appuiera sur un diagnostic territorial (*principaux constats, forces-faiblesses-opportunités-vigilances du territoire*), sur les propositions du conseil national de la refondation en santé, sur le bilan 2018-2022 du projet régional de santé, sur les enseignements de la crise sanitaire, et sur les situations de tension du système de santé.
- Prendra en compte en particulier :
 - La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en veillant aux populations vulnérables ;
 - Les contraintes fortes des ressources humaines en santé ;
 - La nécessaire coordination organisationnelle et territoriale des acteurs ;
 - Les investissements et les innovations en santé ;
 - Le renforcement de la place des usagers et de l'éthique en santé ;
 - La parole citoyenne ;
 - Les enjeux transfrontaliers pour les territoires concernés.
- Précisera, pour chaque action ou dispositif à déployer, le bon niveau géographique de mise en œuvre ;
- Identifiera les partenaires, expertises, ressources, leviers nécessaires pour la mise en œuvre, l'échéancier et les modalités de déploiement notamment le vecteur de la contractualisation avec les partenaires ou avec les opérateurs de santé, et de la communication.

Des points d'avancement réguliers, par département, seront réalisés ainsi qu'un bilan annuel du niveau d'atteinte des objectifs et des résultats. Ces bilans seront partagés avec les partenaires au niveau régional et territorial dans le cadre de la gouvernance définie pour le suivi de la mise en œuvre du schéma régional de santé.

Résultats attendus

- Des plans d'actions répondant aux objectifs du schéma régional de santé dans tous les territoires de la région ;
- Une stratégie régionale sur les données et les études liées à la santé (*données de santé et de démographie des professionnels de santé*) co-construite avec les partenaires et mise à disposition des acteurs dans les territoires ;
- Une animation et une mobilisation des conseils territoriaux de santé pour la mise en œuvre utilisant le levier des CNR ;
- Une transparence des financements octroyés ;
- Un bilan et une évaluation des actions/projets dont les résultats sont partagés avec les acteurs du territoire.

UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ASSOCIANT LES ACTEURS ET LES CITOYENS

L'ARS entend poursuivre dans la durée la mobilisation des parties prenantes du système de santé, et notamment les citoyens. Cette mobilisation concerne à la fois la gouvernance, la réflexion collective sur les pratiques et la participation du citoyen dans l'élaboration des parcours de santé.

84

La pérennisation du Conseil national de la refondation (CNR) en santé engagé en novembre 2022 a pour objectif d'entretenir un dialogue permanent et de proximité avec les différentes parties prenantes pour faire remonter les besoins, et suivre la mise en œuvre d'initiatives locales identifiées par les partenaires et les citoyens.

L'ARS souhaite renforcer la dynamique partenariale déjà engagée d'interconnaissance, de partage des expériences et des expertises entre les acteurs et les territoires à l'instar de la création du réseau des coordonnateurs de contrats locaux de santé et de projets territoriaux de santé mentale, et de l'organisation de journées régionales thématiques.

L'accent mis sur la prévention dans ce nouveau schéma, la nécessité de lutter contre les maladies chroniques mettent naturellement le citoyen au cœur de sa prise en charge et plus globalement du système de santé. Ainsi la démarche de responsabilité populationnelle, inscrite dans le code de la santé publique depuis 2019 et expérimentée en région Grand Est depuis plusieurs années, constitue un nouveau paradigme de prise en charge des maladies chroniques et de co-responsabilité populationnelle des acteurs de tous champs que l'ARS souhaite promouvoir. Cette vision innovante de la santé, au-delà des bénéfices attendus pour les patients, est porteuse d'une dynamique partenariale renouvelée dans les territoires entre les collectivités territoriales, les services de l'État, les organismes d'assurance maladie, les professionnels de santé et les citoyens. Dans cette perspective, le partage avec les acteurs de diagnostics territoriaux en santé régulièrement actualisés constitue une étape indispensable déjà engagée par l'ARS.

Résultats attendus

- La pérennisation du CNR santé ;
- L'organisation de journées régionales thématiques impliquant les acteurs sur des thématiques prioritaires dans l'optique de partage des pratiques et de mobilisation collective (*exemples : journée régionale sur l'obésité de l'enfant, etc.*) ;
- La poursuite et le développement d'expérimentations sur la démarche de responsabilité populationnelle.

UN PARTENARIAT INDISPENSABLE AVEC LES ACTEURS DES POLITIQUES PUBLIQUES

La réussite de la mise en œuvre du schéma régional de santé 2023-2028 dépend de la capacité à porter collectivement les projets au plus proche des besoins de la population en établissant des partenariats avec l'ensemble des acteurs des politiques publiques.

En effet, l'articulation de la politique régionale de santé avec les autres politiques publiques est essentielle dès lors que les interventions sont inscrites dans une perspective de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et qu'est visée l'amélioration de l'accès à la santé des populations qui en sont les plus éloignées.

Il s'agit de définir conjointement avec les partenaires les priorités d'action dans les territoires, de mieux les cibler et de mettre en œuvre de manière concertée et complémentaire des moyens, notamment en matière de financements.

Ces partenariats doivent aussi permettre de prendre en compte l'impact sur la santé des politiques menées que ce soit en matière de transport, d'aménagement du territoire, de logement, d'éducation, d'environnement, d'emploi, etc.

Avec les collectivités territoriales, ce partenariat se traduit par un contrat local de santé (CLS), institué par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Conclus entre les ARS et les collectivités territoriales (*article L1434-17 du code de la santé publique*), les CLS reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux et d'articulation avec les mesures locales préexistantes (*mises en place dans le cadre des « Ateliers Santé Ville » notamment*). À cet égard, les CLS constituent les volets santé des Plans territoriaux de relance et de transition écologique (*PTRE*), des contrats de ville ou de ruralité quand ils existent. L'objectif est d'aboutir à des contrats qui soient à la fois en adéquation avec les besoins du territoire et rapidement opérationnels. Parmi les priorités identifiées, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est abordée de manière récurrente dans les CLS signés en région Grand Est.

Afin d'une part, de renforcer le levier des contrats locaux de santé pour la mise en œuvre territoriale du schéma régional de santé et d'autre part, de faciliter le déploiement d'actions probantes, un socle thématique a été défini en lien avec les coordonnateurs de CLS autour de 4 axes et d'objectifs opérationnels à déployer prioritairement dans les CLS :

- Axe n°1 : Environnements favorables à la santé
 - Mobilité(s) favorables à la santé
 - Formation des agents/élus de la collectivité à la santé environnementale;
 - Lutte contre les perturbateurs endocriniens ;
 - Qualité de l'air intérieur/extérieur.
- Axe n°2 : Offre de soins / Accès aux soins
 - Promotion de l'exercice coordonné ;
 - Déploiement des communautés professionnelles de santé ;
 - Renforcement de l'accès aux soins pour les précaires ;
 - Attractivité des territoires / installation des professionnels.
- Axe n°3 : Santé mentale
 - Mise en réseau des acteurs ;
 - Développement des compétences psychosociales ;
 - Cellule de repérage des situations complexes ;
 - Relai des dispositifs prévention du suicide.
- Axe n°4 : Prévention, promotion et éducation pour la santé
 - Promotion du dépistage organisé du cancer ;
 - Actions de lutte contre le tabac ;
 - Promotion de l'activité physique et sportive ;
 - Développement des compétences psychosociales des jeunes ;
 - Renforcement de la vaccination.

Résultats attendus

- Des conventions de partenariat avec les acteurs de politiques publiques ;
- Une couverture de 100% de la population de la région par des contrats locaux de santé ;
- Le déploiement du contrat socle pour les CLS signés ou en cours de signature ;
- L'animation du réseau des coordonnateurs de CLS ;
- Le suivi annuel du déploiement des actions ;
- Une évaluation de certaines actions.

LA CONTRACTUALISATION, UN LEVIER PRIVILÉGIÉ DE MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

La mise en œuvre de certains objectifs des priorités du schéma régional de santé pourra faire l'objet d'une contractualisation ou d'un conventionnement :

- Avec les opérateurs financés par l'Agence régionale de santé, notamment l'IREPS, l'ORS, PULSY, etc. ;
- Avec les partenaires institutionnels de l'ARS, notamment l'Éducation nationale, les services de l'État, Pôle emploi, la CARSAT, la ligue contre le cancer, etc. ;
- Avec les collectivités territoriales dans le cadre de contrats locaux de santé ;
- Avec les établissements, représentants des professionnels de santé dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM, *contrat territorial en santé mentale*), de leur projet de santé, du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, etc.

La contractualisation avec les opérateurs financés par l'ARS

Résultats attendus

- Contractualisation avec l'ensemble des opérateurs, au plus tard fin 2024, sur la base du schéma régional de santé publié ;
- Publication d'un bilan annuel des actions engagées ;
- Évaluation / audit de l'atteinte des objectifs assignés à chaque opérateur et de l'efficacité de leur mise en œuvre d'ici la fin du SRS en 2028.

87

La contractualisation avec les établissements, les structures de santé, etc.

La dynamique de contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens sera poursuivie et renforcée.

- Avec les établissements de santé : pour les établissements de santé publics, en particulier, ces contrats prennent en compte le projet médical partagé défini par le groupement hospitalier de territoire auquel appartient l'établissement de santé ;
- Avec les établissements et services médico-sociaux : généralisé au sein de ces établissements depuis le 1^{er} janvier 2017, le CPOM promeut l'évolution de l'offre médico-sociale dans une logique de parcours ;
- Avec les acteurs de la prévention, et toute structure de santé portant des projets répondant à la politique régionale de santé ;
- Avec les représentants des professionnels de santé libéraux.

Par ailleurs, des contrats territoriaux en santé mentale sont conclus avec les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre du projet territorial en santé mentale (PTSM) ayant pour objet de :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Résultats attendus

- Validation des 12 projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire ;
- Signature des 10 contrats territoriaux en santé mentale ; animation du réseau des coordonnateurs de projets territoriaux en santé mentale ;
- Suivi annuel du déploiement des actions et évaluation à l'horizon 2028.

LES LEVIERS DE L'ARS GRAND EST POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU SRS 2023-2028

LE PARTAGE DES DONNÉES ET LA TRANSPARENCE

L'action territoriale doit s'appuyer sur des données territorialisées, mises à jour régulièrement et partagées avec les acteurs. Les sources de données disponibles pour effectuer des diagnostics de territoires, connaître l'activité des services de santé ou suivre la mise en œuvre d'une politique de santé sont foisonnantes. Le secteur de la santé ne manque pas de données mais ces données sont parfois difficilement accessibles, ou difficilement exploitables. L'ARS Grand Est fait le constat d'un déficit de pilotage intégré de la donnée.

Or, ce pilotage et ce partage de la donnée sont essentiels pour suivre l'action au quotidien, mieux anticiper les difficultés et prévoir les besoins de santé.

Aujourd'hui les données sont notamment accessibles :

- Si elles figurent dans des bases existantes (*données de mortalité, données sur les séjours hospitaliers (PMSI), données sur les soins de ville, données sur les parcours de soins (SNDS), sur les professionnels de santé (Adeli, RPPS)*) ;
- Si elles font déjà l'objet d'enquêtes effectuées régulièrement (*par exemple sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou pour personnes avec handicap (ES HANDICAP), sur les établissements sanitaires (SAE)*) ;
- Si elles sont recueillies au titre du suivi d'une politique (*par exemple concernant le dépistage organisé des cancers*).

Elles peuvent aussi nécessiter la réalisation d'enquêtes ad hoc dont il faut déterminer le champ, la maille géographique pertinente, la périodicité, etc.

Elles peuvent également être mises à disposition au travers d'outils existants en interne et par nos partenaires dont parmi eux :

- Les observatoires cartographiques : ATLASANTE et ses observatoires (*SIRSE et Cartosanté*), la statistique locale de l'INSEE, GEODES, etc.
- Sur les déterminants de santé : l'outil Data pathologies, développé par l'Assurance maladie avec une cartographie annuelle des pathologies et les dépenses associées par région et département en data visualisation et Open data.

De nombreuses instances contribuent à la qualité et au maintien des données. L'amélioration continue des sources des données est un enjeu de fiabilité statistique mais également un gage de pertinence des décisions qui découlent de l'analyse des bases de données disponibles.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du schéma régional de santé 2023-2028 s'appuiera sur un pilotage par la donnée à travers un outil intégré qui sera mis à disposition des acteurs de chaque territoire, à l'échelle départementale.

Cet outil comportera :

- Un diagnostic territorial actualisé à partir des bases de données existantes ;
- Un tableau de bord d'avancement des plans d'action territoriaux validés ;
- Un tableau de bord des tensions du système de santé ;
- Une interface utilisateur permettant la diffusion d'enquêtes ad-hoc et leur archivage afin de capitaliser les données ainsi recueillies.

Mis à disposition des acteurs de santé par l'ARS, l'outil de pilotage intégré de la donnée de santé en Grand Est sera partagé par les délégations départementales, à périodicité régulière, aux acteurs de santé, notamment dans le cadre des CNR et des CTS.

Résultats attendus

- Déploiement de l'outil régional de pilotage de la donnée.

Principaux jalons

- Mise en place d'un comité technique pour élaborer un cahier des charges ;
- Publication du cahier des charges ;
- Choix de la solution, développement et/ou paramétrage de l'outil choisi ;
- Tests et déploiement sur quelques territoires expérimentateurs.

L'INNOVATION

L'innovation en santé peut être diagnostique, thérapeutique, technologique, numérique, organisationnelle ou comportementale. Elle contribue à l'amélioration du système de santé au bénéfice des usagers.

La politique régionale d'innovation en santé soutenue par l'ARS Grand Est vise à accompagner la transformation du système de santé. Issues des territoires, les innovations qui font l'objet d'un accompagnement par l'ARS Grand Est répondent aux priorités de santé. Elles ont pour finalité l'émergence et la diffusion d'initiatives technologiques ou de pratiques organisationnelles dont l'impact sur les territoires de la région Grand Est fait l'objet d'une évaluation.

Le dispositif de soutien à l'innovation promu par l'ARS Grand Est se veut au bénéfice de l'évolution des pratiques et des usages, en réponse aux besoins des usagers et professionnels, via des expérimentations ou des preuves de concept. L'objectif est d'accompagner, d'appuyer et de soutenir les initiatives et projets : l'innovation en santé s'appuie sur l'expérience et la créativité des promoteurs de terrain.

Partant d'une idée nouvelle et d'une initiative de quelques porteurs, le chemin est long jusqu'à l'intégration de cette innovation dans le droit commun, son adoption par d'autres professionnels et usagers, sa diffusion dans d'autres territoires. Pour favoriser ce cheminement, le modèle de l'expérimentation s'est imposé comme un dispositif transitoire indispensable de concrétisation et de maturation d'un projet. Ainsi, deux types de leviers opérationnels sont mobilisables :

- Au niveau national, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Ce dispositif permet de déroger à des règles de financement de droit commun. L'ARS Grand Est et l'Assurance maladie accompagnent la construction du projet avec le porteur de projet en lien avec les équipes nationales. En 2023, 27 expérimentations sont en cours de déploiement en Grand Est. L'ARS participe également au déploiement de dispositifs nationaux en région comme le programme territoires d'innovation, en région il s'agit de « *E-Meuse santé* » et de « *Territoire de santé de demain* » ;
- Au niveau régional, l'ARS Grand Est a instauré un fonds innovation doté de 5 M€ annuels pour soutenir des projets innovants, complémentaires au dispositif national. Elle contribue également au développement d'actions régionales en Grand Est avec le Conseil régional, la Préfecture de région et l'Assurance maladie. Ainsi, elle soutient plusieurs expérimentations (*OPTIMISTE qui vise à améliorer la qualité des soins après une chirurgie, le projet de déploiement d'équipes mobiles de ressources et d'appui aux patients atteints de sclérose en plaques, la mise en place d'un Centre de ressources et d'expertise en psychopharmacologie Grand Est, ou le projet DAUM pour fluidifier l'accès aux services d'urgence en analysant le comportement des utilisateurs multiples*).

À horizon 2028, les enjeux portent sur la poursuite et le renforcement de cette politique d'innovation, en synergie avec les acteurs institutionnels, afin d'assurer un soutien toujours plus opérationnel à l'innovation au bénéfice de l'amélioration du système de santé en réponse aux besoins et propositions des professionnels et des usagers.

Résultats attendus

- Réduction des délais d'instruction d'une demande de soutien à l'innovation ;
- Accompagnement et financement d'au moins deux nouvelles innovations par département ;
- Bilan et évaluation des innovations déployées.

LE DROIT DE DÉROGATION DE L'ARS

Le décret du 8 avril 2023 relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé va permettre d'adapter les règles nationales aux besoins et aux spécificités du territoire dans une logique de simplification administrative. Il sera ainsi désormais possible pour les ARS de déroger à la réglementation en vigueur lorsque cela permettra d'alléger les démarches administratives, de réduire les délais de procédure ou de favoriser l'accès aux aides publiques. Ce droit de dérogation sera activé au cas par cas, en réponse à un besoin particulier et à des circonstances locales, pour débloquer une situation, accélérer une procédure, simplifier une démarche, et lorsque l'intérêt général le justifie.

Ce droit de dérogation pourra s'appliquer dans les domaines suivants :

- L'organisation de l'observation de la santé dans la région ainsi que de la veille sanitaire, en particulier du recueil, de la transmission et du traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- La définition, le financement et l'évaluation des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie ;
- L'évaluation et la promotion des formations des professionnels de santé ;
- Les autorisations en matière de création et d'activités des établissements de santé, des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- La répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale ;
- L'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
- La mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

Résultats attendus

- Mobilisation, si nécessaire, du droit de dérogation pour la mise en œuvre des priorités du SRS 2023-2028 ;
- Évaluation annuelle de l'impact de l'utilisation du droit de dérogation en Grand Est.

LES INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS ET LES ÉQUIPEMENTS

Dans de nombreux domaines, les axes d'amélioration passent par l'acquisition, le déploiement et/ou le renouvellement d'équipements, la création de nouveaux services et de nouvelles structures pour mailler la région de manière optimale. Ces aspects sont précisés dans le chapitre sur l'offre de soins.

Les projets d'investissement immobilier sanitaires et médico-sociaux sont souvent des projets d'envergure qui engagent des choix structurants à long terme. Ils doivent s'inscrire dans la Stratégie Régionale d'Investissement en Santé et répondre aux priorités suivantes :

- Mettre les usagers et les professionnels au cœur de la réflexion ;
- Reposer sur un projet global ouvert à son environnement et en réponse aux besoins du territoire et des enjeux du PRS ;
- S'inscrire dans des logiques de gradations des soins, de diversification et d'adaptabilité de l'offre ;
- Être économiquement soutenables et porter une organisation performante.

Les projets à privilégier sont des projets globaux, ancrés sur leur bassin de vie et s'inscrivant dans une stratégie territoriale de l'offre.

À ce titre, ils se doivent d'être coconstruits avec l'ensemble des acteurs du territoire, dans une logique partenariale, décloisonnée et de proximité.

Ces projets peuvent et doivent s'appuyer sur l'ensemble des ressources nationales et régionales qui leur sont mis à disposition :

- Référentiels et publications du Conseil national d'investissement en santé (CNIS) ;
- Travaux du laboratoire des solutions de demain de la CNSA ;
- Référentiels, publications et dispositifs d'accompagnement de l'ANAP ;
- Organisation, modalités et outils mis en œuvre par les équipes de l'ARS dans le cadre de l'accompagnement, l'instruction, le suivi et l'évaluation de projets d'investissements, en lien avec le Conseil régional d'investissement en santé (CRIS) et plus particulièrement son comité des experts.

La démarche ainsi engagée en région Grand Est par l'ARS permet d'accompagner et de soutenir durablement les investissements structurants de nos territoires et ce au-delà de l'enveloppe Ségur.

Pour mémoire, les fonds mobilisés dans le cadre du Ségur, au titre de la restauration des capacités financières, des investissements du quotidien et de projets immobiliers structurants ont permis en 2021 de soutenir 149 établissements sanitaires et médico-sociaux pour un montant de 2 milliards d'€.

Résultats attendus

- Mise en œuvre des projets immobiliers validés dans le cadre de la démarche initiée au titre du Ségur de la santé.

LA MOBILISATION DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

Pour mener ses actions dans les territoires, l'agence régionale de santé mobilise d'importants moyens financiers. L'allocation de ressources aux acteurs de la santé quel que soit leur statut (*public, privé, associatif*), leur mode d'exercice (*libéral, salarié*) et leur domaine d'intervention (*prévention, sanitaire, médico-social*) est une mission centrale des ARS.

Le Fonds d'intervention régional (FIR), créé en 2012 et dont la gestion a été confiée aux agences régionales de santé, est un levier financier au service de la stratégie régionale de santé et de la transformation du système de santé. Les dépenses FIR au 31 décembre 2022 pour la région Grand Est s'élevaient ainsi à 425,1 M€.

Pour les cinq ans à venir, l'ARS orientera le FIR vers la poursuite de la transformation du système de santé en adéquation avec les orientations de la stratégie nationale de santé, et notamment vers les actions répondant aux quatre priorités fixées dans le schéma régional de santé 2023-2028.

L'ARS va poursuivre sa politique de soutien à l'innovation et la territorialisation de son action en continuant notamment à identifier des enveloppes départementales gérées au plus près du terrain par les délégations territoriales de l'ARS, et en ciblant ses financements par priorités et leviers du schéma régional de santé 2023-2028.

LA COMMUNICATION

L'élaboration d'une stratégie de communication sur cinq ans va permettre de faire vivre le schéma régional de santé, tant dans sa mise en œuvre que dans la valorisation des résultats.

Sur le premier volet, la communication de l'Agence régionale de santé a pour objectif de soutenir le déploiement des quatre priorités de santé en proposant des outils de communication pédagogiques et innovants comme la vidéo, le web-marketing, la communication digitale en fonction des projets afin de sensibiliser les publics cibles.

La valorisation des résultats des dispositifs issus des 4 priorités reposera sur un plan de communication qui accordera une place prépondérante aux témoignages des acteurs (*élus, professionnels de santé, partenaires*) et bénéficiaires des actions menées, pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, qu'il conviendra de médiatiser par différents canaux de communication.

PARTIE 3 : L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

CONSTATS ET ENJEUX

La structuration des soins de proximité, souvent première étape du parcours de soins, repose sur la bonne coopération entre les professionnels de santé du secteur ambulatoire. Elle doit s'articuler avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale afin de garantir l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire de la région. Elle reste une des conditions de réussite de l'approche globale au plus près des patients dans le cadre de leur parcours de santé, de soins et de vie. La structuration des soins de proximité intégrant l'organisation de l'accès aux soins non programmés est majeure afin de prévenir le renoncement aux soins et ainsi éviter les ruptures de parcours.

En région Grand Est, les inégalités territoriales dans l'accès aux soins restent encore marquées et l'offre de premier recours fragilisée en raison des évolutions de la démographie médicale en région (*cf. données démographiques à horizon 2030 dans le chapitre « Ressources humaines en santé »*), avec des départs en retraite prévus dans les trois ans estimés de plus de 30% et en parallèle une augmentation des besoins notamment liés au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques.

L'accès aux soins est particulièrement problématique dans les zones sous dotées en médecins, où les patients rencontrent des difficultés à obtenir un rendez-vous chez leur médecin traitant, quand ils en ont un, et encore plus à un spécialiste. Ces difficultés augmentent lorsque le patient ne peut se déplacer et lorsqu'il s'agit de soins non programmés urgents.

Pour combattre les inégalités territoriales dans l'accès aux soins et faire face aux évolutions défavorables de la démographie médicale, l'action de l'ARS s'est articulée en Grand Est de 2018 à 2022 autour de :

- La mobilisation des dispositifs d'aides à l'installation pour renforcer l'implantation de professionnels dans les zones définies comme fragiles et sur la promotion des protocoles de coopération ;
- Le déploiement des structures d'exercice coordonné pour renforcer l'attractivité des territoires et favoriser une meilleure coordination clinique (*Équipes de soins primaires (ESP), Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et Centres de santé (CdS)*) et territoriale (*Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Plateformes territoriales d'appui (PTA), puis Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)*) ;
- La diversification de l'offre de soins non programmés de premier recours pour permettre une gradation des urgences et un renforcement du lien ville/hôpital.

Dès novembre 2022, les concertations s'étant tenues à l'occasion du Conseil national de la refondation (CNR) dans son volet « santé » ont rappelé certains constats confortant l'ARS dans ses actions engagées et ont également mis en lumière :

- Les inégalités d'accès aux soins entre territoires ;
- La problématique de réponse aux soins non programmés ;

- Une répartition hétérogène des professionnels de santé sur le territoire et un manque global de temps médical, conduisant à des difficultés d'accès aux médecins traitants et aux spécialistes.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

C'est dans cette perspective que l'ARS Grand Est projette de déployer ses actions selon 4 axes prioritaires stratégiques, à horizon 2028 de :

- Renforcer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé ;
- Faciliter l'accès aux professionnels de santé sur l'ensemble des territoires ;
- Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés ;
- Structurer la coordination territoriale.

AXE PRIORITAIRE N°1 : RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°1 : Poursuivre la politique de soutien à l'installation des professionnels de santé dans les territoires fragiles

Afin de favoriser l'installation de professionnels de santé libéraux dans les zones sous-denses de la région Grand Est, l'ARS repère les territoires fragilisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins : c'est le zonage. Cette cartographie permet d'identifier les zones où des mesures d'aides seront mobilisées (*aides conventionnelles, aides de l'État, aides fiscales, contrat de début d'exercice*). Dans le but de répondre au mieux aux besoins des territoires, une évaluation à mi-parcours du zonage médecins actuel (*publié en juillet 2022*) sera menée sur 2023 et 2024 avant une réactualisation de sa cartographie. D'autres zonages seront également actualisés d'ici 2028, notamment celui des orthophonistes, des infirmiers, sage-femmes et masseurs kinésithérapeutes. Par ailleurs, l'ARS portera également son attention à la définition de zones fragiles en officine, territoires où l'accès au médicament pour la population n'est pas assuré de manière satisfaisante.

Dans ce cadre, l'ARS met en place des aides à l'installation ou au maintien d'activité, complémentaires aux mesures conventionnelles, à l'aide du Fonds d'intervention régional (*FIR*).

Principaux jalons

- Évaluation et révision des zonages pour garantir leur pertinence tout en veillant à maintenir une visibilité pour les professionnels ;
- Évaluation et, le cas échéant, adaptation des aides FIR spécifiques.

Objectif n°2 : Soutenir administrativement les professionnels de santé aux étapes clés de leur parcours professionnel

La loi de financement de la sécurité sociale de 2023 a prévu la création d'un guichet unique départemental d'accompagnement à l'installation des professionnels de santé. Ce guichet unique pourrait également avoir pour objet de faciliter les démarches des professionnels pour l'obtention d'aides et d'accompagner les politiques dédiées aux soignants. Sa mise en œuvre, pilotée par l'ARS et l'Assurance maladie, nécessitera une concertation à l'échelle de chaque département impliquant les représentants des professionnels de santé et les élus.

Le guichet unique s'articulera avec les outils et démarches déjà mis en place en région tels que le PAPS, Portail d'accompagnement des professionnels de santé : <https://www.grand-est.paps.sante.fr/>, les journées de l'installation des médecins libéraux (JIML) destinées aux internes en médecine générale et spécialités, externes, remplaçants thésés. Le guichet unique bénéficiera également de la préexistence de GEMINSTAL (*Grand Est Médecins INSTALLation*), dispositif dédié aux étudiants en médecine, aux internes et aux jeunes médecins de toutes spécialités dès l'internat, qui propose un accompagnement personnalisé et individuel pour la construction et la mise en œuvre de leur projet professionnel, adapté à leurs besoins.

Principaux jalons

- Déploiement d'un guichet unique départemental sur l'ensemble de la région ;
- Évaluation du dispositif Geminstal.

Objectif n°3 : Développer et accompagner la structuration de l'exercice coordonné

Garant d'une activité enrichissante, sécurisée et offrant de meilleures conditions de travail aux professionnels de santé, l'exercice coordonné se développe. Ce mode de travail confère un réel bénéfice pour la population à travers une prise en charge coordonnée des patients et par ailleurs, permet par ses modalités organisationnelles de fidéliser les professionnels sur un territoire. Le modèle du médecin exerçant isolément dans son cabinet devient peu à peu minoritaire face à une progression du travail en équipe (*maisons de santé pluri professionnelles (MSP), centres de santé (CdS) et équipes de soins primaires (ESP)*).

L'ARS Grand Est propose aux porteurs de projet une aide à la méthodologie sur différents volets, pour leur faciliter la tâche. Elle finance également des postes de chargés de missions, à la fois au sein de la FEMAGE et des URPS, pour proposer un soutien personnalisé au plus près des professionnels de santé de la région. Elle peut également octroyer un financement qui permet de soutenir la création de la structure (*ESP, MSP, CdS et CPTS*), de manière complémentaire au Conseil régional, qui mène également une politique de soutien aux professionnels de santé. L'ARS Grand Est veille à associer les élus, les usagers et les représentants des professionnels de santé à ces actions à travers les comités de labellisation des projets et les contrats locaux de santé ; autant de gages d'une dynamique globale de renforcement de l'attractivité de la région pour les professionnels de santé.

Enfin, s'agissant des centres de santé, l'ARS veillera à la mise en œuvre de la procédure spécifique aux activités dentaires et ophtalmologiques, désormais soumises à agrément, selon la loi n°2023-378 du 19 mai 2023.

Principaux jalons

- Finalisation du déploiement des CPTS sur l'ensemble de la région avec une couverture à 100% ;
- Soutien au déploiement des MSP dans le cadre de l'objectif national fixé à 4000 MSP d'ici 2027 ;
- Poursuite du déploiement des ESP de phase 1 et phase 2, à hauteur de 25 et 15 ESP/an ;
- Poursuite du soutien des CdS pluriprofessionnels et polyvalents ;
- Mise en œuvre de la procédure d'agrément des CdS dentaires et ophtalmologiques.

AXE PRIORITAIRE N°2 : FACILITER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif n°1 : Déployer les assistants médicaux

Le métier d'assistant médical est un nouveau métier du domaine de la santé. Le rôle des assistants médicaux est de seconder le médecin dans ses différentes tâches journalières :

- Alléger le quotidien du médecin ;
- Assister le médecin durant la phase de préconsultation ;
- Améliorer le suivi et la prise en charge du patient ;
- Assurer la coordination des équipes.

100

Le déploiement des assistants médicaux relève de l'action de l'Assurance maladie et sera soutenu par l'ARS, en lien avec les collectivités territoriales et les représentants des professionnels de santé, notamment à travers la création de groupements d'employeur ou la recherche de locaux immobiliers. Leur recrutement doit permettre de libérer du temps médical et donc d'accueillir 10% de patients supplémentaire. En 2023, les démarches administratives ou tailles des locaux peuvent être des freins majeurs à leur déploiement.

Principaux jalons

- Soutien au déploiement des assistants médicaux via la création de groupement d'employeur ou la recherche de locaux immobiliers, en lien avec les partenaires

Objectif n°2 : Développer la délégation de tâches dans le cadre des protocoles de coopération et accompagner l'évolution des métiers

Le développement des structures d'exercice coordonné (*ESP, MSP, CdS, CPTS*) garantit sur le territoire des modes de prise en charge innovants, définis en concertation et intégrant par principe la coopération interprofessionnelle. Celle-ci assure une libération de temps médical et favorise les rapprochements.

Les protocoles de coopération sont un outil d'adaptation des pratiques, pour permettre un accès plus rapide et plus adapté à une prise en charge par un professionnel de santé qui n'est pas nécessairement le médecin, tout en respectant un haut niveau de qualité et de sécurité pour les patients. Aujourd'hui, des professionnels s'engagent dans cette démarche avec plus de cent équipes déployant des protocoles de coopération nationaux en Grand Est.

Par ailleurs, de nouveaux modèles voient le jour à travers le déploiement des IPA, favorisant une coordination forte entre les professionnels. D'autres professionnels tels que les pharmaciens ou les sage-femmes ont également vu leurs missions s'élargir, les incitant à s'inscrire encore davantage dans ces démarches interprofessionnelles.

Ainsi, les pharmaciens sont particulièrement impliqués dans la réponse aux demandes de soins non programmés, en tant qu'acteurs du premier recours comme l'a mis en évidence l'enquête réalisée en Grand Est, en partenariat avec l'URPS.

L'ARS souhaite soutenir ces initiatives en lien avec l'Assurance maladie en proposant un cadre d'accompagnement incitatif.

Principaux jalons

- Poursuite de la communication auprès des professionnels concernant les protocoles de coopération ;
- Mise en place d'un accompagnement financier des protocoles locaux de coopération ;
- Valorisation des initiatives mises en place sur le terrain par les professionnels ;
- Incitation au dialogue interprofessionnel concernant les nouveaux métiers et nouvelles compétences.

Objectif n° 3 : Mobiliser la télémédecine pour conforter l'accès aux soins

Dans un contexte d'inégal accès aux soins, les avancées technologiques actuelles peuvent répondre à la problématique de démographie médicale et faciliter ainsi la vie des professionnels de santé et des patients. La télémédecine se doit aujourd'hui de faire partie du panel de solutions proposées à la population. En effet, elle offre un gain de temps pour les praticiens, pour les patients et notamment pour les moins mobiles d'entre-eux. À travers elle, il est désormais possible de monitorer les pathologies chroniques, les phases de pré ou post hospitalisation. Elle favorise un accès rapide aux spécialistes. Elle facilite l'activité en réseau des médecins.

Les innovations technologiques ne sont pas accessibles à tous et demandent parfois un accompagnement que propose aujourd'hui la feuille de route télémédecine. Toutefois, l'ARS souhaite définir en complément un cadre d'expérimentation qui pourrait porter sur :

- La valorisation financière des téléassistants ;
- L'appui et la sécurisation aux centres dédiés de télémédecine ;
- L'appui au déploiement d'équipes mobiles de télémédecine ;
- La dérogation aux règles de remplacement d'un infirmier ;
- Le forfait d'incitation à la réalisation d'actes de télémédecine.

Pour chacun de ces cadres d'expérimentation, il sera nécessaire de préciser les moyens financiers, mobiliers et immobiliers pouvant être mobilisés ainsi que les conditions de mises en œuvre. Ces cadres d'expérimentation pourront être déployés sur la base d'un appel à manifestation d'intérêt régional.

Principaux jalons

- Mise en place d'un appel à manifestation d'intérêt permettant de fixer un cadre d'expérimentation favorisant le déploiement de la télémédecine.

AXE PRIORITAIRE N°3 : GARANTIR LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LA RÉPONSE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Objectif n°1 : Réviser l'organisation de la prise en charge des soins aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA)

L'accès à la santé exige également de pouvoir répondre aux demandes imprévisibles, en dehors des heures d'ouverture des cabinets. Cette réponse doit être rapide et adaptée à chaque demande, 24 heures sur 24. Si elle relève parfois du simple conseil, elle peut nécessiter l'intervention de l'aide médicale urgente ou l'orientation vers un médecin de garde. En dehors des heures de fonctionnement du Service d'accès aux soins (SAS), on parle alors de permanence des soins ambulatoires (PDSA).

La PDSA est organisée dans le cadre d'un cahier des charges régional, arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé. La permanence des soins ambulatoires médicale est une organisation de l'offre de soins, qui permet de maintenir sur l'ensemble du territoire, la continuité, la permanence et l'égalité d'accès aux soins pendant les heures de fermeture des cabinets médicaux. Elle doit par ailleurs s'inscrire dans les orientations de l'amélioration de l'accessibilité aux soins non programmés (*priorité n°4 du SRS*).

Compte tenu des évolutions actuelles et des tendances démographiques, ce cahier des charges doit aujourd'hui être révisé et s'articuler avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des soins non programmés mais également des demandes de soins urgents, relevant de l'ambulatoire comme de l'hospitalier. Le cahier des charges devra tenir compte de chaque organisation territoriale à travers des annexes départementales, écrites à la lumière des organisations retenues sur le SAS, la PDSES, les hôpitaux de proximité, mais également la présence potentielle de maison médicale de garde (MMG).

Principaux jalons

- Révision du cahier des charges régional de la PDSA en définissant des lignes directrices communes qui permettront une déclinaison territoriale adaptée

Objectif n°2 : Adapter la réponse des transports sanitaires aux nouvelles organisations

La réforme de la garde et des transports sanitaires urgents a permis de renforcer l'organisation et la réponse des entreprises de transport sanitaire privées lorsqu'elles interviennent à la demande du service d'aide médicale d'urgence (SAMU). Mise en place début juillet 2022, cette réforme s'appuie sur la coordination SAMU (*Service d'aide médicale urgente*) / SDIS (*Service départemental d'incendie et de secours*) et ATSU (*Association départementale des transports sanitaires Urgents*) pour permettre au SAMU de mobiliser les ambulanciers privés

en journée, alors qu'ils n'étaient jusqu'ici en charge de la garde ambulancière que la nuit (20h-8h), le week-end et les jours fériés.

Par ailleurs, la réponse aux demandes de soins non programmés n'est aujourd'hui plus du ressort unique de l'hôpital mais s'articule avec le milieu ambulatoire. Afin de permettre cette prise en charge, les transports sanitaires sont désormais autorisés, sur demande du SAMU et selon une liste des structures établie par l'ARS, à accompagner un patient vers une structure ambulatoire en capacité de la recevoir.

Principaux jalons

- Évaluation de la mise en œuvre de la réforme et le cas échéant procéder aux adaptations nécessaires ;
- Identification des structures ambulatoires pouvant accueillir des soins non programmés sur demande du SAMU.

AXE PRIORITAIRE N°4 : STRUCTURER LA COORDINATION TERRITORIALE

Objectif n°1 : Renforcer le développement de la coordination et de la coopération entre les acteurs de soins de proximité dans une logique de responsabilité territoriale et de gradation des soins

103

Les CPTS constituent un dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins spécifiques d'un bassin de population. Elles contribuent à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé. Les hôpitaux de proximité ont pour mission d'apporter un appui aux CPTS pour répondre aux besoins de la population. Leur action peut notamment se traduire par :

- Des modalités d'accès direct à l'hospitalisation ;
- La mise à disposition du plateau technique aux professionnels de premier recours ;
- La mise en place de protocoles communs de prise en charge de certaines pathologies.

La gouvernance de ces établissements concrétise la coordination ville-hôpital par la participation des CPTS à leurs instances. Dans les faits, d'autres établissements de santé s'inscrivent également dans cette relation ville-hôpital en faveur des parcours patients et cette dynamique doit être valorisée et encouragée.

Principaux jalons

- Valorisation des organisations probantes du lien entre CPTS et établissements de santé ;
- Mise en place d'un appel à projet pour accompagner les démarches structurantes ville-hôpital.

Objectif n°2 : Soutenir la coordination des parcours complexes des usagers

Le système de santé est aujourd'hui confronté à un phénomène sans précédent de vieillissement de sa population mais également de développement de maladies chroniques. La complexité des prises en charge, requérant toujours plus de technicité et de compétences spécifiques, devient un défi majeur. Pour y répondre, les professionnels sont accompagnés dans leur coordination, dans les liens tissés entre la ville et l'hôpital ou professionnels de premier et de second recours.

Confrontés à des situations médico-sociales de plus en plus complexes, les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux peuvent également s'appuyer sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). En Grand Est, ils sont désormais au nombre de neuf et ont pour mission :

- D'assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels en concertation avec le médecin traitant ;
- De contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux personnes et à leurs aidants ;
- De participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé en identifiant les ruptures de parcours et en analysant les besoins du territoire en matière d'offre.

Afin de leur permettre d'assurer ces missions, l'ARS doit contractualiser avec chaque DAC pour la mise en œuvre de projets labélisés et de leur suivi. L'enjeu sera d'évaluer la qualité du service rendu et l'impact de ces dispositifs sur la qualité des parcours mais également d'harmoniser les pratiques et les modes de financement entre les territoires. Ceux-ci devront s'articuler avec les Centres de ressources territoriaux (CRT) dont la mission est de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile. Ils visent également à accompagner les professionnels en charge de leur accompagnement par une mission d'appui.

L'amélioration des parcours peut également nécessiter pour certaines pathologies complexes un appui d'expertise et de formation des professionnels de santé du premier recours. À cette fin, les Dispositifs d'expertise régionaux (DER) ont pour missions de :

- Concevoir et organiser l'accessibilité aux ressources et à la formation experte sur la thématique ;
- Contribuer à l'animation, la coordination et la fédération des acteurs sur la thématique ;
- De manière facultative, accompagner le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Principaux jalons

- Contractualisation avec l'ensemble des DAC et poursuivre les travaux d'harmonisation régionale ;
- Accompagnement de la structuration de DER au regard des besoins identifiés.

L'ORGANISATION DE L'OFFRE SANITAIRE

L'élaboration du schéma régional de santé doit comporter les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité soumise à autorisation énumérés aux articles R 6122-25 et R 6122-26 du code de santé publique.

Ainsi, et pour chaque activité de soins et par zones présentées ci-après, les OQOS sont définis en termes d'implantation, par un minimum et un maximum. Ces OQOS viennent, ainsi, préciser par activité de soins, les créations, les transformations ou regroupements nécessaires venant répondre aux besoins de la population sur le territoire de manière à couvrir l'intégralité du territoire pour la région Grand Est.

Ces OQOS s'inscrivent dans un cadre rénové, la majorité des activités de soins ont été soumises à une refonte, au 1^{er} juin 2023, de leurs conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement. Ils seront également amenés à être modifiés en fonction des évolutions législatives et réglementaires non publiées à ce jour.

Le maillage de l'offre de soins qui en ressort a pour ambition de construire une réponse complète, répondant à l'exigence de sécurité, adaptée et graduée aux besoins de santé identifiés tout en ayant une vigilance particulière garantissant, en lien avec la commission spécialisée de l'offre de soins de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, la non dispersion des ressources humaines en santé sur le territoire.

Ces OQOS sont donc le fruit et la déclinaison de la réflexion menée dans le cadre des travaux d'élaboration du SRS à l'aune des textes connus à date. Ce cadre étant récent et pour une partie, non encore totalement abouti, le choix d'une certaine stabilité a été fait pour les activités déjà existantes. Des choix plus volontaristes ont été faits lorsque le cadre évoluait fortement. Pour orienter son action, l'agence régionale de santé s'est appuyée sur des diagnostics territoriaux, co-construits avec les experts de l'activité de soins concernée et, sur cette base, sur une analyse des besoins de soins en Grand Est.

Ainsi, ces évolutions de l'offre de soins sont inscrites dans un contexte de refonte majeure du régime des autorisations dont les impacts réglementaires ont été analysés à l'aune de l'activité réalisée dans la région Grand Est. De ce fait, ce schéma se veut souple et pourra faire l'objet de révision en fonction des futures évolutions réglementaires et au regard de l'activité et des besoins de la région. Le schéma régional de santé sera en toute logique révisé sur le périmètre pour lequel le cadre réglementaire évoluera et s'adaptera à toute évolution devenue nécessaire.

L'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ainsi que l'exigence de qualité et de sécurité dans l'intérêt des patients ont été les lignes directrices permettant la détermination de ces objectifs quantifiés. L'organisation de la prise en charge doit être abordée dans une logique de territoire, elle doit intégrer le principe de mise en œuvre d'équipes territoriales, portant le parcours de soins du patient, pilotées par le centre de référence ou de recours.

Par ailleurs, l'agence régionale de santé a pris en considération l'ensemble des spécificités du territoire en questionnant pour la définition des OQOS à la fois les besoins de la population ainsi que les spécificités territoriales. À ce titre, 486 communes de la région Grand Est sont concernées par la loi dite "*Montagne*" qui rappelle la nécessité d'intégrer dans la réflexion les éléments liés aux spécificités géographiques et plus spécifiquement l'accès aux

soins urgents et l'évacuation des blessés dans ces territoires au regard de la démographie et de l'activité saisonnière.

DES ZONES D'IMPLANTATION DIFFERENCIÉES SELON LES ACTIVITÉS DE SOINS

La délimitation des zones d'implantation, périmètre géographique des implantations des activités de soins et équipements soumis à autorisation, concourt à garantir, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd, la gradation des soins, la continuité des prises en charge et la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, la qualité et la sécurité des prises en charge, ainsi que l'efficience de l'offre de soins.

Le périmètre géographique, arrêté en juin 2018, des zones d'implantation repose sur **deux niveaux géographiques** :

- Le niveau de **référence** (*délimitation de la région Grand Est en 12 zones d'implantation*)

Permet l'accès à une offre de premier recours : consultations médicales et paramédicales, laboratoire de biologie médicale, pharmacie, imagerie, permettant notamment la prise en charge régulière d'une pathologie chronique, le retour à domicile des patients le souhaitant.

- Le niveau de **recours** (*délimitation de la région Grand Est en 3 zones de recours*)

Assure les prises **en charge les plus spécialisées**, requérant les techniques les plus sophistiquées et des pratiques les plus avancées.

Afin de prendre en compte l'évolution des textes de la majorité des activités de soins et équipements lourds soumis à autorisation, ainsi que les activités de soins relevant, jusqu'à la publication du décret du 26 avril 2022³⁶, des schémas interrégionaux d'organisation des soins, un troisième niveau géographique de répartition des implantations est retenu :

- Le niveau **régional** (*délimitation régionale en 1 zone correspondant au territoire de la région Grand Est*)

Assure des prises en charges **hautement spécialisées** pour les activités dont le périmètre est restreint, la spécialisation médicale rare et les activités limitées.

Le niveau de référence

Afin d'organiser les activités de soins du niveau de référence, la maille géographique de base pour la définition du périmètre géographique des zones d'implantation correspond aux territoires induits par les groupements hospitaliers de territoire.

³⁶ Décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé

En tant que niveau principal de mise en œuvre de la planification sanitaire, la délimitation de leur périmètre doit répondre à deux impératifs :

- Elles doivent avoir une réalité en termes de structuration de l'offre sanitaire, c'est-à-dire qu'elles doivent tenir compte des habitudes actuelles de consommation en soins de la population basées notamment sur les flux hospitaliers.
- Elles doivent permettre d'organiser une offre de soins cohérente et graduée.

Ainsi, 12 zones d'implantation pour le niveau de référence ont été retenues en 2018, dont les limites géographiques correspondent à celles des territoires induits par les groupements hospitaliers de territoire de la région Grand Est.

Pour le GHT « 21/52 » partagé avec la région Bourgogne Franche Comté, l'ARS Grand Est reste compétente pour la planification au sein du territoire relevant de la région Grand Est soit le sud de la Haute-Marne. La réflexion en termes de planification doit cependant intégrer les filières mises en œuvre avec l'établissement support, le CHU de Dijon, et l'offre complémentaire qu'il peut proposer.

- Zone d'implantation n°1 « Nord Ardennes » ;
- Zone d'implantation n°2 « Champagne » ;
- Zone d'implantation n°3 « Aube et Sézannais » ;
- Zone d'implantation n°4 « 21-52 » ;
- Zone d'implantation n°5 « Cœur Grand Est » ;
- Zone d'implantation n°6 « Lorraine Nord » ;
- Zone d'implantation n°7 « Sud Lorraine » ;
- Zone d'implantation n°8 « Vosges » ;
- Zone d'implantation n°9 « Moselle Est » ;
- Zone d'implantation n°10 « Basse Alsace Sud Moselle » ;
- Zone d'implantation n°11 « Centre Alsace » ;
- Zone d'implantation n°12 « Haute Alsace ».

Carte n°1 : Délimitation des zones d'implantation de référence, arrêté ARS n°2018/2101 du 18 juin 2018

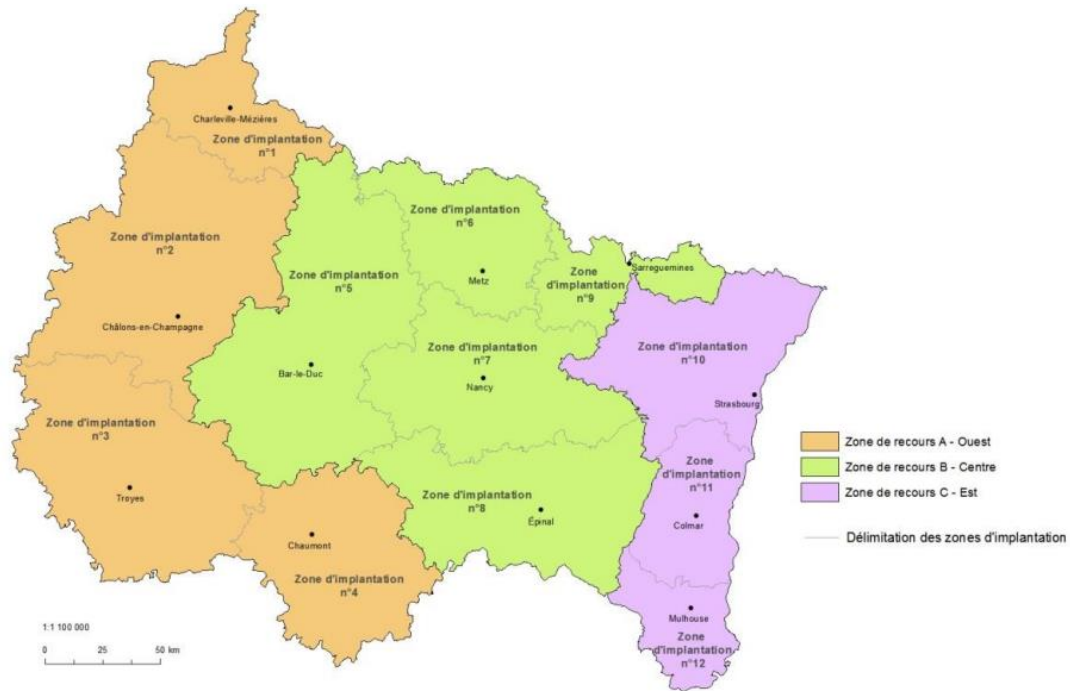


Le niveau de recours

Un second niveau de zonage, qualifié de recours, regroupe plusieurs zones d'implantation du niveau de référence. Il comprend une offre de soins très spécialisée, requérant les techniques les plus sophistiquées et des pratiques les plus avancées. Trois zones de recours ont ainsi été retenues en juin 2018 :

- Zone de recours A - Ouest
- Zone de recours B - Centre
- Zone de recours C – Est

Carte n°2 : Délimitation des zones d'implantation de recours, arrêté ARS n°2018/2101 du 18 juin 2018



Le niveau de régional

Ce niveau assure des prises en charges **hautement spécialisées** pour les activités dont le périmètre est restreint, la spécialisation médicale rare et les activités limitées.

La répartition des activités de soins et équipements soumis à autorisation par niveau de zones
(référence, recours, régional)

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone d'implantation / de référence	Zone de recours	Zone régionale
Médecine		X		
Chirurgie	Adulte	X		
	Pédiatrique	X		
	Bariatrique	X		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Niveau 1 –	X		
	Niveau 2A – avec néonatalogie	X		
	Niveau 2B – avec soins intensifs de néonatal.	X		
	Niveau 3 – réa néonatal;		X	
Psychiatrie	Psychiatrie adulte	X		
	Psychiatrie enfant-ado.	X		
	Soins sans consentement	X		
	Psychiatrie périnat.	X		
Soins médicaux et de réadaptation	Polyvalent	X		
	Locomoteur	X		
	Système nerveux	X		
	Cardiovasculaire	X		
	Conduites addictives	X		
	Gériatrie	X		
	Pédiatrie	X		
	Pneumologie	X		
	Digestif (...)	X		
	Cancer – Oncologie	X		
	Cancer - Oncologie et hématologie		X	
	Brûlés		X	
Activité de médecine nucléaire	Mention A	X		
	Mention B		X	
Soins de longue durée		X		
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques - adulte	Rein		X	
	Pancréas			X
	Rein-pancréas			X
	Foie			X
	Intestin			X
	Cœur			X
	Poumon			X
	Cœur-Poumon			X
	Cellules souches hématopoïétiques			X
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques - enfant	Rein			X
	Pancréas			X
	Rein-pancréas			X
	Foie			X
	Intestin			X
	Cœur			X
	Poumon			X
	Cœur-Poumon			X
	Cellules souches hématopoïétiques			X
Traitement des grands brûlés – adulte et enfant				X
Chirurgie cardiaque	Adulte		X	
	Enfant			X

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone d'implantation / de référence	Zone de recours	Zone régionale
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle – mentions A et B	X		
	Cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte	X		
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie – mention A		X	
	Rythmologie interventionnelle – mentions C et D		X	
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie – mention B			X
Neurochirurgie	Neurochirurgie		X	
	Neurochirurgie pédiatrique		X	
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale		X	
	Radiochirurgie stéréotaxique			X
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mentions A et B		X	
Médecine d'urgence	SAMU	X		
	SU	X		
	SU pédiatrique	X		
	SMUR	X		
	SMUR néonatal et pédiatrique	X		
Soins critiques	Soins critiques adultes			
	Réanimation et soins intensifs (SI)	X		
	SI polyvalents dérogatoires	X		
	SI de cardiologie (USIC)	X		
	SI de neurologie vasculaire (USINV)	X		
	SI d'hématologie		X	
	SI de néphrologie		X	
	SI respiratoire, SI hépato-gastro-entérologie, SI infectiologie		X	
	SI de chirurgie cardiaque	X		
	SI SRPR		X	
	Soins critiques pédiatriques			
	SI pédiatriques polyvalents dérogatoires	X		
	Réanimation de recours et SR pédiatriques (<i>avis/soins particuliers ; affections rares et/ou complexe</i>)		X	
	Réanimation et SI pédiatriques		X	
SI pédiatriques d'hématologie		X		
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse (HD) en centre pour adultes	X		
	HD en unité de dialyse médicalisée	X		
	HD en unité d'autodialyse	X		
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	X		
	Hémodialyse en centre pour enfants		X	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	AMP : activités cliniques			
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	X		
	Prélèvement de spermatozoïdes	X		
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	X		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	X		
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	X		
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une AMP	X		

Tableau récapitulatif des activités par zone		Zone d'implantation / de référence	Zone de recours	Zone régionale
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	AMP : activités biologiques			
	Recueil, préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	X		
	FIV avec ou sans micromanipulation	X		
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	X		
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	X		
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	X		
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci	X		
	Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux	X		
	Conservation de gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP	X		
	DPN	X		
	Examens de cytogénétiques y.c. de cytogénétique moléculaire	X		
	Examens de génétique moléculaire	X		
	Examens en vue du diagnostic des maladies infectieuses	X		
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	X		
	Examens de biochimie portant sur les marques sériques maternels	X		
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		X		
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique			
	Digestive et viscérale			
	Mentions A et B	X		
	Thoracique			
	Mentions A et B	X		
	ORL/CF/MF			
	Mentions A et B	X		
	Urologique			
	Mentions A et B	X		
	Gynécologique			
	Mentions A et B	X		
	Mammaire			
	Mention A	X		
	Indifférenciée			
	Mention A	X		
	Enfant et adolescent de moins de dix-huit ans			
	Mention C		X	
	Radiothérapie externe et curiethérapie			
Mentions A et B	X			
Mention C		X		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer				
Mentions A et B	X			
Mention C		X		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou	Analyses de cytogénétiques	X		
	Analyses de génétique moléculaire	X		
Hospitalisation à domicile	Activité sociale	X		
	Ante et post partum	X		
	Enfants de moins de 3 ans	X		
	Réadaptation	X		
Activité de radiologie interventionnelle	Mentions A et B	X		
	Mentions C et D		X	
Equipements et matériels lourds	Plateau technique	X		
	Cyclotron			X
	Caisson hyperbare		X	

DES PRINCIPES D'ORGANISATION ET LES OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS

MÉDECINE

L'activité de médecine, bien qu'étant soumise à autorisation, ne disposait pas de textes relatifs à ses conditions de fonctionnement et/ou d'implantation avant la réforme des autorisations. Le périmètre en est le suivant :

« L'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel. Cette activité comporte, le cas échéant, la réalisation d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle inclut les actions de prévention et d'éducation à la santé. »

Ainsi, l'activité de soins comprend :

- La médecine adulte ;
- La pédiatrie (*enfants et adolescents*), hors néonatalogie.

La prise en charge en soins palliatifs est de fait incluse ; elle bénéficie à ce stade d'une reconnaissance contractuelle.

113

1. État des lieux de l'activité

Situation sociodémographique régionale

La démographie des personnes âgées de 75 ans et plus dans la région est similaire au national, avec toutefois des disparités infra régionales. La Haute Marne et les Vosges, suivis de la Meuse et de l'Aube, sont les territoires les plus vieillissants de la région. En effet, ils enregistrent une part des 75 ans et plus supérieure à 10% (*vs 9,4 pour le national et 9,3 pour le Grand Est*). Par ailleurs, l'indice de vieillissement de ces départements est particulièrement marqué.

Dans les années à venir, la tendance est à la hausse de la population âgée de 65 ans ou plus, avec une augmentation marquée pour les personnes de 75 ans ou plus. En effet, selon les projections de l'Insee, en 2030, près de 23% de la population française seraient âgés de 65 ans ou plus (*dont plus de la moitié aurait 75 ans et plus*). L'allongement de l'espérance de vie et la baisse du taux de natalité expliquent cette augmentation et l'inversion de la pyramide des âges. Ainsi, en parallèle, les maladies chroniques augmentent, représentant une problématique majeure et un enjeu de santé publique.

Concernant les indicateurs de pauvreté, il existe des différences selon les territoires du Grand Est. Les départements des Ardennes et de l'Aube sont particulièrement marqués par un taux de pauvreté élevé (*respectivement 18,9% et 16,2% vs 14,8% en Grand Est et 14,4% pour la médiane nationale*). Ils sont suivis par la Meurthe-et-Moselle, les Vosges et la Moselle avec un taux avoisinant les 15%. Il est à rappeler que la pauvreté fait partie des facteurs de risque de renoncement aux soins.

Situation épidémiologique

Situation nationale

En 2019, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour les patients hospitalisés en MCO, étaient les maladies de l'appareil digestif, puis les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. En pédiatrie (*avant l'âge de 15 ans*), les maladies de l'appareil respiratoire représentaient le motif d'hospitalisations le plus courant (*dans 18% des cas*).

Par ailleurs, il est à souligner la sur-représentation des patients en affection longue durée (*ALD*) pour une maladie chronique parmi les personnes hospitalisées. En effet, en 2016, ils représentaient 43% des patients hospitalisés en MCO.

Situation régionale

Le Grand Est enregistre des taux de mortalité supérieurs au national. Concernant les mortalités par cancer, le taux régional enregistre un écart positif avec le taux national. Il est à souligner que l'on constate une surmortalité dans la région, en comparaison du national notamment en lien avec les pathologies diabétiques (*écart de 40,9%*).

Concernant la mortalité prématurée, définie par la survenue d'un décès avant l'âge de 65 ans, elle est également supérieure dans le Grand Est en comparaison du national. En effet, le taux standardisé de mortalité prématurée est de 182 pour 100 000 habitants pour la région versus 176 pour la France. Par ailleurs, on observe un gradient Est - Ouest avec des taux de mortalité prématurée plus faibles dans l'Est de la région.

114

Offre de soins régionale

Médecine de ville

La densité de médecins généralistes libéraux actifs sur le territoire varie selon les départements avec de fortes différences. Certains territoires sont en effet bien dotés en offre ambulatoire comme le Bas-Rhin (*densité 99,6 médecins pour 10 000 habitants*) ou encore la Meurthe-et-Moselle (*91,1*) ou la Marne (*85,5*), en comparaison du national (*77,6*). À l'inverse l'Aube (*61,6*), la Haute Marne (*65,5*) et la Meuse (*66,4*) comptabilisent une offre plus clairsemée. Par ailleurs, la Haute Marne enregistre une part élevée de médecins généralistes libéraux de plus de 60 ans (*36% vs 32% France et Grand Est*). Il est à souligner que l'évolution du nombre de médecins généralistes libéraux est négative pour quasi tous les départements du Grand Est entre 2015 et 2021. Le Bas-Rhin est le seul département enregistrant une évolution positive.

Hospitalier

Au 31/12/22, à l'échelle du Grand Est, 143 autorisations d'activité de soins de médecine sont en vigueur :

- 97 concernent l'hospitalisation complète (*HC*) et l'hospitalisation partielle (*HDJ*) ;
- 30 concernent l'hospitalisation complète seule ;
- 16 concernent l'hospitalisation partielle seule.

Par ailleurs, il existe 29 hôpitaux de proximité labélisés au 1^{er} avril 2023 dans le Grand Est.

Concernant le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée de médecine (*y compris la pédiatrie*), pour 1000 habitants, les données se situent pour la plupart des départements entre 1,8 et 2,3 lits entre 2016 et 2021, pour une moyenne nationale (*France hexagonale*) à 1,9. Le territoire de l'Aube est le seul département avec un taux d'équipement inférieur au national et régional avec 1,4 à 1,5 lits. Cette tendance se confirme pour les taux d'équipement en lits de pédiatrie (*Aube : moyenne à 0,5 lits pour 1 000 enfants de moins de 16 ans vs 0,7 pour le national et le Grand Est*). Il est à noter que la Meuse est également sous dotée en lits de pédiatrie (*0,3 en 2019 à 2021*).

2. Analyse du besoin

Entre 2017 et 2021, le taux de recours standardisé de la région Grand Est, en nombre de séjours, a diminué, se rapprochant du taux national (*à interpréter avec précaution au vu de l'impact de la crise sanitaire en 2020 et 2021*).

Globalement, on observe que le taux de recours des zones d'implantation (ZI) 1 et 4 à 11, est supérieur au taux de recours national. La ZI 2 a un taux proche du national. Seules deux ZI ont un taux de recours inférieur au national (*ZI 3 et 12*). La ZI 9 quant à elle dispose du taux de recours le plus important en comparaison du national.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins

Les principes d'organisation de l'offre de soins retenus s'inscrivent dans une volonté de :

- Poursuivre la gradation de l'offre de soins sur la région en développant une offre de proximité en médecine proposant des prises en charge en médecine polyvalente avec un appui des établissements du territoire pour la médecine spécialisée (*ressources en tension*), s'appuyant notamment sur le développement de la télémédecine. Par ailleurs, l'intégration d'un axe hôpital de proximité dans les projets médicaux partagés constitue un levier qui permet d'ouvrir une réflexion entre les acteurs, en lien avec le positionnement de l'établissement, son intégration dans les filières territoriales et le soutien des autres établissements du groupement hospitalier de territoire dans la réalisation de ses missions ;
- Développer l'hôpital de jour pour les hôpitaux de proximité.

Une réflexion devra être menée sur les petits capacitaires, pouvant remettre en cause la continuité des soins et la qualité et sécurité des prises en charge patients ; ce sera un point de vigilance dans l'instruction des dossiers.

CHIRURGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

Le contour de l'activité de soins de chirurgie soumise à autorisation est précisé par l'article R. 6123-201 du CSP :

« L'activité de soins de chirurgie mentionnée au 2° de l'article R. 6122-25 consiste en la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord et la mise en œuvre d'une continuité des soins, à l'exception des actes relevant des activités mentionnées aux 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13° et 21° du même article. »

La pratique de la chirurgie couvre cinq types d'activité relevant chacune d'une planification et d'une autorisation spécifique :

Chirurgie de l'adulte : pour les patients de 15 ans et plus (*à l'exception de deux dérogations*)

- Une seule autorisation permet la pratique de 11 Pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) ;
- L'autorisation d'activité de soins de radiologie interventionnelle n'est pas exigée du titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie lorsque les actes correspondant à l'activité de soins de radiologie interventionnelle sont réalisés par un chirurgien dans le secteur interventionnel.

Chirurgie pédiatrique : La chirurgie pédiatrique devient une chirurgie à autorisation indépendante de l'autorisation de la chirurgie d'adulte. Elle concerne les enfants de moins de 15 ans, avec quelques exceptions : en cas de besoin ou selon la situation clinique de l'enfant, le titulaire de l'autorisation de chirurgie pédiatrique peut prendre en charge des enfants entre 15 et 18 ans, si pathologie pédiatrique spécifique (polyhandicap, malformation, suivi pédiatrique pour maladie chronique) pour ces spécialités.

L'activité de soins de chirurgie (*adulte et pédiatrique*) ne couvre pas la chirurgie bariatrique, la chirurgie cardiaque, et la neurochirurgie, qui font l'objet d'une analyse spécifique.

La séparation de la chirurgie adulte de la chirurgie pédiatrique modifie le paysage sanitaire chirurgical par :

- La précision, pour la première fois, de l'âge de l'enfant de 0 à moins de 15 ans ;
- La sortie des enfants de 0 à moins de 15 ans des services de chirurgie classique ;
- Le maintien, par dérogation, de la prise en charge des certaines urgences chirurgicales (*viscérale, ortho-traumatologie, urologie, et gynécologie*), pour des enfants de 3 à moins de 15 ans dans les services de chirurgie adultes ;
- La réintégration des jeunes de 15, 16 et 17 ans dans les services de chirurgie adulte.

1. État des lieux de l'activité et analyse du besoin

Chirurgie adulte

Le nombre total des séjours chirurgicaux produits dans la région Grand Est approche les 500 000 séjours en 2022.

Trois ZI se distinguent par un taux de recours en nombre de séjours pour 1 000 habitants supérieur aux taux régional (91,5) et national (91,1) : ZI 2 Champagne (114,3), ZI 7 (142,8) et ZI 10 (104,7), en lien avec une attractivité de ces ZI, correspondant aux grands centres urbains. À l'inverse, les taux les plus faibles (<60) sont constatés dans les ZI 1, ZI 4 et ZI 9.

Le taux de prise en charge en ambulatoire dans la région Grand Est en 2022 (57,6%) est proche du taux national (58,5%), avec des disparités entre les ZI (de 48,7% en ZI 1 Nord Ardennes à 63,4% en ZI 4 « 21-52 »).

Chirurgie pédiatrique

Une baisse de nombre de séjours de chirurgie pédiatrique (0 à 15 ans) est constatée entre 2014 et 2022 de 19% en France, et de 26% dans la région Grand Est.

En moyenne, dans la région Grand Est, la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 15 ans représente environ 25 000 séjours par an, soit 5,1% de la prise en charge chirurgicale totale.

Le taux de recours dans la région Grand Est est de 5,2 séjours pour 1000 habitants, contre 6 en moyenne nationale. Les taux par département se situent entre 4,6 (Meuse) et 5,5 (Aube).

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Chaque ZI a été étudiée selon 5 critères pour évaluer le nombre d'autorisations dans le cadre de l'OQOS à attribuer, avec un seuil minimal et un seuil maximal d'autorisation :

1. Le nombre d'autorisations existant, et l'historique de l'évolution de l'offre sanitaire ;
2. Le nombre de séjours chirurgicaux pour 1 000 habitants ;
3. L'évolution de l'activité chirurgicale sur la ZI entre 2014 et 2022 ;
4. Le nombre de séjours chirurgicaux des enfants entre 0 et 15 ans ;
5. Le taux de chirurgie ambulatoire, et la possibilité d'accompagnement dans la prise du virage ambulatoire.

Par ailleurs, et pour la chirurgie ambulatoire, cette modalité de prise en charge devra être développée, le cas échéant en envisageant des organisations innovantes, et les titulaires d'autorisation devront s'inscrire dans une démarche de développement.

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Avant réforme des autorisations : il s'agit d'une activité de chirurgie digestive sans autorisation spécifique pour les actes de chirurgie bariatrique.

Après réforme des autorisations

L'activité de soins de chirurgie bariatrique mentionnée au I de l'article R. 6123-2022 du CSP consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité au moyen des interventions chirurgicales fixées par arrêté du ministre en charge de la santé (*arrêté du 29 décembre 2022*). L'autorisation implique une équipe pluridisciplinaire définie, une spécificité de la prise en charge pré opératoire et l'organisation du suivi du patient sur le long terme.

1. État des lieux de l'activité

La chirurgie bariatrique (et ses indications) doit s'intégrer dans un parcours de prise en charge des obésités complexes. Les Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ont un rôle récent d'animer les filières territoriales de prise en charge (*Feuille de route nationale 2019-2022*).

La chirurgie bariatrique est une chirurgie programmée après une prise en charge pré opératoire optimale pouvant s'étendre idéalement sur une durée de 12 mois, idéalement au sein d'une filière de soins spécifique des obésités complexes portée par les Centres spécialisés de l'obésité (CSO). Quatre CSO sont labellisés en Grand Est.

La mise en place de l'autorisation et les engagements du titulaire en ce qui concerne le parcours de soins associé ont pour objectif de permettre d'améliorer la qualité et la pertinence de la chirurgie bariatrique dans l'arsenal thérapeutique de l'obésité complexe.

La Haute Autorité de Santé, préconise des conditions de réalisation de l'acte qui doivent mobiliser une équipe multi disciplinaire autour de l'évaluation, la concertation, et le suivi du patient dans le parcours de prise en charge de l'obésité morbide.

En Grand Est, seulement cinq sites font l'objet d'une labellisation « critères qualité » réalisée par la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques. La mise en place d'une autorisation et les éléments de doctrine quant aux conditions de fonctionnement constituent un levier pour la qualité, la sécurité et la pertinence des soins.

2. Analyse du besoin

Évolution épidémiologique

L'obésité massive représente la cible de la chirurgie bariatrique. L'indication opératoire est discutée en cas d'IMC (*Indice de Masse Corporelle*) ≥ 40 kg/m² ou d'IMC ≥ 35 kg/m² associé à des comorbidités (*hypertension artérielle, diabète de type 2, syndrome d'apnées du sommeil, arthrose invalidante, etc.*).

La dernière enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la ligue contre l'obésité conclut à un taux estimé de 17% d'adultes présentant une obésité en 2020 en France (*contre 10% en 2000*). La région Grand Est reste la deuxième région la plus touchée avec un taux estimé de 20,2% des adultes ayant une obésité.

Évolution thérapeutique vers une « chirurgie métabolique »

Un possible élargissement de la population visée dans les cinq ans à venir est possible au regard des réflexions en cours concernant l'obésité modérée. L'élargissement de l'indication des actes de chirurgie bariatrique ferait passer la population cible actuelle de 3,5% des adultes à 5,5%.

Approche par l'analyse de l'évolution de la consommation de soins par zone d'implantation de l'activité de soins

La population cible de la chirurgie bariatrique est âgée de 18 à 64 ans. Il existe une disparité de taux de recours selon les zones de recours.

Avec 3 406 actes consommés par la population domiciliée en Grand Est en 2022 contre 4 803 en 2017, le recours régional a diminué de 29% sur la période. Sur la même période, le taux de recours moyen national a diminué de 27%. Cette tendance peut au moins en partie être en lien avec les démarches nationale et régionale d'amélioration de la pertinence des actes, en lien avec l'assurance maladie, ainsi que la crise COVID.

Le taux de recours moyen régional se situe en 2022 au niveau de la moyenne nationale, ce qui masque des disparités infra régionales : un taux de recours d'environ 10% supérieur à la moyenne nationale dans les zones de recours A et C, et de 10% inférieur à la moyenne nationale dans la zone de recours B.

Zones d'implantation de référence	Nb d'établissement réalisant des actes de chirurgie bariatrique au 31/12/2022	Nb d'établissement n'atteignant pas le seuil de 50 actes au 31/12/2022
ZI 1 - Nord Ardennes	1	0
ZI 2 - Champagne	3	1
ZI 3 - Aube et Sézannais	3	1
ZI 4 - "21-52"	0	0
ZI 5 - Cœur Grand Est	2	2
ZI 6 - Lorraine Nord	5	0
ZI 7 - Sud Lorraine	3	0
ZI 8 - Vosges	0	0
ZI 9 - Moselle	2	0
ZI 10 - Basse Alsace Sud Moselle	8	2
ZI 11 - Centre Alsace	2	1
ZI 12 - Haute Alsace	2	1
TOTAL	31	8

L'attractivité

Le taux de fuite en dehors de la région est stable sur les dernières années, autour de 7,5% : essentiellement vers les régions voisines Ile-de-France (*IDF*), Bourgogne Franche-Comté (*BFC*) et de façon très sporadique les Hauts de France (*HDF*). À noter que 75% des actes réalisés au bénéfice des habitants de la partie Grand Est de la ZI 4 sont réalisés dans la partie BFC de cette ZI.

Le taux d'attractivité est également relativement stable, autour de 8% en 2022 (*actes réalisés en région pour des patients ne résidant pas en Grand Est*), au bénéfice de patients résidant dans les trois régions limitrophes Ile-de-France, Bourgogne Franche-Comté, Hauts-de-France.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Conséquences de la mise en œuvre de la réforme des autorisations

L'autorisation de la modalité « chirurgie bariatrique », ne peut être accordée que si :

- le titulaire dispose d'une autorisation sous la modalité « chirurgie pratiquée chez des patients adultes » ;
- et de la pratique thérapeutique spécifique « chirurgie viscérale et digestive ». Lorsque le titulaire prend en charge des enfants, il dispose d'une autorisation sous la modalité « chirurgie pédiatrique » ;
- Médecins spécialisés en chirurgie viscérale et digestive justifiant d'une expérience dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique, dont au moins un médecin justifiant d'une formation universitaire dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique, c'est-à-dire a minima, un chirurgien avec formation universitaire en chirurgie bariatrique et un chirurgien avec expérience de la pratique en chirurgie bariatrique.

Le premier critère lié à l'autorisation est la capacité de l'établissement à disposer des ressources et compétences nécessaires comme d'une organisation du parcours du patient en pré et post-opératoire. En effet, la chirurgie bariatrique est une chirurgie nécessitant un suivi pré-opératoire d'au moins 12 mois, et un suivi post-opératoire à vie, dans le contexte d'une équipe multi disciplinaire et pluri professionnelle dans le cadre d'un parcours de soins. Cela nécessitera une modification du fonctionnement de certains sites pour obtenir l'autorisation.

Le second critère est le seuil minimal de 50 actes qui n'est pas atteint actuellement par 8 sites géographiques (26%) sur 31 réalisant actuellement cette chirurgie ; ces 8 sites réalisent en 2022 moins de 8% de l'activité produite en région.

121

Principes élaborés en région, structurés en termes de gradation des soins

L'offre de chirurgie bariatrique est essentiellement portée par une offre privée. Il n'y a pas de gradation de l'offre, tous les établissements réalisant les quatre groupes d'actes faisant l'objet du périmètre de l'autorisation.

L'offre actuelle est en capacité d'absorber l'augmentation prévisionnelle d'activité liée à la progression de l'obésité, notamment chez les 19-44 ans. Cependant, le déploiement potentiel à venir d'une indication thérapeutique plus large des actes de chirurgie bariatrique (« *chirurgie métabolique* ») nécessite de prévoir à l'horizon 2028 une progression possible du nombre d'implantations pour obtenir un minimum d'un site par ZI ; pour le cas particulier de la ZI 21/52 (n°4), la réflexion en termes de planification intègre le lien avec le CHU de Dijon dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

L'activité de chirurgie bariatrique sous-entend une certaine proximité pour le suivi ainsi que pour la répartition des implantations, ce qui justifie le zonage au niveau des zones d'implantation de référence.

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

Actuellement, l'activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale se décompose comme ceci :

- **Gynécologie obstétrique** : participation à la prise en charge des grossesses, identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ; réalisation de l'accouchement et des soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ; réalisation du suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.
- **Néonatalogie** : surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatalogie.
- **Réanimation néonatale** : surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Concernant l'autorisation d'obstétrique, l'activité minimale annuelle est de 300 accouchements, sauf dérogation.

122

L'activité de soins gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ne comprend pas les soins critiques adultes et pédiatriques (*relèvent de l'activité « soins critiques »*).

Les maternités sont organisées en quatre types d'établissements, correspondant à trois niveaux de spécialisation :

- les maternités de type 1, équipées uniquement d'une unité d'obstétrique ;
- les maternités de type 2 : type 2A avec un service de néonatalogie ou de type 2B avec un service de soins intensifs néonataux ;
- les maternités de type 3 : unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale.

1. État des lieux de l'activité

Données démographiques

La région Grand Est connaît une diminution du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans entre 2014 et 2019, en moyenne régionale de -3,2 points, plus ou moins marquée selon les ZI (*de -0,2% pour la ZI 10, à -9,5% pour la ZI 5*).

En 2021, le taux de natalité était de 9,5 naissances pour 1000 habitants en Grand Est (*vs 11,3 en 2013*) et de 10,7 en France métropolitaine (*vs 12,2 en 2013*).

Le nombre de naissances domiciliées était de 53 113 en Grand Est en 2021, en baisse de 15% par rapport à 2014 (*vs -9% au niveau national sur la même période*). *Source : Insee, Etat civil – 2021*

Indicateurs de santé périnatale

En matière de périnatalité, les indicateurs disponibles démontrent une marge de progression conséquente, tant au niveau national que régional, pour améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

Nouveau-nés, enfants

Au niveau national, le taux de mortalité hospitalière total est globalement stable depuis 2014, avec en 2021 un taux de 8,9 décès pour 1000 naissances. À noter une baisse ponctuelle en 2019 (8,5 décès pour 1000 naissances).

Les taux de mortalité spontanée et relatif aux interruptions médicales de grossesse sont respectivement de 5,5 et 3,4 pour 1000 naissances. En région Grand Est, l'évolution de la mortalité présente des valeurs proches de celles du national en 2020.

Le taux de prématurité se stabilise en métropole en 2021 après avoir baissé de 0,17 point de 2018 à 2020 pour les naissances vivantes : 6,7% des enfants nés vivants naissent prématurément en 2021 en France métropolitaine. En France, la prématurité concerne plus d'une grossesse multiple sur deux.

S'agissant des grossesses uniques, **le Grand Est présente le taux de prématurité le plus élevé en 2021** parmi les régions de France métropolitaine avec 5,8 (vs 5,2 pour la métropole).

Or la prématurité peut être à l'origine de complications chez l'enfant, faisant nécessiter une prise en charge dans un établissement adapté à l'âge gestationnel afin de réduire les impacts. La diminution des « **outborn** » (*naissance d'un nouveau-né prématuré au sein d'une maternité de niveau inadéquat, définie dans le cadre de la gradation des soins en périnatalité*) est donc un indicateur à suivre concernant la santé des nouveau-nés.

Par ailleurs, la prématurité constitue un facteur de risque important de survenue de **troubles du neuro développement**.

Femmes en ante et post-partum

La dernière enquête nationale sur les **morts maternelles (ENCMM)** publiée en 2021, sur des données de 2013-2015, met en évidence :

- 10,8 décès maternels pour 100 000 naissances (262 décès survenus entre 2013 et 2015, jusqu'à un an après l'accouchement) ;
- Des décès probablement ou possiblement évitables dans 57,8% des cas et des soins considérés comme étant non optimaux dans 2/3 des cas ;
- Les deux principales causes de mortalité qui sont les **pathologies cardiovasculaires et les suicides**, avec la nécessité de mieux prendre en compte ces éléments dans la prise en charge et le suivi des femmes ;
- Un risque de décès maternel augmentant à partir de 30 ans chez les femmes ;
- Une mortalité plus élevée chez les femmes migrantes par rapport aux femmes nées en France.

Des comparaisons régionales ont été effectuées sur les naissances vivantes, dans le cadre de l'ENP 2021. Des différences statistiquement significatives ont été retrouvées pour la région Grand Est par rapport à la métropole, faisant apparaître une marge de progression concernant certains indicateurs :

- Femmes en situation d'**obésité** : 16,9% en Grand Est (*contre 14,4% en métropole*) ;
- Réalisation d'un **entretien prénatal précoce (EPP)** : 33% en Grand Est (*contre 36,5% en métropole*) ;
- **Allaitement maternel exclusif ou mixte** à la sortie de maternité : 66,2% en Grand Est (*contre 69,7% en métropole*).

Concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG), en 2020, 14 182 IVG ont été réalisées auprès de patientes résidant en région Grand Est (*contre 15 012 IVG en 2019 soit une baisse de 5,5%, suivant la tendance nationale*). 12% de ces IVG ont eu lieu hors d'un établissement de santé (*contre 29% en France métropolitaine*) selon la méthode médicamenteuse (*+6 points par rapport à 2017, suivant la tendance nationale*). Les IVG médicamenteuses en ville se sont particulièrement développées en Champagne-Ardenne (*1 IVG sur 4 de patientes ardennaises et 1 IVG sur 5 de patientes marnaises sont réalisées hors établissement*).

Les patientes mineures représentent 3% des femmes résidant dans le Grand Est ayant recours à l'IVG en 2020 (*contre 4.4 % en 2016*). Ce chiffre est à la baisse en France métropolitaine comme sur chacun des territoires du Grand Est.

La contraception constitue également un enjeu majeur de santé publique périnatale, notamment en termes de prévention des grossesses non désirées.

État des lieux de l'offre

Ces dernières années ont été marquées par des tensions grandissantes en matière de **ressources humaines en santé**, avec des inégalités territoriales quant à la densité des praticiens intervenant en périnatalité, aux niveaux libéral et hospitalier.

En effet, si le nombre de sage-femmes libérales a augmenté entre 2017 et 2022 dans tous les départements du Grand Est, la tendance inverse est observée pour les médecins généralistes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens libéraux, dont le nombre est globalement en baisse sur la région, à l'instar du niveau national.

Au 31/12/2022, la répartition territoriale des **40 maternités du Grand Est** était la suivante :

- **Type 1**, équipées uniquement d'une unité d'obstétrique (**16 dans la région**) ;
- **Type 2** : type **2a** avec un service de néonatalogie (**9 en Grand Est**) ou de type **2b** avec un service de soins intensifs néonataux (**10 en Grand Est**) ;
- **Type 3** : unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale (**5 dans la région**).

En 2022, au sein de la région, 1,4% des femmes âgées de 15 à 49 ans habitent à plus de 45 minutes d'une maternité ; soit légèrement en dessous de la moyenne nationale.

14 centres périnataux de proximité (CPP) viennent compléter cette offre.

L'activité des CPP peut s'organiser autour de plusieurs axes : suivi des grossesses et du post-partum ; gynécologie hors périnatalité ; pédiatrie ; éducation et prévention. L'articulation entre CPP et maternité permet d'offrir un suivi de proximité, notamment durant toute la grossesse, et d'orienter, le cas échéant, les patientes vers les structures les plus adaptées aux besoins de la mère et de l'enfant. Ces nouvelles offres contribuent également au développement des liens ville-hôpital.

2 maisons de naissance sont également présentes sur le territoire.

Il s'agit de structures sanitaires au sein desquelles des sage-femmes assurent l'accouchement des femmes dont elles ont suivi la grossesse. Les maisons de naissance s'inscrivent dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins. Elles sont contiguës à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elles concluent une convention prévoyant, notamment, les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité. Elles mènent de plus, des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes.

En périnatalité, l'**hospitalisation à domicile (HAD)** est l'une des modalités possibles de prise en charge qui s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée de la patiente et du nouveau-né, notamment en cas de sorties précoces. Elle peut être une alternative permettant de répondre aux souhaits de la patiente de se rapprocher rapidement de son lieu d'habitation. La sortie est organisée dans le cadre du réseau avec les relais existants et en fonction de chaque situation individuelle. Cet outil peut également être acteur de la prise en charge de la future mère en amont de l'accouchement en cas de pathologie ou de besoin de surveillance.

À noter : un établissement de la ZI 10 expérimente par ailleurs le dispositif d'équipe mobile de soins de néonatalogie à domicile.

Enfin, **les hôtels hospitaliers** permettent de répondre à l'exigence d'accès aux soins. En réponse à la distance parcourue, les femmes enceintes habitant à plus de 45 minutes de route d'une maternité peuvent bénéficier d'un hébergement non médicalisé de cinq nuitées consécutives précédant la date prévisionnelle de leur accouchement. En cas de grossesse à risque, cette prestation peut être proposée à tout moment et rallongée, sur avis médical. Cette disposition s'appuie dorénavant sur un décret daté du 14 avril 2022 et l'expérimentation des hôtels hospitaliers.

Par ailleurs, la stratégie de lutte contre l'endométriose est à ce jour centrée autour des 3 centres recours des 3 CHU de la région Grand Est. Cette maladie gynécologique inflammatoire chronique touchant 1 femme sur 10 pour lesquelles le délai d'errance diagnostique évalué à 7 ans selon l'INSERM, fera l'objet d'une structuration régionale dans le cadre du plan interministériel 2023-2027 pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Synthèse des constats et enjeux

La diversité et le maillage territorial de l'offre sont à l'origine d'un travail en réseau permettant une prise en charge adaptée au choix des patientes et au niveau de risque évalué. L'état des lieux et les échanges avec les partenaires ont permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- Des parcours patientes devant être adaptés en fonction :
 - Des choix des patientes qu'il s'agisse des modalités de suivi de grossesse et du post-partum, du lieu d'accouchement, de la méthode d'IVG ou de la contraception ;
 - Des facteurs de risque présents (*liées à une pathologie ou à une situation de vulnérabilité*) ;
 - Des spécificités territoriales en termes de géographie et de ressources.
- Un maintien de la qualité et de la sécurité des soins à garantir sur toute la région, en lien avec les questions relatives :
 - À la démographie des professionnels de santé (*professionnels médicaux et non médicaux intervenant dans le champ de la périnatalité*) et la nécessité de continuité des soins ;
 - Au maintien des compétences et à l'amélioration des pratiques professionnelles ;
 - Aux transferts materno-fœtal, néonatal ou pour rapprochement parent-bébé ;
 - Aux réflexions à mener avec les acteurs de terrain concernant l'adaptation des organisations territoriales pour faire face à ces différents enjeux.
- **Une prise en charge globale et coordonnée** nécessaire, centrée sur les besoins des enfants et des familles (*chantier national des « 1000 premiers jours »*) avec les enjeux de prévention, d'accompagnement et de soutien à la parentalité, de « zéro séparation », de repérage et de prise en charge pluridisciplinaire des situations à risque chez la mère ou l'enfant, via une articulation entre les acteurs de différents champs : sanitaire, médico-social, social et éducatif, des CPTS, DAC (*Dispositif d'appui à la coordination*), DSR (*Dispositif spécifique régional*), de la triade ville-Hôpital-PMI, acteurs de la prévention et de la protection de l'enfance.

126

Une réflexion devra être menée concernant le nombre de maternités du niveau 3 dans la région : on en compte deux par zone de recours sauf pour la zone de recours Centre, où l'on constate par contre un taux d'out-born³⁷ de 17,6% en 2022 (*contre 5,3% dans les ante-régions de Champagne Ardenne et 7,3% en Alsace*). Ce seul indicateur est cependant insuffisant pour caractériser totalement les besoins et ne permet pas d'apprécier la capacité de mettre en œuvre une telle activité, dans un contexte marqué par des tensions majeures sur les ressources humaines médicales.

L'offre devra donc être organisée en parfaite coordination entre les établissements assurant l'activité de recours. C'est dans ce cadre que seront analysées les demandes d'autorisation sur les implantations relevant de ce niveau.

³⁷ Nouveau-né « out-born » est un enfant né vivant et prématuré dans une maternité d'un niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risques observés.

PSYCHIATRIE

L'activité de psychiatrie comprend des actions à visée préventive, diagnostique, thérapeutique et de réadaptation.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de psychiatrie, elle intègre la prise en charge des adultes, des enfants et adolescents, la prise en charge des soins sans consentement et la prise en charge des soins psychiatriques en périnatalité. Les titulaires des autorisations doivent offrir les 3 modalités décrites dans le décret relatif aux conditions d'implantation (soins à temps complet, soins à temps partiel et soins ambulatoires), le cas échéant par convention avec un autre établissement. La prise en charge des soins psychiatriques des personnes en situation de précarité, souffrant de problématique d'addiction, sous sous main de justice, la prise en charge psychiatrique des personnes âgées et la prise en charge spécialisée des urgences psychiatriques doivent également être organisées. Les titulaires des autorisations exercent leur activité en cohérence avec les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

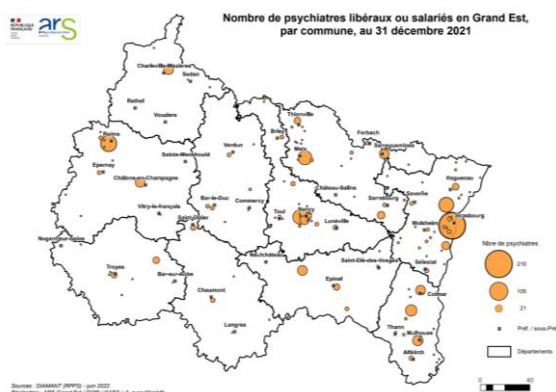
Le cas échéant, un conventionnement adapté permet de garantir la mise en œuvre des 3 modalités de prise en charge, le développement des coopérations notamment entre les acteurs sectorisés et non sectorisés.

1. État des lieux de l'activité

Ainsi que cela était présenté dans le précédent schéma régional de santé, les taux d'équipement en lits et places de psychiatrie pour la région Grand Est sont inférieurs à la moyenne nationale (133/100 000 habitants en 2020, source DREES) avec des disparités départementales pouvant être importantes : la Haute-Marne et la Meuse présentent quant à elles, des taux d'équipements supérieurs à cette moyenne nationale.

Aussi, et malgré le virage ambulatoire important pris depuis une vingtaine d'années, le capacitaire en lits est régulièrement tendu, malgré le développement d'une offre privée complémentaire pour laquelle certaines autorisations restent à mettre en œuvre.

Cette activité est également marquée par de fortes tensions en termes de démographie médicale.



Au niveau national, la psychiatrie est une discipline particulièrement sensible, en termes de démographie médicale. En Grand Est, à noter des difficultés prégnantes sur certains territoires (Meuse, Haute-Marne, Vosges, Aube et des bassins de vie comme le Nord de la Meurthe-et-Moselle).

Cette problématique est d'autant plus préoccupante que la démographie médicale est particulièrement défavorable dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dont l'offre de soins est la moins développée. Certains territoires ne disposent pas ou peu de lits d'hospitalisation. Ainsi, les départements de l'Aube, de la Marne, du Haut-Rhin et des Vosges ont un ratio inférieur à 10 lits pour 100 000 habitants alors qu'il est en moyenne de près de 18 lits au niveau de la région Grand Est.

Au-delà de la prise en charge strictement sanitaire voire hospitalière, les filières en termes de réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques, à considérer comme des priorités de santé, ont fait l'objet d'une structuration en 3 niveaux.

L'objectif cible est de permettre un accès à des prises en charge de réhabilitation psychosociale sur tout le territoire.

Actuellement, la réhabilitation psychosociale dans la région est structurée selon les 3 niveaux :

- Les centres supports de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive ;
 - 3 centres universitaires supports (*Centre Universitaire de Remédiation cognitive et rétablissement [CURE]*) répartis sur les territoires ante-régionaux, Champagne-Ardennes (51), Lorraine (54) et Alsace (67) ;
- Les centres de proximités labellisés de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive ;
 - 9 centres de réhabilitation psychosociale de proximité labellisés au regard de l'instruction du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, ProxiCure (08, 51, 54, 2 dans le 57, 2 dans le 67 et 2 dans le 68) dont 8 sont déployés fin 2022.
- L'activité de réhabilitation psychosociale au sein des structures de soins ayant recours à la remédiation cognitive ou d'autres pratiques allant dans le sens de rétablissement et d'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il conviendra de poursuivre ce déploiement par la mise en œuvre de centres de proximité de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive labellisés prioritairement dans les départements qui n'en sont pas pourvus comme dans l'Aube, la Haute-Marne, la Meuse et les Vosges.

Par ailleurs, les compétences de proximité en termes de réhabilitation psychosociale au sens large devront être développées.

Enfin, afin de dépasser la logique purement sanitaire et de promouvoir une approche en termes de santé mentale, associant tous les acteurs concernés, le choix a été fait de promouvoir les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et d'en faire le fondement de la politique régionale de santé mentale à l'échelle des territoires dans une logique d'offre de proximité sanitaire, médico-sociale et sociale et de coopérations entre ces champs.

L'ARS est garante notamment de l'association de l'ensemble des acteurs pour permettre l'élaboration de projets partagés et favorisant la coordination des parcours de soins. Cette vigilance et cet accompagnement s'articulent au niveau départemental par une collaboration étroite entre les coordonnateurs de PTSM et les délégations territoriales de l'ARS et au niveau régional auprès des pilotes du parcours de santé mentale.

Leur élaboration vise à mettre en place des parcours de santé et de vie coordonnés et s'est appuyée sur une forte implication des acteurs des différents champs de la santé mentale. Néanmoins, le niveau d'avancement de leur mise en œuvre dans les différents territoires est hétérogène.

Ainsi 9/10 PTSM sont arrêtés et 7/10 CTSM (*Contrats territoriaux en santé mentale*) sont signés et 8/10 coordonnateurs occupent leur fonction.

Les travaux de diagnostic et d'élaboration de la feuille de route des PTSM ont permis de fédérer les acteurs des différents champs de la santé mentale.

Dans le cadre du fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie, de nombreux projets sont proposés mais encore trop peu centrés sur les dispositifs favorisant le parcours de vie coordonné.

2. Analyse du besoin

Les conséquences de la crise sanitaire encore très présentes

Les conséquences sur la santé mentale de la crise sanitaire COVID 19 ont été particulièrement marquées auprès des jeunes, dès le début de la crise sanitaire avec une augmentation des sollicitations en consultation, en urgence pédiatrique. Ce mal-être s'est traduit par :

- une augmentation continue de passage aux urgences pour des gestes suicidaires qui se poursuit en 2022 ;
- une augmentation des idées suicidaires.

Les professionnels mettent en avant la nécessité de développer des lits de crise, mais surtout une activité ambulatoire, sachant que les délais d'attente pour une prise en charge hors urgence oscillent entre 6 à 8 mois, parfois plus.

Le besoin de développement de prises en charge auprès des jeunes suivis dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) a également été mis en évidence, car les risques de ruptures de parcours pour ces jeunes sont particulièrement prégnants. Aussi, il conviendra de porter une attention particulière à l'évaluation des projets récents mis en œuvre dans l'accompagnement des jeunes suivis dans le cadre de l'ASE. La stratégie des 1000 premiers jours a souligné la nécessité d'intervenir très précocement auprès des enfants et de leurs parents. La psychiatrie périnatale constitue un élément de cette stratégie.

Évolutions potentielles et leurs impacts sur la structuration de l'offre

Les travaux menés à des fins de structuration de la psychiatrie mettent en évidence une nouvelle manière d'appréhender l'organisation de l'offre. Cette évolution est particulièrement notable dans l'évolution du droit des autorisations dans le cadre duquel, on passe d'une logique de structure autorisée (*hospitalisation complète*,

hospitalisation de jour etc.) à une logique d'activité laissant la structuration opérationnelle de l'offre à la main acteurs de la psychiatrie.

Ainsi, de nouvelles activités sont identifiées et soumises en tant que telles à autorisation (*la psychiatrie périnatale et les soins sans consentement*).

La psychiatrie périnatale organise les soins conjoints parents-bébés en cours de grossesse, et en période périnatale, ainsi que les soins du couple dans le cadre d'un projet de conception. Ces soins ont pour objectif de permettre aux parents présentant des troubles psychiques, des conditions psycho-sociales, environnementales et/ou des antécédents psychiatriques les rendant vulnérables dans leur parentalité, ainsi qu'à leurs nouveau-nés et nourrissons, d'accéder à une prise en charge spécialisée des troubles parentaux et des difficultés interactives et développementales potentielles dans ce contexte. Si des dispositifs existent déjà dans ce champ, notamment sous forme d'équipes mobiles, cette nouvelle autorisation va imposer de travailler à un renforcement de cette activité et à structurer davantage cette prise en charge.

Les soins sans consentement relèvent également d'une autorisation d'activité de soins.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les principes élaborés en région afin de structurer la gradation des soins en termes de psychiatrie sont les suivants :

- Réduire les délais d'accès aux prises en charge programmées et renforcer l'accompagnement et le suivi des patients connus, ce qui permettra d'éviter la survenue de situation de crise ;
- Couvrir l'ensemble du territoire par une offre de secteur de psychiatrie pour les adultes et les enfants et permettre le cas échéant de prendre en charge les soins sans consentement ;
- Par ailleurs, au regard des recommandations en termes de prise en charge des mille premiers jours, il conviendra de permettre un accès aux soins de psychiatrie périnatale sur tout le territoire en développant des autorisations pour cette mention et en favorisant les coopérations et des équipes mobiles.

SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION (SMR)

Les soins médicaux et de réadaptation ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus.

Les principales évolutions introduites par les nouveaux textes, et impacts sur les schémas régionaux de santé et les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont de différents ordres et notamment le changement de dénomination de l'activité qui conduit à une définition plus précise des conditions de fonctionnement, la création d'une obligation, sauf dérogation, d'une prise en charge en hospitalisation à temps partiel et en hospitalisation à temps complet, l'organisation d'une gradation de l'offre de soins avec la création de nouvelles mentions et modalités aura un impact direct sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins, avec trois évolutions majeures :

- La création de la mention « polyvalent » ;
- La création de la modalité « pédiatrie » comprenant deux mentions ;
- La création de la modalité « cancer » comprenant deux mentions (oncologie et oncologie et hématologie).

1. État des lieux de l'activité et analyse du besoin

Les soins médicaux et de réadaptation vont être fortement impactés par l'augmentation du nombre de personnes âgées atteints de pathologies chroniques puisque la part des personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 30% entre 2022 et 2032.

131

Des taux d'équipement variables selon les territoires

Les taux d'équipements en lits et places de SSR adulte traduisent de grandes disparités entre les départements de la région. Le taux d'équipement de SSR polyvalent du département le mieux doté (*Haut-Rhin avec 17,7 pour 100 000 habitants de 18 ans et plus*) est presque le triple de celui du département le moins bien doté (*Meuse avec 6,1 pour 100 000*). Le taux d'équipement en région Grand Est est inférieur au taux d'équipement moyen en France, cette différence est liée à un taux d'équipement en SSR spécialisé moindre en région Grand Est.

En 2020, l'offre de SSR a été fortement impacté par la crise COVID mais depuis deux ans les tensions RH ont des répercussions importantes sur les capacités disponibles et l'offre de soin.

En 2021, le nombre de journées de SSR réalisées dans les établissements de la région était en moyenne inférieur de 15% par rapport à l'année 2019 versus 12% en moyenne au niveau national.

Au regard des nombreuses informations de fermeture de lits, transitoires ou durables, transmises par les établissements de SSR et des difficultés d'aval signalées par les établissements MCO, tout laisse à penser que cette tendance se poursuit en 2022.

Les territoires dont l'offre de soins de SSR est la plus impactée par une diminution du nombre de journées produites entre 2019 et 2021 sont les ZI 5 (-27%), ZI 6 (-26%) et ZI 9 (-24%), alors que les territoires les moins impactés sont les ZI 3 (-0,3%), ZI 11 (-5,3%) et ZI 1 (-11,3%).

Les deux territoires qui ont réussi à limiter leur baisse d'activité (ZI 3 et 11) sont des territoires qui malgré le contexte difficile ont réussi à développer l'hospitalisation à temps partiel.

Des taux de recours SSR inférieurs à la moyenne nationale pour la population de la région

Le taux d'équipement moindre en région Grand Est par rapport à la moyenne nationale et la baisse plus importante du nombre de journées produites entre 2019 et 2021 a pour conséquence que la population de la région présente un taux de recours aux soins médicaux et de réadaptation inférieur à la moyenne nationale.

En région Grand Est, ces taux de recours sont inférieurs à la moyenne française pour l'ensemble des catégories majeures de diagnostic en 2019 et 2020 en hospitalisation complète ; les taux de recours sont légèrement supérieurs à la moyenne française en hospitalisation à temps partiel sans que cela ne compense le déficit observé en hospitalisation complète.

Lorsque qu'il sera fait référence à des taux de recours en SSR dans la suite de ce document, ce sont essentiellement les taux de recours de l'année 2019 (*année de la meilleure offre de soins de SSR/production et consommation de journées/ en région Grand Est*) qui seront pris comme référence.

Cependant pour la catégorie majeure affection de l'appareil circulatoire, les taux de recours SSR dont nous disposons sont sous évalués puisqu'ils ne prennent pas en compte les ouvertures récentes (*en 2022*) de plusieurs nouvelles implantations de SSR spécialisés pour la prise en charge de ces affections.

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les principes d'organisation de l'offre de soins s'inscrivent dans une volonté d'amélioration de la couverture du territoire en soins médicaux de réadaptation en s'appuyant sur :

Garantir l'accès à une offre SMR polyvalente ou gériatrique sur tous les territoires et organiser les parcours pour permettre l'accès aux SMR spécialisés :

- Organiser la **gradation de l'offre de SMR** et le maillage territorial afin de garantir aux patients la juste accessibilité à une offre de réadaptation de proximité ou spécialisée ainsi que le recours à une expertise particulière pour des situations complexes.
- Prendre en compte **les données de vieillissement de la population** et l'augmentation importante du nombre de personnes atteintes de **pathologies chroniques et de poly pathologies** en augmentant le capacitaire de SMR de mention spécialisée gériatrique : des transformations de lits et places de SMR Polyvalent en SMR gériatrique sont donc souhaitables et se traduiront par des augmentations d'implantations de SMR gériatrique.

Amplifier le virage ambulatoire en s'appuyant sur la nouvelle législation ; la mise en œuvre de la réforme des autorisations des soins médicaux et de réadaptation (*SMR*) doit permettre d'amplifier le virage ambulatoire en s'appuyant sur l'obligation pour les titulaires d'une autorisation de proposer à la fois une prise en charge en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Pour le SMR polyvalent en particulier, il ne sera pas dérogé à l'obligation d'une prise en charge de SMR à temps partiel associée aux autorisations d'hospitalisation à temps

complet. La possibilité d'une activité en hospitalisation à temps partiel exclusive par contre, sous réserve de conventions, pour certaines mentions spécialisées sera possible. Une exception à cette règle pourra être envisagée pour la mention oncologie et hématologie de la modalité cancer au regard de la fragilité et fatigabilité des patients porteurs de ces pathologies, il faudra pouvoir proposer une hospitalisation à temps complet et une hospitalisation de jour voire uniquement envisager l'hospitalisation à temps complet sous réserve de conventions.

Veiller à la qualité et à la sécurité des prises en charges ; cet objectif se traduit dans des conditions techniques de fonctionnement d'un niveau plus élevé que pour les SSR jusqu'à présent, en particulier pour le SMR polyvalent. Cet impératif doit s'accompagner d'une réflexion sur les capacités installés, permettant de garantir la soutenabilité des organisations exigées. Cet élément fera l'objet d'une vigilance particulière dans le cadre de l'instruction des dossiers d'autorisations, en prenant en compte les spécificités territoriales.

Une réflexion avait été engagée sur du SMR post-aigu en amont des travaux sur le PRS ; si une telle activité ne relève pas d'une autorisation spécifique, ce sujet mérite de poursuivre la réflexion.

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Positionner les mentions « **pneumologie** » et « **système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition** » sur le périmètre géographique des zones d'implantation de référence et non plus sur le périmètre des zones de recours afin de permettre des possibilités d'autorisation d'activité en ciblant les territoires où la population ne bénéficie pas de cette offre de soins.

En effet sur les territoires ne disposant pas de la mention spécialisée correspondante, les taux de recours standardisés en SSR en 2019 pour les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles sont inférieurs de 30, 40 et même de 53% en ZI 3 par rapport à la moyenne nationale.

De même les taux de recours SSR pour les affections de l'appareil respiratoire sont très variables et fortement liés à l'existence d'un établissement spécialisé dans cette mention.

Il est donc donnée la possibilité de créer une implantation d'un SMR pneumologie sur les ZI 5 et 8 et d'un SMR digestif métabolique diabétologie et nutrition sur les ZI 1,3,5,7.

La modalité cancer comprend deux mentions. Afin de faciliter l'accès des patients atteints d'un cancer à la réadaptation à chaque étape de leur parcours, **la mention oncologie** est positionnée au niveaux des **zones d'implantation de référence**. La mention oncologie et hématologie restera par contre positionnée au niveau des zones de recours comme c'est le cas actuellement.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

L'activité de médecine nucléaire consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique ou thérapeutique, d'un médicament radiopharmaceutique ou d'un dispositif médical implantable actif, en sources non scellées, émetteur de rayonnements ionisants, administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à Tomographie d'émission mono photonique (*TEMP*) ou à Tomographie par émission de positons (*TEP*), intégrant le cas échéant d'autres systèmes d'imagerie.

La réforme introduit une gradation de l'activité de soins de médecine nucléaire :

« **1° Mention « A »**, lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;

« **2° Mention « B »**, lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés au 1°, les actes suivants :

a) Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert ;

b) Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;

c) Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration de dispositif médical implantable actif

d) Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique.

L'activité de soins de médecine nucléaire ne comprend pas la radiothérapie, ni la curiethérapie, lesquelles sont incluses dans l'autorisation de traitement du cancer.

L'autorisation de médecine nucléaire est accordée par site géographique, il est possible d'avoir plusieurs plateaux et par conséquent plusieurs promoteurs sur un même site géographique. Les GCS (*groupement de coopération sanitaire*) de moyen et SCM (*société civile de moyen*) et les GIE (*groupement d'intérêt économique*) ne peuvent en revanche pas porter l'autorisation d'activité de soins de radiologie interventionnelle.

1. État des lieux de l'activité

Organisation de l'offre

La médecine nucléaire intervient particulièrement dans le diagnostic du cancer, dans son suivi et son traitement mais également dans le diagnostic des pathologies cardiaques.

Pour sa mise œuvre, des ressources en médecins spécialistes en médecine nucléaire, en Manipulateurs en électroradiologie médicale (*MERM*), en radio-physiciens et en radio-pharmaciens sont nécessaires ; ces 4 types de ressources sont sous tension.

Début 2023, le taux d'équipement matériel lourd autorisé en TEP est de 4,14 TEP par million d'habitants en Grand Est, versus 3,76 TEP par million d'habitants en France. L'ensemble des zones d'implantations de référence (ZI) dispose d'un accès à un TEP exceptées les ZI 1 et 11, pour lesquelles l'équipement matériel lourd n'a pas encore été installé et les ZI 4 et 5 pour lesquelles il n'y a pas de TEP autorisé. La ZI 5 ne dispose pas d'équipe de médecine nucléaire. De plus, il existe 2 plateaux qui ne disposent sur site que d'un TEP et pas de TEMP.

Début 2023, le taux d'équipement matériel lourd autorisé et installé en TEMP est de 7,75 TEMP par million d'habitants en Grand Est, versus 7,50 en France. L'ensemble des ZI dispose d'un accès à un TEMP excepté la ZI 5 pour laquelle il n'y a pas d'équipe de médecine nucléaire.

À noter que la région Grand Est dispose d'un TEP/IRM.

Le nouveau régime d'autorisation d'activité de soins en médecine nucléaire repose sur un plateau socle de 3 équipements matériels lourds (*TEP et/ou TEMP*) avec un accès par convention à l'équipement matériel lourd manquant, le maximum potentiel d'équipement matériel lourd étant de 9 par plateau. L'acquisition d'un équipement matériel lourd supplémentaire et/ou complémentaire sur un site autorisé pour la médecine nucléaire, sera soumise à une simple déclaration à l'ARS jusqu'à 3 équipements matériels lourds. Au-delà cela devra être justifié soit par une activité spécifique, une exploitation saturée du plateau en place (*volume d'actes*) ou une situation territoriale particulière.

Évolutions potentielles et leurs impacts sur la structuration de l'offre

135

Le recours à la radiothérapie interne vectorisée est une technique innovante néanmoins elle est très chronophage et mobilise beaucoup de ressources ; il est encore nécessaire d'en apprécier les modalités opérationnelles de développement.

C'est pourquoi la pratique de la radiothérapie interne vectorisée se fera dans un premier temps par les centres qui réalisent déjà cette activité en région et des travaux seront menés avec l'ensemble des acteurs de la filière (*médecin nucléaire, oncologue, radiophysicien, etc.*) sur les besoins et l'offre à organiser pour assurer l'accès à cette modalité de prise en charge.

Actuellement 3 établissements réalisent cette activité, un par zone de recours.

À noter que les traitements dans le cadre du cancer relèvent de la mention B, pour laquelle le titulaire de l'autorisation doit disposer d'une Pharmacie à usage intérieur (*PUI*) autorisée à assurer la préparation des médicaments radiopharmaceutiques (*D. 6124-186 du CSP*). Les structures libérales sans autorisation de PUI et les établissements non autorisés pour cette activité à risque de préparation de médicaments radiopharmaceutiques ne peuvent prétendre à une autorisation de médecine nucléaire pour la mention B.

Les équipements matériels lourds supplémentaires, en lien avec la création de plateaux socles de 3 équipements matériels lourds peuvent générer jusqu'à 16 équipements matériels lourds supplémentaires, ce qui entrainera des besoins en Manipulateurs en électroradiologie médicale (*MERM*), profession déjà sous tension. Cette contrainte nationale et régionale sur cette profession a un impact sur le développement de l'activité.

2. Analyse du besoin

Approche par la notion d'accès aux soins

Le maillage est assuré selon les délais d'accès :

- 96% de la population du Grand Est a accès à un TEMP à moins de 60 minutes, 77% de la population a un accès à moins de 30 min ;
- 94% de la population du Grand Est a accès à un TEP à moins de 60 minutes, 68% de la population a un accès à moins de 30 min.

Avec la réforme et la possibilité de plateau d'équipement matériel lourd composé de TEMP et TEP, à terme 96% de la population devrait avoir accès à un plateau de médecine nucléaire à moins de 60 min, 77% de la population à moins de 30 minutes.

Taux de recours et taux de fuite (*données 2021*)

Le taux de recours brut en médecine nucléaire, toutes activités confondues est assez homogène avec un taux plus élevé sur la ZI 4, et plus faible sur la ZI 3 et des taux de recours des ZI 1,2,3,6, 10 et 11 inférieurs au taux de recours moyen régional.

Des taux de fuite importants sur les ZI 1 et 11 s'expliquent par des TEP autorisés non encore installés et l'absence de TEP autorisé sur la ZI 4 et de plateau de médecine nucléaire sur la ZI 5.

De plus une offre de soins en mention B n'est pas disponible sur toutes les ZI.

L'activité spécifique Mention B

Taux de recours homogène bien qu'il n'y ait pas d'offre pour cette activité sur l'ensemble des ZI, avec toutefois un taux de recours légèrement supérieur sur la ZI 7.

Il n'y a pas d'activité thérapeutique du cancer (*mention B*) sur les ZI 1,3,4,6, 8 et 12. Seules les ZI 2,7,10 et 11 réalisaient une activité selon les critères en mention B en 2021.

Activité spécifique de scintigraphie cardiaque

On observe un taux de recours très important sur la ZI 12, plus du double de la moyenne régionale. Une étude est en cours et un travail va être engagé avec le groupe d'experts.

À contrario, le taux de recours est très faible pour les ZI 3, 1 et 6 (*à 50% voire moins de la moyenne régionale*). Ce taux est également en dessous de la moyenne régionale (*qui est tirée vers le haut par la valeur haute de la ZI 12*) pour les ZI 2, 11 et 10.

À noter que les professionnels des ZI 2 et 10 ont fait remonter des délais importants concernant la prise en charge de patient pour des scintigraphies myocardiques, et de ce fait un renoncement des prescripteurs à demander ces examens notamment sur la ZI 10.

1 TEMP supplémentaire devrait être mise en œuvre dans la ZI 2 et également 1 TEMP sur la ZI 10 suite à la réforme des autorisations.

Délai de rendez-vous en TEMP et TEP (enquête 2022 réalisée par l'ARS GE)

TEMP Départements	Structures répondantes examens hors cancérologie	En jours Moyenne du délai d'accès hors cancérologie - TEP	Structures répondantes examens en cancérologie	En jours Moyenne du délai moyen d'accès en cancérologie - TEP
10 - Aube	0	0	1	15
51 - Marne	1	21	1	8
52 - Haute-Marne	1	14	1	7
54 - Meurthe-et-Moselle	2	30	2	13
57 - Moselle	3	13	3	11
67 - Bas-Rhin	3	31	3	12
68 - Haut-Rhin	1	42	1	15
88 - Vosges	1	21	1	10
Total	12	24	13	12

TEP Départements	Structures répondantes examens hors cancérologie	En jours Moyenne du délai moyen d'accès hors cancérologie - TEP	Structures répondantes examens en cancérologie	En jours Moyenne du délai moyen d'accès en cancérologie - TEP
10 - Aube	1	21	1	21
51 - Marne	1	8	1	8
52 - Haute-Marne	0	0	0	0
54 - Meurthe-et-Moselle	2	14	2	13
57 - Moselle	3	13	2	16
67 - Bas-Rhin	5	7	5	7
68 - Haut-Rhin	1	3	1	21
88 - Vosges	2	12	1	8
Total	15	11	13	12

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Selon les données d'activité de 2021, peu de structures réalisent des actes qui seraient classés en mention B, et dans de nombreux cas, les volumes sont très faibles.

C'est pourquoi l'organisation de l'offre pour les plateaux mention B est planifiée à l'échelle des zones de recours.

UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les USLD sont des structures sanitaires définies comme :

- Des unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver la perte d'autonomie ;
- Ces situations demandent un suivi médical rapproché, des actes médicaux, une permanence médicale, une présence infirmière continue et un accès à un plateau technique.

1. État des lieux de l'activité

A ce jour, l'offre en USLD pour le Grand Est est de 2 870 lits pour une population de 521 650 personnes âgées de plus de 75 ans. La majorité des unités sont des unités d'environ 30 lits.

138

La quasi-totalité des USLD a bénéficié d'une coupe Pathos-Agir en 2017-2019.

Outre l'augmentation en âge de la population du Grand Est sur les années à venir qui va s'accélérer et de facto l'augmentation des personnes dépendantes, poly-pathologiques, fragiles, l'offre en unités de soins de longue durée (USLD) en Grand Est doit être mise en regard de plusieurs éléments contextuels :

Le capacitaire

Après une diminution importante du nombre de lits d'USLD entre 2006 et 2010 (*pour partie convertis en places d'EHPAD*), l'offre s'est stabilisée depuis 2010 sur la région Grand Est.

Les taux d'équipement

Au niveau national : sur la base des données de la DREES et de l'INSEE (2022), pour 4 029 116 personnes âgées de plus de 75 ans, l'offre est de 30 580 places d'USLD, ce qui correspond à un taux d'équipement de 75 places pour 10 000 personnes âgées.

Au niveau régional : moyenne régionale de 55 lits pour 10 000 personnes âgées de plus de 75 ans ; avec un taux d'équipement à 77 la ZI 7 est la seule à dépasser la moyenne nationale, suivie de la ZI 10 et de la ZI 12. Les ZI 6 et 8 présentent les taux d'équipement les plus bas de la région (<45).

Si les taux d'équipement USLD sont mis en regard du taux d'équipement EHPAD, autrement dit approcher le taux de lits d'aval, en particulier en sortie d'hospitalisation, ZI 1, 6, 9, 10 et 12 ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale (*1 010 places pour 10 000 PA de 75 ans et plus*), les autres territoires, sont au-delà de la moyenne régionale.

Les ZI 1, 6 et 9 ont des taux d'équipement inférieurs à la moyenne régionale tant sur les EHPAD que sur les USLD.

En termes d'organisation d'une offre de qualité, de sécurité et de pertinence des soins, une mission IGAS est en cours en 2023 faisant suite à celle de 2016. Aussi, il est proposé d'attendre ses conclusions pour faire évoluer largement l'organisation.

2. Analyse du besoin

Deux éléments sont à prendre en considération : le vieillissement de la population va s'accompagner d'une augmentation de la perte d'autonomie, en particulier de la perte d'autonomie psychique. Cette dernière va complexifier le virage domiciliaire, ces patients ont besoin d'un accompagnement de tous les instants, épuisant leurs aidants qui très souvent décèdent avant les aidés.

Le ratio aidant/aidés est défavorable, plus de personnes à aider que de personnes qui peuvent aider.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

L'implantation des USLD doit assurer un maillage permettant aux USLD de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière en respectant le souci de proximité afin que les familles et les proches puissent avoir accès à ces structures dans un délai de transport raisonnable (*art 48 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007*). Un objectif d'articulation autour d'unités de 30 lits *a minima* par filière gériatrique est souhaitable afin de garantir une taille critique minimale.

GREFFE D'ORGANES ET DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES (CSH)

En vertu de l'article D.6121-11 du code de la santé publique, l'activité de soins de greffe d'organes et de cellules souches hématopoïétiques (CSH) relevait du Schéma interrégional de l'offre de soins (SIOS). Cet article (*modifié par décret n°2022-21 du 10 janvier 2022*) précise :

« Font l'objet du schéma interrégional de santé prévu à l'article R.1434-10 les activités de soins suivantes :

1. Chirurgie cardiaque ;
2. Neurochirurgie ;
3. (abrogé) ;
4. Traitement des grands brûlés ;
5. Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ».

Le tableau ci-dessous présentent les implantations prévues au SIOS 2018 ainsi que celles qui sont autorisées à date au niveau de l'« interrégion ».

Activités de soins		Grand Est	Bourgogne Franche Comté	SIOS 2018
Rein	Adulte	3	2	5
	Enfant	2	0	2
Rein-pancréas	Adulte	0	0	2
Pancréas	Adulte	0	0	
Foie	Adulte	1	1	2
	Enfant	0	0	1
Cœur	Adulte	2	1	3
Poumon	Adulte	1	0	1
Cœur-Poumon	Adulte	1	0	2
CSH	Adulte	2	1	3
	Enfant	2	0	2

Cet article a été abrogé par décret du 26 avril 2022. Ces activités de soins relèvent désormais d'une planification au niveau régional.

L'article L.1234-3-1 du code de santé publique indique que le schéma régional ou interrégional de santé est arrêté par l'autorité compétente après avis de l'Agence de la biomédecine lorsqu'il concerne l'activité de greffes d'organes.

1. État des lieux de l'activité

Autorisations au niveau de l'interrégion Est de greffe d'organes et de CSH, au 31/12/2022³⁸

Les évolutions suivantes sont notées au niveau de l'inter région Est pour la greffe d'organes :

- greffe cœur poumon : 1 centre autorisé au lieu de 2 (*caducité pour fin 2014 pour 1 établissement*) ;
- greffe pancréas : il n'y a plus d'établissement titulaire de cette autorisation (*caducité en 2019 pour un établissement, en 2021 pour l'autre*) ;
- greffe rein-pancréas : il n'y a plus d'établissement titulaire de cette autorisation ;
- greffe foie enfant : il n'y a plus d'établissement titulaire de cette autorisation.

Autorisations en Grand Est de prélèvement

Autorisations en Grand Est de prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques

Dix établissements de santé disposent d'une autorisation de prélèvement de tissus à cœur arrêté, de prélèvement multi-organes (PMO) et de tissus lors d'un PMO à cœur battant.

Dix établissements de santé ont une autorisation de prélèvement de tissus à cœur arrêté.

Trois établissements de santé sont autorisés au prélèvement d'organe sur personne vivante.

Autorisations en Grand Est de prélèvement de CSH

Les établissements disposant d'une autorisation de prélèvement de CSH³⁹ sont au nombre de :

- 2 pour celui sur moelle osseuse (*allogéniques, autologues*) ;
- 3 pour celui sur sang périphérique (*allogéniques*) ;
- 4 pour celui sur sang périphérique (*autologues*) ;
- 4 pour celui sur sang placentaire.

Etablissements du Grand Est inscrits sur une liste d'établissements habilités

- à la greffe d'îlots de Langerhans : 1 établissement
- à l'utilisation des CAR T Cells dans les indications adultes et pédiatriques : 2 établissements.

³⁸ Source : ARHGOS, 2022 – SIOS 2018 : objectifs quantifiés en implantation 2018 du SIOS 2014-2018.

³⁹ Source ARGHOS

Activité en Grand Est de greffes d'organes

Activité		Rein	Pancréas	Foie	Cœur	Cœur-Poumon	Poumon	Total
2019	GE	265	0	79	24	3	48	419
	F	3643	84	1356	425	9	384	5901
	GE/F	7.3%	-	5.8%	5.6%	-0,33	12.5%	7.1%
2020	GE	184	0	75	21	2	31	313
	F	2595	34	1128	370	8	283	4421
	GE/F	7.1%	-	6.6%	5.7%	-0,25	0,11	7.1%
2021	GE	263	0	84	21	1	39	408
	F	3252	67	1225	409	6	316	5276
	GE/F	8.1%	-	6.9%	5.1%	(16.7%)	12.3%	7.7%
2022*	GE	270	0	81	18	0	33	402
	F	3376	70	1294	411	8	334	5490
	GE/F	0,08	-	6.3%	4.4%	-	9.9%	7.3%

Source : ABM - GE : Grand Est – F : France – Cœur-poumon : données en % à titre indicatif au regard des effectifs.

La crise sanitaire a impacté l'activité de greffe en 2020 où 313 greffes ont été réalisées en Grand Est, soit une baisse de 25,3% par rapport à celle de 2019.

En 2021, l'activité de greffe réalisée en région représente 7,7% du niveau national, ce taux est supérieur pour la greffe de rein, de poumon et inférieur pour la greffe de foie et de cœur.

L'évolution de 2021 à 2022 de l'activité de greffe en Grand Est, est à la baisse de 1,7% alors qu'elle est en augmentation au niveau national de 4%. Les données par greffe d'organe sont les suivantes (source : ABM) :

Evolution 2021/2022	Niveau régional	Niveau national
Greffe rénale	0,023	0,037
- dont donneur vivant	-0,021	0,018
Greffe hépatique	-0,036	0,057
- dont donneur vivant	-	0,105
Greffe cardiaque	-0,143	0,005
Greffe pulmonaire	-0,077	0,057
Greffe pancréatique	-	0,044
Total	-0,017	0,04

Il n'y a pas de greffe hépatique à partir d'un donneur vivant en Grand Est.

À noter, le plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus 2022-2026 prévoit des objectifs quantifiés en nombre de greffes sous la forme d'un « couloir de croissance » pour la période couverte par celui-ci. Les attendus en nombre de greffes d'organes sont au niveau :

National

- fin 2022 : 5139 – 5550 ;
- au terme du plan : 6760 – 8528.

Grand Est

- fin 2022 : 398 – 429 ;
- au terme du plan : 523 – 660.

Greffe rénale à partir d'un donneur vivant

Le SIOS 2014-2018 inscrit comme action : d'« augmenter les greffes à partir de donneur vivant : atteindre 20% de l'activité et au moins 20 greffes/an à Nancy et à Strasbourg et 8 pour les trois autres régions de l'interrégion Est ».

En 2022 et 2021, ont été réalisées en Grand Est, 47 greffes rénales pour chaque année à partir de donneurs vivants (513 et 502 au niveau national), soit moins de 20% de l'activité de greffe rénale régionale. En termes de nombre de greffes réalisé par centre, en 2022, l'objectif de 8 est atteint par 2 établissements sur les 3.

Quant aux attendus du plan ministériel pour la greffe rénale réalisée à partir d'un donneur vivant, ils sont de 20% de greffes rénales réalisées à partir d'un donneur vivant et pour le Grand Est d'ici fin 2022 : 49-52 et au terme du plan : 60-80.

Recensement, prélèvement des patients en état de mort encéphalique

Patients en état de mort encéphalique (EME)						
		Recensement		Prélèvement		Taux d'opposition
		Nbre	/Mhab	Nbre	/Mhab	
2019	GE	263	46,9	113	20,1	32,3%
	F	3471	51,4	1729	25,6	30,5%
2020	GE	231	41,1	96	17,1	31,6%
	F	2942	43,4	1355	20	33,0%
2021	GE	234	41,6	100	17,8	39,7%
	F	2812	41,3	1392	20,4	33,7%
2022	GE	264	46,9	115	20,4	32,2%
	F	2986	43,7	1459	21,3	33,0%

Source : ABM - GE : Grand Est – F : France - /Mhab : ratio du nombre de recensements ou prélèvements par million d'habitants.

À noter, en 2020, dès le début de l'épidémie COVID-19, que la plupart des personnels médicaux et paramédicaux des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT) ont été redéployés et/ou confinés. Une astreinte téléphonique a été maintenue sur la plupart des sites. Lors de la deuxième vague, les CHPOT étaient en place, seuls quelques temps partiels avaient été redéployés.

En 2021, en Grand Est, le ratio du nombre de recensements par million d'habitants est supérieur à celui observé au niveau national ce qui place la région au 10ème rang (sur 16) alors que celui relatif au prélèvement est inférieur à la moyenne nationale (région au 13ème rang sur 16). Le taux d'opposition quant à lui est supérieur à la moyenne nationale.

Recensement, prélèvement patients M3

Patients M3		Recensement	Prélèvement
		Nbre	Nbre
2019	Grand Est	30	16
	France	393	177
2020	Grand Est	27	4
	France	425	151
2021	Grand Est	41	15
	France	559	217
2022	Grand Est	48	15
	France	612	235

Source : ABM

Allogreffe de CSH

Etablissements autorisés pour l'allogreffe de CSH	2019		2020		2021	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Total	90	27	99	29	107	28

Source : base ProMISe, données ABM

Sur les 28 enfants pris en charge en 2021, 25 (89.3%) sont domiciliés en Grand Est, 3 sont originaires de Bourgogne Franche Comté. En termes d'activité d'allogreffe de CSH, le SIOS 2014-2018 fixait notamment comme objectif pour :

- les enfants, de recentrer et restructurer sur les 2 centres, l'activité d'allogreffe de CSH pédiatrique qui se réalisait sur 3 centres jusqu'en 2012, pour les patients de l'inter région ;
- les adultes, d'atteindre un accès à la greffe de 60 patients par an et par centre au sein de l'inter région.

2. Analyse du besoin

Greffe d'organes

Inscriptions et greffes pour les patients du Grand Est entre le 1.01.2022 et le 1.01.2023

Patients greffés	Eq dans RA	Eq hors RA	Total besoin : Res dans RA (3 = 1 + 2)	Eq dans RA Res dans RA / Total « besoin » : 1/3 (4)
	Res dans RA (1)	Res dans RA (2)		
Cœur	18	12	30	60%
Cœur-poumon	0	1	1	0%
Foie	80	27	107	74.8%
Intestin				
Pancréas	0	5	5	0%
Poumon	32	3	35	91.4%
Rein	250	20	270	92.6%
Total	380	68	448	84.8%

1 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région 2 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe hors de la région 3 : total des besoins de la région : nombre de patients résidant dans la région quelle que soit la région d'inscription ou de greffe 4 : ratio du nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région sur le total des besoins de la région.

Pour les prises en charge hors région, elles sont représentées pour la greffe :

- Cœur : IDF pour les 12 (100%), Ardennes, Aube, Marne ;
- Foie : IDF 23, BFC 4 ;
- Pancréas : ARA 4, IDF 1 ;
- Poumon : IDF 3 ;
- Rein : ARA (8), BFC (6), IDF (6).

Nouveaux patients inscrits	Eq dans RA Res dans RA (1)	Eq hors RA Res dans RA (2)	Total besoin : Res dans RA (3 = 1 + 2)	Eq dans RA Res dans RA /Total « besoin » : 1/3 (4)
Cœur	29	16	45	64%
Cœur-poumon	0	1	1	0%
Foie	118	40	158	75%
Intestin	0	1	1	0%
Pancréas	0	8	8	0%
Poumon	40	4	44	91%
Rein	338	34	372	91%
Total	525	104	629	84%

1 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région

2 : nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe hors de la région

3 : total des besoins de la région : nombre de patients résidant dans la région quelle que soit la région d'inscription ou de greffe

4 : ratio du nombre de patients résidant dans la région et inscrits ou greffés dans une équipe de la région sur le total des besoins de la région
Nouveaux inscrits : inscriptions médicales entre le 1.01.2022 et le 1.01.2023 (date non comprise).

Inscriptions et greffes par million d'habitants en Grand Est et en France en 2021

Reins			
Données 2021	GE	France	
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	111,1	131,5	
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	80	78,9	
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	48,2	47,8	
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	7%	9%	

Foie			
Données 2021	GE	France	
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	15,5	12,3	
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	23,6	24,4	
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	18,7	18	
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	25%	26%	

Cœur			
Données 2021	GE	France	
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	3	4,4	
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	7,3	7,4	
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	6	6	
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	29%	20%	

Poumons		
Données 2021	GE	France
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	4,3	2,3
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	5,5	5,2
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	7,1	4,6
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	19%	40%

Poumons		
Données 2021	GE	France
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	4,3	2,3
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	5,5	5,2
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	7,1	4,6
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	19%	40%

Pancréas		
Données 2021	GE	France
Patients en liste active au 1er janvier (pmh)	0,2	1,5
Nouveaux inscrits dans l'année (pmh)	0,7	1,4
Nombre de greffes dans l'année (pmh)	0,9	1
% inscrits hors région ou domiciliés et inscrits dans des régions différentes	100%	51%

Allogreffe de CSH

Lieu de prise en charge, quel qu'il soit :

Enfants

Sur les 27 enfants domiciliés en Grand Est ayant eu une allogreffe de CSH en 2021, 26 (96,3%) ont été pris en charge au niveau de cette région.

Adultes

En 2021, 142 patients adultes domiciliés en Grand Est, ont bénéficié d'une allogreffe de CSH dont :

- 20 (14,1%) domiciliés en Champagne-Ardenne, [18 (90%) pris en charge en Ile-de-France] ;
- 76 (53,5%) domiciliés en Lorraine, [72 (94,7%), pris en charge en Lorraine] ;
- 46 (32,4%) domiciliés en Alsace, [44 (95,7%) pris en charge en Alsace.

Ainsi, sur ces 142 patients, 121 (85,2%) ont été pris en charge au niveau du Grand Est, avec des fuites vers l'Ile de France pour les patients de Champagne-Ardenne.

3. Principes d'organisation de l'offre retenus

Considérant le caractère de recours évident pour cette activité, le niveau de planification retenue pour celle-ci est la zone de recours.

Les implantations retenues s'inscrivent dans la continuité de l'organisation actuelle, et ont fait l'objet d'échanges avec l'ABM.

Greffes d'organes

L'activité de greffe d'organes et de CSH est réglementée par les décrets n°2007-1256 et 2007-1257 du 21 août 2007, modifiés, relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables Le plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus comporte 9 axes, chacun définit une feuille de route comportant une liste d'actions :

- Augmenter le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés ;
- Améliorer l'accès à la liste nationale d'attente et développer la transplantation d'organes ;
- Développer la greffe rénale à partir de donneur vivant ;
- Développer le prélèvement et la greffe de tissus ;
- Renforcer l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus, ainsi que la gouvernance des données ;
- Améliorer la qualité des pratiques et la sécurité des soins ;
- Optimiser le financement des activités de recensement, de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus ;
- Soutenir la formation, la recherche et le rayonnement européen et international dans le domaine du prélèvement et de la greffe d'organes et de tissus ;
- Communiquer pour mobiliser le grand public et les professionnels.

Allogreffe de CSH

Sept grandes orientations, incluant les thématiques prioritaires pour les 5 prochaines années composent la stratégie du plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe de cellules souches hématopoïétiques :

1. Garantir le maintien et l'accès à toutes les sources possibles de greffons de CSH ;
2. Améliorer les conditions de prélèvement et le suivi des donneurs de CSH ;
3. Maintenir la qualité et l'exhaustivité des données des registres ;
4. Renforcer la biovigilance en matière de prélèvement et d'allogreffe de CSH ;
5. Maintenir un accès de qualité à l'allogreffe de CSH ;
6. Maintenir, et adapter aux évolutions, le financement des activités CSH ;
7. Poursuivre et adapter la communication sur le don non apparenté de CSH.

À noter, l'activité de traitement par CAR-T Cells, bien que soumise à autorisation, ne relève pas d'une planification dans le cadre des objectifs quantifiés de l'offre de soins. Elle est cependant conditionnée aujourd'hui à la mise en œuvre d'une autorisation d'allogreffe de CSH et c'est dans ce cadre précis que toute demande de nouvelle

autorisation sera examinée. Si par contre, ce cadre devait évoluer, les instructions de nouvelles demandes se feront à l'aune du « droit positif » et avec à l'esprit la volonté de garantir largement l'accès à l'innovation dans la région Grand Est en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Forces	Faiblesses
Bons résultats qualitatifs (CUSUM). Dynamique des équipes. Réseaux existants : modèle Néphrolor Offre de greffes en région (sauf pancréas solide) Liens existants entre l'ABM et les équipes de greffes	Disponibilité des greffons. Taux de prélèvement pmh inférieur à la moyenne nationale. Ressources humaines. Diversification insuffisante des sources de greffons.
Opportunités	Menaces
Plan ministériel. Livre blanc de la transplantation rénale. Manifeste pour le don d'organes, Greffes+ Expérimentation IRCT en Alsace. Audit FSNB Health & Care.	Densité de professionnels (PM, PNM) Situation des établissements de santé avec notamment l'accès au bloc opératoire.

GRANDS BRÛLÉS

L'activité de traitement des grands brûlés consiste à prendre en charge les patients atteints de brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation. L'autorisation de pratiquer cette activité mentionne si le titulaire prend en charge des adultes, des enfants ou à la fois des adultes et des enfants.

Il s'agit d'une filière intégrée dans une organisation interrégionale telle que définie, d'une activité de soins critiques d'hyper-recours (*18 centres en France*), les centres de traitement des grands brûlés (CTB) implantés en Grand Est visant à couvrir les besoins de la région Grand Est et de la région Bourgogne-Franche-Comté.

Les CTB ont une obligation de moyens dans la constitution d'une filière de soins avec la rééducation spécialisée et la chirurgie plastique et réparatrice. La prise en charge doit être pluridisciplinaire (*anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens plasticiens, rééducateurs, etc.*) et l'ensemble des actes de la filière est réalisé dans une seule et même structure (*unité de lieu*).

L'activité de traitement des grands brûlés est une activité soumise à autorisation dont les textes n'ont pas été révisés. Jusqu'à la publication du schéma régional de santé 2023-2028, cette activité de soins relevait du SIOS (*Schéma inter régional d'organisation sanitaire*) Inter Région Est 2014-2018 prorogé.

Cependant, les soins aux brûlés couvrent différentes réalités et niveaux de gravité en fonction de la surface brûlée, des zones à risque atteintes, des causes à risque de complication et/ou du terrain/pathologies associées :

- Les grands brûlés, patients nécessitant une prise en charge en soins critiques (CTB autorisés) ;
- Les brûlés chirurgicaux, patients nécessitant une prise en charge en chirurgie avec gestion de la douleur
- Les petits brûlés (suivi en ambulatoire).

À noter enfin, que certaines pathologies sont équivalentes à des brûlures graves et nécessitent une prise en charge en CTB (*dermoépidermites nécrosantes*).

1. État des lieux d'activités

Le nombre d'implantations de CTB en Grand Est est de deux : 1 CTB adulte et 1 CTB pédiatrique.

Un SSR spécialisé adultes pour les brûlés est présent sur le territoire ainsi qu'un service de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie plastique permettant la prise en charge des patients brûlés intermédiaires/chirurgicaux (*plusieurs dizaines par an*) en lien avec les CTB. D'autres établissements peuvent intervenir ponctuellement (*autres CHU notamment*).

2. Analyse du besoin

Le livre blanc de la société française de brûlologie de 2019 pointe notamment les éléments suivants :

- 1/3 des patients hospitalisés pour brûlures sont des enfants de moins de 5 ans ;
- Plus de 50% des patients sont hospitalisés en dehors des CTB ;

- Quelle que soit la brûlure, une expertise par un brûlologue doit être réalisée dans un délai raisonnable ;
- La prévention doit être renforcée ;
- La nécessité d'améliorer les moyens de communication, la connaissance et l'expertise pour une prise en charge plus optimale.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

La mise en œuvre de la réforme des autorisations conduit à une requalification des unités de surveillance continue (USC) grands brûlés en unités de soins intensifs (USI) spécialité « Grands Brûlés ».

Les principes élaborés en région sont structurés en termes de gradation des soins : maintien des activités et implantations actuelles dans l'attente de la refonte du cadre réglementaire.

CHIRURGIE CARDIAQUE

L'activité de soins de chirurgie cardiaque s'exerce suivant deux modalités :

- L'activité de soins de chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes ;
- L'activité de soins de chirurgie cardiaque pédiatrique.

1. État des lieux d'activité

À fin 2022, l'activité de chirurgie cardiaque est répartie au sein de 6 établissements de la région Grand Est, dont un présente une activité pédiatrique sur un site distinct de l'activité adultes.

La chirurgie cardiaque adultes

En 2022, plus de 60 000 actes de chirurgie cardiaque ont été réalisés chez des adultes en France, dont un peu moins de 5 000 en Grand Est.

Sur la période 2017-2022, on observe une légère diminution de l'activité de chirurgie cardiaque adultes au niveau national (-3%), plus marquée en Grand Est (-10%), avec des disparités d'évolution en infra régional : augmentation de l'activité réalisée dans la zone de recours A-Ouest, et diminution dans les deux autres zones de recours.

Pour les actes réalisés au bénéfice de patients du Grand Est, les fuites extra-régionales représentent environ 11% des actes en 2022, dont $\frac{3}{4}$ vers l'Ile-de-France (*essentiellement des patients résidant en Zone de recours A*).

L'attractivité extra-régionale est de 4% en 2022 : actes au bénéfice de patients des Hauts-de-France vers la zone de recours A, et dans une moindre mesure de Bourgogne-Franche-Comté vers la zone de recours C.

Pour ce qui est de l'analyse des taux de recours standardisés (*quel que soit l'âge*), ceux des patients domiciliés en région Grand Est sont comparables à la moyenne nationale en 2022, tant pour les pontages aorto-coronariens,

que pour les remplacements valvulaires avec CEC, ou les autres interventions, avec toutefois quelques disparités infra-régionales.

La chirurgie cardiaque pédiatrique

Le nombre d'actes de chirurgie cardiaque pratiqués chez des enfants de 15 ans et moins domiciliés en Grand Est, est stable depuis 2017, avec en moyenne autour de 330 actes par an.

On observe une tendance à la baisse des fuites extra-régionales vers l'Île-de-France : globalement, les fuites sont de l'ordre de 53% en 2022 contre 75% en 2017.

Il convient de noter que ces fuites représentent une part très différente selon la zone de recours de domicile des enfants :

- 100% de fuites vers l'Île-de-France pour les enfants domiciliés en zone de recours A ;
- 81% pour les enfants domiciliés en zone de recours B ;
- 13% pour les enfants domiciliés en zone de recours C.

En Grand Est, ces actes sont réalisés au sein d'un unique établissement, dont l'activité est à peu près stable depuis 2019.

En termes d'attractivité, moins d'une vingtaine d'actes annuels sont réalisés en Grand Est au bénéfice de patients d'une autre région, en l'occurrence de Bourgogne-Franche-Comté.

2. Détermination du niveau de zonage pertinent

Cette activité de soins ne relève plus d'une planification inter régionale, mais régionale. Les actes de chirurgie cardiaque sont des actes complexes demandant une maîtrise technique et un haut niveau d'expertise pour optimiser le taux de succès et minimiser le taux de complications. Par ailleurs, le niveau exigé en termes de seuil minimal annuel ne permet pas d'envisager une répartition au niveau des zones de référence.

Ces arguments conduisent à utiliser le zonage de recours pour la répartition des implantations de chirurgie cardiaque chez les adultes.

Pour l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique, c'est le niveau régional qui est pertinent.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Le maillage actuel en implantations de chirurgie cardiaque est satisfaisant.

ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostique ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intra-luminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie (*art. R. 6123-128 du CSP*).

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie s'exerce suivant trois modalités :

- Rythmologie interventionnelle ;
- Cardiopathies congénitales hors rythmologie ;
- Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

Pour deux de ces modalités il est introduit une gradation, matérialisée par des « mentions » :

- Rythmologie interventionnelle : mentions A-B-C-D correspondant à une technicité et une spécialisation croissantes ;
- Cardiopathies congénitales hors rythmologie : mentions A et B.

Cette gradation a pour objectif de tenir compte de la complexité différenciée des techniques et des exigences à y associer en termes de qualité et de sécurité et d'inscription dans les filières de cardiologie des territoires. Un arrêté du 16 mars 2022 fixe le nombre minimal annuel d'actes pour les différentes modalités et mentions.

153

Rythmologie interventionnelle

- Introduction d'un seuil (*50 actes dont 10 procédures diagnostiques*) pour la mention A (*activité antérieurement non soumise à autorisation*) ;
- Le seuil passe de 50 à 100 pour mention B.

Cardiopathies congénitales hors rythmologie : le seuil passe de 40 dont 20 chez enfants à 40 pour mention A et 80 pour mention B.

Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte : le seuil passe de 350 à 400 pour angioplasties coronaires / pas de seuil pour les actes diagnostiques.

L'Instruction DGOS n°46 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, inscrit la liste officielle des actes soumis à autorisation par modalité et par mention, en précisant ceux qui sont inclus pour le calcul de l'atteinte des seuils.

1. État des lieux de l'activité

Données démographiques

La densité en cardiologues tous modes d'exercice confondus est en Grand Est légèrement supérieure à la moyenne nationale en 2022 (*12,0 / 100 000 habitants vs 10,9*). La répartition par mode d'exercice est superposable à celle de la France : 47% en libéral exclusif, 28% exercice mixte et 25% salarié.

À noter qu'un peu plus du tiers des cardiologues de la région ont 60 ans ou plus.

Indicateurs de santé

Les maladies cardio-neurovasculaires (*ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins*), et leurs complications sont la première cause de décès dans le monde. En France, elles sont la deuxième cause de décès après les cancers, avec plus de 140 000 morts chaque année. En 2018, plus de 15 millions de personnes sont prises en charge en France pour maladie cardio-neurovasculaire, risque cardio-vasculaire ou diabète.

État des lieux de l'offre

Taux d'équipement

Avec 16 plateformes techniques autorisés pour les **angioplasties coronaires** (*modalité « autres cardiopathies de l'adulte »*) fin 2022 en région, le taux d'équipement est de 0,36 pour 100 000 habitants adultes, taux très proche du taux moyen national (0,38), avec toutefois des disparités infra régionales.

Avec 14 plateformes techniques autorisés pour la modalité « **rythmologie interventionnelle** » fin 2022 en région, le taux d'équipement est de 0,32 pour 100 000 habitants adultes, taux très proche du taux moyen national (0,30), avec toutefois des disparités infra régionales.

Délai d'accès routier

La part de population adulte du Grand Est à une distance routière de plus de 60 min d'un plateau technique pour les angioplasties coronaires, est de moins de 5%. Au sein des zones d'implantation de référence (ZI) comportant une part plus marquée de leur population à plus de 60 min, l'organisation pré hospitalière assurant la possibilité de thrombolyse extra hospitalière vise à assurer la qualité et la sécurité des prises en charge sans perte de chance, dans l'état actuel des recommandations scientifiques des sociétés savantes.

Production de soins

Les données ont été calculées sur la base des actes inscrits dans l'Instruction DGOS n° 46 du 6 avril 2023. À noter que l'activité de TAVI (*implantation de valve aortique par voie transcutanée*) n'est pas décrite ici, elle ne sera plus incluse dans le périmètre de l'activité de soins de cardiologie interventionnelle soumise à autorisation après mise en œuvre de la réforme.

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit près de 61 000 actes relevant de cette modalité en 2022, en augmentation de 21% par rapport à 2017. Sur la même période, l'augmentation a été de 12% en moyenne nationale.

Les actes diagnostiques représentent en région 60% du total en 2022, leur production est en augmentation de 23% par rapport à 2017 (*vs + 10% en moyenne nationale*).

Les autres actes (*dont angioplasties coronaires et fermetures de septum inter auriculaire*) sont en augmentation de 18% (*vs +14% au niveau national*).

Les actes diagnostiques ne sont pas soumis à autorisation avant la mise en œuvre de la réforme des autorisations. Il est à noter que, en 2022, cette activité est réalisée intégralement au sein des 16 implantations autorisées pour les angioplasties coronaires : fonctionnement en plateaux techniques intégrés coronarographies / angioplasties coronaires.

La réforme inscrit par ailleurs un relèvement du seuil minimal annuel de 350 à 400 actes d'angioplasties coronaires /an. Parmi les 16 implantations autorisées au 31/12/2022, une a bénéficié d'une autorisation en 2021 et n'atteint pas encore ce seuil sur l'année 2022.

Modalité « rythmologie interventionnelle »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit plus de 19 000 actes relevant de cette modalité en 2022, en augmentation de 30% par rapport à 2017. Sur la même période, l'augmentation a été de 24% en moyenne nationale.

Actes relevant de la mention A

Les actes diagnostiques et les poses de pace maker mono et double chambre avec sonde ne sont pas soumis à autorisation avant la mise en œuvre de la réforme des autorisations. Il est à noter que, en 2022, cette activité est réalisée en Grand Est au sein de 32 implantations géographiques, dont 14 détenant une autorisation de rythmologie interventionnelle, avec un total de plus de 11 000 actes en 2022 (*en augmentation de 19% par rapport à 2017*).

Parmi ces 14 implantations, 13 se situent dans une des 5 ZI non pourvues en autorisation de rythmologie interventionnelle en 2022 et 7 présentent une activité nettement inférieure au seuil de 50 actes annuels.

Actes relevant de la mention B

Les établissements implantés en Grand Est ont produit plus de 4 000 actes relevant de cette mention en 2022, en augmentation de 23% (*vs + 15% en moyenne nationale*) par rapport à 2017.

Cette augmentation est essentiellement portée par les actes d'ablation atriales droites et atrio-ventriculaires, en augmentation de 30% (*comme au niveau national*) avec plus de 2 800 actes produits en région en 2022.

L'activité de pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites est quant à elle stable entre 2017 et 2022, tant en Grand Est (*près de 1 100 actes en 2022*) qu'au niveau national.

Actes relevant de la mention C

Ces actes dits d'ablation complexe sont en très nette augmentation entre 2017 et 2022, avec un doublement au niveau régional comme national, ce qui représente près de 3 500 actes produits en Grand Est en 2022. Aucun des sites n'a une activité exclusivement pédiatrique.

Actes spécifiques à la mention D

Au niveau national, un total de 774 actes dits « à haut risque de plaie cardiaque » a été réalisé en 2022 (*stable depuis 2019*). En région, un total de 44 actes a été réalisé en 2022 (*moyenne de 40 actes annuels sur les 6 dernières années*).

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 531 actes en 2022, dont 488 relevant de la mention A (*340 actes classés mention A et 148 actes classés « B chez enfant » mais réalisés chez des adultes*).

Un total de 62 actes classés mention B a été réalisé en Grand Est en 2021 et 42 actes en 2022 (*moyenne de 52 actes par an sur les 6 dernières années*).

Les établissements qui réalisent certains de ces actes chez des adultes, devraient pouvoir continuer à les réaliser, au titre de la prise en charge de « cardiopathies structurelles de l'adulte », dans le cadre de leur autorisation pour cette modalité.

Virage ambulatoire : Part des séjours sans nuitée au sein des séjours ayant comporté un acte parmi ceux qui seront soumis à autorisation

Cardiopathies ischémiques et structurelles

Sur la globalité des actes, le taux d'ambulatoire en Grand Est passe de 18% en 2019 (*contre 16% France*) à 33% en 2022 (*contre 26% France*).

Sur les seuls actes diagnostiques, le taux d'ambulatoire Grand Est passe de 30% en 2019 (*contre 24% France*) à 51% en 2022 (*contre 39% France*).

Rythmologie interventionnelle

Le taux d'ambulatoire Grand Est passe de 9% en 2019 (*contre 8% France*) à 11% en 2022 (*contre 12% France*).

Consommation de soins

Analyse des taux de recours standardisés (*consommation de soins*) pour les actes qui seront soumis à autorisation selon l'Instruction du 6 avril 2023.

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Avec un total de près de 60 000 actes réalisés en 2022 au bénéfice de patients du Grand Est, la région présente une hausse du recours de 20% par rapport à 2017 contre +12% au niveau national. Le taux de recours standardisé de la région se maintient à un niveau nettement supérieur à la moyenne nationale, de 35% supérieur en 2022.

Il n'est pas constaté d'atypie en « sous-recours » au sein des 3 ZI sans plateau technique (ZI 05-08-09).

Modalité « rythmologie interventionnelle »

Avec un total de plus de 19 000 actes réalisés en 2022 au bénéfice de patients du Grand Est, la région présente une hausse du recours de 30% par rapport à 2017 contre +24% au niveau national. Le taux de recours standardisé de la région se maintient à un niveau légèrement supérieur à la moyenne nationale, de 10% supérieur en 2022.

Il n'est pas constaté d'atypie en « sous-recours » au sein des 3 ZI sans plateau technique (ZI 05-08-09).

Pour les 4 ZI sans plateau technique pour rythmologie interventionnelle, il n'est pas constaté d'atypie marquée de recours.

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Pour ce qui est des actes réalisés quel que soit l'âge du patient, tendance à la hausse en région : 684 actes consommés en 2022, soit une hausse de 30% par rapport à 2017 vs hausse de 56% au niveau national.

Toutefois, le taux de recours standardisé du Grand Est demeure près de 20% inférieur à la moyenne nationale.

Pour ce qui est des seuls actes réalisés chez des patients de moins de 18 ans, tendance à la baisse de la consommation d'actes chez des patients du Grand Est : 152 actes consommés en 2022 contre 173 en 2017.

Attractivité

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 60 804 actes en 2022, dont 2 690 (4,4%) au bénéfice de patients domiciliés hors région : plus de la moitié de cette attractivité s'exerce au bénéfice de patients de Bourgogne-Franche-Comté (*pris en charge essentiellement en ZI 12*), et un tiers au bénéfice de patients du Haut-de-France (*pris en charge essentiellement en ZI 02*).

Pour les 3 ZI sans plateau autorisé pour les angioplasties coronaires :

- ZI 05 : consommation de 4 379 actes, dont 65% pris en charge en ZI 07 / 21% pris en charge en ZI 06 / 12% en ZI 02 ;
- ZI 08 : consommation de 5 362 actes, dont 96% pris en charge en ZI 07 ;
- ZI 09 : consommation de 3 621 actes, dont 60% pris en charge en ZI 06/21% en ZI 10/18% en ZI 07 ;
- Et pour la ZI 04 : consommation de 1 097 actes (*habitants de la partie Grand Est de cette ZI*), dont 59% pris en charge en région Bourgogne-Franche-Comté et 38% en ZI 07.

158

Modalité « rythmologie interventionnelle »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 19 218 actes en 2022, dont 905 (4,7%) au bénéfice de patients domiciliés hors région : plus de 60% de cette attractivité s'exerce au bénéfice de patients du Haut-de-France (*pris en charge essentiellement en ZI 02*) et 23% au bénéfice de patients de Bourgogne-Franche-Comté (*pris en charge pour moitié en ZI 07, et le reste en ZI 12 et 10-11*).

Pour les ZI sans plateau rythmologie interventionnelle autorisé :

- ZI 01 : consommation de 649 actes, dont 90% pris en charge en ZI 02 et 5% pris en charge hors région ;
- ZI 08 : consommation de 1 354 actes, dont 79% pris en charge en ZI 07 et 18% en ZI 08 ;
- ZI 09 : consommation de 932 actes, dont 33% pris en charge en ZI 06 / 26% en ZI 07 / 22% en ZI 10/17% en ZI 09 ;
- Et pour la ZI 04 : consommation de 485 actes (*habitants de la partie Grand Est de cette ZI*), dont 44% pris en charge en région Bourgogne-Franche-Comté/27% en ZI 07/ 6% en ZI 04.

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Les établissements implantés en Grand Est ont produit un total de 531 actes en 2022, dont 31 (5,8%) au bénéfice de patients domiciliés hors région : plus de la moitié de cette attractivité s'exerce au bénéfice de patients de Bourgogne-Franche-Comté (*pris en charge essentiellement en Zone de Recours C-Est*), un tiers au bénéfice de patients de la région Haut-de-France (*pris en charge en Zone de Recours A-Ouest*).

La part de l'activité réalisée en dehors de la région est de 32% en 2017 et 27% en 2022, l'essentiel des actes ayant été réalisé en région parisienne. Pour ce qui est des seuls actes réalisés chez des patients de moins de 18 ans, le taux de fuite extra régional a augmenté entre 2017 et 2022 (25% versus 36%) ; les actes étant réalisés pour l'essentiel en région parisienne.

2. Analyse du besoin

Ces perspectives sont issues des réflexions d'un groupe de travail d'experts mandatés par l'ARS Ile-de-France, intégrant une dimension nationale.

Les angioplasties coronaires / activité structurelle

L'activité de coronarographie devrait rester stable dans les 5 années à venir (*voire diminuer au profit des coroscanners et du score calcique, bénéficiant d'une excellente valeur prédictive négative et pouvant donc entraîner une diminution des coronarographies dites « blanches »*) et l'activité d'angioplastie devrait aussi rester stable ou en très faible croissance.

Fermeture FOP (*foramen ovale perméable*) et CIA (*communication inter auriculaire*) : cette activité est actuellement réalisée dans des centres ne disposant pas de chirurgie cardiaque avec depuis 2018 une très importante augmentation. On peut prévoir une poursuite de l'augmentation dans les années à venir (*études en cours sur patients > 60 ans*). La fermeture percutanée de CIA est une activité relativement stable avec environ 1 000 procédures chaque année en France.

159

La place de la scintigraphie myocardique dans la maladie coronaire stable

La scintigraphie myocardique n'est désormais nécessaire que pour les patients chez qui la recherche d'ischémie est souhaitée et pour laquelle une IRM de stress ou une ETT (*échographie*) de stress est impossible.

La rythmologie interventionnelle

- Stimulateurs cardiaques mono et double chambre : légère croissance liée au vieillissement de la population ;
- Stimulateurs cardiaques triple chambre : stabilisation attendue ;
- Défibrillateurs implantables : croissance 2013-2017 liée à évolution des recommandations, puis stabilisation ;
- Ablations complexes : croissance soutenue, qui va se poursuivre, mais avec en parallèle une diminution marquée des durées de procédures et augmentation de la part ambulatoire, ce qui devrait permettre aux centres existants d'absorber.

Les cardiopathies congénitales enfant et adulte : prise en charge médicale, interventionnelle et chirurgicale

L'augmentation de l'espérance de vie des naissances vivantes avec cardiopathie congénitale (prévalence stable) va entraîner une hausse de la prévalence des adultes avec cardiopathie congénitale (*y compris complexe*) ; ces adultes étant à risque important d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme.

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

Par rapport aux textes de 2009, la modification essentielle consiste en l'ajout dans le périmètre soumis à autorisation, des actes diagnostiques.

Les actes relevant de cette modalité sont des actes spécialisés relevant **des zones d'implantation de référence (ZI)**, comme dans le schéma régional de santé 2018-2023.

Modalité « rythmologie interventionnelle »

- **Mention A** : les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et poses de stimulateurs cardiaques mono ou double chambre avec sonde représentent le niveau de technicité le moins élevé, relevant d'un zonage de proximité.
- **Mention B** : les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites, nécessitent de disposer sur le même site d'un plateau technique de prise en charge des Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

160

Le zonage des mentions A et B doit donc être similaire à celui de la modalité « Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte », soit **par zone d'implantation de référence**.

- **Mentions C et D** : les ablations atriales par voie trans septale sont des actes complexes demandant une maîtrise technique et un haut niveau d'expertise pour optimiser le taux de succès et minimiser le taux de complications. Cette maîtrise technique et ce haut niveau d'expertise sont également requis pour la réalisation des actes de rythmologie chez les patients porteurs d'une cardiopathie congénitale complexe. Ces arguments conduisent à utiliser le zonage de recours pour la répartition des implantations.

Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Le contour de cette activité ne présente pas de changement majeur par rapport aux textes de 2009, même si désormais elle bénéficie d'une gradation (*mentions A et B*).

Les actes relevant de la mention A de cette modalité sont des actes spécialisés relevant du **niveau de la zone de recours**.

Le nombre d'actes classés mention B produits en Grand Est est limité : total de 62 actes en 2021 et 42 en 2022, avec moyenne de 52 actes par an sur les 6 dernières années.

Le haut degré de spécialisation requis pour ces actes, ainsi que le seuil minimal annuel réglementaire à 80 actes conduisent à **positionner la mention B en niveau régional**.

4. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

L'objectif est celui d'un maillage territorial permettant d'assurer la réponse aux besoins de la population, en prenant en compte la gradation introduite par les textes, sans déstructurer des filières dont le fonctionnement est satisfaisant, ni disperser les ressources humaines compétentes en multipliant les centres.

L'objectif de qualité et de sécurité des soins passe par des équipes formées et entraînées, des conditions techniques adaptées, le respect des seuils réglementaires, des discussions collégiales dans les situations complexes, ainsi que la gestion optimale de la radioprotection.

Pour l'ensemble de cette activité, la pertinence des parcours et des actes constitue un axe de préoccupation constant, avec l'exigence d'identification et de mise à jour régulière des recommandations de bonne pratique à appliquer par l'équipe médicale et paramédicale pour cette discipline particulièrement évolutive. Les équipes identifient l'ensemble des actions à mener pour améliorer la pertinence des soins, et notamment les actions d'EPP.

Par ailleurs, si l'activité de la région ne semble pas atypique en matière de part des séjours sans nuitée, il convient de poursuivre l'effort de virage ambulatoire.

Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

Le nombre d'implantations actuel semble suffisant au regard des éléments précédemment exposés pour ce qui est de la réponse aux besoins (*évolution attendue des techniques et des indications, absence d'atypie de recours des ZI non pourvues en implantation, démographie des cardiologues, filières pré hospitalières de prise en charge des infarctus du myocarde structurées, etc.*). Il doit toutefois être envisagé la possibilité d'une implantation complémentaire lorsque cela vient répondre à une exigence réglementaire, notamment en lien avec une autorisation de rythmologie interventionnelle au-delà de la mention A.

Rythmologie interventionnelle

L'atteinte du seuil et des conditions techniques de fonctionnement (*dont USC sur site pour la mention A*), ne sont pas des éléments suffisants pour envisager l'inscription de chaque implantation potentiellement concernée dans les OQOS. Il conviendra de favoriser la coopération entre établissements, permettant aux cardiologues formés, exerçant en établissements non autorisés, de réaliser des actes relevant du champ de l'autorisation au sein des établissements autorisés, le cas échéant par la mise en place d'**équipes médicales de territoire** (*en particulier dans les territoires où l'activité relevant de la mention A est dispersée sur plusieurs sites avec une activité n'atteignant pas les seuils*).

Cardiopathies congénitales : le nombre d'implantations actuel apparaît suffisant pour répondre aux besoins.

Optimisation du parcours des patients atteints de maladie cardio-neuro-vasculaire : en complément des principes structurant l'activité de soins de cardiologie interventionnelle, des travaux avec les professionnels de la région ont permis de dégager les axes suivants :

- Renforcer la prévention primaire et l'éducation à la santé ;
- Conforter le suivi à domicile et développer l'éducation thérapeutique ;
- Informer et former les usagers et les professionnels de santé au recours au 15 ;
- Améliorer l'accès à la prise en charge spécialisée et au traitement en phase aigüe : plateaux de cardiologie interventionnelle ;
- Faciliter l'accès à la rééducation ;
- Amplifier le partenariat avec les associations de patients.

NEUROCHIRURGIE

L'activité de soins de neurochirurgie comprend la prise en charge des patients ayant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (*crâne, colonne vertébro-discale, méninges*) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radio chirurgical en conditions stéréotaxiques.

162

Cependant, dans le contexte actuel de la réforme des autorisations, il convient de noter que :

- La planification jusque-là interrégionale devient régionale ;
- Cette activité de neurochirurgie nécessite pour l'établissement
 - une autorisation de traitement des cancers de l'établissement ;
 - une autorisation de réanimation.
- Les activités de neurochirurgie doivent tenir compte des nouvelles modalités de la chirurgie, en particulier pédiatrique
 - Éventuellement une autorisation de chirurgie pédiatrique et son organisation régionale.

En l'absence d'instruction dédiée à la neurochirurgie reprenant la liste des actes soumis à autorisation, c'est la liste des 193 actes inscrite à l'annexe IPA de 2022 (*disponible sur le site de l'ATIH*) qui a été utilisée pour l'ensemble des données qui suivent.

À noter que certains de ces 193 actes peuvent être réalisés aussi bien dans le cadre d'une autorisation spécifique Neurochirurgie que dans le cadre d'une Pratique thérapeutique spécifique (PTS) d'une autorisation de chirurgie.

1. État des lieux de l'activité

Éléments de contexte

L'activité de neurochirurgie est associée à une expertise disponible pour une activité MCO (*prise en charge traumatismes crâniens, des AVC et de leurs complications hémorragiques*) qui n'est pas automatiquement traduite par un acte de neurochirurgie.

Offre de soins

Quatre sites ont été autorisés dans la région Grand Est dans le précédent SIOS de l'Inter région Est. Ces implantations correspondent aux objectifs quantifiés du SIOS en 2018, y compris pour les pratiques spécialisées en neurochirurgie.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins du schéma interrégional de l'offre de soins 2018-2023

	Neuro Chirurgie (actes soumis à seuil)	NC Pédiatrique	NC Fonctionnelle Cérébrale	NC Radiochirurgie stéréotaxique
Zone de Recours – A	1	0	1	0
Zone de Recours – B	1	1	1	1
Zone de Recours – C	2	1	2	0
TOTAL	4	2	4	1

163

Activité de neurochirurgie

Avec plus de 4 600 actes de neurochirurgie produits par les établissements implantés en Grand Est en 2022 quel que soit l'âge, l'évolution est à la baisse de 8% par rapport à l'année 2017. Cette baisse est un peu plus marquée qu'en moyenne nationale (-5%).

Les établissements implantés dans la zone de recours (ZR) A-Ouest ont réalisé 16% de ces actes, ceux de la ZR B-Centre 52% et ceux de la ZR C-Est 32%.

Concernant les actes de chirurgie crano-encéphalique (soumis à seuil) chez l'adulte, un total de 3 500 actes ont été produits par des établissements implantés en Grand Est, quel que soit le domicile du patient, ce qui représente une baisse de 8% par rapport à 2017.

En 2022, la répartition de la production de ces actes est la suivante : 17,5% en ZR A-Ouest / 52,0% en ZR B-Centre / 30,5% en ZR C-Est.

Pour ce qui concerne les enfants de moins de 15 ans, les établissements de la région ont produit un total de 483 actes en 2022, soit 16% de plus qu'en 2017, alors qu'il est constaté une baisse de 4% en moyenne nationale sur cette période.

En 2022, la répartition de la production de ces actes est la suivante : 9% en ZR A-Ouest / 72% en ZR B-Centre/19% en ZR C-Est.

2. Analyse du besoin

Analyse de l'évolution de la consommation de soins

Le taux de recours standardisé du Grand Est pour les actes de neurochirurgie est de 16% inférieur à la moyenne nationale en 2022. Il est proche de la moyenne nationale dans la ZR B-Centre, et respectivement de 23% et 28% inférieur à la moyenne nationale dans la ZR C-Est et la ZR A-Ouest.

Attractivité

Actes de neurochirurgie adulte

Concernant l'activité globale regroupant tous les actes de neurochirurgie (cranio-encéphalique, rachis moelle), les taux de fuite et attractivité de la région Grand-Est dans les régions voisines sont équivalents.

Avec 404 actes pris en charge hors région sur les 4 133 consommés par des patients adultes du Grand Est en 2022, le taux de fuites extra-régionales est de **9,8%** (contre 9,3% en 2017). La moitié de ces fuites est prise en charge en Ile-de-France, et les régions Bourgogne Franche-Comté et Hauts-de-France en ont pris en charge chacune 16%.

Avec 366 actes au bénéfice de patients hors Grand Est sur les 4 095 produits en 2022, le taux d'attractivité extra-régionale est de **8,9%** soit 1 point de plus qu'en 2017. Cette attractivité s'exerce essentiellement auprès de patients originaires des Hauts-de-France, et de BFC.

Actes crano-encéphaliques adulte (*soumis à seul pour autorisation spécifique neurochirurgie*)

Concernant les actes de chirurgie crano-encéphalique (*soumis à seuil*) chez l'adulte, un total de 3 561 actes a été réalisé au bénéfice de patients résidant dans le Grand Est en 2022. En 2022 :

- pour les actes au bénéfice des patients de la zone de recours A-Ouest : le taux d'autarcie est de 65% (428 des 657 actes consommés pris en charge au sein de la ZR A) avec 28% (187) des actes réalisés en Ile-de-France (15% des actes) et à l'intérieur de la région vers la zone de recours B (6 % des actes) ;
- pour les actes au bénéfice des patients de la zone de recours B-Centre : le taux d'autarcie est de 89% (1588 des 1 792 actes consommés pris en charge au sein de la ZR B) avec 6% (104) des actes réalisés en Ile-de-France et à l'intérieur de la région à parts équivalentes dans les zones de recours A et C (au total 6 % des actes) ;

- pour les actes au bénéfice des patients de la zone de recours C-Est : le taux d'autarcie est de 88% (974 des 1 112 actes consommés pris en charge au sein de la ZR C) avec 7% (80) des actes réalisés en Ile-de-France et à l'intérieur de la région dans la zone de recours B (5% des actes).

Actes de neurochirurgie pédiatrique (moins de 15 ans)

En 2022, le taux de fuites extra-régionales est de 12% des actes de neurochirurgie pédiatrique. L'attractivité de la région est importante et en croissance avec un taux d'attractivité 23%. Ainsi 33% des actes, réalisés au bénéfice de patients domiciliés en Bourgogne Franche-Comté, sont pris en charge en zone de recours B-Centre en 2022.

À noter une disparité infra régionale importante :

- Jusqu'en 2020, moins de 40 % de actes réalisés au bénéfice de patients résidant en zone de recours A-Ouest étaient pris en charge en Grand-Est ; depuis 2021, une activité de neurochirurgie pédiatrique a démarré en Zone de recours A via un partenariat avec la Zone de recours B-Centre. En 2022, 71% des 82 actes étaient pris en charge en Grand-Est, dont 32% au sein de la ZR A et 39% au sein de la ZR B.
- Le taux de fuite vers l'Ile-de-France est en 2022 de 21% pour les actes réalisés au bénéfice de patients de la ZR A, de 1% pour la ZR B et 10% pour la ZR C.

Actes de radiochirurgie stéréotaxique

Cette activité très spécialisée est autorisée en Grand Est dans le cadre du SIOS 2018-2023 (Zone de recours B-Centre), mais à ce jour n'est pas identifiée.

Les 107 actes de radiochirurgie stéréotaxique au bénéfice de patients domiciliés en Grand Est ont été réalisés en dehors de la région en 2022 : Ile-de-France (39%), Hauts-de-France (49%) et PACA (9%).

Actes de neurochirurgie fonctionnelle

Pour l'année 2022, 90% des 575 actes de Neurochirurgie fonctionnelle au bénéfice de patients domiciliés en Grand-Est sont réalisés au sein de la région : 67% au sein de la ZR B-Centre, 7% au sein de la ZR A-Ouest, et 15% au sein de la ZR C-Est.

Conséquences de la mise en œuvre de la réforme des autorisations

L'arrêté du 19 mars 2007 fixe l'activité minimale annuelle, par site, pour la neurochirurgie : pour la neurochirurgie adulte, ce seuil minimal de 100 interventions portant sur la sphère cranio-encéphalique constitue l'un des critères réglementaires de qualité et sécurité des soins.

Aucune activité annuelle n'est fixée pour la neurochirurgie pédiatrique, la neurochirurgie fonctionnelle et la radiochirurgie. Une structuration régionale de la filière Neurochirurgie pédiatrique est nécessaire dans le cadre du SRS 2023-2028. Il n'y a pas de seuil pour cette activité, mais l'expertise des opérateurs et la permanence des soins sont à sécuriser pour une offre de qualité.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Exigences réglementaires

Outre le seuil de 100 actes crani-encéphaliques chez l'adulte par site et par an, les conditions de réalisation de l'activité sont précisées de façon réglementaire.

Conditions techniques

« L'autorisation ne peut être délivrée à un établissement de santé ou à un groupement de coopération sanitaire que s'il dispose sur un même site, éventuellement par convention avec un autre établissement implanté sur ce site, dans un bâtiment commun ou à défaut dans des bâtiments voisins, des moyens suivants :

- Une unité d'hospitalisation à temps complet et des salles d'opération d'interventions protégées prenant en charge les patients de neurochirurgie ;
- Une unité de réanimation autorisée ;
- Un plateau technique d'imagerie permettant de pratiquer des examens de neuroradiologie ».

La fluidité des parcours nécessite d'impliquer les activités de services de médecine rééducative neurologiques adultes comme enfants.

Neurochirurgie pédiatrique

La neurochirurgie pédiatrique doit s'intégrer dans une réflexion générale de coordination régionale des activités de chirurgie pédiatrique et de la détention par le site d'une autorisation de chirurgie pédiatrique et de réanimation pédiatrique. La zone de recours est donc retenue.

Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale

Au regard de l'activité, la zone de recours est retenue.

Radiochirurgie

Au regard de l'activité, la zone de recours régionale est retenue.

NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

La neuroradiologie interventionnelle a un double périmètre d'activité :

- Traitement (en urgence ou programmé) des pathologies neurovasculaires, en particulier anévrisme, malformation artério-veineuse cérébrale et médullaire, embolisation péri-opératoire dans le cadre d'une filière de soins neurochirurgie ;
- Traitement par thrombectomie mécanique sans délai des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans le cadre d'une filière de soins AVC.

Les nouveaux textes modifient le périmètre de la façon suivante.

- L'activité est rebaptisée « activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie » (NRI). Elle ne fait plus l'objet d'une planification interrégionale, mais d'une planification régionale.
- L'activité est définie avec plus de précisions. Elle concerne désormais explicitement les « actes diagnostiques et thérapeutiques » qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire mais également « par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire ».
- La liste des actes relevant d'une autorisation de Neuroradiologie interventionnelle (53 actes) comporte également 17 actes d'angiographie interventionnelle des vaisseaux cervicaux. Pour ces 17 actes, une autorisation NRI spécifique n'est pas nécessaire lorsque l'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire est détenteur d'une autorisation de pratiquer l'activité de chirurgie et la radiologie interventionnelle.
- Le traitement en neuroradiologie interventionnelle des lésions cancéreuses n'est possible que si le titulaire de l'autorisation détient également une autorisation pour le traitement du cancer.

167

Le **seuil d'activité minimale** est de 60 actes annuels pour les actes de thrombectomie mécanique pour la mention A, et de 140 actes interventionnels thérapeutiques en neuroradiologie pour la mention B.

1. État des lieux de l'activité

Offre de soins

Activités NRI Mention B

Cette activité est réalisée en Grand Est sur quatre sites tels que définis par le SIOS 2018-2023 : 1 en ZR A-Ouest, 1 en ZR B-Centre et 2 en ZR C-Est. Le seuil des 140 actes interventionnels thérapeutiques est atteint par les 4 établissements pratiquant ces actes. Elle est couplée à l'activité de Neurochirurgie sur les mêmes lieux d'implantation. Ces quatre centres réalisent 700 actes de thrombectomie mécanique en 2022.

Activités NRI Mention A

Dans le cadre de l'organisation de la filière AVC, il existe désormais la possibilité d'obtenir une autorisation Mention A (*réalisation de thrombectomie uniquement*) avec un seuil minimal de 60 actes annuels, avec une dérogation possible à 45 actes par an.

2. Analyse du besoin

Les taux de recours

Le taux de recours standardisé à un acte thérapeutique hors thrombectomie en Neuroradiologie évolue à la hausse entre 2018 et 2022, avec en 2022 un taux de 16% supérieur à la moyenne nationale, donnée en faveur d'un maillage permettant un accès satisfaisant à cette pratique en région.

Le taux de recours standardisé à la thrombectomie mécanique évolue à la hausse de 29 % entre 2018 et 2022, (*vs +19 % au niveau national*), ce qui témoigne d'un maillage permettant un accès satisfaisant à cette pratique en région.

Approche par la notion d'accès aux soins

L'activité « **Mention B** » est une activité de recours hautement spécialisée, couplée à une activité de neurochirurgie, elle-même hautement spécialisée.

L'activité de « **Mention A** » nécessite une équipe formée à la thrombectomie et assurant 24 h/24 h et 7 jours sur 7 une astreinte opérationnelle.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Principes élaborés en région, structurés en termes de gradation des soins

La réforme des autorisations de neuroradiologie interventionnelle met en place une gradation des autorisations d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, selon deux niveaux :

- **La mention A**, pour la réalisation de la thrombectomie mécanique et des actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu ;
- En Grand Est, il n'y a pas à ce jour d'activité de thrombectomie mécanique isolée des autres activités interventionnelles en neuroradiologie ;
- **La mention B**, pour l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie ;
- Elle correspond aux implantations actuelles, réalisées en parallèle des implantations de neurochirurgie socle.

Les OQOS pour l'activité de NRI « Mention B » sont déterminés en parallèle de ceux de l'activité de neurochirurgie, avec maintien des quatre sites d'implantation existants dont l'activité, largement au-delà des seuils, est bien structurée.

Les OQOS pour l'activité de NRI Mention A ont pour objectifs de donner la possibilité aux sites équipés d'une Unité Neurovasculaire de recours dans le cadre de la filière AVC de pouvoir mettre en place une activité de thrombectomie mécanique s'ils peuvent mobiliser des RH en radiologues/neurologues formés.

Le passage d'un objectif OQOS issu du SIOS à un objectif OQOS dans le cadre du PRS n'induit pas de modification de l'activité, qui devient la mention B selon la réforme.

L'apparition d'une nouvelle autorisation (*Mention A*) nécessite de définir des objectifs OQOS pour une activité qui n'existait pas auparavant en Région Grand Est.

URGENCES

1. État des lieux de l'activité

Au 31 décembre 2022, la région comptabilise 52 implantations autorisées de structures d'accueil des urgences (48 adultes et 4 pédiatriques), avec au moins 2 structures des urgences (SU) par zone d'implantation de référence, et 1 structure des urgences pédiatriques (SUP) par zone de recours.

2. Analyse du besoin

Évolution de l'activité de soins par zone d'implantation (ZI)

Activité des SAMU : évolution du nombre de dossiers de régulation médicale entre 2018 et 2022 (source SAE)

Avec plus de 2,7 millions de dossiers de régulation médicale en 2022, la région observe une hausse de 10% par rapport à 2018. Seule la ZI 05 ne présente pas d'évolution à la hausse. Ce chiffre masque des disparités infra régionales, avec une croissance $\geq 15\%$ dans le ZI 01-03-04-10 et une quasi-stagnation dans les ZI 05 et 07.

Activité des SMUR : évolution du nombre de sorties primaires et secondaires entre 2018 et 2022 (source Est Rescue)

Sorties primaires

Si l'on fait abstraction de la ZI 01 pour laquelle les données 2022 ne sont pas disponibles, avec près de 38 000 sorties primaires en 2022, la région observe une baisse de 16% par rapport à 2018.

Ce chiffre masque des disparités infra-régionales, avec une hausse de 75% dans la ZI 05, et une baisse de plus de 25% dans les ZI 02 et ZI 10, atteignant -50% dans la ZI 04.

Sorties secondaires

Avec près de 10 700 sorties secondaires en 2021, la région observe une baisse de 12% par rapport à 2018.

Activité des structures des urgences adultes : évolution du nombre de RPU entre 2018 et 2022 (source Est Rescue)

Si l'on compare l'année 2022 à l'année 2018, le nombre de RPU produits en région est passé de 1,6 à 1,5 millions, soit une baisse de 6%. Ce chiffre masque des disparités infra régionales, avec une baisse de plus de 25% dans 2 ZI (ZI 01 et ZI 05).

Approche par la notion de temps d'accès aux structures des urgences

Les temps d'accès à une structure d'accueil des urgences sont très majoritairement inférieurs à 30 minutes en région Grand Est.

La couverture territoriale des SMUR garantit également l'accessibilité de cette modalité aux patients de la région.

En considérant l'accès aux services d'urgences et/ou aux SMUR, la population à plus de 30 min représente 6% de la population Grand Est (contre 10% au niveau national). Cependant, pour 3 départements situés en zone rurale (*Aube, Haute-Marne, Meuse*), la part de population située à plus de 30 min se situe entre 15 et 27%.

À noter que la population à plus de 45 mn représente 0,3% de la population Grand Est.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

L'analyse territoriale ne laisse pas apparaître de besoin d'implantation supplémentaire, l'activité de soins est répartie de manière suffisamment dense sur l'ensemble de la région.

Les textes réglementaires qui régissent actuellement cette activité sont amenés à être modifiés. Aussi, la répartition de ces OQOS sera amenée à évoluer à l'aune de ces changements.

EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE À DES FINS MÉDICALES

Depuis 2015, la France a déployé une stratégie autour du plan France médecine génomique 2025 sous l'égide du premier ministre. A ce jour, 2 plateformes de séquençages à très haut débit du génome entier ont été installées tant pour des préindications de maladies rares que pour des cancers rares – lancement décembre 2016. Ces 2 plateformes actuelles doivent couvrir les besoins de séquençage Whole Genome de la France entière laissant encore de vraies problématiques de délai de traitement et de rendus des résultats (*autour de 18 mois*).

La révision de la loi de bioéthique du 2 août 2021 a élargi encore modifié le champ de la génétique notamment pour la réalisation d'un dépistage néonatal par le biais d'une technique de génétique moléculaire (*article L1411-6*).

Pour mémoire, la génétique du Grand Est a été portée au plus haut niveau avec de grandes figures de la génétique mondiale qui ont conduit au développement d'équipes de recherche internationale (*IGBMC*) et également diagnostiques, en particulier avec Pr Jean Louis Mandel qui vient d'être lauréat 2022 du prix Kavli dans le domaine des neurosciences, équivalent du prix Nobel. Des grandes équipes de recherches sont encore très actives sur le territoire.

Un examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicale – c'est-à-dire réalisé en post natal - consiste à analyser les caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. Cette analyse a pour objet soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne, soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés, soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Les examens de génétique somatique (*étude de la génétique d'une tumeur par exemple*) et les examens réalisés dans le cadre du don (*notamment analyses HLA dans le cadre de la greffe*) sont en dehors du champ des examens des caractéristiques génétiques.

Différentes techniques permettent d'analyser les caractéristiques génétiques :

- Si l'anomalie génétique est visible au niveau du chromosome, les techniques utilisées seront le plus souvent des techniques de cytogénétique (*caryotype*) y compris de cytogénétique moléculaire (*FISH*).
- Si l'anomalie se situe au niveau de la molécule d'ADN, du gène, une technique de génétique moléculaire sera plutôt employée.
- Toute autre analyse de biologie médicale prescrite dans l'intention d'obtenir des informations pour la détermination des caractéristiques génétiques d'une personne équivalentes à celles obtenues par les analyses mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus.

Cette frontière autrefois franche entre cytogénétique et génétique moléculaire tend à disparaître avec l'apparition de techniques qui permettent d'appréhender des remaniements chromosomiques au niveau moléculaire (*analyse chromosomique par puce à ADN ou ACPA ; techniques de séquençage de nouvelle génération ou NGS*).

Sont exclus de ce volet « Examen des caractéristiques génétiques », le volet le diagnostic prénatal ainsi que la recherche de l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel. Ils sont traités dans un autre chapitre cependant, il s'agit souvent des mêmes équipes et même laboratoire.

1. État des lieux de l'activité

L'activité de génétique (*en dehors de l'activité de recherche des mutations courantes et remboursés –facteur de la coagulation ou hémochromatose*) concerne majoritairement le diagnostic de maladies dites rares mais aussi de plus en plus en oncologie (*prédisposition aux cancers familiaux mais aussi positionnement de la stratégie thérapeutique*), le maillage de l'activités de génétique s'évalue au niveau national et l'organisation de la part des généticiens au sein de leur association. Le législateur a confié le recueil des données d'activités à l'agence de biomédecine.

L'offre actuellement est portée :

- par des laboratoires en région notamment des CHU pour les examens dit de séquençage haut débit (*panel de gène et exome*) ;
- deux plateformes de séquençages du génome se répartissent les patients français dans le respect des pré indications définis – plateforme pour lesquelles certaines généticiennes contribuent au fonctionnement pour la validation des examens, etc. ;
- des LBM dit spécialisés privés (*Paris et Lyon*). Dans certain cas en dehors du Grand Est, les LBM s'appuie sur les équipements déployés dans d'autres pays européen.

Répartition des implantations en Grand Est (source Agence de biomédecine)

Type d'activité	Nombre de laboratoires				
	Alsace	Champagne Ardenne	Lorraine	Grand Est	France
Nombre de laboratoires ayant une activité de cytogénétique	2	2	4	8	59
Nombre de laboratoires ayant une activité de génétique moléculaire	5	3	6	14	183
- activité non limitée	3	1	5	9	125
- activité limitée	2	2	1	5	58

2. Analyse du besoin

L'importance de la génétique médicale autour de l'offre de biologie

Le développement de la génétique médicale est incontournable pour la bonne conduite de la prescription des examens innovants et l'accès aux plateformes de séquençage. La génétique (*conseiller en génétique et généticiens médicaux*) est une ressource sollicitée en appui par les CR/CCMR mais aussi de plus en plus par les spécialistes d'organes.

L'accroissement de cette médecine personnalisée explique la nécessité d'interroger les flux et les délais de rendu d'examen. À l'aune de ces évolutions, un maillage public et/ou privé d'une offre de médecin généticien / conseiller en génétique en capacité d'accompagner les prescripteurs (*en vue d'une bonne pertinence de la prescription notamment*), les patients et familles (*dans l'acceptation du résultat*) est indispensable.

Le territoire est couvert à l'exception de la zone du nord des Ardennes et à moindre niveau au sein de la ZI 8. Le déploiement de la téléconsultation assistée doit pouvoir améliorer les situations en s'appuyant sur les ressources du territoire.

Offre de soins en rapport avec l'activité de soins

Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

La cytogénétique traditionnelle (*Caryotype*) conserve une indication forte notamment dans les bilans d'infertilité et est inscrit à la nomenclature. Le caryotype tend à être remplacé par l'analyse chromosomique sur puce à ADN (ACPA) offrant une exploration des anomalies du développement avec un retour assez rapide des résultats ou en prénatal.

Au sein de la région, 6 établissements de santé publics et 3 LBM privés sont actuellement autorisés (*2 en Lorraines et 1 en Champagne Ardenne*). L'activité des LBM privés est d'environ 1000 examens par an pour bilan d'infertilité.

Le rapport d'activité de l'agence de la biomédecine s'agissant de la cytogénétique porte sur la production des LBM du territoire. Un déficit de production dans le territoire alsacien vis-à-vis de la population du territoire concerné est constaté.

Les données de remboursement de leur côté indique qu'il y a pour le caryotype 1300 examens réalisée pour les patients du Bas-Rhin.

Les LBM des territoires lorrain et champardennais réalisant le caryotype pour leur compte et pour le compte d'autres territoires.

Indication	Technique	Nombre d'analyses				
		Alsace	Champagne Ardenne	Lorraine	Grand Est Région entière	France
Déficiences intellectuelles / malformations / anomalies du développement	Caryotype	227	174	113	514	10426
	FISH	128	53	40	221	5274
Troubles de la reproduction	Caryotype	360	1261	3205	4826	53740
	FISH	12	135	325	472	9465
Maladies cassantes	Caryotype	0	0	9	9	300
	FISH	0	0	0	0	4
Etudes familiales	Caryotype	180	133	116	429	5325
	FISH	91	43	59	193	3017
Don de gamète	Caryotype	82	5	37	124	2003
	FISH	0	0	5	5	75
Recherche d'une anomalie constitutionnelle suite à la réalisation d'un examen somatique	Caryotype	9	25	4	38	194
	FISH	5	4	4	13	90
Autre	Caryotype	3	2	81	86	1412
	FISH	1	0	10	11	539
Total	Caryotype	861	1600	3565	6026	73400
	FISH	237	235	443	915	18464

Examen de Génétique moléculaire

Quelques recherches de mutations (*gène d'hémochromatose, gène MTHFR, exploration d'anomalie de la coagulation*) sont inscrites à la nomenclature. Ces recherches sont réalisées avec des kits proches de ceux utilisés en biologie moléculaire traditionnelle (*séquençage ciblée*). Sur cette offre de premier niveau, le territoire dispose de 10 LBM (*publics ou privés*). (*Décrit par l'ABM comme activité limitée*).

Les 3 CHU disposent d'une capacité de séquençage de panels de gènes sans aller jusqu'au génome.

Tableau POSTNATAL5. Activité de génétique moléculaire postnatale hors plateformes PFMG dans la région Grand Est et en France en 2021

		Alsace	Champagne Ardenne	Lorraine	Grand Est Région entière	France
Génétique moléculaire	Nombre d'individus testés	5 578	1 363	28 461	35 402	465 589
	Nombre de maladies différentes recherchées	878	22	692	1213	3 731
Pharmacogénétique	Nombre d'individus testés	319	105	68	492	18 966
	Nombre d'indications recherchées	4	2	1	4	37

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Le maillage de biologistes compétents et reconnus sur le territoire contribue à **la bonne prescription et la régulation** de celle-ci et devra contribuer à aider et à accompagner le rendu du résultat par les spécialistes d'organe non biologistes.

La réalisation des actes sur le territoire permet un échange local entre praticien clinicien et biologiste accessible, développe les capacités de formation du territoire et participe à l'attractivité et au rayonnement technologique de la région Grand Est.

Au regard de l'importance des données générées, l'aspect clinique ne doit pas être négligé et doit s'appuyer sur équipes de cliniciens pluridisciplinaires de haut niveau. Il conviendra de s'assurer que d'éventuelles nouvelles implantations s'inscrivent dans un cadre de coopération avec tous les acteurs concernés.

Au regard de l'activité, la zone d'implantation de référence est retenue pour cette activité de soins.

HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

La réforme du droit des autorisations a modifié le régime des autorisations d'activité de soins en vue notamment de développer des alternatives à l'hospitalisation avec hébergement.

175

La notion d'établissement d'hospitalisation à domicile disparaît au profit de celle de titulaire de l'autorisation d'activité de soin d'hospitalisation à domicile. La définition de l'aire d'intervention est désormais établie par l'énumération des communes.

La définition de l'HAD est remaniée : « *L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.*

Le titulaire de l'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile contribue à l'évaluation et à l'orientation du patient. Il assure si nécessaire une prise en charge psychosociale et des actions d'éducation thérapeutique du patient. »

Cette nouvelle activité est déclinée en quatre mentions :

- Socle : ensemble des prises en charge à l'exception de celles entrant dans le périmètre des autres mentions ;
- Ante et post-partum : ensemble des prises en charge réalisées dans le cadre du suivi ante et post-partum intégrant une dimension pathologique ;
- Enfants de moins de trois ans : ensemble des prises en charge réalisées sur les enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie ;
- Réadaptation : ensemble des prises en charge de réadaptation répondant aux critères définis par le décret CTF (*au moins 5 actes par semaine dispensés par au moins deux professions de santé différentes*).

1. État des lieux de l'activité

La région Grand Est compte 29 structures autorisées à réaliser l'activité d'hospitalisation à domicile. L'activité d'HAD régionale est hétérogène, en termes de taille des structures, en termes de prises en charges proposées (MPP) et en termes d'organisation interne et externe. Des organisations innovantes sont en place (guichets uniques, e-santé) et les bonnes pratiques sont partagées régulièrement lors de journées régionales. Ce maillage solide permettra un travail efficace de mise en œuvre de la réforme du droit des autorisations. L'intégration de l'HAD dans le cursus des différents professionnels de santé a été mise en place très précocement et permettra un renforcement de la connaissance de l'outil et son utilisation.

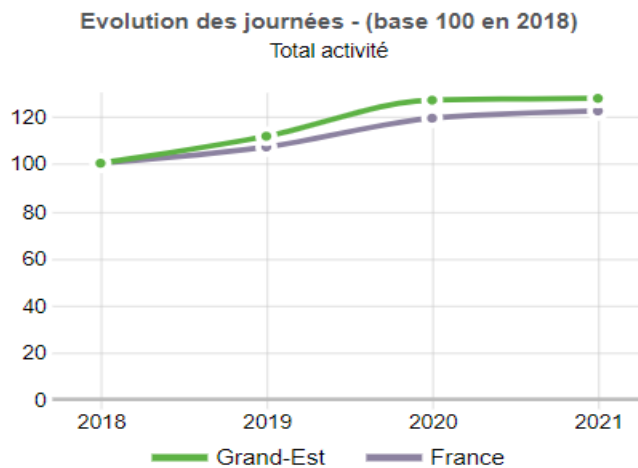
Le Grand Est est la 6^e région en nombre de journées d'HAD produites en 2020 avec 503 000 journées, avec une forte progression de +14% entre 2019 et 2020 (source : scansanté), qui fait suite à une constante augmentation depuis 2017.

La crise sanitaire du Covid a vu une mobilisation majeure des établissements HAD.

Evolution des journées
Total activité

Périodes	Grand-Est	France
2018	394 300	5 535 353
2019	440 757	5 931 754
2020	501 919	6 583 905
2021	503 119	6 760 154

Source : ATIH - PMSI



Source : ATIH - PMSI

2. Analyse du besoin

Nature des prises en charge

Si on regarde plus en détail la nature de l'activité réalisée, les pansements complexes et les soins palliatifs représentent respectivement 24,3% et 27,9% des prises en charge, soit près de la moitié des prises en charge totales. Les autres prises en charge relèvent d'une dizaine de MPP différents, laissant présager des difficultés de mettre en place une autorisation socle reprenant l'ensemble des 22 modes de prise en charge.

Portrait de l'HAD au niveau des zones d'implantation de référence (données 2021)

Zones d'implantation de référence	Population	Nb moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants	Nombre de séjours	Nombre de journées	Taux de recours standardisé en nombre de journées pour 1000 habitants
ZI 1 - Nord Ardennes	215 002	24	512	18 473	61
ZI 2 - Champagne	552 233	21	1 423	41 898	86
ZI 3 - Aube et Sézannais	335 677	18	730	21 809	60
ZI 4 - "21-52"	110 403	36	457	14 487	111
ZI 5 - Cœur Grand Est	272 900	43	1 275	42 362	127
ZI 6 - Lorraine Nord	810 867	14	1 890	42 412	51
ZI 7 - Sud Lorraine	609 960	50	3 992	111 062	197
ZI 8 - Vosges	366 112	28	1 230	37 997	86
ZI 9 - Moselle	314 567	24	679	27 239	87
ZI 10 - Basse Alsace Sud Moselle	1 062 437	21	3 166	79 700	75
ZI 11 - Centre Alsace	413 913	21	1 207	32 362	81
ZI 12 - Haute Alsace	486 318	19	1 224	34 196	71

Taux de recours standardisé sur l'âge et le sexe, pour 1 000 habitants

Devant les enjeux de démographie médicale, de maintien des services de proximité, de coordination entre les acteurs hospitaliers et de ville, l'hospitalisation à domicile (HAD) doit prendre toute sa place dans le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, y compris pour les enfants de moins de 3 ans pour lesquels le recours est particulièrement faible.

L'enjeu porte sur la simplification de son accès et son identification comme un maillon du parcours patient. Pour y répondre, une meilleure connaissance de cette modalité de prise en charge par les professionnels de santé et par les usagers doit être développée ainsi qu'un recours dans l'ensemble des lieux de vie, y compris dans les établissements médicosociaux.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

La feuille de route stratégique HAD 2021-2026 tire le constat d'un développement insuffisant de l'HAD malgré le mouvement de recentrage des soins vers le secteur ambulatoire. En effet, les objectifs quantifiés de recours à l'HAD inscrits dans la circulaire de 2013 ne sont toujours pas atteints en 2021 malgré une dynamique d'activité, se traduisant par une croissance de 52% du nombre de journées d'HAD depuis 2013.

Les causes identifiées de ce développement insuffisant résident en la méconnaissance des modalités de prise en charge par les prescripteurs et par un recours à l'hébergement hospitalier encore trop systématique.

Ainsi, la stratégie en termes de planification repose sur les principes suivants :

- Pour la mention socle : soutenir le développement des activités relevant de ce niveau de prise en charge en lien avec les acteurs du territoire et permettre de renforcer les établissements d'hospitalisation à domicile dans leur périmètre d'intervention ;
- Pour les mentions spécialisées : permettre l'implantation de ces nouvelles activités, parfois déjà réalisées dans le cadre des HAD de médecine autorisées, en leur donnant les moyens de l'ambition associée à la création de ces mentions. A ce titre, dans un contexte marqué par des tensions démographiques fortes, le maillage retenu repose sur moins d'acteurs que pour la mention socle ;
- Concernant la mention ante et post-partum plus spécifiquement, il est proposé une politique de déploiement en cohérence avec le tissu territorial existant en matière d'offre hospitalière et avec les dynamiques de natalité. L'éloignement des maternités est pris en compte dans la possibilité d'implantations supplémentaires selon la zone d'implantation de référence.

L'évolution possible en lien avec la réforme, notamment sur les mentions spécialisées, sera envisagée avant 2024 suite à l'évaluation du besoin conduite dès début 2024. En tout état de cause, le développement des coopérations sera privilégié et des adaptations seront effectuées en tant que de besoin.

ACTIVITÉS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ET ACTIVITÉS BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Assistance médicale à la procréation (AMP)

L'AMP correspond aux pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.

Diagnostic prénatal (DPN) et diagnostic préimplantatoire (DPI)

Le DPN correspond aux examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse. Ils comprennent : les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique, les examens de génétique moléculaire, les examens de biochimie fœtale et les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses. Le diagnostic prénatal non invasif (DPNI) fait partie des examens de DPN.

Le DPI comprend le diagnostic biologique réalisé à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro.

Les activités de DPN et de DPNI sont soumises à l'autorisation de l'ARS, avec avis de l'agence de la biomédecine (ABM) en cas de nouvelle autorisation (*avis ABM pas nécessaire s'il s'agit d'un renouvellement*). Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), ainsi que l'activité de DPI sont soumis à l'autorisation de l'ABM, avec avis ARS.

179

1. État des lieux de l'activité

Données d'activités AMP

La région dispose de 9 centres clinico-biologiques (*réalisation de fécondation in vitro*) : 2 en Alsace, 3 en Champagne-Ardenne et 4 en Lorraine.

Les dernières données d'activité pour la région Grand Est disponibles sur le site de l'Agence de la biomédecine sur l'AMP datent de 2018 et montrent :

- Une activité d'insémination supérieure à la moyenne nationale en Grand Est (44,5 en Grand Est contre 41,1 pour 10 000 femmes en âge de procréer) ;
- Une activité de fécondation in vitro inférieure à la moyenne nationale (79,9 en Grand Est contre 87,3 pour 10 000 femmes en âge de procréer) ;
- Une utilisation de l'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) supérieure au niveau national (76,6% des ponctions en Grand Est contre 67%).

Les centres du Grand Est ont réalisé 7,9% des tentatives françaises et ont permis la naissance de 8% des enfants issus des tentatives d'AMP en 2018.

En termes d'origine géographique, 96,3% des femmes domiciliées en Grand Est et ayant été hospitalisées pour ponction ovocytaire, ont été prises en charge par un centre de la région et 89,2% des femmes hospitalisées pour une ponction ovocytaire en Grand Est, étaient domiciliées dans la région.

L'activité AMP a évolué en 2021, avec la publication de textes de loi relatifs à :

- L'élargissement de l'accès à l'AMP aux couples de femmes ainsi qu'aux femmes seules ;
- L'accès aux origines des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation ;
- La possibilité de réaliser une autoconservation des gamètes sans motif médical pour les femmes âgées de 29 à 36 ans révolus.

Concernant l'activité nouvelle d'autoconservation des gamètes sans motif médical, la sollicitation est forte au niveau national avec 5 000 demandes d'autoconservation d'ovocytes au 1er semestre 2022 (540 réalisées). Cette activité s'ajoute à celle d'autoconservation médicale qui représente moins de 2 000 autoconservations réalisées par an en moyenne sur l'ensemble des centres autorisés. Des disparités ont été constatées entre les centres, avec des délais de prise en charge qui peuvent être longs et qui sont en augmentation, en particulier en Ile-de-France qui regroupe 25% des demandes de consultations du niveau national.

Concernant les dons d'ovocytes et de spermatozoïdes, des disparités sont également présentes entre les centres. Globalement, une augmentation du nombre de dons est relevée. Le délai de prise en charge des donneuses d'ovocytes est stable (6 mois) et le délai moyen des parcours AMP avec don d'ovocytes est stabilisé à 23 mois, avec une variabilité entre les centres (à noter une stratégie de restriction d'accès aux listes d'attente). Le délai d'attente est considéré comme stable concernant le don de spermatozoïdes et le stock de paillettes permet de répondre aux demandes en attente selon l'ABM. Pour le don d'ovocytes, comme pour le don de spermatozoïdes, l'ABM projette une forte augmentation des listes d'attente pour 2023.

180

Les retours d'expérience des centres du Grand Est, depuis la promulgation de la loi de bioéthique, mentionnent les éléments ci-dessous :

- Une durée de consultation augmentée pour les dons de spermatozoïdes ou d'ovocytes en raison des explications complémentaires à apporter ;
- Peu de nouveaux donneurs depuis la mise en application des nouvelles modalités d'accès aux origines, avec communication des données identifiantes ;
- Augmentation des demandes de la part de femmes seules non mariées de plus de 40 ans ainsi que de femmes de plus de 35 ans souhaitant une autoconservation ovocytaire non médicale, principalement originaires de la région parisienne.

Laboratoires autorisés DPN et DPNI (autorisation ARS)

12 laboratoires de biologie médicale publics ou privés sont autorisés pour réaliser des examens biologiques de **DPN** (2 en Alsace, 4 en Champagne-Ardenne, 6 en Lorraine).

Concernant le **DPNI**, 7 autorisations étaient prévues dans le précédent SRS : 2 en Alsace (finalement 1 seul centre ouvert qui a, depuis, arrêté son activité) ; 3 en Lorraine ; 2 en Champagne-Ardenne.

Centres autorisés CPDPN et DPI (*autorisation ABM*)

La région Grand Est comporte 3 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (*CPDPN*) et dispose d'un des six centres autorisés en France par l'Agence de la biomédecine pour l'activité de DPI.

2. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les principaux enjeux relatifs à l'AMP concernent l'accès effectif et la réduction des délais de prise en charge concernant la préservation de la fertilité d'une part, et l'accès à l'AMP avec dons de gamètes d'autre part.

- Garantir l'accès à la préservation de la fertilité pour raisons médicale et non médicale ; cela doit se traduire par :
 - Des réflexions à mener sur l'extension des autorisations de certains centres ;
 - Une articulation renforcée entre les professionnels dans le but de réduire les délais de prise en charge, notamment en cas de sollicitation pour raison non médicale ;
- Promouvoir le don de gamètes.

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (*IRC*)

181

Les textes encadrant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale par épuration extrarénale traitent, en pratique, des quatre modalités de l'épuration extrarénale suivantes :

- Hémodialyse en centre ;
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
- Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée ;
- Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

1. État des lieux de l'activité

En termes épidémiologiques, le support de référence est le rapport R.E. I. N., dont la dernière publication disponible porte sur les données de l'année 2019.

La région se caractérise par une forte prévalence de la maladie rénale chronique (*MRC*) sur les ante-régions lorraine et alsacienne, l'ante-région champardennaise étant un peu plus épargnée.

Au 30 avril 2023, la région Grand Est dispose de :

- 26 centres d'hémodialyse : 23 pour adultes, et 3 pour enfants ;
- 30 unités de dialyse médicalisée ;
- 33 unités d'autodialyse (*données avril 2023*) ;
- 17 implantations pour traitement à domicile (*hémodialyse ou dialyse péritonéale*).

Organisation de l'offre

L'offre de traitement par épuration extrarénale ne constitue qu'une partie de la prise en charge de la MRC.

Dans la très grande majorité des cas, ce sont les mêmes professionnels médicaux et paramédicaux qui suivent les patients tout au long de leur parcours avec une prépondérance de la ville ou de l'hôpital en fonction du degré de sévérité de la MRC.

Les objectifs de la thématique portent plus sur la manière d'éviter la prise en charge en dialyse par la prévention, le suivi avec le ralentissement de l'aggravation de la MRC, ou la prise en charge en greffe, voire maintenant la mise en place d'un traitement conservateur.

Des améliorations des parcours

Des améliorations, tant organisationnelles que structurelles, relatives à l'organisation du parcours du patient se déploient régulièrement en fonction des besoins des différents territoires.

Une expérimentation-parcours nationale – préfiguratrice du rôle de l'IPA – a porté sur la pré-suppléance et a concerné 650 patients durant 4 ans, sur les deux départements alsaciens de 2018 à 2021. Elle est en cours d'évaluation. Une collaboration accrue avec les laboratoires de biologie y permet d'améliorer le dépistage de l'IRC et l'orientation des patients.

La situation de l'ensemble des 1 477 patients dialysés en 2019 a été analysée concernant la possibilité de greffe, cela a conduit à peu de progrès sur le nombre d'inscrits mais a raccourci le délai d'inscription.

Un autre volet a proposé les alternatives et notamment la dialyse péritonéale à tout patient ayant commencé une dialyse en centre de manière non programmée.

La création du forfait maladie rénale chronique a répondu à un réel besoin des patients en permettant d'optimiser le suivi dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Un meilleur suivi permet de ralentir la progression de la MRC, de préparer les patients à un traitement conservateur ou de suppléance. Il est possible de mettre en place ce dispositif y compris dans des établissements dépourvus de service de néphrologie mais bénéficiant de consultations avancées de néphrologue. En dehors des options offertes par les techniques d'épuration extrarénale ou la greffe pour les patients éligibles, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique avancée sans dialyse doit être une prise en charge active, qui prévient et traite les complications liées à la maladie tout en offrant un accompagnement global à la personne et à ses proches.

Dans la partie lorraine de la région, les diverses équipes ont une structuration en réseau portée par NEPHROLOR. Cette collaboration est outillée par des systèmes d'information intégrés. En 2018-2019, est mis en œuvre le maillon E-NEPHRO pré-greffe d'un système d'information couvrant tout le parcours du patient sans interruption depuis le diagnostic de la MRC. La période écoulée a vu également la mise en œuvre de la rémunération à l'hôpital d'un suivi coordonné et pluridisciplinaire des patients au stade 4 et 5 de la MRC, avant la prise en charge effective par dialyse ou greffe (*néphrologue, consultations IDE, diététicienne, psychologue, etc.*). L'ensemble des structures ayant une activité de dialyse à l'exception de 2 structures est entré dans cette prise en charge des patients

La région promeut une initiative dans le cadre de l'innovation (*dite « article 51 »*) visant à structurer le parcours patient et modéliser un projet de forfait pour la prise en charge en ville.

Des réflexions sont en cours, notamment dans le cadre des CPTS avec inscription de cette pathologie dans les priorités de certaines d'entre elles.

Enfin des initiatives entre établissements et structures associatives relatives à la création de « Maison du Rein » sont en cours de déploiement à l'instar de ce qui existe en Lorraine. L'objectif est de proposer une filière complète, organisée et affichée de la prise en charge du patient malade rénal, pour mutualiser les ressources d'une part et offrir un lieu unique de toutes les prises en charge quelle que soit l'étape du parcours.

2. Analyse du besoin

La prise en charge de la maladie rénale chronique va évoluer de manière importante dans la prochaine décennie avec déjà des effets tangibles à l'aune de ce SRS portés par les principes d'organisation à promouvoir en région, déclinés dans la feuille de route.

La démographie des néphrologues reste un problème pour une grande partie de la région, en particulier du fait de la pyramide des âges. Ainsi un nombre de 4 internes en formation doit être la norme pour les trois équipes universitaires pour permettre d'irriguer des territoires fortement défavorisés de la région. Afin de prendre en charge les patients dans une logique de parcours, l'accroissement du nombre des IPA en formation et en activité devra être également favorisé au regard du potentiel qu'elles représentent par leur implication dans le déploiement du traitement conservateur et dans le suivi pré et post greffe.

FORCES	FAIBLESSES
Evolution des standards de prises en charge de la MRC dans le cadre d'un parcours avec en particulier le développement des prises en charge pluriprofessionnelles favorisé par le financement au parcours	Développement de la collaboration ville –hôpital pour assurer des prises en charge en ville de meilleure qualité aux stades précoces de la MRC peu évolutive Ressources humaines en santé
OPPORTUNITES	MENACES
Evolution du modèle économique Nouvelle alternative de prise en charge : le traitement conservateur Ambition du nouveau plan greffe	Evolutions du cadre des autorisations Tensions sur les ressources humaines en santé

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Les implantations actuelles apparaissent globalement satisfaisantes alors qu'une révision des textes relatifs à l'insuffisance rénale chronique est relancée. Des évolutions peuvent cependant être envisagées afin de renforcer l'accès à certaines modalités sur les territoires, en particulier, l'UDM et le centre lourd mais en priorité cependant, l'augmentation capacitaire des centres existants devra être privilégiée.

Aussi, et pour la ZI 11, au regard des besoins sur le territoire (*25 patients pris en charge hors centre lourd alors qu'ils relèveraient de ce niveau*), un renforcement de l'offre est nécessaire. Un projet d'augmentation du nombre de postes installés est en cours au sein de l'établissement actuellement autorisé. L'implantation supplémentaire ne sera mobilisée que si ce projet ne peut aboutir et s'il n'est pas suffisant pour couvrir ces besoins.

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

Une planification au niveau de la zone d'implantation de référence est retenue pour cette activité qui demande une organisation de proximité notamment pour les soins réalisés au domicile du patient.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Le périmètre couvre les Équipements matériels lourds (EML) d'imagerie en coupe utilisés pour la réalisation d'actes diagnostiques utilisant de l'Imagerie par résonance magnétique (IRM) et des scanographe dits scanner.

L'activité de Radiologie Interventionnelle (RI) comprend : « l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie, à l'exception des actes relevant des activités de neuroradiologie interventionnelle et cardiologie interventionnelle. »

La réforme introduit une gradation de l'activité de soins de RI.

Mention « A », comprend, à l'exception des actes relevant des mentions B, C, D les actes de radiologie interventionnelle par voie endoveineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsie et drainage d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens

Mention « B », comprend, en sus des actes de la mention A, et à l'exception des actes relevant des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endoveineuse profonde et endoartérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle.

Mention « C », comprend, en sus des actes de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie

percutanée et par voie transartérielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle.

Mention « D », comprend l'ensemble des actes énoncés précédemment, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

L'autorisation pour un plateau d'EML est accordée par site géographique, il est possible d'avoir plusieurs plateaux et par conséquent plusieurs promoteurs sur un même site géographique. Les GCS (*groupement de coopération sanitaire*) de moyen et SCM (*société civile de moyen*) et les GIE (*groupement d'intérêt économique*) ne peuvent en revanche pas porter l'autorisation d'activité de soins de radiologie interventionnelle.

1. État des lieux de l'activité

Organisation de l'offre

Les plateaux d'EML scanner et IRM interviennent particulièrement dans le diagnostic et le suivi des pathologies du cancer, des maladies neuro dégénératives et pathologies cardiaques.

La radiologie interventionnelle intervient également dans le diagnostic mais aussi dans la thérapeutique du cancer avec une approche peu invasive.

185

Au 20/04/23, en Grand Est, le taux d'équipement matériel lourd :

- en scanner autorisé est de 23,2 par million habitants (*il reste 3 scanners à autoriser*), le taux de scanner installé est de 20,5 par million habitants (*il reste 14 scanners autorisés à mettre en œuvre*) ;
- en IRM autorisé est de 23,6 par million habitants (*il reste 1 IRM à autoriser*), le taux d'IRM installé est de 20,7 par Million habitants (*il reste 16 IRM autorisés à mettre en œuvre*).

Le nouveau régime d'autorisation des EML repose sur un plateau socle de 3 EML (scanner et IRM) avec une obligation de mixité dès 3 EML sur un plateau, le maximum potentiel d'EML étant de 18 par plateau. Les modalités pour acquérir un EML supplémentaire et/ou complémentaire sur un plateau existant consistent en une simple déclaration à l'ARS jusqu'à 3 EML, au-delà cela devra être justifié soit par une activité spécifique, une exploitation saturée du plateau en place (volume d'actes) ou une situation territoriale particulière.

Un Plateau d'imagerie médicale mutualisé (*PIMM*) a été autorisé sur la ZI 7, il s'agit du PIMM Territoire Sud Lorraine, autorisé en décembre 2020

D'autres projets de PIMM sont en cours au sein de 3 ZI avec des stades d'avancement différents.

Selon le rapport IGAS de 2020, la densité nationale des MERM était de 43,7 pour 100 000 habitants et de 51,5 pour 100 000 habitants en Grand Est. Ce rapport précise que la source ADELI tend à surévaluer le nombre de professionnels (*en raison soit de retard d'enregistrement, soit d'oubli de désinscription si cessation d'activité, ou de signification de changement de situation professionnelle*).

Le répertoire ADELI, au 1er janvier 2022, enregistre 3 042 MERM de moins de 62 ans en région Grand Est et 31 298 MERM en France. Dans ce contexte, l'ARS Grand Est a mis en œuvre un plan d'attractivité des professions non médicales 2020-2023 afin d'augmenter le nombre d'étudiants en santé formés, dont les MERM.

2. Analyse du besoin

Approche par la notion d'accès aux soins

Le maillage est assuré selon les délais d'accès routiers suivants :

- 100% de la population du Grand Est a accès à un scanner à moins de 60 minutes, 94,7% de la population a un accès à 30 min ;
- 99,7% de la population de Grand Est a accès à un IRM à moins de 60 minutes, 92,8% de la population a un accès à 30 min.

Avec la réforme et la possibilité de plateau d'EML composé de scanner et IRM, à terme 95% de la population devrait avoir accès à un scanner et à une IRM à 30 minutes. Par ailleurs, il est à noter que les délais d'accès en Grand Est pour l'IRM sont plus favorables que dans d'autres régions.

Taux de recours

Taux de recours en imagerie en scanner et IRM

L'analyse du taux de recours ne témoigne pas de sous-recours manifeste. À noter que le sous-recours dans le Haut-Rhin devrait se corriger d'ici fin de l'année 2023 avec des EML en cours d'installation (*scanner et IRM*).

Taux de recours et de fuite pour la mention C (*thérapeutique du Cancer*) en radiologie interventionnelle

La mention C en RI, couvre des activités interventionnelles dans le cadre de la cancérologie, cette activité nécessite un environnement et des compétences particulières. L'activité est essentiellement réalisée dans les ZI sièges de CHU. Le taux de recours constaté pour les ZI 6,12 et 5 se situe en dessous de la moyenne régionale, a contrario des ZI 2, 8 et 11 qui ont un taux de recours plus important. L'analyse du taux de fuite reflète que l'activité mention C n'est pas réalisée en ZI 1,4,5, 8 et 9. Elle est par ailleurs très peu réalisée en ZI 3 et faible en ZI 6.

Délai de rendez-vous en scanner et IRM

Une enquête a été réalisée en 2022 par l'ARS sur les délais de rendez-vous en scanner et en IRM : 60 structures ont répondu à l'enquête. À noter que les délais étaient de 32,3 jours en 2018 dans l'enquête Cemka Eval en moyenne en France avec un délai moyen de 28 jours en Grand Est (*ce délai a diminué de 6,6% par rapport à l'année précédente*). Par ailleurs, constat de délais de rendez-vous beaucoup moins importants pour les examens dans le cadre de la cancérologie, ce qui témoigne d'une volonté des professionnels de prioriser cette filière notamment en préservant des créneaux de rendez-vous pour les urgences.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Lors du précédent schéma régional de santé, l'objectif cible fixé en région était un taux d'EML de 24 scanner/IRM par million d'habitants, avec des taux à minima de 21 scanner/million d'habitants et de 19 IRM /million d'habitants sur chaque ZI. Un scanner et une IRM devaient être accessibles à moins de 60 min. Ces objectifs ont été atteints.

Dans le cadre de la feuille de route des nouveaux objectifs sont identifiés, en termes de structuration de filières telles que l'imagerie pédiatrique, l'imagerie cardiaque, l'imagerie dans le cadre de l'endométriose ainsi que des objectifs de délais d'accès notamment dans le cadre du diagnostic et radiologie interventionnelle thérapeutique du cancer.

Les objectifs du précédent schéma régional de santé relatifs à la pertinence des actes et l'amélioration de la prise en charge des patients âgés sont maintenus.

Conséquences de la mise en œuvre de la réforme des autorisations

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les plateaux d'EML sont basés sur le principe qu'un site géographique peut disposer de plusieurs implantations de plateaux d'EML.

Concernant l'activité de soins en radiologie interventionnelle, la liste des actes fiabilisée permettant la mise en œuvre de la gradation de l'activité de soins par mention et l'instruction ne sont pas encore publiées.

Selon la classification provisoire, des activités relevant de la mention B voire de la mention C ne pourront plus être réalisées par certains acteurs actuels car le site ne répondra pas aux conditions d'implantation.

Une planification provisoire des différentes mentions de l'activité de soins en radiologie interventionnelle est proposée sur la base :

- Des données d'activités des structures d'imagerie de 2021 ;
- Des textes réglementaires ;
- Des éléments de contexte précisés précédemment ;
- Des échanges avec le groupe de travail régional imagerie.

De plus concernant la mention D, il a été retenu une planification associant les lignes de permanence des soins en radiologie interventionnelle et la labellisation Trauma center I et II+ des établissements.

La détermination des cibles maximale et minimale a été retenue au regard du nombre de plateaux, des possibilités de regroupements et des besoins de la population.

TRAITEMENT DU CANCER

Le traitement du cancer s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle réglementation composée de :

- **3 modalités** : la chirurgie oncologique (*curative, exclusion chirurgie diagnostique, symptomatique, palliative, reconstructrice différée, la radiothérapie externe, curiethérapie et les Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) dont ceux oraux*) ;
- **3 mentions** : A, B, C (*instauration, pour les adultes, d'une gradation de l'offre pour la chirurgie oncologique et les TMSC, régulation de l'offre de traitement du cancer pédiatrique*) ;
- **Des localisations** : chirurgie oncologique urologique par exemple ;
- **Des pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS)** : celles relatives à la chirurgie oncologique d'organe concernent les mentions B1 (*chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe*) et B5 (*chirurgie oncologique gynécologique complexe*) ;
- Des seuils d'activité minimale annuelle.

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

Localisations	Mention A adulte		Mention B (complexe) adulte				Mention C enfant/adolescent de moins de 18 ans		Situation actuelle
	N°	Seuil (Nb I)	Mention A adulte N° et seuil (Nb I)	Socle	Pratique Thérapeutique Spécifique (PTS)		N°	Seuil	Pas de mentions (A, B, C), de PTS (socle, organe), de distinction enfant/adulte Seuil (arrêté 29.03.2007)
					Chirurgie oncologique (Organe)				
Chirurgie oncologique digestive et viscérale	A1	30	B1 = A1 + PTS socle + le cas échéant PTS organe	30	b) oesophage ou jonction oesophagienne	5 parmi les 30	C	-	30
					c) foie	5 parmi les 30			
					d) estomac	5 parmi les 30			
					e) pancréas	5 parmi les 30			
					f) rectum	5 parmi les 30			
Chirurgie oncologique thoracique	A2	40	B2 = A2 + PTS socle	40				30	
Chirurgie oncologique ORL/CF/MF	A3	20	B3 = A3 + PTS socle	20				20	
Chirurgie oncologique urologique	A4	30	B4 = A4 + PTS socle	30				30	
Chirurgie oncologique gynécologique	A5	20	B5 = A5 + PTS socle + le cas échéant PTS organe	20	b) ovaire	20 en sus des 20		20	
Chirurgie oncologique mammaire	A6	70	-	-	-	-		30	
Chirurgie oncologique indifférenciée	A7	-	-	-	-	-		-	

188

Radiothérapie externe, curiethérapie, TMSC

Modalités	Mention A adulte		Mention B adulte		Mention C enfant/adolescent de moins de 18 ans		Situation actuelle
	O/N	Seuil	O/N	Seuil	O/N	Seuil	Pas de mentions (A, B, C), pas de distinction enfant/adulte
							Seuil (arrêté 29.03.2007)
Radiothérapie externe	Oui	Patients : 600	Non	-	Oui	Patients adultes : 600 MET enfants moins de 16 ans : 12	600 patients
Curithérapie	Non	-	Oui	-	Oui	-	-
Traitements Médicamenteux Systémiques du Cancer (TMSC)	Oui	Patients : 100 dont 65 en HDJ	Oui	Patients : 100 dont 65 en HDJ	Oui	-	80 patients dont au moins 50 en HDJ

La région Grand Est dispose en 2023 de 230 implantations géographiques (162 de chirurgie oncologique) dont 18 implantations géographiques disponibles (14 pour la chirurgie oncologique).

A. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE ADULTE

Chirurgie oncologique digestive et viscérale (A1, B1)

1. État des lieux de l'activité

- 46 implantations géographiques autorisées en Grand Est en 2023 (1 établissement a cessé son activité en 2022) : toutes les zones d'implantations de référence sont concernées ;
- 2 implantations sont disponibles : ZI 1 et 12.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est en 2021 quel qu'il soit (ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM).

Domicile et Nb patients	Lieu PEC	Chirurgie des cancers digestifs														BFC	HDF	IDF	
		GE																	
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12				
GE	5392	5127	95.1	100	666	192	39	136	549	986	221	173	1402	322	341	90	23	123	
ZI 1	192	175	91.1	94	79														
ZI 2	521	490	94		484														19
ZI 3	347	255	73.5		67	188											13		74
ZI 4	126	50	39.7				39										70		
ZI 5	274	262	95.6		35			129		80									
ZI 6	651	639	98.1						455	153			27						
ZI 7	552	545	98.7							522									
ZI 8	412	409	99.3							178	216		12						
ZI 9	367	367	100						72	42		163	90						
ZI 10	1038	1032	99.4										1018						
ZI 11	469	468	99.8										153	302	12				
ZI 12	443	435	98.2										90	18	327				

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.

% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.

Taux de recours (nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exercèse)

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Digestif (tous)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	0,97	1,11	0,94	0,98	0,92
4400002 - Champagne	1,07	0,95	1,07	0,95	1,08
4400003 - Aube et Sézannais	1,00	0,88	0,91	1,09	0,99
4400004 - "21-52"	1,02	0,86	0,91	0,96	1,03
4400005 - Cœur Grand Est	1,06	1,02	1,02	0,93	0,95
4400006 - Lorraine Nord	1,00	0,99	0,95	0,81	0,88
4400007 - Sud Lorraine	0,91	1,01	1,04	0,94	1,00
4400008 - Vosges	0,95	0,85	0,91	0,87	1,05
4400009 - Moselle Est	0,98	1,13	0,92	0,96	1,16
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,11	1,11	1,08	1,16	1,09
4400011 - Centre Alsace	1,15	1,00	1,03	1,02	1,05
4400012 - Haute Alsace	1,04	1,00	1,00	0,95	0,97

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

190

Les principes suivants sont actés concernant les OQOS :

- se baser sur les zones d'implantation de référence pour les définir ;
- a minima 1 offre (mention A) par zone d'implantation de référence ;
- prendre en compte les besoins populationnels et les ressources médicales (problèmes RH, problème d'accès aux blocs).

Par ailleurs, les parcours de soins sont à privilégier.

Considérant la difficulté d'accès à des blocs opératoires, une réflexion pourrait être menée, afin d'expertiser la possibilité de mettre en œuvre une autorisation détenue par un établissement dans un autre site non autorisé mais apportant toutes les conditions de sécurité et dans le cadre d'une équipe de territoire. Si à date, une telle organisation n'est pas possible à droit constant, il pourrait être pertinent d'élaborer, en lien avec le Ministère (DGOS), un cadre expérimental permettant le cas échéant de renforcer l'accès aux soins.

Chirurgie oncologique thoracique (A2, B2)

1. État des lieux de l'activité

- 9 autorisations de chirurgie des cancers thoraciques ont été accordées en Grand Est : zones d'implantation de référence 2, 6, 7, 10, 11 et 12 ;
- 3 implantations sont disponibles au BQOS depuis 2019 : ZI 3, 6 et 8 ;

- 4 zones d'implantation de référence n'ont pas d'offre (OQOS 2018-2023 du PRS, décembre 2019) : ZI 1, 4, 5 et 9.

2. Analyse du besoin

L'application de la nouvelle méthode de calcul des seuils conduit en 2021 à une diminution de 534 séjours (soit 24% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM) pour les établissements titulaires de cette autorisation.

L'activité moyenne par implantation en 2021 est de 247 interventions (méthode GHM) et de 187 (codes d'exercice de la CCAM). L'activité est supérieure au nouveau seuil de 40 interventions par an pour chacune des implantations autorisées. À noter que 1 756 séjours (codes d'exercice de la CCAM) ont été réalisés en 2022 au niveau du Grand Est.

En 2021, 95 % des 2 235 patients domiciliés en Grand Est (méthode GHM) ont été pris en charge en chirurgie des cancers thoraciques dans la région (soit 2 123 cas).

Pour les zones d'implantation de référence ne disposant pas d'une offre (1, 3, 4, 5, 8, 9), le nombre de patients domiciliés au niveau de chacune d'elles pris en charge en chirurgie des cancers thoraciques est le suivant :

- ZI 1 Nord Ardennes : 104 patients dont 94 (90,4%) pris en charge dans la ZI 2 ;
- ZI 3 Aube et Sézannais : 145 patients dont 82 (56,6%) pris en charge en Grand Est et 52 (35,9%) en Ile-de-France ;
- ZI 4 « 21-52 » : 29 patients dont 18 (62%) pris en charge en Bourgogne Franche-Comté ;
- ZI 5 Cœur Grand Est : 126 patients dont 72 (57,1%), pris en charge dans la ZI 7 et 32 (25,4%) dans la ZI 2 ;
- ZI 8 Vosges : 157 patients dont 143 (91%), pris en charge dans la ZI 7
- ZI 9 Moselle Est : 134 patients dont 69 (51,5%), pris en charge dans la ZI 10, 43 (32,1%) dans la ZI 6.

Taux de recours (*nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exercice*)

Regprt actes / Regprt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] thoracique (A2)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	1,27	1,32	1,15	1,24	1,25
4400002 - Champagne	1,28	1,15	1,20	1,06	1,19
4400003 - Aube et Sézannais	0,97	1,14	1,06	1,11	1,16
4400004 - "21-52"	0,54	0,64	0,80	0,75	0,68
4400005 - Cœur Grand Est	1,04	1,01	1,35	1,40	1,15
4400006 - Lorraine Nord	0,99	0,98	0,95	0,94	0,92
4400007 - Sud Lorraine	1,80	1,67	1,47	1,58	1,99
4400008 - Vosges	1,13	1,18	1,23	1,23	1,14
4400009 - Moselle Est	1,06	1,10	1,41	0,99	1,14
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,14	0,97	1,04	1,19	1,16
4400011 - Centre Alsace	0,95	0,88	0,90	0,93	0,90
4400012 - Haute Alsace	0,92	0,84	0,88	0,71	0,82

Taux de recours (*correspond ici à l'indice*) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (*âge et sexe*) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Chirurgie ORL/CF/MF (A3, B3)

1. État des lieux de l'activité

- 20 autorisations de chirurgie des cancers ORL/MF ont été accordées en Grand Est au niveau des ZI 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11 et 12 ;
- 2 implantations sont disponibles au BQOS : ZI 5 et 9 ;
- 2 zones d'implantation de référence ne disposent pas d'une offre en termes d'OQOS : ZI 4 et 8 ;

En 2021

- L'application de la nouvelle réglementation et de la nouvelle méthode de calcul des seuils conduit à une augmentation théorique / potentielle de 66 séjours (*soit 4,2% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM*) pour les établissements titulaires de cette autorisation ;
- L'activité moyenne par implantation est de 82 interventions (*méthode GHM*) et de 85 (*codes d'exercice de la CCAM*) ;
- 4 implantations géographiques autorisées n'atteignent pas le seuil : valeur comprise entre 80% et 100% du seuil pour 1 et entre 50% et 80% pour les 3 autres (*données CCAM*).

En 2022

- 6 implantations géographiques autorisées n'atteignent pas le seuil : valeur inférieure à 80% du seuil pour les 6 dont 3 inférieures à 50% du seuil (*données CCAM*) ;
- Baisse de l'activité de 13% de 2021 à 2022.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est quel qu'il soit (*ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM*)

Domicile et Nb patients	Lieu PEC	Chirurgie des cancers ORL/MF – Année 2021														BFC	HDF	IDF
		GE																
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	1911	1835	96	22	330	21		20	238	440	38		540	109	73	37		32
ZI 1	81	74	91.4	20	54													
ZI 2	203	201	99		201													
ZI 3	80	56	70		35	21												
ZI 4	39																33	
ZI 5	95	95	100		38			18		35								
ZI 6	225	223	99.1						183	34								
ZI 7	239	237	99.2							233								
ZI 8	167	167	100							121	38							
ZI 9	106	105	99						48	13			43					
ZI 10	432	430	99.5										424					
ZI 11	132	131	99.2										43	85				
ZI 12	112	110	98.2										21	20	69			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.

% : part des patients domiciliés dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.

Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.

Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3^{ème} colonne), toutes les données n'étant pas reportées.

De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3^{ème} colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2^{ème} colonne.

En 2021, 1911 patients domiciliés en Grand Est (*méthode GHM*) ont été pris en charge en chirurgie des cancers ORL/MF dont 1835 en Grand Est, soit 96%.

Taux de recours (nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exercèse)

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] ORL (A3)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	1,12	1,01	1,05	0,82	0,95
4400002 - Champagne	1,16	1,13	1,10	0,98	1,18
4400003 - Aube et Sézannais	1,09	0,84	0,80	0,77	0,74
4400004 - "21-52"	1,23	0,91	1,32	1,08	0,93
4400005 - Cœur Grand Est	0,97	1,11	1,17	0,91	1,11
4400006 - Lorraine Nord	0,79	0,99	0,94	0,73	0,93
4400007 - Sud Lorraine	1,32	1,30	1,36	1,04	1,34
4400008 - Vosges	1,09	1,19	1,24	1,23	1,32
4400009 - Moselle Est	0,94	1,14	0,76	0,72	0,93
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,01	0,99	0,97	1,16	1,28
4400011 - Centre Alsace	0,83	0,93	0,88	1,02	0,98
4400012 - Haute Alsace	0,84	0,75	0,84	0,71	0,67

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national.

La population moyenne régionale pour 1 implantation de chirurgie oncologique ORL est de 277 519 habitants, l'application de celle-ci aux différentes ZI conduit à des propositions en nombre d'implantations géographiques en cohérence avec la valeur ainsi déterminée sauf pour les ZI 8 (valeur : 1,35) et ZI 9 (1,16).

194

À noter (vue consommation, année 2021, GHM) pour la chirurgie des cancers ORL/MF :

- 100% des patients domiciliés dans la ZI 8 ont été pris en charge en Grand Est dont 72,5% au niveau de la ZI 7 ;
- 99% des patients domiciliés dans la ZI 9 ont été pris en charge au niveau du Grand Est dont 45,3% dans la ZI 6 et 40,6% dans la ZI 10.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

L'offre couvre a priori les besoins au niveau régional (vue production/vue consommation, 2021). Cependant, l'agence sera particulièrement vigilante à l'accompagnement des établissements qui devraient ne plus remplir les conditions liées aux autorisations (seuils) ; les raisons permettant d'expliquer une telle évolution seront expertisées au plus près afin d'apprécier la capacité à satisfaire à nouveau aux critères (seuils notamment) ou accompagner le cas échéant une réorganisation (passage d'un niveau B à un niveau A par exemple).

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

Le niveau d'inscription des implantations proposées pour les mentions A3 et B3 est la zone de d'implantation.

La proposition d'OQOS de mention B3 se fonde sur l'instruction du 23 décembre 2022, avec la prise en compte, au regard des limites, de l'activité (seuil) et du plateau technique.

Chirurgie oncologique urologique (A4, B4)

1. État des lieux de l'activité

- 31 autorisations de chirurgie des cancers urologiques ont été accordées en Grand Est, toutes les zones d'implantation de référence sont concernées sauf la ZI 4 ;
- toutes les zones d'implantation de référence disposent d'une offre en termes d'OQOS ;
- 2 implantations sont disponibles au BQOS : ZI 4 et 8.

En 2021

- L'application de la nouvelle réglementation relative aux autorisations et du nouveau mode de calcul des seuils conduit à une diminution de 168 séjours (soit 4,4% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM) pour les établissements titulaires de cette autorisation ;
- L'activité moyenne par implantation géographique autorisée est de 123 interventions (méthode GHM) et de 118 (codes d'exercice de la CCAM).

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est quel qu'il soit (ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM)

Chirurgie des cancers urologiques – Année 2021																		
Domicile et Nb patients	Lieu PEC	GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	3866	3693	95.5	95	471	166		75	490	605	76	153	923	336	299	69		86
ZI 1	135	131	97	90	39													
ZI 2	364	355	97.5		351													
ZI 3	254	197	77.6		55	140												53
ZI 4	88	27	30.7			16										60		
ZI 5	176	173	98.3		25			71	11	53								
ZI 6	513	500	97.5						424	58			16					
ZI 7	365	362	99.2						13	338								
ZI 8	224	220	98.2							133	76							
ZI 9	248	245	98.8						40			138	58					
ZI 10	775	764	98.6										739					
ZI 11	357	356	99.7										61	283	12			
ZI 12	367	363	98.9										37	41	285			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.

% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la zone d'implantation de référence (ZI) pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée. Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.

Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.

Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3^{ème} colonne), toutes les données n'étant pas reportées.

De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3^{ème} colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2^{ème} colonne.

En 2021, 3866 patients domiciliés en Grand Est (*méthode GHM*) ont été pris en charge en chirurgie des cancers urologiques dont 3693 en Grand Est, soit 95,5%.

Taux de recours (*nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exercice*)

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Urologique (A4)					
4400001 - Nord Ardennes	0,78	0,93	0,78	0,86	0,92
4400002 - Champagne	1,10	1,06	1,07	0,95	1,05
4400003 - Aube et Sézannais	1,04	1,12	1,18	1,00	1,03
4400004 - "21-52"	0,86	1,00	1,03	0,99	1,02
4400005 - Cœur Grand Est	0,89	0,98	0,89	1,09	0,84
4400006 - Lorraine Nord	0,82	0,87	0,85	1,06	0,97
4400007 - Sud Lorraine	0,91	0,77	0,83	0,81	0,93
4400008 - Vosges	0,76	0,82	0,86	0,92	0,79
4400009 - Moselle Est	1,08	1,02	1,01	0,88	1,06
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,26	1,27	1,16	1,22	1,15
4400011 - Centre Alsace	1,28	1,19	1,24	1,29	1,24
4400012 - Haute Alsace	1,09	1,09	1,06	1,04	1,14

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Chirurgie oncologique gynécologique (A5, B5)

1. État des lieux de l'activité

- 26 autorisations de chirurgie des cancers gynécologiques ont été accordées en Grand Est (*toutes les ZI sont concernées, sauf la ZI 4*). 1 autorisation n'est pas mise en œuvre ;
- toutes les zones d'implantation de référence bénéficient d'une offre en termes d'OQOS 2018-2023 du PRS (*décembre 2019*) ;
- 2 implantations sont disponibles au niveau des ZI 4 et 5.

En 2021

- L'application de la nouvelle réglementation et du calcul des nouveaux seuils (*actes d'exercice*) conduit à une baisse de 45 séjours (*soit 2,8% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM*) ;
- L'activité moyenne par implantation est de 64 interventions selon la méthode des GHM (*63 selon codes d'exercice de la CCAM*).

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est en 2021 quel qu'il soit (*ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM*).

Chirurgie des cancers gynécologiques – Année 2021																		
Domicile et Nb patients	Lieu PEC	GE														BFC	HDF	IDF
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	1691	1613	95.4	35	204	69		53	255	249	30	16	494	87	118	46		24
ZI 1	48	46	95.8	32	14													
ZI 2	169	163	96.4		159													
ZI 3	113	94	83.2		26	67												14
ZI 4	43	-	-															37
ZI 5	80	74	92.5					43		22								
ZI 6	242	241	99.6						211	19								
ZI 7	155	152	98							148								
ZI 8	86	85	98.8							49	29							
ZI 9	112	112	100					41				16	49					
ZI 10	372	371	99.7										371					
ZI 11	134	134	100										46	82				
ZI 12	137	135	98.5										18		112			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.

% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.

Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.

Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3^{ème} colonne), toutes les données n'étant pas reportées.

De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3^{ème} colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2^{ème} colonne.

En 2021, 1691 patientes domiciliées en Grand Est (*méthode GHM*) ont été prises en charge en chirurgie des cancers gynécologiques dont 1613 en Grand Est, soit 95,4%.

Taux de recours (*nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exercice*)

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Gynéco (tous)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	1,17	0,84	1,02	0,89	0,74
4400002 - Champagne	0,99	1,13	1,21	1,05	1,05
4400003 - Aube et Sézannais	1,07	1,10	1,06	0,91	1,05
4400004 - "21-52"	1,02	1,17	1,11	0,74	1,01
4400005 - Cœur Grand Est	1,04	1,02	1,41	1,12	0,93
4400006 - Lorraine Nord	1,09	0,90	0,81	0,83	0,94
4400007 - Sud Lorraine	0,95	0,89	1,03	1,05	0,91
4400008 - Vosges	0,96	1,12	0,89	1,01	0,75
4400009 - Moselle Est	1,08	0,89	0,95	0,91	1,04
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,11	1,10	1,12	1,08	1,19
4400011 - Centre Alsace	1,28	1,04	1,27	1,28	1,09
4400012 - Haute Alsace	1,07	0,84	1,06	0,87	0,92

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

La proposition d'OQOS de mention B5 se fonde sur l'instruction du 23 décembre 2022, avec la prise en compte, au regard des limites, de l'activité (*seuil*) et du plateau technique. L'accès sur place à une USC pour la mention B5 est mentionné mais pas pour la mention A5 et pourrait contribuer à déterminer les OQOS de mention B5, mais quasiment tous les établissements titulaires actuellement d'une autorisation de chirurgie des cancers gynécologiques ont une USC.

Seuls les établissements disposant d'une autorisation de chirurgie oncologique de l'ovaire (*mention B5 autorisée à la PTS ovaire*) peuvent réaliser la chirurgie des cancers de l'ovaire (seuil et hors seuil). Le seuil correspond à la cytoréduction complète du cancer avancé de l'ovaire.

238 interventions sont notées pour la chirurgie oncologique de l'ovaire soumise à seuil en 2021 (273 en 2022) et 394 (404 en 2022) pour celle hors seuil, soit plus de 600 interventions.

Cette activité ne représente qu'une partie de la mention B5.

Chirurgie oncologique mammaire (A6)

1. État des lieux de l'activité

Autorisations

- 30 autorisations de chirurgie des cancers mammaires sont accordées en Grand Est en 2023 (*toutes les zones d'implantation de référence concernées sauf la ZI 4*) ;
- toutes les zones d'implantation de référence bénéficient d'une offre en termes d'OQOS 2018-2023 ;
- 3 implantations sont disponibles au niveau des ZI 2, 4 et 7.

Activité

L'application de la nouvelle méthode de calcul des seuils (*actes d'exérèse*) conduit en 2021 à une baisse de 1,8% de l'activité réalisée selon la méthode des GHM pour les établissements titulaires de cette autorisation.

L'activité moyenne par implantation en 2021, est de 222 interventions selon la méthode des GHM (*218 selon codes d'exérèse de la CCAM*).

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge des patients du Grand Est quel qu'il soit (*ancienne méthode de calcul des seuils fondée sur les GHM*)

Domicile et Nb patients	Lieu PEC	Chirurgie des cancers mammaires – Année 2021														BFC	HDF	IDF
		GE																
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12			
GE	6633	6386	96.3	140	819	178		189	808	1220	117	172	1944	342	455	164		64
ZI 1	216	212	98.1	135	77													
ZI 2	601	596	99.2		591													
ZI 3	354	289	81.6		109	177										16	-	47
ZI 4	143	-	-													133		
ZI 5	330	322	97.6		42			178		86								
ZI 6	920	916	99.6						731	151			21					
ZI 7	746	745	99.9							727								
ZI 8	416	408	98.1							231	117		52					
ZI 9	377	373	98.9						55			163	144					
ZI 10	1472	1469	99.8										1461					
ZI 11	510	506	99.2										168	318	20			
ZI 12	548	540	98.5										89	18	433			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.

% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la ZI pris en charge en Grand Est au titre de la chirurgie oncologique concernée - Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.

Zone surlignée en jaune : absence d'autorisation au niveau de la ZI.

Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3ème colonne), toutes les données n'étant pas reportées. De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3ème colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2ème colonne.

En 2021, 6633 patients domiciliés en Grand Est (*méthode GHM*) ont été pris en charge en chirurgie des cancers mammaires dont 6386 en Grand Est, soit 96,3%.

Taux de recours (*nouvelle méthode de calcul des seuils fondée sur les codes d'exercice*)

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CHIR CAN] Mammaire (A6)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	0,93	0,78	0,95	0,89	0,77
4400002 - Champagne	1,04	0,98	1,03	1,02	0,91
4400003 - Aube et Sézannais	1,02	0,82	0,84	0,82	0,83
4400004 - "21-52"	1,14	0,99	0,89	0,92	0,94
4400005 - Cœur Grand Est	0,84	0,90	0,95	0,70	0,92
4400006 - Lorraine Nord	0,87	0,97	0,96	0,94	0,92
4400007 - Sud Lorraine	1,05	0,99	0,96	1,07	1,02
4400008 - Vosges	0,99	0,93	0,92	1,03	0,84
4400009 - Moselle Est	0,85	0,90	0,85	0,92	0,88
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,00	1,10	1,06	1,06	1,15
4400011 - Centre Alsace	1,11	0,92	0,91	1,03	0,94
4400012 - Haute Alsace	0,98	0,92	0,98	0,87	0,91

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Chirurgie oncologique indifférenciée (A7)

La chirurgie oncologique indifférenciée (*mention A7, pas de mention B7, pas de seuil, pas de données INCa, nécessité d'OQOS*) en relève. Les chirurgies oncologiques concernées :

- os et tissus mous ;
- ophtalmologique ;
- neurochirurgie ;
- dermatologique en secteur interventionnel ;
- thyroïdienne lorsque l'activité de la sphère ORL/MF est limitée à cette seule pratique (*également comptabilisée au sein des mentions A3 et B3, ORL/CF/MF*). Mais une activité limitée aux actes de chirurgie thyroïdienne ne suffit pas quel qu'en soit le niveau pour que soit identifiée une mention « chirurgie oncologique de la sphère ORL/CF/MF ». Une telle activité sera alors couverte par l'autorisation de « chirurgie des cancers » mention A7, sans être soumise au seuil spécifique du cancer de la thyroïde.

B. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE PÉDIATRIQUE

Seuil d'activité minimale annuelle : la chirurgie oncologique pédiatrique n'est pas soumise à seuil. OIR (*organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique*)

200

La prise en charge des cancers de l'enfant repose depuis le deuxième plan cancer sur une organisation spécifique s'appuyant sur un nombre restreint d'établissements de santé disposant d'une autorisation pour exercer l'activité de soins de traitement du cancer.

7 organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR) ont été identifiées au niveau national par l'INCa en 2010. Elles sont chargées, de la coordination des acteurs en oncopédiatrie, de l'organisation des RCP interrégionales d'oncopédiatrie, de l'identification des filières de prise en charge pour 5 techniques ou pathologies (*la greffe de cellules souches hématopoïétiques, les tumeurs de l'appareil locomoteur, les tumeurs cérébrales, la mise en œuvre des essais précoces et la radiothérapie*).

Les régions Grand Est et Bourgogne Franche-Comté font partie de l'OIR Grand Est (GE-HOPE) dont le CHRU de Nancy est centre coordonnateur. Celle-ci est composée des CHU de Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg et des CLCC de Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg (*Source : INCa, MAJ 15 février 2022*).

Au niveau de l'OIR GE HOPE, la chirurgie des tumeurs cérébrales et l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques sont réalisées sur les sites de Nancy et Strasbourg ; la chirurgie des tumeurs osseuses l'est sur les sites de Besançon, Nancy, Reims et Strasbourg. Pour la radiothérapie, les patients de Besançon sont orientés sur Dijon, sauf pour certaines radiothérapies où l'orientation des patients de Besançon et Dijon, se fait sur Nancy (*cyberknife*) ou sur Strasbourg (*radiothérapies sous anesthésie générale des enfants de moins de 2-3 ans*), (*source : FDR cancer Grand Est 2022-2025*).

À noter, les 3 CHU du Grand Est disposent d'une USI hématologiques pédiatriques. Le CHRU de Nancy et les HUS sont titulaires d'une autorisation de neurochirurgie pédiatrique.

C. RADIOTHERAPIE EXTERNE, CURIETHERAPIE

Radiothérapie externe (*mentions A, C*)

- 14 implantations géographiques autorisées en Grand Est en 2023 : ZI 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 et 12 ;
- Parmi celles-ci figurent 2 autorisations dérogatoires pour exception géographique ;
- 2 zones d'implantation de référence n'ont pas d'offre en termes d'OQOS 2018-2023 : ZI 5 et 9 ;
- Il n'y a pas d'implantation disponible.

Les titulaires d'autorisation de traitement du cancer pédiatrique sont membres des OIR labellisées par l'INCa. L'OIR Grand Est HOPE regroupe les régions Bourgogne France-Comté et Grand Est. Sont identifiés dans celle-ci, les 5 CHU et les 4 CLCC (*Besançon n'en dispose pas*).

Au regard des spécificités des activités, le niveau d'inscription des implantations est le suivant :

- Mentions A : la zone d'implantation de référence ;
- Mention C : la zone de recours.

Curiethérapie (*mentions B, C*)

1. État des lieux de l'activité

Seuil d'activité minimale annuelle : Activité non soumise à seuil.

Autorisations

- 5 autorisations sont accordées en Grand Est (2023), zones d'implantation de référence : 2, 6, 7 et 10 ;
- 8 zones d'implantation de référence n'ont pas d'offre en termes d'OQOS 2018-2023 : 1, 3, 4, 5, 8, 9, 11 et 12 ;
- Il n'y a pas d'implantation disponible.

2. Analyse du besoin

Activité

Curiethérapie							
Zone d'implantation	Nb d'implantations géographiques		Données d'activité en nombre de séjours/séances (PMSI)				
	Autorisées	Disponibles	2017	2018	2019	2020	2021
ZI 1 Nord Ardennes	-	-					
ZI 2 Champagne	2	-	271	250	253	226	315
ZI 3 Aube et Sézannais	-	-	-	-	-	-	-
ZI 4 « 21-52 »	-	-	-	-	-	-	-
ZI 5 Cœur Grand Est	-	-	-	-	-	-	-
ZI 6 Lorraine Nord	1	-	1474	1377	1453	1302	1550
ZI 7 Sud Lorraine	1	-					
ZI 8 Vosges	-	-					
ZI 9 Moselle Est	-	-					
ZI 10 Basse Alsace Sud Moselle	1	-					
ZI 11 Centre Alsace	-	-	-	-	-	-	-
ZI 12 Haute Alsace	-	-	-	-	-	-	-
Total	5	0	1745	1627	1706	1528	1865

Lieu de prise en charge en 2021 des patients du Grand Est quel qu'il soit

Curiethérapie (nombre de séjours/séances)																			
Domicile et Nb patients	Lieu PEC	GE													BFC	HDF	IDF		
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11				ZI 12	
GE	1842	1751	95		239				352	859				301			61		18

202

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France -% : part des patients domiciliés en Grand Est et pris en charge dans la région. La somme des données figurant dans les colonnes GE (3^{ème} colonne), BFC, HDF et IDF est inférieure à la valeur contenue dans la 2^{ème} colonne, toutes les données n'étant pas reportées.

Les séjours /séances relevés en BFC et IDF correspondent respectivement à des patients domiciliés dans la ZI 4 « 21-52 » et la ZI 3 Aube et Sézannais (Troyes).

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUES DU CANCER (TMSC)

1. État des lieux de l'activité

Les TMSC regroupent la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les médicaments de thérapie innovante quelles que soient les voies d'administration (*intraveineuse, orale, sous-cutanée, etc.*).

- 40 autorisations de chimiothérapie sont accordées en Grand Est en 2023 dont une correspondant à un site pédiatrique (1 établissement a cessé son activité). Toutes les zones d'implantations de référence sont concernées ;
- toutes les zones d'implantation de référence bénéficient d'une offre en termes d'OQOS 2018-2023 du PRS (décembre 2019) ;

- 4 implantations sont disponibles au niveau des ZI 1, ZI 5 (2) et ZI 6, dont certaines depuis 2019.

2. Analyse du besoin

Lieu de prise en charge

Domicile et Nb patients	Lieu PEC	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (patients) – Année 2021															BFC	HDF	IDF
		GE																	
		Total	%	ZI 1	ZI 2	ZI 3	ZI 4	ZI 5	ZI 6	ZI 7	ZI 8	ZI 9	ZI 10	ZI 11	ZI 12				
GE	29816	28439	95.4	562	3932	1031	102	803	4474	5236	961	603	6832	1870	2033	731		484	
ZI 1	1035	987	95.4	543	440													24	
ZI 2	2836	2770	97.7		2741													40	
ZI 3	1832	1455	79.4		424	1013												286	
ZI 4	731	166	22.7				91			44						560			
ZI 5	1585	1547	97.6		324			764	106	334						15		15	
ZI 6	4357	4296	98.6						3680	560								40	
ZI 7	3194	3142	98.4							3038								28	
ZI 8	2139	2103	98.3							1052	939		91			16			
ZI 9	1851	1842	99.5					610	133			568	530						
ZI 10	5548	5509	99.3							56			5401					17	
ZI 11	2340	2322	99.2										535	1709	75				
ZI 12	2368	2300	97.1										217	126	1954	44			

GE : Grand Est – BFC : Bourgogne Franche Comté – HDF : Hauts de France – IDF : Ile de France.

% : part des patients domiciliés en Grand Est ou dans la zone d'implantation de référence (ZI) pris en charge en Grand Est en chimiothérapie. Zone grisée : valeur supérieure à celle régionale.

Attention, pour la ligne ZI, la somme des données figurant dans les colonnes ZI 1 à 12, ne correspond pas systématiquement au total GE (3^{ème} colonne), toutes les données n'étant pas reportées.

De même, la somme des données figurant dans les colonnes GE (3^{ème} colonne), BFC, HDF et IDF peut être inférieure à la valeur contenue dans la 2^{ème} colonne.

En 2021, 29816 patients domiciliés en Grand Est (méthode GHM) ont eu une chimiothérapie dont 28439 en Grand Est, soit 95,4%.

Taux de recours

Regrpt actes / Regrpt géo / niveau géo	Indice (vs France)				
	2017	2018	2019	2020	2021
[CAN] Chimiothérapie (FA patients)					
Zonage ARS (ZI)					
4400001 - Nord Ardennes	0,93	0,88	0,94	0,89	0,85
4400002 - Champagne	1,07	1,03	1,04	1,00	1,00
4400003 - Aube et Sézannais	0,95	0,98	0,99	0,97	0,97
4400004 - "21-52"	1,20	1,08	1,01	1,00	1,06
4400005 - Cœur Grand Est	0,95	0,94	1,02	0,96	0,98
4400006 - Lorraine Nord	1,06	1,02	1,02	1,11	1,01
4400007 - Sud Lorraine	0,93	0,94	0,97	0,99	1,01
4400008 - Vosges	0,94	0,91	0,97	0,95	0,96
4400009 - Moselle Est	1,02	1,03	1,08	1,00	1,00
4400010 - Basse Alsace Sud Moselle	1,05	1,04	1,16	0,98	1,01
4400011 - Centre Alsace	0,97	0,92	1,02	0,96	1,02
4400012 - Haute Alsace	0,90	0,89	0,90	0,87	0,90

Taux de recours (correspond ici à l'indice) : consommation de soins hospitaliers des habitants de la ZI, standardisation (âge et sexe) pour 100 000 habitants, rapporté au taux national. Attention dès lors que l'effectif est faible, le taux standardisé devient imprécis.

Les titulaires d'autorisation de traitement du cancer pédiatrique sont membres des OIR labellisées par l'INCa. L'OIR Grand Est HOPE regroupe les régions Bourgogne France-Comté et Grand Est. Sont identifiés dans celle-ci, les 5 CHU et les 4 CLCC. Les 3 CHU du Grand Est disposent d'une USI hématologique pédiatrique.

Pour les implantations géographiques autorisées et soumises à seuil :

- Seuil atteint pour 35 implantations
- Plateau technique :
 - pour les adultes : 6 sites avec USIH, USC, réanimation => 6 mentions B a priori ;
 - pour les enfants : 3 sites avec USIH pédiatrique, USC, réanimation, par ailleurs, membres de l'OIR GE HOPE labellisé par l'INCa.

3. Détermination du niveau de zonage pertinent

Au regard des spécificités, le niveau d'inscription des implantations retenu :

- Mentions A et B : la zone d'implantation de référence ;
- Mention C : la zone de recours.

SOINS CRITIQUES

Jusqu'à la réforme des autorisations, l'activité de réanimation relevait d'une autorisation d'activités de soins alors que les activités de soins intensifs et de surveillance continue relevaient d'une reconnaissance contractuelle.

À compter du 1^{er} juin 2023, les activités de soins critiques sont encadrées par les décrets 2022-690 et 2022-694 complétés de l'arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des activités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.

Ces nouveaux textes ont pour objectifs la structuration et la gradation de la filière soins critiques pour des patients relevant de soins critiques, avec un enjeu d'adaptabilité du fonctionnement des besoins (*flexibilité de l'organisation capacitaire*) afin de pouvoir faire face aux besoins courants (*pics saisonniers notamment*) et un enjeu de fluidité des parcours post réanimation.

L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge de patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. La sécurité et la qualité des soins critiques sont garanties par un fonctionnement reposant sur des compétences spécifiques.

Ainsi l'activité de soins critiques est gradée, reposant sur deux modalités (*Soins critiques adultes et soins critiques pédiatriques*) et plusieurs mentions :

5 mentions « Soins critiques adultes » :

1. Réanimation et soins intensifs ;
2. Soins intensifs polyvalents dérogatoires (*USIPD*) ;
3. Soins intensifs de cardiologie (*USIC*) ;
4. Soins intensifs de neurologie vasculaire (*USINV*) ;
5. Soins intensifs d'hématologie (*USIH*).

4 mentions « Soins critiques pédiatriques » :

1. Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques (*avis et soins particuliers/ affection rare et/ou complexe*) ;
2. Réanimation et soins intensifs pédiatriques ;
3. Soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatriques (*USIPDP*) ;
4. Soins intensifs pédiatriques d'hématologie (*USIHP*).

1. État des lieux de l'activité

Offre de réanimation

205

Le nombre d'implantations de réanimation adulte est resté stable à 25 et à 3 pour la réanimation pédiatrique. Toutes les zones d'implantation de référence, à l'exception de la Z14 (*Réanimation fermée en 2014 pour raisons RH médicales*), disposent d'au moins un établissement avec une activité de réanimation adulte ; chaque zone de recours dispose d'un service de réanimation pédiatrique.

Le capacitaire installé a peu évolué entre 2018 et 2022 :

- **Réanimation adulte** : 9 lits supplémentaires (*création ou réouverture*).

Soit un capacitaire théorique de **476 lits**

- **Réanimation pédiatrique** : diminution de 1 lit au CHU de Reims, suite à la réorganisation et la séparation des services de réanimation pédiatrique et réanimation néonatale, compensée par la mise en place d'une USC pédiatrique dédiée et mutualisée de 8 lits,

Soit un total de 26 lits de réanimation pédiatrique pour la région.

- **Toutes les unités de réanimation (UREA) adultes comme pédiatriques** respectent le capacitaire minimal fixé par le CSP à savoir 8 lits pour les UREA adultes et 6 pour les UREA pédiatriques.

En 2022, le taux d'équipement de la région est de :

- 10,7 lits de réanimation adulte pour 100 000 adultes, avec des disparités selon les ZI, les ZI siège de CHU ou grands CH étant mieux dotées traduisant l'importance et la spécialisation des plateaux techniques et des activités complexes et/ou de recours réalisées par ces établissements ;
- de 2,4 lits de réanimation pédiatrique pour 100 000 enfants de moins de 18 ans.

En termes d'activité :

- Le nombre de séjours et le nombre de journées sont en baisse par rapport à 2019, respectivement de -4% et -2% avec allongement de la durée de passage en UREA (*unité de réanimation*), allongement notamment plus marqué dans les ZI sans plateau technique lourd (ZI5, 8 et 9) ;
- À noter, pour la région Grand Est une attractivité et des fuites peu significatives (3%) avec des disparités selon les ZI :
 - Les ZI sièges d'un CHU sont à la fois très attractives et avec un taux de fuite faible ;
 - Les ZI les moins dotées en termes de plateau technique et ne réalisant pas d'activités lourdes et complexes sont peu attractives et ont des taux de fuite vers d'autres ZI importants (ZI4, 5, 8 et 9).

Offre de soins intensifs

Soins intensifs de cardiologie

Le nombre d'implantations d'USIC adulte a été réduit de 1 sur la période 2018-2022 avec la fermeture en juin 2019 d'une USIC dans la ZI1, réduisant le capacitaire global de 8 lits. Chaque zone d'implantation de référence à l'exception de la ZI 4 dispose d'au moins 1 USIC. Le taux d'équipement en USIC de la région Grand Est, bien qu'en légère baisse (*fermeture d'une USIC*), reste globalement supérieur au taux d'équipement national.

Le nombre d'USIC adossées à un plateau de cardiologie interventionnelle est de 17 (76%) depuis novembre 2021.

L'activité d'USIC n'a pas retrouvé son niveau de 2019 ni en nombre de passages en USIC, ni en nombre de journées réalisées, respectivement -7% et -5%. La ZI la plus impactée par cette perte d'activité étant la ZI5, -29%.

Soins intensifs neuro-vasculaires

L'offre s'est renforcée avec la création d'une unité dans la ZI 10, portant le nombre d'unités et d'implantations à 11 et l'extension de 2 unités existantes. Chacune des ZI dispose d'au moins une USI NV à l'exception des ZI 1 et ZI 4. Cette activité est exclusivement réalisée par des établissements publics.

Le capacitaire progresse de 10 lits (13%) sur la période pour un total de 78 lits fin 2022. Le taux d'équipement en 2022 se situe au niveau national. Le plus souvent l'USI NV constitue un secteur du service neurovasculaire, parfois du service de neurologie. A noter que près de 50% des AVC ne bénéficient pas d'une prise en charge en UNV.

Soins intensifs hématologiques

L'offre est stable sur la période en nombre d'implantations, tant adultes que pédiatriques pour cette activité réalisée, pour l'activité adulte, par les CHU et les gros CH et par les seuls CHU pour l'activité pédiatrique.

La période est marquée par l'ouverture de l'ICANS et le transfert sur ce site avec augmentation capacitaire de l'activité adulte des HUS et par une extension capacitaire importante au CHU de Nancy.

Autres soins intensifs

La région Grand Est dispose de peu d'USI de spécialité horsUSIC, USIH et USINV, toutes situées dans les CHU à l'exception d'une USI de chirurgie cardiaque au GHRMSA qui dispose d'une activité de chirurgie cardiaque sans réanimation spécialisée de chirurgie cardiaque.

Offre de surveillance continue

Chiffres clés :

- 88 USC adultes reconnues contractuellement dans 56 établissements sur 66 sites géographiques. À noter que 14 USC se sont vues retirer leur reconnaissance contractuelle entre 2019-2021, mise à jour administrative des USC fermées par les établissements ou non renouvellement suite au contrôle régional ;
- 47% (41) sont des USC « autonomes » situées dans des établissements sans service de réanimation représentant 44% des lits (294) actuellement contractualisés ;
- 23 des 41 USC autonomes (56%) ont un capacitaire de moins de 6 lits et un certain nombre disposent de chambres doubles ;
- Évolutions 2023 : l'USC du GCS3F (8 lits) n'existe plus (*contexte reprise établissement*) et l'USC de CHINA Sedan (4 lits) va fermer (*contexte arrêt maternité*) ;
- 10 USC pédiatriques reconnues contractuellement dont 4 autonomes. (*USC pédiatrique du CHH non renouvelée car aucun moyens propres*).

2. Analyse du besoin

Le rapport IGAS 2021-017R indique que les besoins de réanimation sont liés pour partie au vieillissement de la population « par la combinaison de plusieurs facteurs, notamment la hausse avec l'âge, de la proportion de patients présentant des comorbidités et du nombre de comorbidités par patient ainsi que la diminution de la réserve physiologique. Pour autant, la relation entre le vieillissement démographique et les besoins de réanimation n'est pas linéaire. L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, l'évolution des techniques de soins en amont de la réanimation (*progrès médical*) peuvent contribuer à limiter la hausse d'activité liée au vieillissement ».

Le recours plus élevé à la réanimation résulte également des spécificités de l'offre de soins du territoire d'implantation, en particulier les activités médicales, chirurgicales et interventionnelles lourdes et complexes. Ainsi l'évaluation du besoin de réanimation reste difficile à estimer.

Néanmoins :

- La région Grand Est est plutôt bien dotée avec, en 2019, un taux d'équipement de 10,11 lits de réanimation adulte pour 100 000 adultes, 3ème position après l'IDF (11,37) et PACA (11,13). Le taux de recours à la réanimation adulte est de 0,45% (*moyenne nationale à 0,41%*) et le taux de fuite hors région faible (3%). (*Source : rapport IGAS*)
- Les projections INSEE pour le Grand Est font état d'une croissance globale de la population adulte entre 2022 et 2030 de +2,2%. La dynamique de croissance populationnelle est toutefois très contrastée selon la zone d'implantation de référence avec des zones d'implantation de référence dont l'évolution démographique est inférieure à la progression de la région voire en décroissance (Z1, 4, 5, 8 et 9). La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans progresse de 30%, de façon assez uniforme quelle que soit la zone d'implantation.

L'activité de réanimation adulte n'a pas retrouvé son niveau de 2019 ni en nombre de séjours, ni en nombre de journées réalisées avec des situations contrastées selon les ZI.

Les ZI les moins attractives et avec les taux de fuite les plus importants sont les ZI dont l'environnement en termes de plateaux techniques et de réalisation d'activités lourdes et complexes sont les moins dotées (Z14, 5 8 et 9 et dans une moindre mesure Z11). Ce sont aussi les ZI qui affichent une décroissance démographique continue sur du long terme.

Le taux de recours en nombre de séjours des patients adultes (18 ans et +) domiciliés est quasiment stable entre 2019 et 2022, celui des patients de 80 ans et plus, a baissé de façon importante (- 0,3 pts vs - 0,02 pts). Plusieurs hypothèses peuvent être émises : les conséquences de l'épidémie de Covid en termes de décès (*hausse des décès de +9,1% en 2020, augmentation concentrée sur les plus de 70 ans ; entre mars 2020 et avril 2020, le taux de décès a augmenté de 38% chez les 80-89 ans et de 22% chez les plus de 90 ans*), la fermeture d'un certain nombre de lits de réanimation avec peut être une meilleure appréciation de l'indication de prise en charge en réanimation notamment des personnes très âgées.

Les taux d'équipements en USIC et USINV se situent au-dessus ou dans la moyenne nationale, avec progression pour les USINV.

3. Principes d'organisation de l'offre de soins retenus

Exigences d'organisation réglementaires

- Regroupement des lits de soins critiques organisés en plateaux techniques ;
- Conditions de fonctionnement portant sur les locaux (*locaux dédiés, uniquement des chambres individuelles, capacitaire minimum, etc.*), mais également sur les équipements, les ratio personnel non médical, ainsi que les qualifications médicales et l'organisation de la permanence et de la continuité des soins visant à garantir la qualité et la sécurité des soins ;

- Adaptabilité/flexibilité de l'organisation, du capacitaire et des ressources pour anticiper/faire face à un surcroît d'activité en réanimation dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles (*Plan*) formalisée des établissements autorisés aux soins critiques ;
- Pilotage régional de la filière soins critiques en lien avec les acteurs de la filière.

Principes de planification des soins critiques

La gradation en soins critiques découle en 1^{er} lieu des différentes mentions des nouvelles autorisations.

D'un point de vue plus qualitatif, la gradation prend également en compte l'environnement de l'activité de soins critiques en termes de plateaux techniques et/ou d'activités de soins complexes réalisées ou non par les établissements : chirurgie cardiaque, chirurgie oncologique complexe (*Mentions B avec PTS - Pratique Thérapeutique Spécifique - notamment*), neurochirurgie, greffe d'organes, cardiologie interventionnelle, radiologie interventionnelle.

Les principes de planification et les propositions OQOS s'appuient sur l'état des lieux des soins critiques et tiennent compte des propositions OQOS des orientations en termes d'OQOS des thématiques conditionnées par une activité de soins critiques (*réanimation, USI*) en particulier le traitement du cancer, la radiologie interventionnelle et la cardiologie interventionnelle. À noter, que les USC mentionnées dans les textes rénovés correspondent à des USC hors critiques (= *soins renforcé*).

Plus spécifiquement, pour les soins critiques pédiatriques, au regard de l'activité développée au niveau de la zone de recours Ouest, il est prévu de pouvoir permettre la progression de la réanimation pédiatrique vers une réanimation pédiatrique de recours.

Enfin, et en fonction des évolutions réglementaires, l'Agence sera vigilante en termes de planification des soins critiques pour ne pas remettre en cause les activités justifiant d'une USC aujourd'hui, et à prévoir une offre suffisante pour répondre aux besoins de la région y compris en situation de crise.

Objectifs opérationnels/qualitatifs

Anticiper l'adossement géographique (*exigence de contiguïté de l'unité de réanimation et de l'USIP*) nécessitant des travaux lourds par la mise en place anticipée d'une organisation fonctionnelle mutualisée : coordonnateur médical et soignant commun, mutualisation des équipes, développement de protocoles communs, organisation de la continuité des soins.

Améliorer le fonctionnement/ structurer la filière de soins critiques par la mise en place du dispositif spécifique régional

- Engagement de tous les acteurs de soins critiques dans l'organisation de la filière de soins critiques ;
- Articulation/coopération entre les acteurs de soins critiques ;
- Lisibilité de la filière auprès de tous les acteurs ;
- Adaptabilité capacitaire de l'offre en soins critiques pour faire face aux fluctuations des besoins et gestion des flux d'hospitalisation en soins critiques ;
- Diffusion/partage des bonnes pratiques.

Améliorer la fluidité des parcours de soins critiques

- Structuration des coopérations entre les acteurs de soins critiques et avec les acteurs de l'écosystème des soins critiques (*SAMU, services d'urgences, etc.*) ;
- Développement de la télé expertise ;
- Déploiement du registre des refus et analyse des données.

Axe « ressources humaines »

- Suivi des ressources humaines médicales / formation (*internes*) ;
- Constituer et maintenir opérationnelle une réserve de professionnels formés aux soins critiques.

4. Détermination du niveau de zonage pertinent

Gradation des activités de soins critiques selon les deux niveaux

Le niveau de recours est retenu pour des activités relevant de :

- Soins critiques adultes, mention 1, USI de spécialité (*néphrologie, respiratoire, HGE, SRPR et autres*) ;
- Soins critiques adultes, mention 5 (*USI Hématologie*).

Le niveau d'implantation est retenu pour :

- Soins critiques adultes mentions 1 hors USI de spécialité, 2 (*USIPD*), 3 (*USIC*) et 4 (*USINV*) ;
- Soins critiques pédiatriques, mention 3 (*USIPDP*) ;
- Soins critiques pédiatriques, mentions 1, 2 et 4 des activités relevant du niveau d'implantation (*ZI*).

Concentration des plateaux techniques de soins critiques

Le regroupement des activités de soins critiques permet la consolidation d'équipes formées aux soins critiques, la mutualisation des moyens, la mutualisation/le partage des expertises garant de la qualité et de la sécurité des soins. Il facilite l'organisation et notamment l'adaptabilité du fonctionnement des unités aux besoins. Il permet une meilleure structuration de la filière soins critiques et du parcours soins critiques par une meilleure fluidité du parcours post-réanimation.

Maintien du nombre des implantations de réanimation adultes et pédiatriques (*soins critiques adultes de mention 1 et soins critiques pédiatriques de mention 1 et 2*)

Au vu de l'état des lieux il n'apparaît pas nécessaire d'augmenter le nombre des implantations de réanimation.

Chaque ZI, à l'exception de la ZI4, dispose d'au moins un établissement avec activité de réanimation.

Encadrement du déploiement d'USIPD adultes (*Soins critiques adultes de mention 2*)

Toutes les ex-USC situées dans un établissement sans réanimation n'ont pas vocation à devenir des USIPD.

Les ex-USC situées dans un établissement sans réanimation vont soit rester dans le champ des soins critiques dans le cadre d'une autorisation de soins critiques adultes de mention 2, soit sortir du champ des soins critiques et relever d'une reconnaissance contractuelle d'USC hors champ des soins critiques.

Seules les ex-USC dont la nature des prises en charge relève de soins intensifs justifiant cette requalification de l'USC, et répondant aux conditions d'environnement et de compétences nécessaires prévues par la réglementation, pourront être qualifiées d'USIPD.

USI de spécialité de cardiologie (USIC), neuro-vasculaire (USINV) et hématologique (USIH) (*Soins critiques adultes mentions 3, 4 et 5 et soins critiques pédiatriques mention 4*)

USIC

Pas de création de nouvelle implantation. À l'exception de la ZI4, toutes les ZI disposent d'au moins une USIC. Un travail sera à mener plus spécifiquement sur la ZI 5 en termes d'organisation de l'offre, afin de consolider cette activité sur le territoire.

USINV

À l'exception de la ZI1 et de la ZI4, toutes les ZI disposent d'au moins une USINV.

USIH

Les activités de soins intensifs d'hématologie, adulte et pédiatrique, relèvent d'un niveau de recours et ne peuvent être déployées que dans les établissements disposant d'un service d'hématologie.

Autres USI de spécialité (*Soins critiques adultes mention 1, USI de spécialité*)

La création d'USI de spécialité (*notamment néphrologie, respiratoire, d'hépatogastro-entérologie*) est conditionnée par la nature des activités des établissements et relève de sites de recours (*avec activités de niveau de recours*) ayant un fort volume d'activité et un niveau de spécialité élevé.

Création d'USI de spécialité SRPR : l'activité SRPR se situe à l'interface entre soins critiques et SSR/SMR pour des patients qui nécessitent et justifient d'une rééducation précoce en sortie de soins critiques, dont l'équilibre médical reste précaire et qui requièrent une prise en charge médicale et soignante lourde, avec surveillance étroite, de type USI. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge dans un service SSR/SMR du fait de leur profil. Il est prévu une implantation par zone de recours.

Soins critiques pédiatriques

- Maintien des implantations relevant du niveau de recours
 - Une implantation de soins critiques pédiatriques mention 1 ou 2 par zone de recours (*Est, Centre, Ouest*) ;
 - **Maintien d'une** implantation de soins critiques pédiatriques de mention 4 par zone de recours.
- Transformation des USC pédiatriques existantes en USIPDP.

UNE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ORGANISÉE

CONTEXTE

La Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme « l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence la nuit, le week-end (à l'exception du samedi matin) et les jours fériés ». Elle permet de répondre aux besoins de soins non programmés en améliorant l'accès aux soins. La PDSSES se distingue de la continuité des soins qui est l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge, sur les mêmes périodes, des patients déjà suivis et connus de l'établissement (*patients déjà hospitalisés dans la structure ou intégrés dans une filière de soins*).

La PDSSES couvre exclusivement le champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique des établissements, quel que soit leur statut. Sauf cas particuliers, notamment l'existence d'un plateau technique spécialisé, seuls les établissements site d'un service d'urgence ont vocation à assurer la PDSSES. Il est à souligner que la non-éligibilité au titre de la PDSSES n'exonère pas les établissements de santé d'assurer la prise en charge ou l'orientation de tout patient se présentant à lui.

LE SCHEMA DE PDSSES

Conformément à la réglementation en vigueur, le directeur général de l'ARS arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins. Selon l'article R. 6111-41 du Code de la santé publique, ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans et peut être révisé si la nécessité s'en présente (*évolution des besoins etc.*). Par ailleurs, « il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ».

À partir d'un diagnostic régional, le schéma de PDSSES fixe les objectifs par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Ces objectifs, en nombre de lignes de garde et d'astreinte, sont définis selon les zones d'implantation.

Ainsi, les établissements, éligibles au titre de la mission de permanence des soins, sont désignés par le directeur général de l'ARS. À ce titre, ils bénéficient d'un financement permettant de valoriser leur participation à cette mission de service public et ayant pour objectif de financer les praticiens y concourant. Les praticiens libéraux peuvent participer à la PDSSES et être indemnisés à ce titre.

L'éligibilité et le financement font l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement. Ce financement est fonction :

- du nombre de lignes de PDSSES assurées dans chacune des spécialités ;
- de la nature de l'établissement public ou privé, les arrêtés d'indemnisation étant différenciés ;

- de la modalité organisationnelle effective de la PDSSES (*astreinte opérationnelle, demi-astreinte, garde, demi-garde*).

Le schéma de PDSSES dans le Grand Est

Le schéma PDSSES Grand Est couvre :

Les activités réglementées en lien avec une autorisation :

- Périnatalité (*obstétrique et néonatalogie*) ;
- Soins critiques (*réanimation adulte et pédiatrique, soins intensifs de cardiologie, neuro-vasculaire et d'hématologie adulte et pédiatrique*) ;
- Chirurgie de recours (*cardiaque et neurochirurgie*) ;
- Plateaux techniques spécialisés (*cardiologie interventionnelle modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte », neuroradiologie interventionnelle, et urgences privées*).

Les activités non réglementées :

Les activités en aval des structures d'urgences :

- Spécialités chirurgicales non réglementées (*ortho-traumatologie, viscérale, ORL, urologie etc.*) ;
- Spécialités médicales non réglementées (*hépatogastroentérologie, infectiologie, pneumologie, etc.*).

214

Les activités médicotechniques nécessaires à la prise en charge des patients :

- Radiologie et imagerie diagnostique ;
- Radiologie interventionnelle ;
- Biologie ;
- Médecine hyperbare.

Stratégie régionale

Dans le cadre de l'élaboration du schéma cible de PDSSES 2023-2028, il convient de prendre en compte les éléments suivants :

La réforme des autorisations sanitaires entrée en vigueur au 1^{er} juin 2023 ; en effet, le schéma de PDSSES est étroitement lié aux implantations d'activités de soins sur le territoire pour les activités réglementées. Ainsi, il devra prendre en compte les implantations arrêtées dans le schéma régional de santé, au plus tard au 1^{er} novembre 2023.

La mission IGAS sur la PDSSES lancée en mars 2023 : les résultats de cette mission n'étant pas sans impact sur le volet PDSSES, devront faire l'objet de discussions en lien avec les partenaires et acteurs et être pris en compte dans le schéma de PDSSES.

Une meilleure prise en compte des réalités de terrain : charge de travail relative à la mission PDSES, problématiques en lien avec les ressources humaines, coopération des acteurs privés-publics etc.

Ainsi, à la lumière de ces éléments, le schéma nécessite une analyse en profondeur des activités impactées par la réformes des autorisations et des principes d'organisation régionaux sous tendant les activités non réglementées.

Cette refonte doit s'appuyer :

- Dans un premier temps, sur un état des lieux partagé, permettant de témoigner de la réalité de la PDSES dans le Grand Est (*degré de mise en œuvre, difficultés, points de tensions etc.*) et d'évaluer les besoins ;
- Dans un deuxième temps, sur une réflexion partagée avec les partenaires et acteurs afin de dégager des perspectives et des axes de travail pour élaborer les principes d'organisation régionaux.

La publication de l'actuel PRS au 1^{er} novembre 2023 ne pouvant prendre en compte les éléments spécifiés ci-dessus eu égard à la temporalité de ces derniers, il est décidé de proroger le schéma cible arrêté en décembre 2019. Cette prorogation permettra une refonte globale du schéma pour publication d'un nouveau schéma dès la fin des travaux.

Ainsi, comme le prévoit l'article R. 6111-41 du code de la santé publique, une révision du volet PDSES sera effectuée afin de tenir compte de l'évolution des besoins de la population et de l'offre de soins.

Dans l'attente de la publication d'un nouveau schéma, les modifications du schéma intervenant pendant les travaux, en lien avec la mise en œuvre de la réforme des autorisations entraineront un accès au financement afférent (*dès octroi de l'autorisation dans le nouveau cadre, l'indemnisation de la PDSES se fera conformément au cadre réglementaire en vigueur*). L'application des principes d'organisation de la PDSES se fera au regard du droit positif à la date de mise en œuvre de la nouvelle autorisation – en l'absence de cadre, les principes d'organisation du schéma arrêté en décembre 2019 seront maintenus à activité équivalente et dans l'attente de la révision de ce dernier.

Les principes d'organisation pour les activités réglementées en lien avec la réforme des autorisations sont listés dans le tableau ci-dessous. Ces principes seront mis en application à compter de l'octroi des autorisations concernées dans le nouveau cadre réglementaire. Dans l'attente, le cadre réglementaire applicable avant le 1^{er} juin 2023 est maintenu.

PRINCIPES D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES REGLEMENTEES			
Spécialité	Mention / modalité	Principe d'organisation	Références au CSP
Soins critiques adultes	Réanimation et soins insentifs polyvalents (mention 1)	Permanence médicale dédiée à l'unité de réanimation et l'unité de soins intensifs polyvalents : présence d'un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation (MIR) ou en anesthésie-réanimation (MAR) dédié aux activités des deux unités	D. 6124-28-2
	Réanimation et soins intensifs de spécialité (mention 1)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la discipline de l'unité de soins intensifs de spécialité	D. 6124-28-2
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires (mention 2)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle par un médecin spécialisé en MIR ou MAR	D. 6124-28-2
	Soins intensifs de cardiologie (mention 3)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline	D. 6124-29-4
	Soins intensifs de neurologie vasculaire (mention 4)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire. Site avec autorisation NRI : présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline	D. 6124-30-4
	Soins intensifs d'hématologie (mention 5) <i>(en attente d'éclaircissements sur le sujet)</i>	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline	D. 6124-31-4
Soins critiques pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant (mention 1)	Permanence médicale, par un médecin de l'équipe médicale (commune aux deux unités)	D. 6124-33-1
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques	Permanence par un médecin de l'équipe médicale (commune aux deux unités).	D. 6124-33-1

PRINCIPES D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES REGLEMENTEES			
Spécialité	Mention / modalité	Principe d'organisation	Références au CSP
	polyvalents, et de spécialité le cas échéant (mention 2)	La permanence médicale peut être commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale si celles-ci sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et lorsque le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle	
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires (mention 3)	Présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ou en réanimation néonatale + astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents	D. 6124-33-1
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie (mention 4) <i>(en attente d'éclaircissements sur le sujet)</i>	Présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale (spécialisés en pédiatrie ou en hématologie)	D. 6124-34-3
Chirurgie cardiaque		Obligation d'astreinte exclusive ou de garde sur site	R. 6123-73
Neurochirurgie		Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde pour neurochirurgien et anesthésiste réanimateur	R. 6123-101 D. 6124-138
Neuroradiologie interventionnelle	Mention A (thrombectomie mécanique et actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral aigu)	Astreinte opérationnelle ou garde de médecins justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie et médecin spécialisé en anesthésie-réanimation	D. 6124-149-1
	Mention A	Présence sur site d'un médecin spécialisé en neurologie ou un médecin compétent en pathologies neurovasculaires d'une unité neurovasculaire	D. 6124-149-1
	Mention B (activités interventionnelles en neuroradiologie)	Astreinte opérationnelle ou garde d'un médecin justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie médecin spécialisé en anesthésie-réanimation	D. 6124-149-1
	Mention B	Présence sur site d'un médecin spécialisé en neurologie ou un médecin compétent en	D. 6124-149-1

PRINCIPES D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES REGLEMENTEES			
Spécialité	Mention / modalité	Principe d'organisation	Références au CSP
		pathologies neurovasculaire d'une unité neurovasculaire	
Cardiologie interventionnelle	Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	Présence sur site ou en astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en cardiologie interventionnelle de l'adulte	D. 6124-185-1
Obstétrique		Obligation pour l'unité d'obstétrique d'assurer 24h/24 les accouchements et les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.	R. 6123-43
	<i>(non concerné à ce stade par la réforme des autorisations)</i>		
Médecine d'urgence		Obligation d'assurer, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé. Obligation d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation doit comprendre un médecin.	R. 6123-15
	<i>(en attente des nouveaux textes)</i>		
Radiologie interventionnelle	Mention D	Astreinte ou garde d'un médecin spécialisé en radiologie et imagerie médicale	R. 6123-172

Concernant les activités non réglementées, les principes régionaux adoptés dans le cadre du schéma révisé en 2019 sont reconduits à l'identique le temps des travaux en lien avec la refonte du schéma. Ils sont déclinés dans le tableau ci-après.

PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES EN AVAL DES URGENCES	
Spécialité	Principe d'organisation
Chirurgie ortho-traumatologique	<p>Organisation territoriale de la PDSSES tenant compte des niveaux d'activité et des ressources disponibles : astreinte ou garde.</p> <p>Le développement d'équipes médicales de territoire est incité afin de favoriser la mutualisation de la PDSSES.</p> <p>L'organisation graduée et/ou mutualisée de la PDSSES permet de limiter celle-ci à la 1ère partie de nuit, week-end et jours fériés sur certains sites en fonction du contexte.</p>
Chirurgie viscérale	<p>Organisation territoriale de la PDSSES tenant compte des niveaux d'activité et des ressources disponibles : astreinte ou garde.</p> <p>Le développement d'équipes médicales de territoire est incité afin de favoriser la mutualisation de la PDSSES. L'organisation graduée et/ou mutualisée de la PDSSES permet de limiter celle-ci à la 1ère partie de nuit, week-end et jours fériés sur certains sites en fonction du contexte.</p>
Urologie	<p>Au moins une ligne d'astreinte est identifiée pour chaque zone d'implantation de référence en fonction du volume d'activité du service des urgences et sous réserve de ressources médicales suffisantes.</p> <p>Une ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec un fort volume d'activité.</p>
ORL	<p>Une ligne d'astreinte est identifiée pour chaque zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes.</p> <p>À défaut, une ligne d'astreinte couvrant plusieurs zones.</p>
Odontologie	<p>Une ligne d'astreinte par zone de recours.</p>
Ophthalmologie	<p>Une ligne d'astreinte est identifiée pour chaque zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes.</p> <p>À défaut, une ligne d'astreinte couvrant plusieurs zones.</p>
Chirurgie thoracique (gros vaisseaux)	<p>Une ligne d'astreinte de recours est identifiée dans les établissements de référence disposant des ressources suffisantes.</p>
Chirurgie vasculaire	<p>Garantir l'accès à une compétence chirurgicale dans les établissements trauma-center de grade élevé et les établissements en capacité de réaliser de la radiologie vasculaire.</p> <p>Une ligne d'astreinte peut être identifiée sur chaque zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes.</p>

PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES EN AVAL DES URGENCES

Spécialité	Principe d'organisation
Chirurgie maxillo-faciale	Garantir l'accès à une compétence chirurgicale notamment dans les établissements labellisés trauma-center. Une ligne d'astreinte de recours est identifiée dans les établissements disposant des ressources suffisantes.
Chirurgie pédiatrique	La PDSSES est organisée dans les établissements disposant d'équipes spécialisées, chirurgicales et anesthésiques : CHU : une ligne d'astreinte de chirurgie pédiatrique viscérale et une ligne d'astreinte de chirurgie ortho-traumatologique, sous réserve d'effectifs suffisants. Autres établissements : une ligne d'astreinte de chirurgie pédiatrique polyvalente dans les établissements disposant d'un service de chirurgie pédiatrique et sous réserve d'effectifs suffisants notamment d'anesthésistes formés à l'anesthésie pédiatrique. À défaut, organisation protocolisée de la prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques notamment des urgences viscérales.
Chirurgie mains	La PDSSES est organisée dans les centres disposant d'équipes spécialisées, de préférence labellisés FESUM.
Anesthésie polyvalente	Organisation de la PDSSES anesthésique en fonction du niveau d'activité de l'anesthésie liée à l'activité de la maternité et/ou de l'activité de PDSSES de chirurgie (notamment le nombre de lignes couvertes).
Anesthésie pédiatrique	Une ligne de garde par zone de recours.
Infectiologie	Une ligne d'astreinte par zone de recours, dans les établissements sanitaires de référence pour les infections à fort potentiel épidémique permettant de garantir l'accès à des ressources médicales hautement spécialisées, notamment pour les pathologies émergentes.
Hépatogastro-entérologie	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de référence sous réserve de ressources médicales suffisantes, à défaut, une ligne d'astreinte couvrant plusieurs zones, de préférence sur des sites disposant de compétence en radiologie interventionnelle afin de répondre aux urgences endoscopiques (hémorragies digestives graves). Une ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec un fort volume d'activité (CHU). La mutualisation des ressources, notamment avec le privé, sera recherchée du fait d'une démographie médicale peu favorable.

PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION POUR LES ACTIVITES EN AVAL DES URGENCES

Spécialité	Principe d'organisation
Pneumologie- bronchoscopies adultes	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de référence afin de garantir un accès pour les urgences endoscopiques. Une ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec un fort volume d'activité (CHU). La mutualisation des ressources entre établissements est recherchée.
Pneumologie- bronchoscopies pédiatriques	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de recours afin de garantir un accès pour les urgences endoscopiques pédiatriques.
Médecine polyvalente	Cette activité relève de la continuité des soins. Une ligne d'astreinte peut néanmoins être identifiée en aval du service des urgences, en fonction des ressources médicales disponibles et du volume d'activité du service des urgences.
Médecine gériatrique	Une ligne d'astreinte en 1ère partie de nuit, les week-end et jours fériés, peut être identifiée, en aval du service des urgences, en fonction de l'existence d'un court séjour gériatrique répondant aux critères de fonctionnement d'une telle unité, des ressources gériatriques disponibles et du volume d'activité du service des urgences.
Pédiatrie	Une ligne d'astreinte en aval du service des urgences pédiatriques, sous réserve d'effectifs suffisants pour assurer l'ensemble des lignes de pédiatrie.
Néphrologie-dialyse (insuffisance rénale aigue)	Une ligne d'astreinte par zone d'implantation de référence est reconnue pour la prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë.

Schéma cible de PDES

Les mesures déployées doivent s'accompagner pour les cinq ans à venir, d'une réflexion autour des modalités permettant une plus grande solidarité territoriale. Aussi et au regard de ces éléments, des conclusions de la mission IGAS relative à l'organisation de la permanence des soins au niveau des territoires, des changements réglementaires liés à la réforme des autorisations, l'engagement des réflexions avec les partenaires sera entrepris afin de dégager des perspectives et des axes de travail pour l'élaboration des principes régionaux en lien avec les activités non réglementées rénovés.

Dans l'attente, le schéma cible proposé en attente des travaux régionaux est le suivant :

SCHEMA CIBLE DE PDES	ZI n°1		ZI n°2		ZI n°3		ZI n°4		ZI n°5		ZI n°6		ZI n°7		ZI n°8		ZI n°9		ZI n°10		ZI n°11		ZI n°12		ZR n°1		ZR n°2		ZR n°3		Total				
	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Total		
ACTIVITES REGLEMENTEES																																			
Gynécologie-obstétrique et pédiatrie																																			
Gynécologie-Obstétrique	1	1	3	1	2	1	1	2	3	3	2	1	4	1	2	1	5	3	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	31	18	49	
Pédiatrie (Obst/Néonat/rea néonatale)	1	1	3	2	2	1	1	1	1	3	3	2	2	3	2	2	1	5	4	2	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	28	25	53		
Réanimation																																			
Réanimation pédiatrique / Pédiatrie spécialisée																											1	1	1			3	3		
Réanimation polyvalente		1		4		1			2	0,5	4,5		2		1		2		1	0,5	1,5											1	20	21	
Réanimation médicale																	1	4			0,5	1,5										1,5	6,5	8	
Réanimation chirurgicale													2						2		1	0,5	1,5								0,5	6,5	7		
Réanimation neuro-chirurgie																																1	1	1	
Réanimation Grands Brûlés																																1	1	1	
Réanimation chirurgie cardiaque																											1	2	1			4	4		
Cardiologie interventionnelle																																			
Cardiologie interventionnelle Type 3				2		1				2		3							3		2		2									15		15	
Cardiologie - USIC		1		2		1			2		3		3		1		1		3		2		2									21		21	
Urgences																																			
Urgences privées				2						1		1								1				2									7		7
Autres activités réglementées																																			
Unité neurovasculaire - USI UNV		1		1	1			1		1			1	1		1		1		1	1		1	1							8	4	12		
Neuro-chirurgie																											1	1	2			4		4	
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire																										1	1	2			4		4		
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire néonatale																																1		1	
Chirurgie cardiaque																											1	3	3			7		7	
ACTIVITES NON REGLEMENTEES																																			
Spécialités chirurgicales																																			
Chirurgie mains																																			
Chirurgie ortho-traumatologique		1	2,8	1	0,6	1	1	2,2	1,6	2	1	1	2,2	2,6	3,6	1	1	1	0,6	1					1	1	4	2			7		7		
Chirurgie viscérale		1	4	1	1	1	1,6	2,6	3,6	2	3,2	1	3	3	6,6	1	1	1	1	1												31,6	8	39,6	
Chirurgie vasculaire			2		1				2		1				2		1		1	1												10		10	
Chirurgie thoracique (Gros vaisseaux)																										1	2	1				4		4	
Chirurgie maxillo-faciale																										1	2	1				4		4	
Chirurgie Infantile																									2	4	3				9		9		
Chirurgie ORL		1		1			1		1		1		1		1		1		1		1		1								11		11		
Odontologie																											1	1	1			3		3	
Urologie		1	3		1			1	2	1,6		1,2	1		3		1		1		1		1									16,8		16,8	
Ophthalmologie				1		1		1		1		1		1		1		1		1		1										10		10	
Anesthésie liées aux activités non réglementées																																			
Anesthésie/Anesthésie obstétrique		1	1	4	3	2	1	1,6	3	4	5	5	4	4	1	3	1	7,6	5	3	2	3	2			2		1	2	2	43,2	30	73,2		
Anesthésie pédiatrique																											1	1	1			3		3	
Anesthésie chirurgie cardiaque																											1	2	2			5		5	
Spécialités médicales																																			
Hépatogastro-entérologie		1		2,6		1		2	2,6	1,6		2		1		3,6		1		1												19,4		19,4	
Pneumologie adulte		1		1,6		1		1	1,6	1		1		1		2		1		1												13,2		13,2	
Pneumologie pédiatrique																										1						2		2	
Hématologie clinique adulte																										2		3				9		9	
Hématologie clinique et oncologie pédiatrique																										1		1				3		3	
Infectiologie																										1		1				3		3	
Néphrologie (IRA)		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1								12		12	
Médecine polyvalente		2		5		2		2		5		4		3		3		7		2		1										38		38	
Médecine pédiatrique						1						1						1														3		3	
Médecine gériatrique		0,6		0,6					0,6		0,6						1,2		0,6		0,6											5,4		5,4	
Activités médico-techniques																																			
Radiologie interventionnelle: Embolisation d'hémostase																											1		2		4		7		7
Radiologie et imagerie diagnostique		1		2	1		1	1		1	2	1	1	1		1	2		3	1	1	1	1	1	1							14	9	23	
Biologie																												1		1		3		3	
Urgences																																			
Urgences psychiatriques - dans le cadre de la DAF																																			
Activités spécifiques																																			
Caisson hyperbare																																	1		2
Total	14,6	5,0	38,6	19,0	19,2	7,0	10	20,8	6,0	37,5	24,5	30,0	21,0	27,4	7,0	24,6	6,0	57,6	28,0	22,1	12,5	23,2	15,0	18,0	9,0	29,0	9,0	34,0	9,0	406,8	178,0	584,8			

L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

PROLONGER LES POLITIQUES PUBLIQUES ENGAGÉES

Caractéristiques du secteur

Le secteur médico-social est un champ particulièrement complexe du fait du nombre et de la diversité des structures qui ont vocation à répondre aux besoins d'un public très hétérogène et pluriel : ce sont près de 800 gestionnaires médico-sociaux en Grand Est qui apportent un accompagnement aux personnes ciblées, avec :

- plus de 1200 établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap ;
- et plus de 800 établissements et services accompagnant des personnes âgées.

Les données ci-dessous précisent les taux d'équipements concernant l'offre d'accueil pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap par département (*données issues de STATISS 2022*).

Secteur « Personnes âgées »

2022 GRAND EST

19 ACCUEIL DES PERSONNES ÂGÉES - TAUX D'ÉQUIPEMENT AU 31/12/2021 EN NOMBRE DE PLACES POUR 1 000 HABITANTS DE 75 ANS ET PLUS

Sources : Drees, Finess ; Insee, estimation de population 2022 / (données extraites du *Personnes de la Drees*)

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	97,3	89,3	109,5	101,7	102,8	95,0	110,8	87,6	91,2	92,1	129,1	93,5	92,3
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en non EHPAD, logements de résidences-autonomie, places ESLD)	27,1	18,2	17,8	47,2	15,7	41,4	28,5	28,2	15,6	29,3	18,8	23,9	23,6
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	0,6	0,4	0,3	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	0,7	2,4	0,0	0,6	0,6
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	18,6	22,3	20,4	19,0	22,6	20,3	29,0	17,9	13,3	18,1	19,9	19,2	19,1

- 62 EHPAD reconnus pour proposer de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation pour 851 séjours financés en 2022 ;
- 28 nouveaux Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) autorisés et financés dès 2023, portant le total régional à 181 PASA ;
- 51 dispositifs IDE de nuit (*dont 2 gardes*) financés sur l'ensemble de la région permettant de couvrir 226 EHPAD ;
- 4 centres ressources territoriaux installés en 2022, 10 prévus sur 2023 et 2 sur 2024, couvrant 9 départements ;
- 20 plateformes de répit (PFR).

Secteur « Personnes en situation de handicap »

22 CAPACITÉ D'ACCUEIL POUR ADULTES HANDICAPÉS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT - (SUITE) • NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES - PLACES INSTALLÉES PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT AU 31/12/2021 (1)

Source : Drees, Finess

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Établissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.)													
Nombre d'établissements	148	9	9	14	6	20	11	23	23	18	15	1 472	1 502
Nombre total de places installées	11 524	647	631	1 183	450	1 614	438	2 348	1 868	1 489	856	116 539	118 784
Services d'accompagnement à la vie sociale, médico social pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH)													
Nombre de services (4)	122	8	8	21	6	17	8	4	21	20	9	1 521	1 550
Nombre de places	3 959	280	168	733	285	969	295	104	767	108	250	53 960	56 010
Service de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés (SSIAD+SPASSAD)													
Nombre de services (4)	98	5	2	11	9	6	14	23	8	6	14	1 063	1 081
Nombre de places	660	70	25	55	39	53	62	106	61	97	92	6 793	6 929

(1) On compte la capacité totale des établissements indépendamment de la spécificité des places. (2) Les établissements classés en catégorie FAM sont ceux qui disposent de lits d'accueil médicalisés, même si d'autres types de lits y sont présents. (3) La catégorie « foyer d'accueil polyvalent » a été créée dans FINESS dans le but d'attribuer un seul numéro FINESS aux foyers d'hébergement qui proposent simultanément de l'hébergement ouvert et de l'accueil en foyer de vie (et de permettre ainsi que les diverses activités d'un même établissement ne fassent pas l'objet d'immatriculations distinctes). (4) Services autonomes et services rattachés à un établissement. (5) Y compris accueil de jour. (6) Les EAM correspondant à la nouvelle dénomination des FAM, la différence est uniquement administrative. Dans cette édition, ces deux catégories sont sommées. (7) Les EAMM remplacent désormais les catégories foyer d'hébergement, foyer de vie et foyer d'accueil polyvalent : comme pour les FAM, pour être en cohérence avec la nouvelle nomenclature, dans cette édition, nous comptabilisons sur une même ligne la capacité de toutes ces structures (foyer d'hébergement + foyer de vie + foyer d'accueil polyvalent + EAMM). (8) 139 places en catégorie 370 (établissement expérimental pour personnes handicapées). (9) Y compris accueil temporaire.

23 ACCUEIL DES ADULTES HANDICAPÉS • TAUX D'ÉQUIPEMENT AU 31/12/2021 PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT : PLACES POUR 1 000 HABITANTS DE 20 À 59 ANS

Sources : Drees, Finess, Insee, estimation de population 2022

	Grand Est	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés													
Taux d'équip. en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	1,2	1,3	0,9	1,1	1,8	1,3	1,8	1,4	0,7	1,1	1,6	1,1	1,1
Taux d'équip. en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	0,9	0,8	0,8	1,1	0,6	0,7	1,1	0,8	1,1	0,8	1,0	1,0	1,0
Taux d'équip. en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	1,8	1,2	2,6	2,0	2,5	2,1	2,4	0,8	1,4	2,9	2,7	2,4	2,4
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)													
	4,2	5,2	4,3	4,2	5,9	4,4	5,3	4,5	3,1	3,9	5,2	3,6	3,6

26 CAPACITÉ D'ACCUEIL POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT - NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES - PLACES INSTALLÉES PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT AU 31/12/2021 - TAUX D'ÉQUIPEMENT

Sources : Drees, Insee, Insee, estimation de population 2022

	Grand Est	Ardennes	Aube	Mame	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Instituts médico-éducatifs (I.M.E.)													
Nombre d'établissements	117	10	6	9	7	11	6	19	19	19	11	1 322	1 368
Nombre total de places installées	7 496	559	428	659	321	1 009	244	1 389	1 082	1 263	542	70 879	73 460
Dont places en accueil temporaire (1)	37	0	0	3	8	3	0	0	14	7	2	388	464
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat	4 860	368	242	505	178	716	150	833	727	825	316	41 202	43 457
Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés													
Nombre d'établissements	20	2	1	2	3	2	1	3	1	2	3	181	189
Nombre total de places installées	562	75	32	65	26	106	18	86	30	69	55	5 253	5 499
Dont places en accueil temporaire (1)	15	0	0	4	0	2	2	2	1	0	4	107	120
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat	256	21	24	32	20	24	3	60	18	25	29	2 704	2 857
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)													
Nombre d'établissements	55	6	4	6	7	9	6	6	7	2	2	492	498
Nombre total de places installées	1 580	97	124	105	135	242	82	300	278	127	90	17 533	17 763
Dont places en accueil temporaire (1)	9	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0	70	70
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	549	49	27	49	37	112	5	55	152	38	25	5 804	5 869
Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)													
Nombre d'établissements	11	0	1	2	0	2	0	3	2	1	0	140	145
Nombre total de places installées	926	0	24	95	0	300	0	198	192	117	0	7 589	7 705
Dont places en accueil temporaire (1)	5	0	0	1	0	0	0	0	4	0	0	70	70
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	312	0	16	70	0	45	0	0	138	43	0	3 529	3 628
Jardins d'enfants spécialisés													
Nombre d'établissements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Nombre total de places installées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	140
Dont places en accueil temporaire (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	140

Suite du tableau page suivante →

26 CAPACITÉ D'ACCUEIL POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT - (SUITE) - NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES - PLACES INSTALLÉES PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT AU 31/12/2021 - TAUX D'ÉQUIPEMENT

Sources : Drees, Insee, Insee, estimation de population 2022

	Grand Est	Ardennes	Aube	Mame	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	France métropolitaine	France entière
Établissements pour jeunes déficients sensoriels (2)													
Nombre d'établissements	15	1	2	1	1	2	0	4	3	1	0	112	119
Nombre total de places installées	729	55	21	65	12	300	0	146	115	15	0	7 184	7 449
Dont places en accueil temporaire (1)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	21	21
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	372	55	19	46	12	90	0	56	94	0	0	3 248	3 455
Établissements expérimentaux													
Nombre d'établissements	17	3	0	0	1	2	1	2	5	2	1	69	77
Nombre total de places installées (5)	84	18	0	0	0	0	0	0	66	0	0	613	742
Dont places en accueil temporaire (1)	6	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	59	59
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat (4)	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91	101
Foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés													
Nombre d'établissements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	17
Nombre total de places installées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	178	178
Établissements d'accueil temporaire													
Nombre d'établissements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	17
Nombre total de places installées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	209	223
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) (3)													
Nombre d'établissements	153	13	8	18	7	15	18	29	23	11	11	1 675	1 727
Nombre total de places installées	4 191	308	198	425	178	560	214	686	886	502	234	51 266	53 928
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et places d'accueil temporaire) pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (6)													
	9,1	13,4	8,4	7,4	14,1	11,7	8,8	9,2	6,7	9,1	9,0	7,1	7,0
Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1 000 habitants de - 20 ans (6)													
	3,4	5,1	2,6	3,2	5,2	3,4	5,5	3,0	3,4	2,9	3,1	3,3	3,4

(1) Y compris accueil de jour. (2) Rassemble trois types d'établissements : ceux pour déficients visuels, pour déficients auditifs, et pour déficients auditifs et visuels. (3) Services autonomes et services rattachés à un établissement. (4) Hors accueil temporaire. (5) Hors catégorie 370 (établissement expérimental pour personnes handicapées). Pour l'établissement expérimental du Nord, il s'agit d'une Equipe mobile expérimentale (enregistrée sous le code catégorie 377) ce qui explique l'absence de place. (6) Indicateurs sociaux départementaux.

- Généralisation du dispositif ITEP dans les 10 départements du Grand Est : 54 ITEP fonctionnent en dispositif ;
- Création de nouvelles places de SESSAD : 99 places supplémentaires en 2022, s'ajoutant aux créations antérieures ;
- Développement d'unités d'enseignements externalisées : 221 UEE sont déployées au profit de 20 284 enfants ;
- Ouverture d'unités autisme : 30 Unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA), 8 Dispositifs d'autorégulation (DAR), 10 Unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) sont opérationnels ;
- Création de 10 équipes mobiles médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) organisées via des protocoles de saisines ayant permis près de 1800 interventions ;
- 504 personnes accompagnées activement au sein des 15 dispositifs emploi accompagné déployés en Grand Est, dont 141 personnes avec troubles du spectre de l'autisme ;
- 10 plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour les enfants avec troubles du neuro-développement âgés de 0 à 6 ans, déployées sur les 10 départements ;
- 14 Pôles de compétences et prestations externalisés en Grand Est (PCPE), couvrant l'ensemble des départements, dont le nombre d'accompagnements en file active sur la Région a été conventionné à hauteur de 200 personnes minimum. 11 PCPE ont vocation à accompagner tout type de public et 3 PCPE accompagnent exclusivement des personnes avec troubles du spectre de l'autisme ;
- 3 établissements de santé, 6 MAS, 19 FAM et 17 établissements gestionnaires se sont engagés dans la démarche de déploiement opérationnel de la mesure 37 de la stratégie nationale autisme visant à mieux repérer les personnes adultes ;
- 10 Communautés 360 installées sur chacun des 10 départements, qui montent en charge et se structurent notamment avec les Assistants au projet et parcours de vie (APPV) en cours de déploiement en 2023 ;
- 9 plateformes de répit ;
- 70 Groupes d'entraide mutuelle (GEM) en Grand Est dont 10 dédiés au public autiste.

Une adaptation de l'offre médico-sociale pour personnes âgées et personnes en situation de handicap engagée, à poursuivre

Conformément au schéma régional de santé 2018-2023, et en lien avec les conseils départementaux et la collectivité européenne d'Alsace le cas échéant, l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a évolué de manière significative. Les gestionnaires ont pu proposer des projets d'adaptation qualitative et quantitative de l'offre au regard de l'évolution des besoins et attentes exprimés, et en déclinaison des orientations des politiques nationales et régionales.

Pour en savoir plus : Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2022 publiés par la CNSA⁴⁰

⁴⁰ [Les chiffres clés 2022 de la CNSA](#)

Au-delà des évolutions quantitatives qui ont été soutenues, le secteur médico-social s'est très largement investi en termes d'évolutions organisationnelles, soit en intra au sein des établissements et services, soit d'un point de vue territorial en contribuant à la construction des réponses adaptées et coordonnées, sous forme de dispositifs, de plateformes, de pôles d'activités ou de compétences, etc. La fonction ressources s'est également développée par la mise en place de centres ressources (*CREHPSY, polyhandicap, INTIMAGIR, etc.*) et d'équipes mobiles d'appui (*scolarisation, ASE*).

Pour autant, les besoins exprimés, ne trouvant pas, immédiatement ou complètement, de réponse adaptée, restent nombreux.

ORIENTATIONS GÉNÉRALES

Conforter et amplifier l'adaptation de l'offre médico-sociale, en déclinaison des politiques nationales

Pour les opérateurs médico-sociaux, il s'agira de poursuivre la mobilisation engagée depuis plusieurs années en termes de diversification, d'adaptation et de transformation de l'offre médico-sociale, trouvant un équilibre entre l'institution (*avec ou sans hébergement*) et le milieu ordinaire, dont le domicile, en fonction des besoins et attentes des personnes et de leurs aidants, avec des solutions graduées, souples, modulées et évolutives, interagissant avec l'environnement. L'intégration et l'amplification des démarches qualité sera un levier majeur en appui de cette transformation.

227

Les adaptations de l'offre seront portées en déclinaison des politiques nationales, et notamment des feuilles de routes gouvernementales, traduites le cas échéant dans les textes réglementaires et législatifs.

Adapter les modalités de pilotage des politiques publiques

Le secteur médico-social est en cours de transition dans les modalités de son pilotage. À cet égard, deux éléments seront à prendre en compte dans le cadre du présent schéma :

- La nécessité de renforcer autant que possible le pilotage des politiques publiques par la prise en considération des données (*INSEE, DREES, ViaTrajectoire, etc.*) qui doivent pouvoir être davantage produites, recueillies et exploitées. L'ARS Grand Est, dans le cadre de ses partenariats, proposera d'amplifier la fonction d'observation et l'analyse collective des données aux niveaux régional et départemental. Sur le champ du handicap en particulier, l'observatoire mis en place via le site handidonnees.fr^[2], administré par le CREA Grand Est, sera valorisé et conforté ;
- L'évolution liée à la création de la branche autonomie : l'ARS Grand Est sera partie prenante du nouveau cadre de coopération territorial de la branche, de ses enjeux et modalités induites en termes de pilotage des politiques publiques, en lien notamment avec les conseils départementaux et la collectivité européenne d'Alsace.

OBJECTIFS SECTORIELS

Objectifs transversaux aux populations âgées et/ou en situation de handicap

Globalement, le SRS 2023-2028 entend poursuivre la transformation de l'offre médico-sociale dans les territoires, en particulier en consolidant la logique de services, en renforçant la qualité des accompagnements et en orientant des actions vers un écosystème durable.

Ces changements ne pourront être soutenus que par une coordination et articulation renforcées de l'ensemble des acteurs des parcours (*avec une attention particulière à la bonne lisibilité des différents dispositifs et de leurs interconnexions pour éviter l'effet « mille-feuilles »*), des investissements fléchés pour innover au service des personnes accompagnées, mais également grâce à une montée en compétences de l'ensemble des professionnels de santé et du secteur médico-social, gage de qualité des accompagnements.

Cela passera par :

- une répartition des financements alloués aux établissements et services, au plus près des besoins des usagers et des territoires, dans une optique de convergence tarifaire et dans le respect de l'ONDAM médico-social limitatif ;
- une attention particulière à la qualité des accompagnements dans les établissements médico-sociaux, avec l'objectif que les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) soient systématiquement et pleinement appliquées. À cet égard, l'ARS Grand Est sera susceptible de conditionner le renforcement des moyens des structures à la bonne prise en compte de ces recommandations, notamment dans le champ du handicap ;
- la promotion de l'innovation, de l'expérimentation et des initiatives au service de l'efficience.

228

Les actions suivantes contribuant aux deux secteurs (*personnes âgées et personnes en situation de handicap*) seront déployées :

- **Conforter le soutien des aidants**, notamment par la consolidation des plateformes de répit et de leur rôle territorial. Cet objectif sera complété par un travail sur l'offre de répit en structure et, notamment pour les aidants de la population âgée, le développement du répit à domicile – en cohérence avec le virage domiciliaire ;
- Conduire aux côtés des départements la **réforme des Services à domicile (SAD)** en accompagnant les SSIAD et SPASAD actuels dans cette évolution ; la création de nouvelles solutions de SSIAD/SAD sur le champ « personnes âgées » renforcera le maillage territorial mais également la capacité d'action des services déjà existants ;
- Diversifier les solutions d'accompagnement répondant aux enjeux spécifiques provoqués par le vieillissement des personnes en situation de handicap. Ces solutions devront favoriser le maintien de la personne dans son lieu de vie habituel, à domicile ou en établissement, et répondre aux besoins accrus de soins qui peuvent émerger avec l'avancée en âge de la personne handicapée. Elles seront proposées à partir de l'observation fine des besoins et des dynamiques territoriales, et nécessiteront par définition la mise en synergie des compétences des acteurs du handicap et du grand âge (*sanitaire et médico-social*).

- Renforcer l'**accès aux soins** de la personne âgée et de la personne en situation de handicap, en mobilisant notamment la médecine de ville dont les Infirmiers en Pratique Avancée, les pharmaciens référents en EHPAD et en ESMS PH (*conseils, sécurisation du circuit du médicament, etc.*), notamment dans le cadre d'un partenariat avec l'URPS pharmaciens, mais aussi en renforçant la collaboration ville/hôpital (*déploiement du Kit Assure pour prévenir les hospitalisations évitables des personnes âgées aux urgences, coordination des référents handicap dans les établissements de santé, mobilisation de la télémédecine*) ;
- Soutenir les actions de **Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT)** dans les établissements médico-sociaux, en partenariat notamment avec l'ARACT au bénéfice des professionnels et des environnements de travail.

Objectifs relatifs aux personnes âgées

Les objectifs relatifs aux personnes âgées seront mis en œuvre en lien avec les conseils départementaux et la collectivité européenne d'Alsace, chefs de file de la politique personnes âgées sur les territoires. Les structures médico-sociales à destination des personnes âgées seront encouragées à amplifier l'insertion de leur offre dans les territoires et le partenariat avec le secteur hospitalier ou de ville, dans le cadre des articulations nécessaires et cohérentes avec une approche par parcours (*intégration dans les filières de soins, participation aux communautés professionnelles territoriales de santé, etc.*).

L'ARS Grand Est contribuera à renforcer la qualité des soins dans les EHPAD et à soutenir l'adaptation de leur offre au regard de l'évolution des besoins, tout en mobilisant des actions cohérentes en faveur du virage domiciliaire conformément aux souhaits des personnes concernées.

229

À cet égard, seront poursuivies les actions visant à :

- Renforcer le niveau de soins dans les EHPAD :
 - Par l'augmentation du temps de médecin coordonnateur, conformément aux orientations nationales ;
 - Par le renfort de la permanence des soins de nuit en généralisant l'accès à une compétence infirmière, le cas échéant mutualisée entre les établissements médico-sociaux ou sanitaires. La cible sera de 80% des EHPAD couverts par une astreinte ou garde IDE de nuit, sous réserve des crédits nationaux mobilisables.
- Poursuivre le déploiement de l'offre graduée d'accompagnement en EHPAD pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs :
 - Par la poursuite du déploiement des PASA-UVP : l'objectif est de généraliser des PASA dans chaque EHPAD, sous réserve des crédits nationaux mobilisables et des résultats de l'évaluation en cours ;
 - Par l'installation d'une UHR en EHPAD dans les départements non couverts.
- Asseoir le dispositif d'**Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH)** totalement solvabilisé par l'ARS pour en faciliter l'accès au plus grand nombre. La cible sera la réalisation de 1 000 séjours annuels dans la région ;
- Compléter le maillage territorial et accompagner la montée en charge des **Centres ressources territoriaux (CRT)**. La cible, sous réserve des crédits nationaux, sera d'au moins 2 CRT par département ;

- Inciter les établissements médico-sociaux à sortir d'une logique d'établissement pour évoluer vers des **plateformes de services proposant du répit** (hébergement à la nuitée, accueil de jour), de **l'hébergement temporaire et les accompagnements/conseils/informations nécessaires** ; cette démarche se basera sur une réflexion territoriale et sera développée par le biais de transformations à moyens constants.

Objectifs relatifs aux personnes en situation de handicap

Le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap, dans une visée inclusive, est engagé depuis plusieurs années. Cette évolution se poursuit en cohérence avec les orientations nationales telles qu'annoncées lors de la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 et du comité interministériel du handicap du 20 septembre 2023.

Cette transformation de l'offre vise à proposer à la personne en situation de handicap, une réponse adaptée à ses besoins et à ses attentes pour lui permettre de bénéficier d'un accompagnement souple et évolutif, dans le respect de ses choix et dans tous les aspects de sa vie (*habitat, emploi, santé, scolarisation*).

Cet accompagnement doit donc favoriser la pleine participation à la vie sociale des personnes, développant ainsi leur capacité à agir et à gouverner leur vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes.

Les grands principes qui fondent la stratégie d'accompagnement des personnes en situation de handicap doivent être poursuivis et/ou amplifiés par l'ensemble des établissements médico-sociaux, de façon à respecter :

- l'inconditionnalité de l'accueil : à considérer comme un impératif ;
- la subsidiarité : qui implique que la pyramide décisionnelle prenne d'abord en compte la parole des personnes en situation de handicap, de leurs proches, et des professionnels. C'est préférer chaque fois que possible des solutions pour permettre à un projet de vie de s'accomplir dans le cadre d'une offre d'accompagnement graduée (*milieu ordinaire - droit commun – solutions mixtes – milieu spécialisé*), en privilégiant le milieu ordinaire autant que possible ;
- la transversalité : chaque initiative doit se situer au regard de l'objectif de décroisement entre les professions, les lieux d'exercice, le sanitaire, le médico-social et le social ;
- la participation de tous : la réussite passera par l'organisation régulière de temps de rencontres avec les personnes et les acteurs concernés.

L'application de ces grands principes va de pair avec l'adaptation territoriale de l'offre d'accompagnement aux besoins des personnes en situation de handicap et constitue les fondements de la transformation de l'offre médico-sociale dans une logique inclusive.

Ainsi seront poursuivies, en articulation autant que nécessaire avec les actions des conseils départementaux et de la collectivité européenne d'Alsace, les actions suivantes autour de la **diversification des solutions d'accompagnement** pour répondre :

- À **l'accompagnement du parcours vers le milieu adulte des adolescents et jeunes adultes**, notamment pour les personnes relevant de l'amendement Creton, par la transformation de l'offre à moyens constants mais aussi, sous réserve des moyens nationaux, par la création de solutions nouvelles, en privilégiant le milieu ordinaire ;
- À l'accompagnement du parcours des enfants en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance ;
- À **l'accompagnement vers et dans l'emploi**, notamment vers le milieu ordinaire par l'offre d'emploi accompagné (*cf. infra*) et/ou par la mise en œuvre du plan de transformation des ESAT ;
- À la **spécificité de l'accompagnement des adultes autistes en situation complexe**⁴¹ ; à cet égard, 2 nouvelles unités résidentielles pour les adultes autistes en situation très complexe seront, sous réserve des crédits nationaux, installées en Grand Est ;
- Aux **spécificités des besoins des personnes en situation complexe et/ou critique**⁴² autour d'une réflexion territoriale collective (*ARS/Conseils départementaux/préfectures*), dans une approche de co-responsabilité populationnelle des acteurs de tous champs (*social, médico-social, sanitaire, etc.*), pour construire des solutions permettant une identification consensuelle des situations au regard de leur complexité, des protocoles de coopération précis, un positionnement clair de la fonction ressources, un engagement des acteurs, au-delà d'une logique de places. L'ARS Grand Est étudiera particulièrement les projets qui seront orientés en ce sens.

Cette diversification se poursuivra dans le cadre notamment des évolutions de l'offre à moyens constants, mais sera également soutenue par les crédits nouveaux éventuels issus d'abondements nationaux.

Les autres actions poursuivies sont :

- **Inciter les établissements médico-sociaux à contribuer à l'enjeu d'une école inclusive** en développant leur engagement en étayage de l'école ordinaire, y compris en son sein, et en favorisant autant que nécessaire les synergies entre les deux secteurs. À cet égard, l'ARS Grand Est appuiera son

⁴¹ Les situations « complexes » relèvent à la fois de la situation clinique de la personne et de l'inadéquation de cette situation avec les moyens et l'environnement liés à cet accompagnement

⁴² Circulaire du 22 novembre 2013 : Les situations « critiques » sont des situations dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours, des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause. Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations critiques

action sur la feuille de route commune avec les trois académies de l'Éducation nationale de la région, concernant :

- La poursuite du déploiement des unités d'enseignement externalisées des établissements pour enfants, avec pour objectif que chaque établissement dispose d'au moins une Unité d'enseignement externalisée (UEE) ; le nombre d'UEE spécifiques pour enfants polyhandicapés sera également augmenté ;
- La poursuite du déploiement des unités d'enseignement pour enfants autistes des niveaux maternelle et élémentaire et dispositifs d'autorégulation, en déclinaison des objectifs nationaux ; les unités ou dispositifs existants seront suivis afin d'adapter leur fonctionnement si nécessaire ;
- Le renforcement de l'offre en SESSAD (*cf infra*) ;
- La préparation et mise en œuvre du fonctionnement des IME et SESSAD en dispositifs, sous réserve de la parution des textes réglementaires afférents ;
- Le soutien aux organisations permettant au secteur médico-social de déplacer son action au sein de l'école ordinaire (*primaire, collège et lycée*) ;
- La poursuite de la montée en charge des équipes mobiles d'appui à la scolarisation.
- Conforter le fonctionnement d'une offre modulée existante en dispositifs et plateformes ; à titre d'exemples :
 - Pôles de compétences et de prestations externalisées ;
 - Plateformes d'emploi accompagné ;
 - Plateformes de coordination et d'orientation pour enfants avec troubles du neurodéveloppement de 0 à 6 ans et de 7 à 12 ans ; à cet égard les 10 PCO-TND pour enfants de 0 à 6 ans seront confortées, et l'objectif sera de doter la région d'au moins 3 PCO-TND pour enfants de 7 à 12 ans.
- **Poursuivre l'étayage domiciliaire** en renforçant, par la transformation de l'offre à moyens constants ou par l'augmentation des capacités d'accompagnement sur les territoires (sous réserve des crédits nationaux), notamment les SESSAD et les SAMSAH. Pour les SESSAD, l'intervention précoce ou orientée vers l'insertion professionnelle fera l'objet d'une attention particulière.

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

CONSTATS ET ENJEUX

Les violences faites aux femmes sont un véritable enjeu de santé publique. Selon l’OMS, les femmes victimes de violences perdent 1 à 4 années de vie en bonne santé. En France, les violences au sein du couple ont fait 208 000 victimes en 2021, et sont en forte hausse de 21% par rapport à 2020. Les associations soulignent qu’en moyenne 7 allers/retours sont nécessaires aux victimes pour quitter définitivement leur conjoint.

En ce qui concerne les décès, 143 ont été enregistrés en 2021 (122 femmes et 21 hommes), soit une augmentation de 14% par rapport à 2020. La région la plus touchée est l’Occitanie, qui déplore 19 victimes. Cinq autres régions comptabilisent plus de dix décès : les Hauts-de-France, l’Île-de-France et la Nouvelle-Aquitaine (17 victimes chacune), le Grand Est (14 victimes) et Provence-Alpes-Côte d’Azur (11 victimes). En revanche, 37 départements et collectivités sur 107 ne recensent aucun homicide. (Source : étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2021).

Dans le Grand Est, les départements les plus concernés sont la Moselle (4 victimes) et la Marne (3 victimes).

Les faits

- 35% de décès suite à l’usage d’une arme blanche ;
- 32% des décès font suite à l’utilisation d’une arme à feu ;
- 78% des faits sont commis au domicile du couple, de la victime ou de l’auteur.

Typologie des faits

- 22% des faits sont précédés d’une dispute ;
- 19% interviennent dans le contexte d’une séparation non acceptée ;
- 65% sont commis entre époux, concubins ou pacsés.

Les victimes

- 85% étaient des femmes ;
- 32% des femmes ont déjà été victimes de violences antérieures ;
- 85% de ces violences étaient des violences physiques, ainsi que physiques et psychologiques ;
- 12 enfants victimes décédés.

Les auteurs

- 86% étaient des hommes ;
- 24% avaient consommé de l’alcool pendant les faits et 10% des produits stupéfiants ;
- 32% des auteurs se sont suicidés après les faits.

Le 25 novembre 2017, le Président de la République déclarait l'égalité entre les femmes et les hommes « *Grande cause du quinquennat* » et l'a renouvelée pour son second mandat. La lutte contre les violences faites aux femmes en constitue le 1^{er} pilier.

Le 3 septembre 2019 s'est tenu le Grenelle contre les violences conjugales ; en sont issues 54 mesures visant à mieux prévenir, mieux protéger et mieux lutter contre la récurrence. 88% d'entre elles sont actuellement effectives, les autres sont en cours de réalisation. En cinq ans, cinq lois ont permis de lutter plus efficacement contre les violences faites aux femmes, tant au sein du couple, que sexuelles ou sexistes :

- Loi renforçant l'action contre les violences sexistes et sexuelles du 3 août 2018 ;
- Loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique dite « *loi ÉLAN* » du 23 novembre 2018 ;
- Loi visant à agir contre les violences au sein de la famille du 28 décembre 2019 ;
- Loi visant à protéger les victimes de violences conjugales du 30 juillet 2020 ;
- Loi visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste du 21 avril 2021.

Si une femme meurt tous les 2 jours sous les coups de son conjoint, il ne faut pas oublier pour autant qu'un homme meurt tous les 14 jours sous les coups de sa femme. Les hommes doivent bénéficier des mêmes dispositifs que les femmes victimes de violences.

UNE DÉMARCHE FORTEMENT ENGAGÉE PAR L'ARS GRAND EST

234

Dès 2016, l'ARS Grand Est avait commencé à financer des porteurs pour des actions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de santé.

Les appels à projet « Violences sexistes et sexuelles »

Depuis 2018, une convention de partenariat en matière de prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles, spécifique au Grand Est, lie l'ARS et la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE). Elle a été renouvelée en avril 2021 pour une durée de 3 ans. Elle se décline en appels à projet :

- Axe 1 : Informer, sensibiliser et former les professionnels pour comprendre le processus des violences et le parcours de la victime, afin de mieux les prendre en charge et les réorienter, tout en s'appuyant sur les outils de communication tels que les fiches réflexes ;
- Axe 2 : Accompagner les victimes de violences sexuelles et sexistes et les enfants co-victimes dans leur parcours au sein des lieux d'accueil et d'écoute ;
- Axe 3 : Mener des actions de protection à destination de populations-cibles spécifiques :
 - Prévenir et détecter les violences faites aux femmes enceintes ;
 - Prévenir et détecter les mutilations sexuelles et féminines ;
 - Prévenir et accompagner la lutte contre les violences faites aux victimes de violences sexuelles et sexistes en situation de handicap ;
 - Mener des actions de prévention et d'accompagnement vers le soin des personnes qui se prostituent (*Appel à projet spécifique*).

Les projets proposés peuvent également consister en des actions destinées aux auteurs de violences, s'il s'agit d'une démarche volontaire de leur part (*hors personnes sous-main de justice*).

Le renforcement des dispositifs d'accueil de femmes victimes de violences en établissements de santé

Ce sont désormais 4 structures dédiées et financées par l'ARS dans le cadre d'un appel à projet qui accueillent les femmes dans le Grand Est : les Hôpitaux universitaires de Strasbourg (*HUS*), le centre hospitalier de Bar-le-Duc. Les CHRU de Nancy et de Reims. D'autres sont en cours d'installation avec pour objectif une structure par département.

Il leur est demandé d'accueillir les victimes, de recueillir leur parole, de proposer le dépôt de plainte aux urgences, une prise en charge médico-sociale, et de mieux coordonner les différents intervenants.

Les autres établissements accueillent, recueillent la parole, le dépôt de plainte et la prise en charge des victimes de violences dans le cadre de conventions cadres.

La mise à disposition des fiches réflexes à destination des professionnels de santé

Dans l'objectif de sensibiliser les professionnels et d'informer les victimes, deux supports d'informations ont été réalisés en 2019 et mis à jour cette année pour chaque département du Grand Est :

- Un dépliant « Aide, accompagnement et orientation dans la prise en charge des violences sexistes et sexuelles » à destination des professionnels de santé qui propose des contacts utiles et des ressources pour l'information ;
- Une fiche « Face aux violences sexistes et sexuelles » qui propose des contacts de lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation à destination des victimes et qui peut être remis aux femmes par les professionnels lors de la consultation.

Ces deux supports conçus pour chaque département du Grand Est sont téléchargeables sur le site de l'ARS mais également sur les sites des préfectures du Grand Est.

L'identification des référents « Violences faites aux femmes » en établissements

La liste des référents sur les violences faites aux femmes dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (*CSAPA*) et centres d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages (*CAARUD*) est tenue à jour tous les ans depuis 2021. C'est le cas également dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence. Désigné parmi les médecins du service d'urgence, du SAMU ou du SMUR, ce référent est chargé de la sensibilisation du personnel de ces services sur la question des femmes victimes de violences et d'identifier les partenaires utiles.

Un appel à projet « réduction des risques et prostitution »

Dans le cadre de la convention de partenariat entre l'ARS et la DRDFE, de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle et du décret du 2 mars 2017 relatif à la réduction des risques chez les personnes prostituées, un appel à projet a été lancé en 2021 pour améliorer la santé globale des personnes en situation de prostitution grâce à la prévention, au dépistage précoce, à l'accompagnement, au renforcement du savoir-faire. Cette démarche de réduction des risques, incluant notamment la lutte contre les addictions, visait à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux résultant des pratiques prostitutionnelles. 4 porteurs ont mis en œuvre ces actions.

UN PLAN INTERMINISTÉRIEL 2023-2027

Le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023 – 2027 présenté le 8 mars 2023 comporte 4 axes :

- Lutte contre les violences faites aux femmes
- Santé des femmes
- Égalité professionnelle et économique
- Culture de l'égalité

Le premier axe porte sur la lutte contre les violences faites aux femmes (VFF). Articulé autour de trois grands objectifs stratégiques, cet axe comporte des mesures animées par la volonté d'aller vers les victimes, de s'adapter à leurs besoins pour mieux les protéger.

- **Assurer une protection intégrale et immédiate des femmes sur l'ensemble du territoire** L'isolement géographique, l'éloignement, ou encore parfois l'engorgement des structures d'accompagnement sont autant de freins à l'accompagnement des victimes. Il est donc indispensable d'assurer un maillage territorial homogène de l'ensemble des dispositifs de prise en charge des victimes. Rompre l'isolement, aller vers les victimes les plus vulnérables, les accompagner, à leur rythme, dans la démarche de signalement et de plainte, c'est leur offrir une meilleure protection et préserver l'avenir de la procédure.
- **Mieux traiter les violences conjugales et leurs spécificités.** La complexité et la spécificité des violences au sein du couple rendent primordiales la formation et la spécialisation des professionnels confrontés à ces procédures. L'objectif est de mieux évaluer le danger auquel sont exposées ces femmes, et ainsi de mieux les protéger. Pour cela, il s'agit de traiter de manière adaptée, en transversalité, des dossiers qui impliquent de nombreux partenaires (*associations, professionnels de santé, policiers et gendarmes, magistrats, avocats, professionnels de l'enfance, etc.*) et de favoriser la transmission d'informations amenant de meilleures décisions.
- **Accompagner les victimes.** La parole des victimes de violences sexuelles se libère parfois longtemps après les faits. Les situations d'autorité ou de pouvoir favorisent la commission de violences sexuelles ou sexistes, tout doit être mis en œuvre pour mieux détecter, et donc mieux prévenir ces violences. Il est essentiel d'accompagner les victimes, sur tous les plans, dès la révélation des faits.

Il est également fondamental de prendre en charge les enfants co-victimes de la violence intrafamiliale.

À noter que certains départements sont à l'initiative d'instances locales. Elles définissent des plans d'actions s'inscrivant dans les axes du schéma régional de santé et regroupent l'ensemble des acteurs de la lutte contre les violences faites aux femmes.

Pour exemple, le département de la Marne a défini un plan d'actions 2023-2024 dans le cadre de la commission départementale de prévention et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles. Pour chaque action, une ou des institutions ont été désignées pour s'assurer du suivi de sa mise en œuvre (*DDETSPP, ARS, parquet, préfecture, CAF, SPIP, etc.*).

Ce que nous allons faire

L'action de l'ARS pour les cinq ans à venir du SRS 2023-2028 consistera à mettre en œuvre dans son champ de compétences :

- Les axes de la convention ARS / DRDFE qui sera renouvelée pour 2024/2027 ;
- Les trois mesures portées par l'axe 1 du Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023/2027
 - Contribuer à assurer une protection intégrale et immédiate des femmes sur l'ensemble du territoire ;
 - Mieux traiter les violences conjugales et leurs spécificités ;
 - Accompagner les victimes.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Contribuer à assurer une protection intégrale et immédiate des femmes sur l'ensemble du territoire

Résultats attendus

- Présence dans chaque département d'une structure médico-sociale de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences, adossée au sein de l'établissement sanitaire ou par convention ;
- Évaluation de chacun de ces dispositifs, notamment sur l'« aller vers » et la présence de référents « violences » aux urgences ;
- Possibilité dans chaque département de réaliser un recueil de preuves sans plainte.

Principaux jalons

Doter chaque département d'une structure médico-sociale de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences, adossée à un centre hospitalier ;

- S'assurer de la désignation d'un référent « Violences » au sein de chaque service des urgences ;
- Poursuivre la mise en œuvre et l'accompagnement de dispositifs départementaux.

Indicateurs

- Nombre de structures médico-sociales de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences (*valeur cible : 10*) ;
- SAU et CSAPA/CAARUD ayant désigné un référent « violences » (*valeur cible : 100%*) ;
- Changements observés dans les SAU et CSAPA/CAARUD ayant un référent violences ;
- Nombre de dispositifs permettant le dépôt de preuves sans dépôt de plainte (*cible : 10*) ;
- Résultats du recueil de preuves sans dépôt de plainte ;
- Évaluation du plan régional de déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

Mieux traiter les violences conjugales et leurs spécificités

Résultats attendus

- Accompagnement, notamment financier, des associations intervenant en matière de violences intrafamiliales selon le processus revu d'attribution des subventions et en lien avec la feuille de route régionale ;
- Encouragement des actions et démarches « aller vers » ;
- Renforcement du travail partenarial avec le Conseil régional et la DRDFE.

238

Principaux jalons

- Élaboration de la feuille de route régionale ;
- Enquête auprès des instituts de formation IFSI / IFAS pour connaître leurs pratiques de formation ;
- Évaluation de la pertinence d'une coordination départementale ;
- Révision de la convention ARS / DRDFE ;
- Poursuite des travaux engagés avec le Conseil régional sur la formation ;
- Poursuite des travaux engagés avec la DRDFE sur la coordination ;
- Révision du processus d'attribution des subventions ;
- Évaluation sur le plan régional du déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

Indicateurs

- Nombre d'instituts de formation répondant à l'enquête (*cible : la moitié*) ;
- Nombre d'instituts de formation souhaitant s'engager dans une démarche de formation complémentaire (*cible 10*).

Accompagner les victimes

Résultats attendus

- Mise en œuvre d'actions prenant en compte les conclusions des deux missions d'expertise en fonction des besoins et réponses déjà existantes ;
- Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge du psycho traumatisme des familles des victimes en prenant appui sur les centres territoriaux du psycho traumatisme (CTP) et sur des professionnels formés à cette prise en charge en articulation avec les CTP.

LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET DE GÉNÉTIQUE

ÉTAT DES LIEUX ET CONTEXTE DE LA BIOLOGIE MÉDICALE

Les Laboratoires de biologie médicale (LBM) sont exploités par des structures privées et par des structures hospitalières publiques, le secteur privé à but non lucratif étant très minoritaire.

Des mouvements de concentration tant dans le secteur public que privé se sont opérés ces dernières années, par la création de GCS ou de laboratoires uniques multisites pour le secteur hospitalier ou encore par des opérations de fusions-absorptions pour le secteur privé, en ville.

En 2016, 81 entités juridiques exploitaient 387 sites (*pré-analytiques, analytiques et post-analytiques confondus*) en région Grand Est, contre 46 entités juridiques pour 446 sites début 2023 (*dont 406 enregistrés pour la réalisation des phases pré et post analytiques et 40 pour la phase analytique, comprenant l'ensemble des LBM relevant du secteur public ou ESPIC*).

Du fait de la concentration des LBM sur un marché concurrentiel et en cohérence avec les besoins en examens de biologie médicale, notamment au regard du vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de sites et la constitution de plateaux techniques communs ont ainsi permis de renforcer l'accessibilité à l'offre de biologie médicale sur certains territoires

La pandémie de COVID-19 a marqué les années 2020 et 2021. L'engagement et la réactivité des Laboratoires de Biologie Médicale (LBM) lors de cette période sont à souligner. Cette crise sanitaire a conduit les LBM à investir en moyens humains et techniques, dans des délais contraints et des conditions complexes. Les biologistes médicaux et des personnels de LBM ont été très réactifs dans la gestion et le suivi de la crise sanitaire.

L'activité des laboratoires de biologie médicale

Conformément aux dispositions de l'article D. 6211-14 du Code de la santé publique, les LBM télédéclarent chaque année leur activité, par nombre d'examens de biologie médicale effectués. Cette déclaration distingue :

- Le nombre d'examens effectués à partir de prélèvements réalisés par le LBM ou réalisés sous sa responsabilité, et dont la phase analytique a été effectuée par le LBM ou sous sa responsabilité ;
- Le nombre d'examens effectués à partir de prélèvements que le LBM a réalisés ou qui ont été réalisés sous sa responsabilité et transmis à un autre LBM à des fins d'analyse et d'interprétation ;
- Le nombre d'examens effectués à partir de prélèvements transmis par un autre LBM à des fins d'analyse et d'interprétation.

Tous les LBM de la région Grand Est ont rempli cette obligation de déclaration en 2022, retraçant ainsi le nombre d'examens de biologie médicale réalisés au cours de l'année 2021. Toutefois, ces dernières données d'activité sont à relativiser compte tenu de l'ensemble des examens de RT-PCR COVID-19 réalisés sur la région en 2021, période encore intense dans la gestion de la crise sanitaire de COVID-19.

Ainsi, entre 2016 et 2021, l'activité des LBM a augmenté de 24% en incluant les RT-PCR de 2021 et de 17% en excluant de l'analyse ces RT-PCR.

À noter que l'activité des laboratoires publics représente environ 23% de l'activité totale de la région.

Une réforme de la biologie médicale et de son accréditation

Les dernières années ont également été marquées par des réformes importantes : l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 modifiée relative à la biologie médicale, ratifiée par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale, constitue la référence législative qui s'applique à tous les LBM, privés comme publics.

Celle-ci charge le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) de l'accréditation des LBM.

Depuis juin 2020, l'accréditation totale de l'activité d'un LBM est ainsi conditionnée par l'accréditation de l'ensemble des groupes d'examens qu'ils pratiquent, appelés « lignes de portée ». Chaque ligne de portée est considérée comme accréditée pour l'ensemble de ses examens dès lors qu'un ou plusieurs de ses examens représentatifs sont accrédités par le COFRAC.

Avant le 1^{er} novembre 2021, les LBM ont déposé un dossier de demande d'accréditation auprès du COFRAC pour les lignes de portée non encore accréditées, le cas échéant. Dans l'attente de la décision expresse du COFRAC, les examens de ces lignes de portées peuvent être réalisés mais les LBM concernés ne peuvent être considérés comme totalement accrédités. Un LBM accrédité en totalité peut ouvrir un nouveau site sur simple déclaration auprès de l'ARS, dès lors que les critères d'adéquation de l'offre aux besoins de la population sont respectés.

Passé le 1^{er} novembre 2021, pour toute nouvelle demande d'accréditation d'une ligne de portée, les LBM doivent attendre la décision explicite d'accréditation par le COFRAC, avant de pouvoir réaliser l'ensemble des examens concernés.

ADÉQUATION DE L'OFFRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

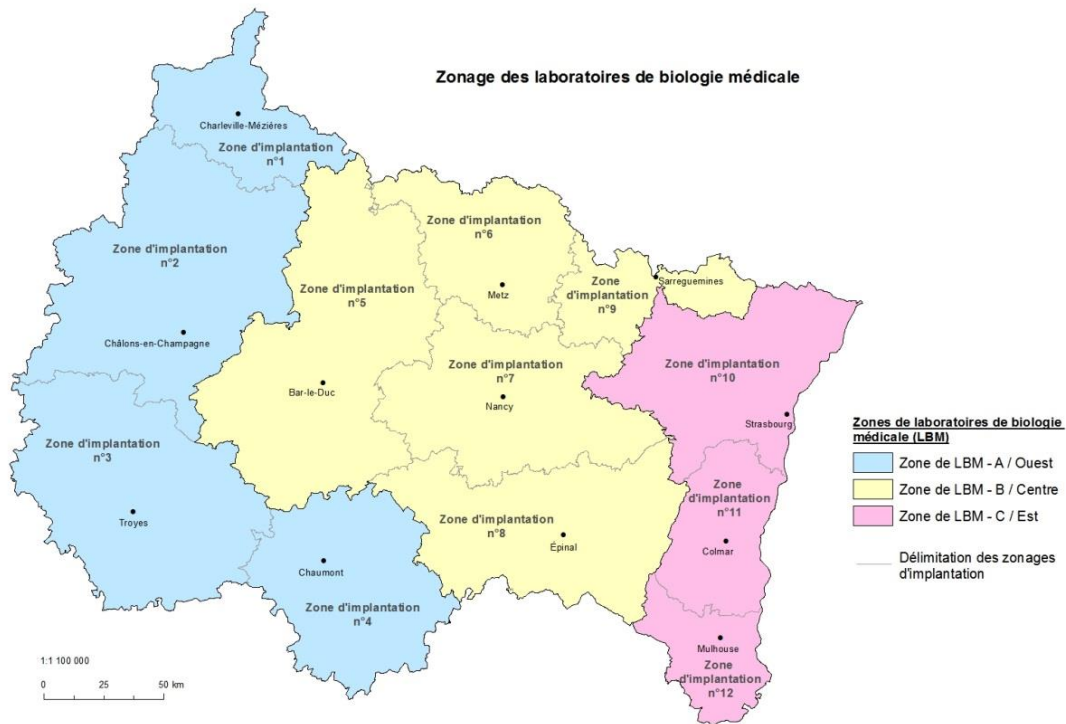
Afin de permettre l'adéquation entre l'offre de biologie médicale et les besoins de la population, il appartient à l'Agence régionale de santé de délimiter les zones donnant lieu « à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4 »⁴³.

Les zones de biologie médicale

Trois zones basées sur les zones d'implantation de recours et au périmètre proche de celui des anciennes régions constituant le Grand Est ont été définies dans le cadre du SRS 2018-2023¹¹ et ont fait l'objet d'un arrêté spécifique

⁴³ Article L. 1434-9 du Code de la santé publique

du directeur général de l'ARS⁴⁴. Ce zonage a vocation à être reconduit à l'identique dans le cadre du SRS 2023-2028.



L'adéquation de l'offre aux besoins de la population

La définition des zones de biologie et l'analyse de l'activité des LBM doit ainsi permettre d'assurer la régulation de l'offre en cohérence avec les besoins de la population. En ce sens, le Directeur Général de l'ARS peut s'opposer à l'ouverture d'un LBM ou d'un site d'un LBM, dès lors que celle-ci porterait l'offre d'exams de biologie médicale à un niveau supérieur de 25% au nombre moyen d'exams réalisés par an, par habitant, permettant de caractériser les besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé⁴⁵.

En région Grand Est, le besoin en exams de biologie médicale avait été fixé en 2018 à 18 exams réalisés par habitant et par an sur l'ensemble du territoire.

⁴⁴ Article R. 1434-31 du Code de la santé publique ; Article R. 1434-32 du Code de la santé publique

⁴⁵ Article L. 6222-2 du Code de la santé publique

En 2021, une moyenne de 22,96 examens de biologie médicale a été réalisée par habitant, pouvant être ramenés à 21,57 examens par habitant en retirant le volume des examens de RT-PCR COVID-19.

Zones définies pour la biologie médicale	Population ⁴⁶	Superficie (km ²)	Nombre d'examens prélevés en 2021	Nombre d'examens prélevés par an par habitant en 2021
Zone de LBM A-Ouest	1 211 454	22 788	26 362 831	21,76
Zone de LBM B-Centre	2 373 528	25 311	55 169 577	23,24
Zone de LBM C-Est	1 971 237	9 335	46 023 567	23,35
TOTAL	5 556 219	57 434	127 555 975	22,96

Cette limite de 18 examens par an et par habitant est donc maintenue pour les cinq prochaines années, les 25% d'examens supplémentaires tolérés permettant en effet de répondre aux besoins éprouvés de la population, y compris en période de crise sanitaire intense, telle que connue lors de la COVID-19.

Ainsi, le directeur général de l'ARS peut s'opposer à une ouverture qui porterait l'offre d'examens de biologie médicale à plus de 25% de 18 examens, soit 22,50 examens/habitant/an, dans chacune des zones susvisées. Selon les caractéristiques populationnelles et démographiques, cette limite pourra être réévaluée pour répondre aux évolutions de la demande (*indice de vieillissement de la population, besoins de dépistage, évolutions de la médecine génétique, etc.*).

⁴⁶ INSEE, population légale 2019 entrant en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022

L'accessibilité géographique et la continuité de l'offre de biologie médicale

Afin de faciliter l'accès aux examens de biologie médicales aux patients de l'ensemble de la région et notamment dans des zones rurales ne bénéficiant pas d'une implantation de LBM à proximité, les LBM peuvent mettre en place des sites de rupture de charge⁴⁷ et de stockage au sein de maisons de santé, de cabinets libéraux, pharmacies d'officine, etc. pour les prélèvements d'échantillons biologiques réalisés par les professionnels de santé autorisés par arrêté du ministre chargé de la santé, notamment au domicile des patients.

En application de l'article D. 6211-1 du Code de la santé publique, le recours à ces procédures pré-analytiques doit être circonscrit dans un manuel unique constitué par les LBM et définissant les choix de transport, de rupture de charge et de stockage éventuels ainsi que leurs justifications, compte tenu des spécificités géographiques.

L'objectif est de garantir un maillage optimal des sites de LBM tout en assurant la préservation de la qualité, la sécurisation des lieux, les conditions de stockage (*locaux, équipements, etc.*) et de transport de ces prélèvements.

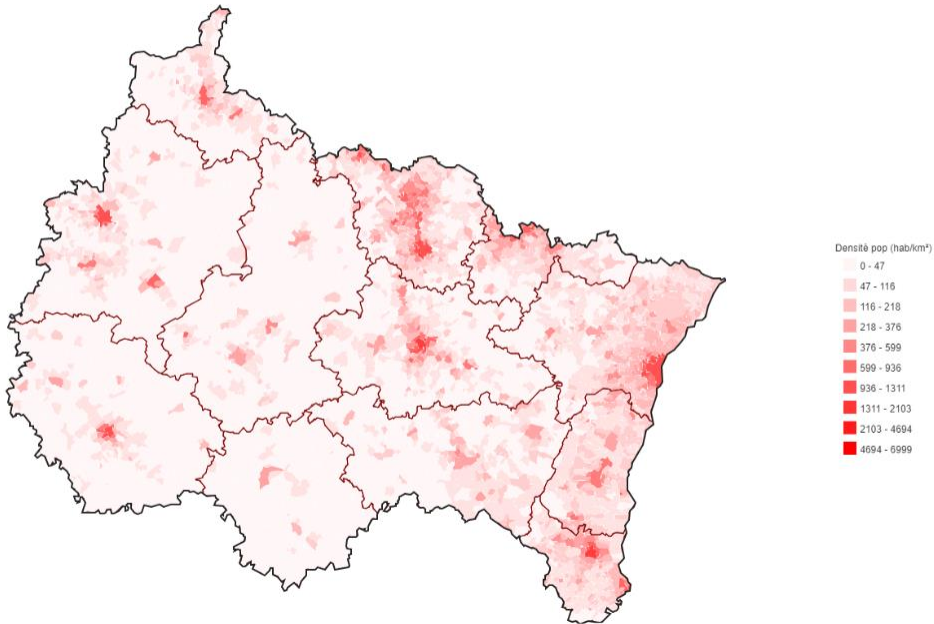
Dans ce cadre, le biologiste-responsable du LBM auquel le patient s'est adressé conserve la responsabilité de l'ensemble des phases de l'examen de biologie médicale, y compris lorsque l'une d'elles est réalisée, en tout ou en partie, en dehors d'un LBM⁴⁸.

Afin de faire correspondre cette solution d'accès aux examens de biologie médicale aux besoins des habitants des territoires isolés et notamment ruraux, les acteurs de biologie médicale, doivent s'organiser, en partenariat avec les professionnels de santé via la réalisation de prélèvements au domicile des patients et l'organisation de circuits de ramassage de ces prélèvements sécurisés et multiples, permettant un délai de rendu des résultats optimal et garantissant ainsi l'accessibilité à l'offre de biologie médicale.

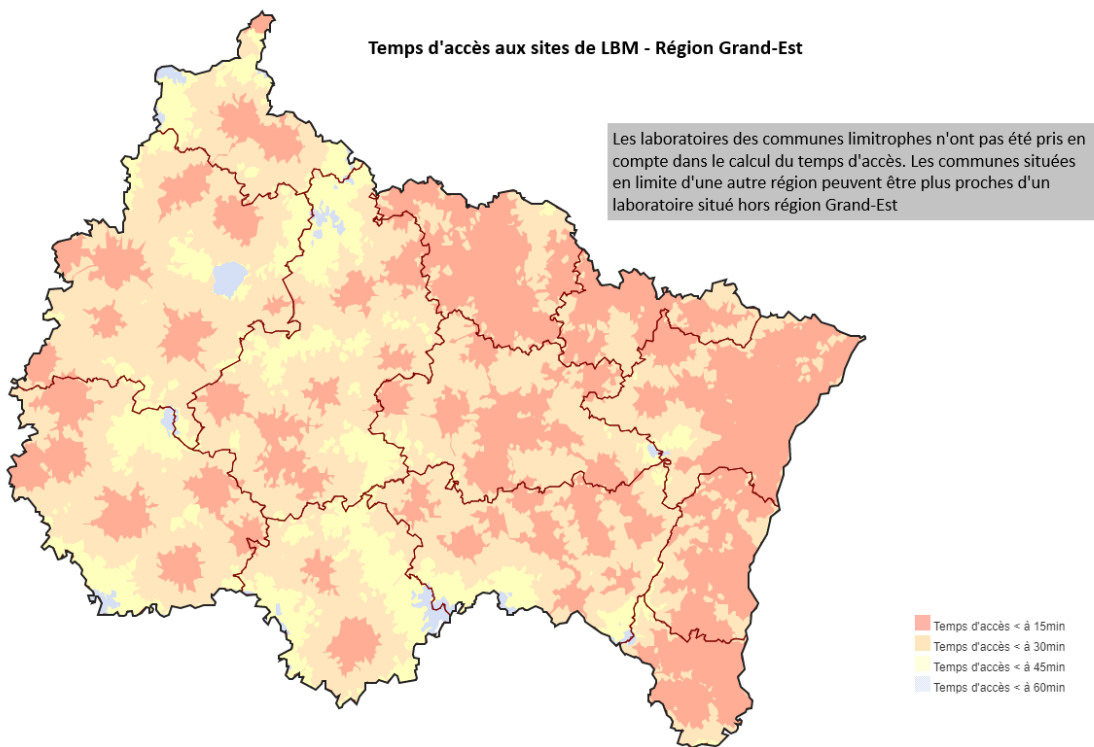
⁴⁷ Un site de rupture de charge est un lieu où se réalise le transfert d'échantillons de biologie médicale entre un premier véhicule et/ou mode de transport et un second, immédiatement ou après une période de stockage

⁴⁸ Article L. 6211-11 du Code de la santé publique

Densité de population de la Région Grand Est



Temps d'accès aux sites de LBM - Région Grand-Est



La zone de LBM A-Ouest est marquée par une faible densité de population, mais également par des temps d'accès aux sites de LBM plus longs que ceux des zones de LBM B-Centre et C-Est. L'organisation des acteurs de biologie médicale, en partenariat avec les professionnels de santé, garantit l'accessibilité à l'offre de biologie médicale par la réalisation des prélèvements au domicile des patients et par la coordination de circuits de ramassage de ces prélèvements sécurisés et multiples.

Conventions et transmission des échantillons biologiques à un autre LBM à des fins d'analyse et d'interprétation

Par ailleurs, tous les centres hospitaliers ne disposent pas de leur propre LBM. Dans ce cas, ils confient, par convention, la réalisation des examens de biologie médicale à des LBM publics ou privés. Aussi, les LBM privés peuvent avoir une activité très similaire à ceux des centres hospitaliers, voire être amenés à participer à la permanence de l'offre de biologie médicale lorsqu'ils sont liés par convention à un établissement de santé.

De plus, lorsqu'un LBM n'est pas en mesure de réaliser un examen de biologie médicale nécessitant une qualification et des équipements spécifiques, il peut transmettre à un autre LBM les échantillons biologiques à des fins d'analyse et d'interprétation. Cependant, ces transmissions ne peuvent pas excéder, pour une année civile, un pourcentage fixé par voie réglementaire compris entre 10 et 20 % [15% actuellement] du nombre total des examens de biologie médicale réalisés par le LBM délégué⁴⁹.

Les travaux du PRS 2023-2028 devront permettre un état des lieux exhaustif de ces conventions passées entre les LBM et les établissements de santé et médico-sociaux.

Permanence de l'offre de biologie médicale

Répondre aux besoins de la population en termes d'examens de biologie implique également de permettre la réalisation d'examens urgents, notamment dans le cadre des soins non programmés.

La continuité de l'offre de soins des LBM doit ainsi pouvoir s'articuler avec le déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2024 et la labellisation des « Hôpitaux de proximité ». Celle-ci nécessite de préciser les modalités d'organisation des LBM permettant de répondre, en fonction des territoires, aux enjeux d'accès aux techniques de diagnostic biologique dans le cadre de coopérations.

Biologie délocalisée

Afin de répondre aux besoins d'examens urgents de biologie médicale, la biologie délocalisée est une alternative aux passages aux urgences, en ouvrant la possibilité de pratiquer cette activité dans d'autres lieux et d'autres circonstances que ceux qui sont actuellement réglementairement prévus.

⁴⁹ Articles L. 6211-19 et D. 6211-17 du Code de la santé publique

Ces examens de biologie médicale délocalisée ou à proximité du patient doivent obéir strictement à un système de management de la qualité bien conçu et parfaitement mis en œuvre, y compris par un organisme de santé prodiguant des soins ambulatoires et être accrédités par le Comité français d'accréditation (COFRAC).

La modification de l'arrêté du 13 août 2014 [...] fixant les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques et la phase analytique de l'examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ainsi que les lieux de réalisation de ces phases, reste attendue.

ENJEUX D'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Laboratoires de biologie médicale et génétique

- ∞ *Offre de soins : Examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales*
- ∞ *Offre de soins : Diagnostic prénatal – option cytogénétique ou génétique molécule*

L'activité de génétique (en dehors de l'activité de recherche des mutations courantes et remboursés –facteur de la coagulation ou hémochromatose) concerne majoritairement le diagnostic de maladies dites rares mais aussi de plus en plus la cancérologie tant pour la prédisposition aux cancers familiaux que pour le positionnement de la stratégie thérapeutique.

248

L'engagement de la loi de financement de la sécurité sociale 2023 d'améliorer le financement des innovations va conduire très rapidement à une augmentation de la possibilité d'accéder à la génétique. Les avancées sur les connaissances et cet accès au remboursement conduisent donc à réfléchir au maillage territorial de l'activité.

Ce maillage s'inscrit dans une organisation nationale concurrentielle avec des laboratoires de biologie médicale privés, dit spécialisés.

Toutefois, disposer d'une offre de recours de haut niveau pourrait localement permettre aux LBM privés ou publics de développer une dynamique de travail innovante permettant aux structures d'être attractives et donc réactives pour le territoire. L'innovation et donc la génétique dans les LBM représente un réel levier pour améliorer les problématiques de ressources humaines.

Dans ce contexte de révolution de la place de la génétique dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans de nombreuses maladies. Il est incontournable d'organiser une meilleure lisibilité de l'offre du territoire en termes de biologie médicale mais également de consultation de génétique, afin de créer un écosystème public/privé de partage, d'échange et de coopération, avec l'objectif de disposer en région d'une capacité de formation des internes en biologie médicale sur cette thématique.

Pour mémoire, les activités prénatales et postnatales sont gérées selon deux procédures d'autorisation d'activité de soins différentes mais sont souvent mises en œuvre par les mêmes équipes au sein des LBM.

Laboratoires de biologie médicale et déploiement de l'offre d'aide médicale à la procréation

∞ Offre de soins : Assistance Médicale à la Procréation

À ce jour, en région Grand Est, 20 sites de LBM sont autorisés à la réalisation d'au moins une activité d'Aide Médicale à la Procréation (AMP) biologique (*dont 10 uniquement concernent l'insémination artificielle autologue*).

Les activités AMP sont tantôt portées par des structures publiques, tantôt par des structures privées, en fonction des localisations et de l'histoire propre à chacune. Le maillage existe sur toutes les zones du territoire et peut parfois être mis en œuvre via des consultations déportées.

Afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins, des études de l'offre de soins peuvent être menées et sont détaillées dans le chapitre correspondant.

L'offre de biologie médicale dans une démarche de prévention, de pertinence et d'efficience des soins

En médicalisant la profession de biologiste médical, l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 sur la biologie médicale incite et justifie l'implication des biologistes médicaux dans la prévention et l'éducation thérapeutique des patients.

249

Le biologiste médical est désormais inscrit comme un acteur incontournable dans le dépistage et donc la prévention. Des travaux associant biologistes médicaux et prescripteurs permettront d'appuyer ce rôle et d'optimiser la réalisation d'exams de biologie médicale pertinents (nécessaires et suffisants) afin d'améliorer le diagnostic, le dépistage et la prévention dans les différents parcours patients.

UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CAPACITÉ DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Le dispositif ORSAN constitue l'outil central de la planification de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles en région. Il renforce les modalités de préparation à la gestion des risques et menaces qui se sont majorés ces dernières années (*menace terroriste, risques infectieux émergents et épidémiques, enjeux climatiques, cyberattaques, etc.*). Il poursuit deux objectifs qui consistent à proposer une prise en charge optimale et opérationnelle des personnes impliquées dans des événements graves et/ou inhabituels et à garantir la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'évènement par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Son élaboration concerne en interne l'ensemble des services de l'ARS et en externe tous les partenaires du système de santé.

Les 5 plans et les 8 dispositions spécifiques transversales (DST) qui composent le dispositif ORSAN permettent de définir les modalités d'organisation de l'offre de soins spécifiquement adaptées aux différents types de situations sanitaires exceptionnelles. Ils ont vocation à être ensuite déclinés par les établissements de santé et médico-sociaux au sein de leurs plans blancs à partir d'un guide qui leur est spécifiquement dédié, édité par le ministère de la santé et de la prévention.

Les acteurs du système de santé sur le champ sanitaire et médico-social disposent ou vont disposer de leur plan de gestion de crise : de manière effective, le plan blanc pour les établissements sanitaires, le plan bleu pour les établissements médico-sociaux. En ville, il est prévu que les CPTS écrivent leur plan de gestion de crise de ville à l'horizon de juin 2024. Ces plans doivent être établis et révisés de manière régulière.

Une partie introductive commune aux 5 plans complète le dispositif ORSAN de l'ARS Grand Est. Les 5 plans et les 8 DST font l'objet d'une diffusion restreinte dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

Le dispositif ORSAN se décline en 5 plans et 8 DST :

- Les 5 plans :
 - « ORSAN AMAVI » : Prise en charge d'un afflux massif de blessés dans les établissements de santé ;
 - « ORSAN EPI-CLIM » : Gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique et/ou environnemental ;
 - « ORSAN REB » : Gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de santé ;
 - « ORSAN NRC » : Gestion d'un risque NRC dans le système de santé ;
 - « ORSAN MEDICO-PSY » Prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques.
- Les DST :
 - « Ressources humaines » ;
 - « Vaccination exceptionnelle » ;
 - « Soins critiques » ;
 - « EVASAN » ;

- « Évacuation établissements sanitaires » ;
- « Tests » ;
- « Sécurisation des établissements sanitaires » ;
- « Renforts » (facultatif pour les ARS métropolitaines).

Les principaux enjeux consistent à définir les parcours de soin coordonnés et les moyens nécessaires pour répondre aux différents types de crises en lien avec les acteurs de santé de la région en y intégrant la composante de la coopération interrégionale et transfrontalière. Le maintien et le développement des compétences et capacités nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle des différents plans et DST en région nécessitent également de prévoir une offre de formation adaptée ainsi que la réalisation chaque année d'exercices associant les acteurs de santé. Les retours d'expérience réalisés à l'issue des exercices et événements constituent un levier d'amélioration du dispositif ORSAN. Les dotations pérennes ainsi que la répartition et le maintien opérationnel des moyens tactiques en région contribuent à la capacité de réponse apportée par le système de santé.

DÉVELOPPER DES OUTILS DE PLANIFICATION OPÉRATIONNELS POUR LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le dispositif ORSAN (*Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles*) est en cours d'élaboration avec une échéance de rédaction prévue à fin 2023.

252

Ces travaux, conduits en lien avec les acteurs en santé, permettent de définir les modalités d'organisation de l'offre de soins au niveau régional pour chacun des 5 plans qui se déclinent selon 2 grands principes :

- Une prise en charge optimisée des patients dans un parcours de soins défini en fonction du type de situation sanitaire exceptionnelle reposant sur la mobilisation des structures de soins, opérateurs et des professionnels de santé dans les trois secteurs de soins ainsi que sur l'identification des points de rupture ;
- Une organisation cohérente et un pilotage adapté pour permettre la réponse progressive aux besoins en situation sanitaire exceptionnelle intégrant la montée en puissance et l'adaptation du système de santé en cas de tensions afin de garantir la continuité et la qualité des soins des patients, en mobilisant au plus juste les ressources. La mobilisation de renforts, ressources ou compétences régionales, zonales ou nationales peut intervenir selon la nature de l'évènement causal et en fonction des besoins de prise en charge liés à la typologie des blessés.

Définir les parcours de prise en charge et les moyens nécessaires à la réponse du système de santé aux 5 situations sanitaires exceptionnelles identifiées dans le dispositif ORSAN

Plan de prise en charge d'un afflux massif de blessés non contaminés dans les établissements de santé (plan ORSAN AMAVI) :

Ce plan prévoit la prise en charge d'un afflux de blessés dans le cadre d'une urgence collective qui risque d'impacter le système de santé en cas d'accident (accident de circulation, explosion incendie, catastrophe naturelle, etc.). La typologie des blessés dépend de la nature de l'évènement causal qui conditionne la mobilisation des ressources et compétences nécessaires à leur prise en charge.

L'objectif principal de ce plan est de définir l'organisation de la réponse du système de santé à un évènement provoquant un nombre important de blessés somatiques non contaminés mettant en tension la capacité de prise en charge des établissements de santé du territoire impacté. Il se décline en complémentarité du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet pour permettre une prise en charge rapide des blessés par le système de santé.

La prise en charge des impliqués blessés psychiques se décline selon les modalités du plan ORSAN MEDICO-PSY

Plan de prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques (plan ORSAN MEDICO-PSY)

Ce plan consiste à prévenir, réduire et traiter au plus tôt les blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques, induites par une catastrophe (accident ou action terroriste) afin de prévenir l'installation de pathologies psychiatriques chroniques. Il prévoit ainsi l'intervention rapide des professionnels de l'urgence médico-psychologique pour réaliser la prise en charge immédiate et post immédiate des victimes car une prise en charge spécialisée dans la durée peut intervenir. La prise en charge médico-psychologique est en lien avec l'évènement causal puisqu'elle concerne la prise en charge des familles et des proches des victimes mais aussi l'ensemble des intervenants lors de l'évènement.

L'objectif principal de ce plan consiste à organiser la réponse du système de santé en cas d'évènement provoquant un nombre important de blessés psychiques. Il complète le plan ORSAN AMAVI et s'inscrit dans la complémentarité du plan ORSEC NOVI (*organisation de la réponse de sécurité civile-nombreuses victimes*) porté par la préfecture.

Plan de gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie ou un phénomène climatique et/ou environnemental (plan ORSAN EPI-CLIM)

Ce plan cible la gestion d'épidémies saisonnières ou ponctuelles ainsi que des phénomènes climatiques extrêmes qui risquent d'impacter les populations fragiles (*personnes âgées, jeunes enfants, femmes enceintes, personnes en précarité matérielle, etc.*) et qui perturbent fortement le système de santé en provoquant des tensions importantes durant plusieurs semaines. Ils peuvent nécessiter la mise en place de campagnes de vaccination

exceptionnelles ou la mise en œuvre de mesures environnementales associées (*lutte antivectorielle en cas d'arbovirus*).

L'objectif principal de ce plan est d'anticiper et d'assurer la gestion des tensions dans l'offre de soins induites par ces phénomènes et de définir et coordonner les mesures de gestion qui prennent en compte l'ensemble des acteurs de santé.

Plan de gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de santé (plan ORSAN REB)

Ce plan considère l'enjeu majeur, éprouvé notamment à l'occasion de la pandémie Covid-19, de l'organisation de la réponse du système de santé face à l'émergence d'un ou plusieurs cas de maladie infectieuse potentiellement épidémique ou liée à un agent de la menace biologique. Il prévoit la mise en œuvre des mesures de protection et de biosécurité nécessaires pour sécuriser la prise en charge de patients atteints de pathologies hautement contagieuses et/ou graves ou liées à des agents du bioterrorisme à potentiel épidémique et pour protéger les établissements de santé, les professionnels de santé et la communauté.

Le plan ORSAN REB a pour objectif principal de couvrir les stratégies de réponse aux différents risques épidémiques et biologiques et notamment ceux à potentiels pandémiques. Fonction de la situation, des prises en charges spécialisées peuvent s'avérer nécessaires via des établissements de santé de référence régionaux ou nationaux. Il est complémentaire aux plans de déclinaison territoriale du plan NRBC-E (*nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive*) pour le risque biologique porté par la préfecture.

254

Plan de gestion du risque NRC dans le système de santé (plan ORSAN NRC)

Ce plan concerne la prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique survenue dans le cadre d'un accident (*industrie chimique, industrie nucléaire, équipements de radiothérapie, etc.*) ou d'une action terroriste (*attentat avec dispersion de produits chimiques ou de toxines, agent explosif avec dispersion de produits chimiques ou de toxines, agent explosif avec dispersion de matières radioactives, etc.*). La typologie des patients dépend de l'événement causal mais peut s'avérer complexe nécessitant des prises en charge spécialisées via des établissements de santé de référence régionaux ou nationaux. La mise en œuvre de mesures de décontamination appropriées est indispensable pour limiter le risque de contamination.

Organiser le système de santé pour permettre la prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique constitue l'objectif principal de ce plan. Viennent compléter le plan ORSAN NRC, le plan ORSAN AMAVI en cas de victimes nombreuses et le plan ORSAN MEDICO-PSY en cas de blessés psychiques. Le plan ORSAN NRC est complémentaire aux plans ORSEC (*d'organisation de la réponse de sécurité civile*) porté par la Préfecture et permet une prise en charge rapide des blessés par le système de santé.

Résultats attendus

Les 5 plans seront rédigés pour fin 2023 et feront l'objet de mises à jour régulières.

Disposer d'outils opérationnels de réponse aux 8 thématiques transversales du dispositif ORSAN

En réponse à la pandémie Covid-19, la rédaction de 8 dispositions spécifiques transversales (DST) a été initiée avec une échéance prévue à fin 2023. Elles ciblent les besoins pour lesquels une montée en charge spécifique est nécessaire dans le cadre de la gestion de crise.

Ces 8 DST ciblent des thématiques pour lesquelles des besoins forts ont été identifiés durant la crise Covid-19 :

- DST « Ressources humaines » : La DST gestion des ressources humaines a pour objectif d'anticiper et de coordonner la montée en charge des ressources humaines par l'ARS.
- DST « Renforts » : La DST « Organisation de l'accueil des renforts humains et matériels » spécifie les modalités d'accueil des renforts sanitaires et de gestion des renforts logistiques.
- DST « Vaccination exceptionnelle » : La DST « Organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans le système de santé » prévoit la mise en œuvre d'une campagne de vaccination spécifiquement adaptée à des foyers d'hyper-endémies, d'épidémies ou de pandémies.
- DST « Soins critiques » : La DST « Organisation de la montée en charge de l'offre de soins critiques adultes et pédiatriques » permet d'identifier et d'organiser les soins critiques afin de permettre une montée en charge rapide et graduée de l'offre de soins en cas de situation sanitaire exceptionnelle.
- DST « Evasan » : La DST « Organisation des évacuations sanitaires » décrit les modalités de mise en œuvre d'évacuations sanitaires vers d'autres établissements de santé afin d'éviter la saturation des établissements de santé de la région et de permettre l'accueil de nouveaux patients.
- DST « Evacuation établissements sanitaires » : La DST « Organisation de la prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation d'un ou plusieurs établissements de santé et/ou médico-sociaux » considère les modalités d'évacuation d'un établissement en raison d'une menace sur l'infrastructure liée à une catastrophe naturelle (*ex. inondation, glissement de terrain, etc.*), industrielle (*ex. accident d'installation classées, de centrale nucléaire, etc.*) ou intrinsèque (*incendie*), nécessitant une mobilisation intersectorielle sous l'autorité du Préfet dans le cadre du dispositif ORSEC.
- DST Tests : La DST « Montée en puissance des capacités biologiques » envisage la mise en place au niveau régional d'un dispositif de déploiement des tests de diagnostic, de dépistage et de surveillance permettant le suivi de l'émergence et de la diffusion de l'agent pathogène
- DST « Sécurisation des établissements sanitaires » : La DST « Renforcement de la sécurisation des établissements de santé en situation sanitaire exceptionnelle » est relative au renforcement de la sécurisation physique ou du confinement des établissements de soins en situation sanitaire exceptionnelle et aux modalités de fonctionnement d'un établissement de santé en cas de cyber attaque.

Résultats attendus

Les DST seront rédigées pour fin 2023 et feront l'objet de mises à jour régulières.

Intégrer la composante transfrontalière dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

La région Grand Est est limitrophe de la Belgique, du Luxembourg, de l'Allemagne et de la Suisse. Dans ce contexte, des accords-cadres ont été signés avec ces pays pour favoriser la mobilité des patients et des professionnels de santé dans les régions frontalières. Des procédures de sollicitations des secours voisins décrites dans les conventions d'aide médicale urgente (AMU) existent et peuvent être appliquées hors contexte de crise.

En cas de crise, le recours aux évacuations sanitaires transfrontalières peut être mis en œuvre. Des conventions transfrontalières d'entraide en cas de catastrophe ont été établies entre l'Alsace et l'Allemagne. Ces dispositions sont intégrées au plan AMAVI et à la DST EVASAN et pourraient être déclenchées en cas de situation sanitaire exceptionnelle induisant un afflux massif de victimes. L'approche médico-psychologique pourrait également faire l'objet d'une réflexion conjointe avec nos partenaires transfrontaliers en cas d'afflux massif de victimes impliquant des ressortissants de plusieurs pays.

La crise Covid-19 a montré l'intérêt et la nécessité de mettre en place des échanges réguliers entre autorités sanitaires de ces pays mais aussi de coordonner et renforcer l'interopérabilité des applications pour une alerte réciproque immédiate et une réactivité optimale. Une gestion transfrontalière des signaux de veille sanitaire était impérative pour pouvoir traiter de façon coordonnée les mesures de suivi et de gestion des cas. Des outils communs sont nécessaires pour permettre le partage d'informations. Le plan REB doit intégrer les aspects transfrontaliers pour prévoir les modalités d'échanges et de surveillance à décliner en cas de risque ou de situation épidémique.

256

Résultats attendus

Les plans AMAVI et REB ainsi que la DST EVASAN en cours de rédaction vont intégrer la dimension transfrontalière.

∞ *Partie 3 « Offre de santé : Une coopération sanitaire renforcée afin de faciliter l'accès aux soins dans les territoires »*

TESTER L'OPÉRATIONNALITÉ DU DISPOSITIF ORSAN DE LA RÉGION

Organiser des exercices et des entraînements pour tester le caractère opérationnel des plans et DST du dispositif ORSAN

La réalisation d'exercices et d'entraînements constitue une opportunité de tester les plans et procédures pour déterminer les points forts mais aussi les faiblesses et les axes d'amélioration. Les exercices sont indispensables au processus de préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles car ils permettent d'améliorer les pratiques en identifiant les actions correctrices nécessaires. Ils constituent un moyen pédagogique d'acquérir de l'expérience, de préparer les participants à décliner les procédures et à réagir face à des situations de tensions et ainsi permettre la montée en compétence des agents. Ils peuvent être réalisés sur table lors d'un exercice

« cadre » ou en cellule de crise dans le cadre d'exercice « terrain » ou de « stress test ». Il peut être global ou partiel selon qu'il choisit de tester la totalité ou seulement une partie du dispositif ou encore inopiné ou annoncé selon le choix de la partie à tester.

Résultats attendus

La mise en œuvre d'un programme pluriannuel d'exercices en lien avec les plans et DST intégrera des exercices internes à l'ARS Grand Est et des exercices externes afin de tester la chaîne de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, au plus proche de l'évènement, en lien avec les opérateurs de terrain et les professionnels de santé. Ils permettront d'éprouver et d'améliorer à la fois le plan de gestion de crise de l'ARS Grand Est mais aussi les différents plans et DST du dispositif ORSAN qui seront revus à fréquence régulière.

Réaliser des retours d'expérience des exercices et des situations de crise rencontrées

La réalisation d'un Retex permet de mener l'analyse a posteriori de la gestion d'un évènement réel ou d'un exercice et d'en retirer des enseignements positifs et/ou des axes d'amélioration. Il repose sur l'analyse méthodologique des informations recueillies et des actions menées en termes d'aspects techniques, humains, évènementiels et organisationnels à « chaud » et à « froid ». Le Retex est un outil qui permet d'impulser une démarche d'amélioration des pratiques au moyen de la mise en œuvre d'un plan d'actions.

257

Résultats attendus

Les Retex ont pour objectif d'identifier les axes d'amélioration et d'alimenter un plan d'action qui permettra de réviser régulièrement les plans ORSAN, les DST ainsi que le plan de gestion de crise (PGC) de l'agence et ses outils.

Appuyer le dispositif de gestion de crise de l'ARS sur le dispositif ORSAN

Le dispositif de gestion de crise de l'ARS Grand Est s'appuie sur les travaux de planification de l'organisation de la réponse en situation sanitaire exceptionnelle du dispositif ORSAN. A ce titre, il sera amené à évoluer pour intégrer des outils spécifiques à chacun des plans dans l'objectif de pouvoir permettre d'apporter une réponse adaptée, rapide et optimisée aux différents types de situations sanitaires exceptionnelles. Le développement des compétences à la gestion de crise au sein de l'agence est assuré au moyen de formations théoriques et pratiques dédiées ciblant les agents volontaires et les décideurs. En parallèle, la réalisation d'exercices communs avec la préfecture et les services de l'ARS (Directions métiers-Délégations territoriales) renforce la coordination entre les différents partenaires ainsi que la qualité et l'interopérabilité des outils mis en place.

Résultats attendus

Le plan de gestion de crise de l'ARS Grand Est sera révisé pour intégrer des outils spécifiques à chacun des plans.

METTRE EN ŒUVRE LES MISSIONS DE RÉFÉRENCE DU DISPOSITIF ORSAN

Organiser la déclinaison des missions de référence ORSAN par les établissements de santé de référence régionaux

En 2022, l'ARS Grand Est a organisé la déclinaison des missions de référence du dispositif ORSAN au sein des établissements de santé de référence régionaux (ESRR) afin d'assurer leur mise en œuvre opérationnelle. Les ESRR ont pour objectif de décliner des missions de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des risques nucléaire et radiologique (NR), épidémique et biologique (REB), chimique (C), d'une part ; des missions de prise en charge de nombreux blessés d'autre part (AMAVI).

En région Grand Est, le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy prend en charge les missions régionales REB, NR et C. Il assure également la mission nationale REB depuis novembre 2022. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg déclinent les missions régionales AMAVI, NR et C.

Pour chacune des missions de référence du dispositif ORSAN, le rôle de chaque ESRR consiste à :

- Assurer le diagnostic, la prise en charge thérapeutique des patients adultes et pédiatriques et contribuer à la structuration des filières de soins au sein de la région ;
- Fournir un conseil en matière d'organisation de la prise en charge des urgences collectives auprès de l'ARS pour l'élaboration d'ORSAN et auprès des établissements de la région ;
- Organiser via son Centre d'enseignement des soins d'urgences (CESU) et avec l'appui du CESU zonal la formation de formateurs et de référents des établissements de santé pour les situations sanitaires exceptionnelles ;
- Développer et animer le réseau régional des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients ;
- Assurer en tant que de besoin une activité d'expertise auprès de l'ARS Grand Est.

258

Chaque mission de référence fait l'objet d'un financement au travers d'une MIG dédiée.

Résultats attendus

L'ARS Grand Est avec les deux ESRR s'assure que ces derniers disposent en permanence des capacités techniques et opérationnelles pour exercer ces missions et procède à une évaluation annuelle de leur mise en œuvre.

Organiser la prise en charge de l'urgence médico-psychologique par les CUMP

Les CUMP constituent un dispositif médical d'urgence qui assure la prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des victimes et de leurs proches impliqués dans des situations sanitaires exceptionnelles conformément aux bonnes pratiques définies par les sociétés savantes.

Selon, l'article R.6311-25 du code la santé publique, le maillage territorial de la prise en charge médico-psychologique a été mis en œuvre en région Grand Est par l'ARS dès 2017. Il repose sur la mise en place d'une Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) départementale dans chaque établissement siège de Service d'aide médicale urgente (SAMU), 10 au total en région Grand Est. Quatre de ces CUMPS sont renforcées et concourent à la mission de coordination régionale mentionnée à l'article R. 6311-25-1 notamment pour la formation des professionnels des CUMP et la continuité des soins médico-psychologiques. Elle constitue ainsi un rôle de soutien pour les CUMP limitrophes, leur apportant un appui technique, et détient un rôle important dans la mutualisation et l'organisation des formations des professionnels de santé volontaires qui composent les CUMP.

Elles sont appuyées par les CUMP régionale et zonale situées au sein des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. La CUMP zonale est liée par convention au CHRU de Nancy, siège du SAMU zonal, pour définir son fonctionnement.

La CUMP régionale coordonne les CUMP départementales et départementales renforcées et maintient le dispositif régional de réponse aux urgences médico-psychologiques opérationnel, réactif, qualifié et organisé autour de deux volets indissociables :

- **Le volet « soins »** : consistant à assurer les interventions, leur évaluation en particulier l'organisation de retour d'expérience et la participation aux différents exercices ;
- **Le volet « animation »** : consistant à l'animation des CUMP de la région, à la formation initiale et continue des personnels et des professionnels des CUMP, le travail de réseau avec l'ensemble des partenaires (services dédiés de l'éducation nationale, services dédiés des collectivités territoriales, associations d'aide aux victimes, associations agréées de sécurité civile, ...), à l'organisation de la permanence de la réponse et de la continuité des soins médico-psychologiques, à l'application des référentiels de bonnes pratiques et au recensement régulier des listes de volontaires.

La CUMP zonale assure un appui technique à l'ARS de zone dans le cadre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires et assure, la coordination de la mobilisation des CUMP constituées au sein de la zone de défense et de sécurité en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

L'ARS organise le dispositif de l'urgence médico-psychologique avec l'appui de la CUMP régionale. À l'issue de la phase d'urgence, elle organise, en tant que de besoin, l'orientation des personnes prises en charge par les CUMP en lien avec le centre régional du psychotraumatisme du Grand Est.

Résultats attendus

La formation des volontaires CUMP est indispensable pour garantir une prise en charge efficace, réactive et de qualité des urgences médico-psychologiques ; elle est une obligation réglementaire inscrite dans les conventions signées entre leurs établissements de rattachement et l'établissement siège de CUMP et de SAMU. La CUMP régionale pilote et déploie, en lien avec le CESU de Zone, un plan de formation de l'ensemble des volontaires CUMP à 5 ans qui prévoit la formation de référents dans chaque CUMP départementale.

ASSURER LA GESTION DES MOYENS OPÉRATIONNELS EN RÉGION

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

Le plan zonal de mobilisation permet de faire face à des situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins sur la zone de défense et de sécurité.

Selon la circulaire du 26/09/2013, il prévoit :

- La répartition et les modalités de mobilisation des moyens matériels mobiles tactiques ainsi que les ressources humaines pouvant être mobilisées en renfort ;
- Les modalités de suivi de l'offre de soins zonale et notamment des capacités à prendre en charge les pathologies induites par l'exposition à un risque NRBC-E ;
- Les modalités de mobilisation des moyens d'autres zones ou de l'État (*stocks stratégiques de produits de santé, réserve sanitaire*) en renfort en cas de dépassement des capacités de la zone ;
- Le plan de formation et d'entraînement des acteurs de la santé au sein de la zone.

Les moyens tactiques sont composés de matériels et équipements mobiles qui sont financés via une MIG dédiée. Ils sont répartis sur la région Grand Est au sein des établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR qui sont en charge de leur maintien opérationnel. Ils incluent les postes sanitaires *mobiles* (*PSM 1, PSM 2 et PSM Pédiatrique*) dotés de médicaments pour répondre aux menaces biologiques, chimiques et radiologiques, ainsi que différents équipements (*unités fixes ou mobiles de décontamination hospitalière, respirateurs, etc.*). L'ARS Grand Est, en charge de la mission zonale, procède à des inspections régulières pour vérifier que le caractère opérationnel de ces moyens matériels est assuré, coordonne le calendrier d'inspection et apporte son expertise.

260

Résultats attendus

Les fiches techniques du PZM sont mises à jour régulièrement selon l'évolution des dotations et des répartitions. L'ARS s'assure du maintien opérationnel des moyens matériels en procédant à des inspections à intervalle régulier.

UNE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE RENFORCÉE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES

CONSTATS ET ENJEUX

La région Grand Est, avec ses 660 km de frontières avec la Suisse, l'Allemagne, le Luxembourg et la Belgique est une région générant des flux transfrontaliers très importants et offrant des possibilités de coopérations majeures dans le secteur de la santé.

La gestion de la crise sanitaire de la COVID-19, dans sa dimension transfrontalière, a renforcé la solidarité et la coopération sanitaire transfrontalière avec ces quatre pays. Elle a **mis en lumière la réalité des bassins de vie transfrontaliers⁵⁰ de la région.**

En particulier :

- Dès mars 2020, et sur toute la durée de la crise, les exécutifs et experts des bassins de vie transfrontaliers du Rhin supérieur et de la Grande Région ont partagé les données relatives à leur situation sanitaire respective, les mesures prises ou envisagées, les actions pouvant être proposées conjointement, les bonnes pratiques, et ont proposé les adaptations nécessaires aux mesures gouvernementales propres à faciliter la vie des frontaliers au quotidien (*exemple de la règle des 24h*).
- Entre mars et avril 2020, des patients hospitalisés en réanimation dans la région Grand Est ont été transférés en Allemagne, en Suisse, au Luxembourg et en Autriche.
- En 2021, les campagnes de vaccination et les mesures prises pour freiner la circulation du virus et de ses variants ont été discutées entre les autorités des pays et ont parfois été adaptées pour tenir compte des particularités des bassins de vie transfrontaliers. Une réflexion a été engagée avec l'appui de l'institut Robert Koch et de Santé Publique France pour développer un projet d'observatoire de la situation sanitaire aux frontières, de surveillance et d'alerte.

Dès la publication, en juin 2018, du schéma régional de santé 2018-2022, l'Agence régionale de santé, avec ses partenaires, s'est attachée, dans le respect des accords-cadres bilatéraux (*France-Belgique : 2005, France-Allemagne : 2008, France-Luxembourg : 2019, et France-Suisse : 2019*), à porter des projets de coopération transfrontalière en matière de santé ayant pour objet :

- **La surveillance et l'observation de la santé**, notamment pour faire face à certaines épidémies et pour améliorer la visibilité de l'offre de soins et des conditions d'accès à cette offre ;
- **L'accès à l'offre de santé** répondant aux besoins des frontaliers ne pouvant être satisfaits dans leur territoire d'origine selon un principe de subsidiarité ;
- **La prise en charge en santé des travailleurs frontaliers** dans des conditions de qualité et de sécurité des soins satisfaisantes et selon des modalités de prise en charge financière préétablies ;

⁵⁰ *Les bassins de vie transfrontaliers, laboratoires de l'intégration européenne, CESER, novembre 2022*

- **La mise en œuvre de réponses concertées** entre les acteurs des systèmes de santé afin de faire face notamment à l'évolution défavorable de la démographie des professionnels de santé, à un déficit de l'offre de santé dans certains territoires, ou à des besoins de formations des professionnels de santé ;
- La réponse à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles ;
- **Les échanges de bonnes pratiques**, le partage des innovations techniques et/ou organisationnelles mises en œuvre pour répondre aux défis et enjeux des systèmes de santé.

Des conventions de partenariat avec les pays frontaliers ont ainsi été signées ou révisées, elles concernent notamment l'aide médicale urgente, et sont inter-hospitalières pour les filières ou les prises en charge spécifiques.

L'ARS a également apporté une contribution financière et opérationnelle à des projets INTERREG de soutien au développement des coopérations institutionnelles en santé comme GEKO pour le développement de la coopération sanitaire Sarre-Moselle. Ainsi, la convention Moselle-Saar (*MOSAR*), signée en juin 2019, permet d'accéder au plateau médicotechnique le plus proche et le plus adapté, avec une prise en charge de qualité et en toute sécurité. Elle couvre les urgences cardiologiques, les urgences en cas de polytraumatisme, et la prise en charge neurochirurgicale.

Concernant la gouvernance de la coopération transfrontalière, toutes frontières, elle est très complexe, et pourrait être optimisée pour plus d'agilité. Elle gagnerait aussi à être clarifiée quant aux niveaux d'interventions dans les différentes instances : politique, décisionnel (autorités compétentes), technique (experts), opérationnel (pour la mise en œuvre des projets ou actions), et de coordination (structures d'appui notamment). L'Agence régionale de santé veillera à s'appuyer sur les instances décisionnelles et opérationnelles disposant des compétences et des prérogatives nécessaires pour faire aboutir les projets de coopération sanitaire transfrontaliers en application des accords-cadres sanitaires ratifiés entre les Gouvernements.

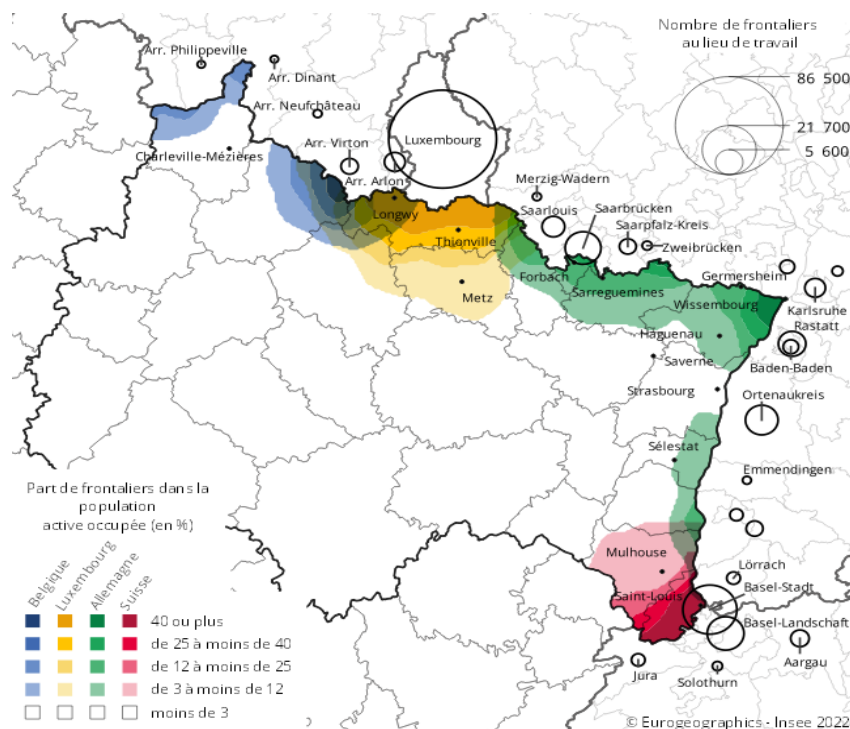
En complément du bilan de ces quatre dernières années dont plus de deux années de crise sanitaire, les analyses INSEE (*Insee Analyses Grand Est, n°144 du 19 mai 2022*) illustrent l'importance des flux transfrontaliers de la région Grand Est et de la notion de « bassins de vie transfrontaliers ».

En 2018, 182 000 résidents du Grand Est travaillent dans l'un des quatre pays limitrophes. Parmi eux, presque la moitié au Luxembourg, un sur quatre en Allemagne, un sur cinq en Suisse, et moins de 5% en Belgique. Le Grand Est constitue la région de résidence de 42% des frontaliers de France métropolitaine, se plaçant ainsi en première position des régions françaises.

La Moselle et le Haut-Rhin sont les deux départements où la proportion de frontaliers parmi les actifs est la plus forte (*respectivement 19% et 14%*), suivis de la Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin (*9% et 5%*). À proximité des frontières luxembourgeoises et suisses, dans les bassins de vie transfrontaliers de Thionville et de Saint-Louis, un actif occupé sur deux est frontalier. Cette part est également élevée dans plusieurs bassins limitrophes de l'Allemagne : celui de Forbach (*22%*) et, dans une moindre mesure, ceux de Haguenau, de Sarreguemines et de Saint-Avold (*plus de 10% chacun*). Le long de la frontière belge, c'est aussi le cas du bassin de vie de Sedan (*10%*). Bien que plus éloignés des grands pôles économiques de Luxembourg ou de Bâle, ceux de Metz et de Mulhouse frôlent aussi les 10% d'actifs qui travaillent à l'étranger, tandis que celui de Strasbourg n'en compte que 2%, soit 7 000 travailleurs frontaliers.

Les actifs qui exercent en Allemagne se répartissent tout le long de la frontière : dans la Sarre, la communauté régionale de Sarrebruck emploie près de 10 000 frontaliers venant de France, et l'arrondissement de Sarrelouis, environ 3 800. Dans le Bade-Wurtemberg, 7 900 frontaliers exercent dans l'arrondissement de l'Ortenau, 5 600 dans celui de Rastatt et 3 200 dans celui de Karlsruhe. Côté Suisse, les frontaliers se rendent majoritairement dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne : c'est le cas de 32 000 personnes, soit huit frontaliers sur dix habitant le Grand Est et se rendant en Suisse. Parmi ceux qui travaillent en Belgique, près des deux tiers se rendent dans les arrondissements d'Arlon et Virton. Au Luxembourg, 45% des frontaliers se rendent dans la ville même de Luxembourg.

Lieux de résidence et de travail des frontaliers en 2018 selon les bassins de vie transfrontaliers



CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Au regard de ce bilan des quatre dernières années et des enjeux pour les populations des bassins de vie transfrontaliers, les orientations du schéma régional de santé 2023-2028 en matière de coopération sanitaire doivent :

- S'inscrire dans la continuité des actions engagées entre 2018 et 2022 et les intensifier ;
- Apporter des réponses concrètes et coordonnées aux populations des bassins de vie transfrontaliers ;

- Renforcer la résilience sanitaire des pays dans sa dimension transfrontalière en prenant notamment en compte les enseignements de la crise de la COVID ;
- S'appuyer sur le cadre d'intervention et de gouvernance propres aux espaces multinationaux de coopération transfrontalière (*Grande Région, Conférence du Rhin supérieur*), et au Traité d'amitié franco-allemande d'Aix-la-Chapelle, sur les organismes d'Assurance maladie des différents pays, ainsi que sur l'expertise du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (*MEAE*) et de la Direction des affaires européennes et internationales (*DAEI*).

Trois dimensions sous-tendent la coopération sanitaire et demandent une attention constante :

- Le rapport entre les États centraux ou régionaux et leurs systèmes publics d'Assurance maladie ;
- La diversité des structures et des approches en matière de santé dans chaque bassin de vie transfrontalier ;
- L'articulation entre les gouvernances nationales et territoriales, notamment dans le cas des partenaires d'États fédéraux.

LA CONTINUITÉ DES ACTIONS ENGAGÉES

Établir des conventions d'aide médicale urgente

264

La coopération avec les pays frontaliers à la région Grand Est, lorsque surviennent des circonstances exceptionnelles, relevant du risque industriel, par exemple, ou de tout autre évènement grave nécessitant une intervention de l'autre côté de la frontière, est organisée dans le cadre de la gestion de crise sous l'égide des Préfets.

Aussi, au quotidien, dans l'intérêt des populations des bassins de vie transfrontaliers à la région Grand Est, lors d'un besoin de prise en charge « en urgence », les secours d'urgence du pays voisin peuvent être plus rapidement sur place. Il s'agit de garantir la continuité des soins urgents à domicile et sur la voie publique. L'objectif est de mettre en place une régulation transfrontalière de l'aide médicale urgente via un dispositif de régulation des appels, d'envoi d'un SMUR sur l'autre versant frontalier en deuxième ou troisième intention, tout en préservant une capacité d'intervention de base dans chaque pays.

Les conventions de coopération sanitaires transfrontalières « Aide médicale urgente » précisent notamment :

- Les conditions d'intervention visant à apporter les premiers soins aux personnes en urgence vitale ;
- La détermination du lieu de l'hospitalisation des patients traités en urgence en fonction du lieu d'intervention, de la gravité des pathologies et des plateaux techniques hospitaliers ;
- Les conditions d'accompagnement du patient de son lieu de détresse à l'établissement de soins le plus proche, si nécessaire ;
- La coordination des moyens de communication ;
- Les modalités de prise de contact avec les centres de régulation des appels d'urgence ;
- Les modalités d'intervention d'une équipe de secours répondant à un appel d'urgence.

Résultats attendus

Des conventions « Aide médicale urgente » signées entre la région Grand Est et :

- La Sarre ;
- La Rhénanie-Palatinat ;
- Les cinq cantons suisses frontaliers à la région Grand Est.

∞ *Partie 3 - Offre de santé « Un système de santé en capacité de faire aux situations sanitaires exceptionnelles ».*

Étendre la convention Moselle-Sarre (MOSAR)

La convention MOSAR (*pour Moselle-Saar*) a été signée le 12 juin 2019. Elle vise à faciliter les relations sanitaires franco-allemandes et notamment la mobilité et l'accès aux soins des habitants du périmètre transfrontalier. Elle permet notamment l'accès de ces habitants, dans le cadre d'une régulation médicale, au plateau médicotechnique le plus proche et le plus adapté, ainsi qu'une prise en charge de qualité et de sécurité en matière d'urgences cardiologiques, de polytraumatisme, et de prise en charge neurochirurgicale. Elle est conclue entre cinq hôpitaux de Moselle et du Land de Sarre.

Résultats attendus

Bilan de la mise en œuvre de la convention MOSAR et extension à d'autres disciplines, par exemple, médecine nucléaire, soins de suite et de réadaptation, etc.

265

DE NOUVELLES RÉPONSES AUX BESOINS DES POPULATIONS DES BASSINS DE VIE TRANSFRONTALIERS, CONCRÈTES ET COORDONNÉES ENTRE LES PARTENAIRES

Faciliter l'accès aux soins dans les bassins de vie transfrontaliers

Compte tenu des enjeux de démographie des professionnels de santé, de l'augmentation des pathologies chroniques et pour permettre aux populations d'être soignées à proximité de leur domicile, il est souhaitable de leur offrir, dans un cadre et un périmètre bien définis, en lien étroit avec les caisses d'Assurance maladie et les autorités des pays, la possibilité de se rendre sans autorisation médicale préalable dans un établissement hospitalier ou un cabinet médical, situé de l'autre côté de la frontière et d'y recevoir des soins hospitaliers et/ou ambulatoires.

La directive n°2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers vise à garantir la mobilité des patients et la libre prestation de services de santé. Toutefois, elle ne permet pas d'offrir, au regard des tarifs de santé des États frontaliers du Grand Est, un remboursement à la hauteur de ce qu'un patient aura pu déboursier. Elle ne semble ainsi pas adaptée à des flux réguliers de patients transfrontaliers qui ne seraient pas des travailleurs frontaliers.

Dans l'esprit du Traité d'Aix-la-Chapelle, il s'agit de supprimer ces « irritants » du quotidien des populations frontalières. Dans le secteur de la santé, cela consiste à simplifier, autant que possible, les modalités administratives et financières de prise en charge des patients.

En s'appuyant notamment sur le bilan de fonctionnement des zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST), de l'analyse des flux et des besoins de santé des populations des bassins de vie transfrontaliers selon un principe de subsidiarité, des discussions déjà en cours entre experts, et des expérimentations menées, il s'agit :

D'étudier la faisabilité de circuits financiers locaux, simples et courts, gérés par les caisses d'Assurance maladie référentes (exemple de formulaires type d'accord de prise en charge financière adaptés aux territoires bénéficiant de conventions transfrontalières) ;

- D'organiser le suivi quantitatif et qualitatif de ces flux financiers et de prise en charge, avec le déploiement de système d'information adapté (*exemple de l'outil de la MGEN pour les ZOAST*) ;
- D'analyser la possibilité :
 - de faire bénéficier du formulaire S1 (*inscription en vue de bénéficiaire de prestations de l'Assurance maladie en cas de transfert de résidence*) les populations des bassins de vie transfrontaliers, dans des conditions locales et régionales définies préalablement et conformément aux législations nationales et européennes ;
 - d'attribuer aux populations des bassins de vie transfrontaliers, en particulier pour les personnes qui ne sont pas des travailleurs frontaliers, la carte européenne d'Assurance maladie (CEAM) propre au contexte transfrontalier.
- D'expérimenter des projets d'organisation de l'offre de soins dans un bassin de vie transfrontalier selon un principe de subsidiarité et permettant de répondre en proximité aux besoins de sa population.

Les propositions de simplification des démarches d'accès aux soins et des projets d'organisation de l'offre seront étudiés, en lien avec les « directions générales Santé et Regio » de la Commission Européenne et l'ensemble des parties prenantes, notamment les Eurodistricts qui portent déjà cette ambition (*Euro districts Pamina et Sarre-Moselle, par exemple*).

Résultats attendus

Augmentation de la part de la population des bassins de vie transfrontaliers disposant de ces modalités pratiques d'accès aux soins dans le pays limitrophe.

Promouvoir des actions conjointes de prévention et de promotion de la santé dans les bassins de vie transfrontaliers

Liés au mode de vie, à l'alimentation, ou encore à la pollution, les maladies chroniques (*maladies respiratoires, diabète*), le surpoids, l'obésité, les cancers concernent tous les pays.

Dans le cadre des groupes de travail « Santé - prévention » des espaces de coopération de la Grande Région et de la Conférence du Rhin Supérieur, et avec l'appui d'opérateurs comme « TRISAN » ou « GEKO », il s'agit de poursuivre le partage des bonnes pratiques et de mettre en place des actions conjointes de prévention et de promotion de la santé adaptées à la typologie et à l'état de santé des populations des bassins de vie transfrontaliers, à leur mode de vie, et en allant-vers ces populations.

Résultats attendus

- Bilan des stratégies et recensement des bonnes pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé dans les différents pays (*qualité de l'air, santé mentale, stratégies « One Health », promotion de la santé pour les jeunes et leurs parents, actions de dépistage des cancers, lutte contre le tabac, etc.*).
- Boîte à outils.
- Actions conjointes de prévention et de promotion de la santé déployées à l'échelle transfrontalière.

Partager les innovations organisationnelles et encourager les initiatives pour répondre aux enjeux de la démographie des professionnels de santé et à ceux de l'autonomie à tous les âges de la vie

Tous les pays sont confrontés au défi du vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et à une demande sociétale de plus en plus forte en faveur du maintien à domicile. Les systèmes de santé doivent ainsi repenser les modes de prise en charge dans un contexte de démographie des professionnels de santé défavorable et de perte d'attractivité des métiers de soignants.

Il s'agit de faciliter la circulation des professionnels et des étudiants en santé au cours de leur carrière dans les espaces de coopération transfrontalière de la région Grand Est. Les étudiants en santé, dans leur cursus de formation initiale sont ceux qui bougent le moins pendant leurs études.

En étroite collaboration avec les universités des trois académies de la région, le Conseil régional, l'Éducation nationale, les établissements de santé et instituts de formation, ainsi que l'ensemble des parties prenantes des pays frontaliers, il s'agit d'étudier et d'impulser un partenariat et des projets transfrontaliers dans le champ de la formation sanitaire et médico-sociale afin notamment de :

- Partager et porter à la connaissance des acteurs du système de santé les politiques de formations médicales et paramédicales de chacun des pays ;

- Identifier les possibilités et analyser la faisabilité de coopérations en matière de formations sanitaire et médico-sociale ;
- Promouvoir l’interculturalité et le bilinguisme en formation initiale et continue ;
- Développer des projets de parcours de formations communs en adéquation avec les besoins des bassins de vie et d’emploi transfrontaliers ;
- Permettre des stages croisés des étudiants en santé (exemple de l’accueil d’internes belges dans les Ardennes).

Attractivité des métiers et des territoires transfrontaliers

En étroite collaboration avec les universités des trois académies de la région, le Conseil régional, Pôle emploi, etc., et l’ensemble des parties prenantes des pays frontaliers, il s’agit :

- D’identifier les organisations innovantes dans les pays propices au renforcement de l’attractivité des métiers et des territoires, ainsi qu’à la préservation de l’autonomie à tous les âges de la vie, en particulier les dispositifs et conditions de réussite pour le maintien à domicile des personnes en perte d’autonomie ;
- D’encourager les initiatives locales transfrontalières d’exercice coordonné des professionnels de santé permettant de répondre aux besoins de prise en charge en proximité de la population et de pallier les difficultés de démographie des professionnels de santé.

Résultats attendus

- Des conventions de partenariats en matière de formation sanitaire et médico-sociale ;
- Des expérimentations / projets pilotes pour le déploiement d’exercices coordonnés associant des professionnels de santé issus de part et d’autre de la frontière du bassin de vie et d’emploi transfrontalier.

∞ *Partie 2 – « Les ressources humaines en santé, un défi majeur, une opportunité pour innover ».*

LA RÉSILIENCE SANITAIRE DES PAYS DANS SA DIMENSION TRANSFRONTALIÈRE

La crise sanitaire de la COVID-19 a considérablement fait bouger les lignes de la coopération sanitaire aux frontières de la région Grand Est. Il est nécessaire de capitaliser sur les enseignements de cette crise sanitaire pour davantage anticiper ces situations exceptionnelles, en coopération étroite avec les pays frontaliers à la région Grand Est.

Cette gestion de la crise sanitaire, dans sa dimension transfrontalière, a notamment montré la nécessité :

- **d’établir un dialogue permanent local à différents niveaux**, décisionnaire, politique et technique permettant de prendre en compte la configuration des territoires, ainsi que de conforter et de maintenir le réseau transfrontalier dans ses différentes composantes ;

- **de prendre en compte la particularité des bassins de vie transfrontaliers** et ainsi d'adapter autant que possible, pour ces territoires pour lesquels les frontières n'existent pas, les décisions et mesures prises par les autorités respectives ;
- **d'établir des protocoles / conventions précisant les modalités d'intervention des secours** de part et d'autre des frontières en situation d'urgence, cf *infra* objectif "Etablir des conventions d'aide médicale urgente" ;
- **de disposer d'une analyse partagée de la situation sanitaire et de la connaissance des capacités de prises en charge** permettant aux autorités décisionnaires de prendre des mesures adaptées et concertées de part et d'autre des « frontières », et facilitant ainsi la vie au quotidien des populations des bassins de vie transfrontaliers ;
- d'assurer l'interopérabilité des systèmes d'information, notamment d'alerte et de contact-tracing.

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les deux objectifs suivants.

Développer l'observation en santé dans les bassins de vie transfrontaliers

Les exécutifs de la Grande Région ont indiqué dans leur déclaration commune du 17 janvier 2021 : « Nous voulons capitaliser les enseignements tirés de la crise et les résultats de notre coopération dans ce contexte pour mieux nous prémunir de futures pandémies. Nous soutenons ainsi la planification d'une action coordonnée en Grande Région en matière de gestion des infections qui devra s'intégrer dans les accords-cadres bilatéraux pour la coopération sanitaire liant les gouvernements et les autorités compétentes en matière de santé et de gestion de crise des différents pays, permettant ainsi d'en décliner des actions coordonnées. ».

269

De même, sur proposition du comité de coopération transfrontalier du Traité d'Aix-la-Chapelle, dans sa séance du 31 mai 2021, le conseil des Ministres franco-allemand a décidé de soutenir le dialogue franco-allemand d'experts, incluant notamment Santé publique France et l'Institut Robert-Koch, pour améliorer la prévention et la gestion des crises sanitaires dans les territoires frontaliers.

Enfin, l'Agence régionale de santé et le Grand-Duché du Luxembourg ont signé lors de la commission intergouvernementale d'avril 2023, une déclaration d'intention précisant vouloir poursuivre leur collaboration afin de préparer la mise en place d'un observatoire transfrontalier des données de santé.

Ce projet d'observatoire transfrontalier a pour objectif d'améliorer la connaissance en matière de santé des populations en disposant d'indicateurs comparables et partagés dans les bassins de vie transfrontaliers pour conduire des actions de coopération en santé pertinentes et à l'échelle de ces territoires. Il doit permettre d'établir une analyse croisée de la situation sanitaire de chaque bassin de vie transfrontalier, en prenant en compte des données socio-économiques concernant les flux de population, de définir des modalités de surveillance en santé et de préciser les dispositifs d'alerte réciproque. Il a vocation à se déployer sur toutes les frontières de la région Grand Est, et à intégrer l'ensemble des pathologies transmissibles ainsi que les données relatives aux déterminants de la santé dont la santé environnementale.

Il vise à constituer à terme un outil d'aide à la décision des autorités sanitaires et politiques compétentes et à informer les populations vivant dans ces territoires.

Conditions de réussite

Compte tenu de son périmètre et de ses finalités, ce projet ambitieux comprendra plusieurs phases qu'il conviendra de bien définir notamment en termes de coûts et de calendrier. Il s'appuiera sur les travaux menés dans le cadre du groupe Epi-Rhin de la Conférence du Rhin Supérieur, et sur ceux menés par Santé publique France et l'institut Robert-Koch. Le projet doit être porté, au niveau de chaque pays, par les autorités et expertises compétentes en matière de santé publique et de protection des populations des différents États.

Il nécessite également :

- L'identification des ressources, moyens humains et financiers, mobilisés par chacun des pays ;
- L'interopérabilité des systèmes d'information entre les pays ;
- L'accès sécurisé aux données de santé.

Principaux jalons

- Cartographie de l'écosystème du projet dans chacun des pays concernés ;
- Définition de lignes directrices préalables à la mise en place de l'observatoire transfrontalier des données de santé au sens des accords-cadres relatifs à la coopération sanitaire transfrontalière ;
- Mise en place d'une gouvernance propre et d'une gestion de projet.

Résultats attendus

Un observatoire des données de santé, adapté à la configuration de chaque bassin de vie transfrontalier, répondant aux attentes des autorités de chaque pays, s'appuyant sur l'écosystème existant et s'inscrivant dans les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire de chaque pays.

Soutenir les projets transfrontaliers permettant d'anticiper les conséquences sanitaires du changement climatique

Les impacts mondiaux des risques liés au changement climatique illustrent la nécessité pour l'adaptation d'assumer une approche transfrontalière et de tenir compte de l'interconnexion des sociétés et des écosystèmes globaux.

∞ *Partie 1 – Priorité n°1 « Minimiser l'impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique ».*

Les projets transfrontaliers pourront porter sur deux aspects :

La surveillance et l'évaluation

- Mesurer les risques climatiques et leurs impacts sur la santé ;
- Améliorer la connaissance sur les liens entre climat et santé publique ;
- Évaluer l'impact sur la santé des politiques ;
- Proposer des solutions et actions.

La protection, la promotion et l'éducation des populations

- Former le personnel de santé aux questions climatiques et aux risques pour la santé ;
- Sensibiliser et informer les populations ;
- Promouvoir des environnements et des modes de vie sains.

Avec l'appui des organismes et experts de santé publique, des groupes de travail « Santé - Prévention » des espaces de coopération transfrontalière, des structures d'appui comme TRISAN, il s'agit d'identifier les initiatives et bonnes pratiques des pays, de proposer des actions conjointes et d'encourager des porteurs de projets transfrontaliers à se mobiliser sur ces enjeux.

Pour les aspects « surveillance », le projet d'observatoire en santé dans les bassins de vie transfrontaliers doit intégrer dans son périmètre d'intervention ces enjeux sanitaires liés au changement climatique.

Résultats attendus

- Bilan des stratégies, projets, bonnes pratiques des pays ;
- Actions de sensibilisation / information conjointes au bénéfice des populations des bassins de vie transfrontaliers.

∞ *Partie 3 - Offre de santé « Un système de santé en capacité de faire aux situations sanitaires exceptionnelles ».*

PARTIE 4 : LE PILOTAGE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ GRAND EST

LES MODALITÉS DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

Le pilotage du PRS 2018-2028 nécessite une organisation en mode projet impliquant l'ensemble des directions métiers et des délégations territoriales de l'Agence ainsi que des partenaires externes. Sa gouvernance s'appuie autant que possible sur les instances existantes et sur des instances internes et externes dédiées.

En écho au resserrement des objectifs du PRS autour de 4 priorités pour le SRS 2023-2028, l'organisation s'appuiera notamment sur un comité de pilotage et des chefs de projet avec une fonction transversale d'impulsion et de suivi de l'atteinte des objectifs à 5 ans.

En externe, le pilotage du SRS s'appuie sur les instances existantes et sur une instance dédiée qui a été mise en place en mars 2022 dès la phase de bilan et d'évaluation du SRS 2018-2023. Cette instance de concertation pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation du prochain SRS comprend des représentants de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, des services de l'État en région, des collectivités territoriales, des fédérations et représentants des professionnels, des établissements de santé, des Universités et des présidents des conseils territoriaux de santé (CTS).

Le rôle des instances de démocratie en santé dans la gouvernance du PRS est donc renforcé au niveau régional avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et au niveau départemental avec les nouveaux conseils territoriaux de santé (CTS), installés en février-mars 2023. Les CTS doivent en effet constituer le lieu de la concertation en proximité pour la mise en œuvre, le bilan et l'évaluation du PRS.

LE BILAN ET L'ÉVALUATION DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

LE BILAN

Le suivi de la mise en œuvre du SRS-PRAPS donnera lieu à l'élaboration d'un bilan afin de mettre en exergue les résultats de l'action menée et de tirer les enseignements avec un objectif d'amélioration continue de la politique santé. Ce bilan sera particulièrement nécessaire à la refonte complète du projet régional de santé et de son cadre d'orientations stratégiques qui arriveront à échéance en 2028.

L'ÉVALUATION

Afin de répondre aux besoins de la population, l'ARS et ses partenaires concentreront leurs moyens sur des actions évaluées ayant un impact avéré sur les populations cibles et ainsi le cas échéant faciliter leur déploiement sur d'autres territoires.

L'évaluation des actions engagées dans le cadre du SRS est capitale pour apprécier les résultats obtenus au regard des moyens engagés dans une double optique réponse apportée aux besoins de santé de la population et d'efficacité de l'action publique.

Dans le prolongement de la démarche d'évaluation engagée en 2022, l'ARS va poursuivre son engagement dans un processus itératif d'évaluation ciblée tout au long de la durée du SRS-PRAPS 2023-2028. La démarche retenue consiste à réaliser des évaluations externes d'actions, dispositifs et projets de santé, contribuant à la mise en œuvre du projet régional de santé en région Grand Est.

Dans cette perspective, un marché-cadre d'évaluation externe d'actions, dispositifs et projets de santé, contribuant à la mise en œuvre du projet régional de santé en région Grand Est a été contractualisé en 2022. Sur la durée du PRS, jusqu'à 10 dispositifs ou projets pourront faire l'objet chaque année d'une évaluation externe. Les actions déployées dans le cadre des quatre priorités du SRS 2023-2028 feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de ce processus continu d'évaluation.

Chaque évaluation fera l'objet de l'élaboration d'un rapport d'évaluation et d'une analyse des conditions de poursuite, d'amplification, d'extension ou de déploiement dans d'autres territoires, des leviers d'amélioration et des facteurs-clé de succès.

Ce processus d'évaluation est piloté en lien avec l'instance externe mise en place en mars 2022.

/// ARS Grand Est

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

www.grand-est.ars.sante.fr

