LES HOPITAUX voient la vie en Vosges

G.H.T. VOSGES

Projet Médico-soignant Partagé 2024-2029 GHT Vosges

VERSION DEFINITIVE

(après vote de toutes les instances des établissements membres du GHT et des Instances du GHT

-

Version validée par les Instances du GHT (COSTRAT et CMG) du 04 juillet 2024
Dont modifications demandées Conseil de Surveillance (Urgences Vittel en 24H, p83 et reformulation p115)

Glossaire

ALD : Affections de Longue Durée
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA : Activité Physique Adaptée
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent des services Hospitaliers
CAE : Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CH : Centre Hospitalier
CHED : Centre Hospitalier Émile Durkheim
CHI HMV : Centre Hospitalier Intercommunal – Hôpitaux du Massif des Vosges
CHOV : Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien
CHRT : Centre Hospitalier de Remiremont
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMG : Communautés Médicales du Groupement
CMSI : Centre Médical de Soins Immédiats
COMEDIMST : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles Territoriale
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRT : Centre de Ressources Territorial
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DAM : Directeur des Affaires Médicales
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DPI : Dossier Patient Informatisé
DU : Diplôme Universitaire
ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EEG : Électroencéphalogramme
EM : Équipe Mobile
EMG : Équipe Mobile Gériatrique
EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EPRUS : Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
ETP : Équivalent Temps Plein
FMIH : Filières Médicales Inter Hospitalière
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS : Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HMV : Hôpitaux du Massif des Vosges
HAD : Hospitalisation À Domicile
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
IADE : Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État
IBODE : Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État
ICL : Institut de Cancérologie de Lorraine
IDE : Infirmiers Diplômés d'État
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IME : Institut Médico-Éducatif
IPA : Infirmiers en Pratique Avancée
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MA : Maladies Alzheimer
MERM : Manipulateurs en Électroradiologie Médicale
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
OQOS : Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PAPD : Prise en Charge Ambulatoire Pour Personnes Âgées Dépendantes
PDSES : Permanence des Soins en Établissement de Santé
PDS : Permanence des Soins
PIMM : Projet d'Imagerie Médicale Mutualisée
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé
PMP : Projet Médical Partagé
PRADO : Programme de Retour à Domicile
PRS : Projet Régional de Santé
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RS : Réseaux Sociaux
SAS : Service d'Accès aux Soins
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile
SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
UGECAM : Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie
UL : Université de Lorraine
UNV : Unité Neurovasculaire
USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
USP : Unité de Soins Palliatifs
USPC : Unité de soins prolongés complexes

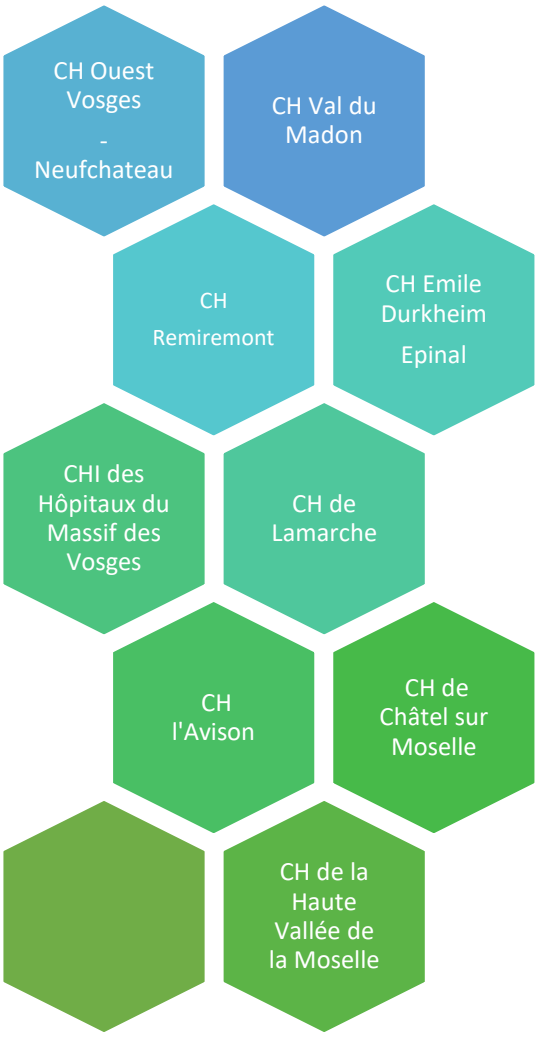

CH Ouest Vosges - Neufchateau
CH Val du Madon
CH Remiremont
CH Emile Durkheim Epinal
CHI des Hôpitaux du Massif des Vosges
CH de Lamarche
CH l'Avison
CH de Châtel sur Moselle
CH de la Haute Vallée de la Moselle

Table des matières

Introduction 8
Le mot du Directeur Général 8
Le mot de la Présidente de la CMG 9
Le mot de la Présidente de la CSMIRT 9
1. Présentation du projet médico-soignant partagé du GHT 10
Principes et méthodologie d'élaboration du Projet Médico-Soignant du GHT Vosges 10
Le précédent PMSP et son évaluation 12
2. Les grandes orientations retenues 13
3. Le diagnostic territorial 15
Synthèse du diagnostic territorial 15
4. Le projet du GHT s'inscrit dans les orientations nationales et régionales 21
Rappel sur le Projet Régional de Santé de la Région Grand Est 21
5. Présentation du GHT des Vosges et ses établissements 23
Autorisations et répartition des activités sur le territoire 24
Positionnement du GHT des Vosges et focus sur l'activité des 5 derniers exercices 26
6. Les partenariats et leur évaluation 29
Les partenariats avec le CHU de Nancy et avec l'ICL : 29
Les partenariats au sein du GHT des Vosges : 29
Partie 1 : LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET DE GHT 31
ORIENTATION 1 : Provoquer un « choc d'attractivité » dans les Vosges en offrant des conditions à même d'inverser l'érosion de la démographie médicale afin de sécuriser le niveau d'offre et de soigner les vosgiens sur leur territoire 31
1. Les constats : des filières en tension qui ne permettent plus de soutenir la permanence des soins et l'activité complète 31
2. Les orientations pour devenir attractif sur le moyen et long terme mais aussi à court terme 42
Un renforcement de l'appareil de formation dans les territoires en difficulté avec l'aide de l'ARS GE et de l'Université pour pérenniser l'offre de soins : une politique à court, moyen et long terme. 42
Une politique très volontariste à porter par le GHT avec les autres partenaires 43
Les nouvelles technologies comme moyen d'attractivité 50
Orientation 2 : Structurer les soins de proximité sur le territoire : une réponse pour endiguer le recul de l'accès aux soins 51
1. La gradation des soins de proximité et les liens avec les hôpitaux de proximité 52
Les liens avec les CPTS et la structuration d'une médecine de proximité avec les médecins libéraux 52
Le travail collaboratif des structures de proximité avec les médecins libéraux 53
2. Le développement de l'HAD dans le cadre du PMSP 54
3. Les projets de la filière gériatrique 57
4. Les projets de la filière SMR 65

Les constats 65
5. Les projets de la filière soins palliatifs 71
6. Le projet de santé mentale du GHT des Vosges en lien avec le CH de Ravenel 73
ORIENTATION 3 : Vers une nouvelle structuration des plateaux techniques du territoire 77
1. Les constats : une organisation des plateaux techniques de recours interrogée dans un contexte de forte pénurie médicale et de diminution des accouchements en particulier sur certains sites 77
2. Les orientations : renforcer les soins de recours sur le territoire et les sécuriser 77
Les plateaux de chirurgie 78
Focus sur les maternités : les plateaux des maternités 79
Les plateaux des SAU/SMUR et organisation des soins non programmés 81
3. Les projets des principales filières cliniques 84
Filière neurologie 84
Filière cardiologie 85
Filière pédiatrique 87
Filière cancérologie 87
Filière oncologie 88
4. Les projets des filières médico-techniques : imagerie, laboratoires et pharmacie 88
Le projet imagerie 88
L'organisation des plateaux techniques de biologie : la biologie délocalisée, les plateaux d'urgence, le plateau de recours 93
Le projet pharmacie 96
5. Les projets et sujets transversaux 100
Le projet du système d'information du GHT des Vosges 100
Le projet qualité et sécurité des soins 101
Le projet recherche 102
6. Les résultats financiers du GHT des Vosges et la soutenabilité de l'investissement 104
Quelles actions à mettre en œuvre pour diminuer fortement les impasses budgétaires ? 105
PARTIE 2 : MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DU GHT DES VOSGES 106
1. L'installation d'un mode projet spécifique pour mettre en œuvre les orientations du PMSP 106
Les principes directeurs : 106
2. Les 3 axes du PMSP : Choc d'attractivité, renforcement des soins de proximité, réorganisation des filières urgences, périnatalité et plateaux de chirurgie 109
3. Le management et la comitologie en mode projet 111
Quels fondements et quels modes opératoires ? 111
Communication sur le projet 113
4. Le calendrier intégré du PMSP 114
Échéancier des mises en œuvre pour les autres groupes de travail 115
5. Les instances de validation du PMP 115

Les instances d'évaluation et de suivi du PMSP 116
Annexes 117

Introduction

Le mot du Directeur Général

Le Groupement hospitalier des Vosges qui regroupe l'ensemble des établissements des Vosges présente son **nouveau projet médico-soignant partagé (PMSP) 2024/2029 à partir d'un travail collaboratif dont je veux ici remercier tous les professionnels qui se sont mobilisés dans un temps très contraint.**

Dans un contexte de très forte tension démographique à la fois sur les hôpitaux et sur la médecine libérale, **les directeurs et l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du Groupement hospitalier du territoire vosgien souhaitent s'engager solidairement vers un projet très structurant et très volontariste.**

Une stratégie autour de trois orientations pour réussir la transformation du GHT

Un choc d'attractivité
Une meilleure santé en proximité
Une plus grande sécurité et une meilleure qualité des plateaux techniques

La perspective à 5 ans est **de réussir le sursaut et de connaitre la fin de l'attrition vécue et subie.**
En effet, les patients sont obligés de quitter massivement le territoire (plus de 40 % de patients vont en Meurthe et Moselle) pour se faire soigner tandis que **les professionnels de santé vivent un quotidien qui se dégrade tant ils rencontrent des difficultés à tenir l'exercice de leur métier avec des effectifs à la limite de la sécurité et du bien-être au travail.**

Pour tous les établissements du GHT les équilibres financiers se trouvent très dégradés car d'une part ils sont structurellement déficitaire au regard du nombre de lits rapportés au nombre de plateaux techniques et ils n'ont pas l'activité correspondant aux plateaux techniques installés faute de professionnels.

Ce nouveau projet est une véritable opportunité pour transformer le quotidien des professionnels dans le respect des territoires des différents plateaux techniques et pour offrir aux Vosgiens la santé dont ils ont besoin.

Le mot de la Présidente de la CMG

Le travail que les équipes médicales vont engager dans l'élaboration de ce **Projet Médico-Soignant Partagé du territoire vosgien** se veut **audacieux** et cherche à s'intégrer dans un **projet d'envergure.**

Les communautés médicales appellent de leurs vœux la concrétisation du **choc d'attractivité** décrit dans le premier axe de ce projet afin de rétablir des conditions de travail cohérentes avec **une offre de soins suffisamment étoffée et de qualité pour répondre aux besoins de tous les usagers**.

La très, trop, faible démographie médicale actuelle rend l'organisation des soins fragile dans plusieurs spécialités hospitalières et la raréfaction des ressources libérales ne favorise pas non plus un accès aux soins correspondant aux besoins...

Ce PMSP tiendra compte des forces de chacun et cherchera à atténuer les impacts des faiblesses qui peuvent exister. **Une organisation des soins est nécessaire, en concertation, pour apporter aux patients vosgiens des soins de qualité, au plus proche d'eux en fonction des ressources accessibles et en toute sécurité.**

Le mot de la Présidente de la CSMIRT

L'ensemble des **paramédicaux Vosgiens du GHT souhaitent s'investir** dans ce nouveau PMSP pour contribuer à ce **choc d'attractivité indispensable à l'essor des établissements et de l'offre de soins du territoire** au bénéfice de la population.

Dans le cadre d'une **démarche concertée des soignants**, nous souhaitons promouvoir et soutenir l'acquisition de **compétences soignantes avancées** pour favoriser l'attractivité des professionnels.

Il s'agira de **garder un esprit ouvert**, d'être **audacieux**, à **l'écoute des professionnels du terrain**, **des usagers** pour renforcer l'émergence de **nouveaux métiers, de nouvelles pratiques de soins collaboratives**.

1. Présentation du projet médico-soignant partagé du GHT

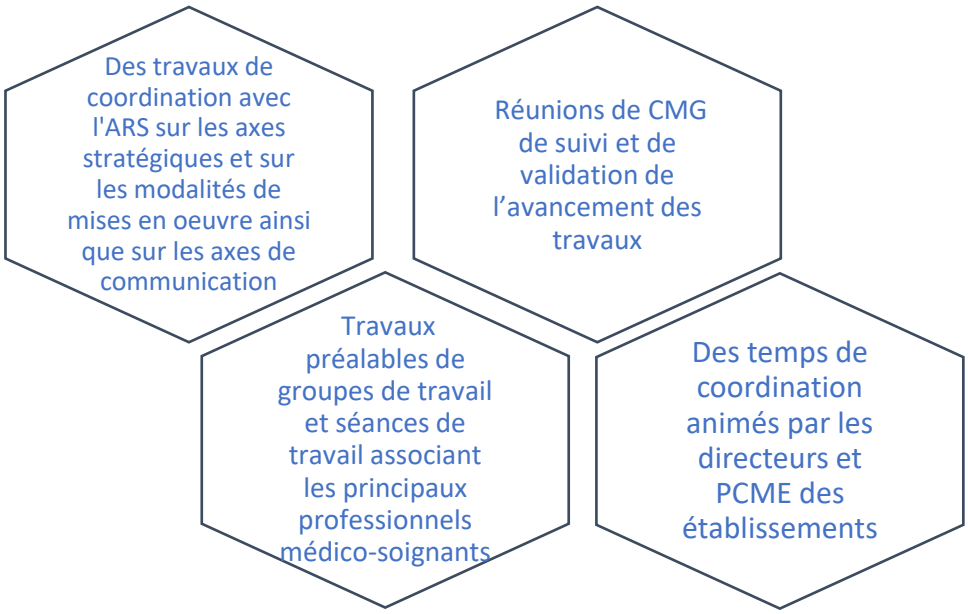
Principes et méthodologie d'élaboration du Projet Médico-Soignant du GHT Vosges

Conformément à la convention constitutive, les établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire conviennent ensemble d'un projet médico-soignant partagé.
Les principes qui ont guidé son élaboration sont les suivants :

- Le respect des valeurs du service public hospitalier
- La continuité de son fonctionnement
- L'égalité d'accès aux soins et aux activités de prévention
- La liberté et le respect des droits des usagers
- La recherche constante de l'excellence et l'amélioration continue de la qualité
- L'adaptation permanente des projets médicaux et de soins et des modes de prises en charge

A partir de ces valeurs, le GHT se donne pour objectif de garantir à tous les vosgiens un égal accès aux compétences médicales et paramédicales 24h/24, quels que soient leur état de santé et l'établissement initial de prise en charge, en cohérence avec les parcours de soins et la gradation de l'offre.

- Une **méthodologie participative de travail** mais **contrainte par les agendas et les difficultés de continuité des soins que rencontrent les médecins**, a permis de rencontrer les responsables des principales filières du GHT, les directeurs d'établissements et les présidents de CME. Des pré-orientations stratégiques ont été présentées en début d'année à l'ARS Grand Est. (ARS GE)
- Pour chacune des filières / spécialités choisies, des travaux déjà effectués ou en cours ont permis de travailler à l'amélioration de l'offre de soins, en **établissant un état des lieux de la filière dans les territoires du GHT et en proposant des actions concrètes à court terme et moyen terme.**
- Ces actions ont été formalisées sous forme d'orientations stratégiques en choisissant des objectifs atteignables, en nombre réduit, **afin que ce PMSP puisse être mis en œuvre à court et moyen terme tant les plateaux techniques sont en tension.**



La méthodologie de travail a été très pro-active dans un temps court et a permis d'inscrire une dynamique de travail dans le temps afin que la mise en œuvre des orientations permette le sursaut nécessaire aux changements.

Pour amorcer ces travaux, les groupes de travail ont commencé à évaluer le précédent PMSP et à partir des constats partagés, les grandes orientations ont pu émerger.

Le Projet Médico-Soignant Partagé 2017-2022

Axe 1 — **Structurer la réponse aux besoins de santé**

- **Objectif opérationnel 1.1:** Organiser les parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge
- **Objectif opérationnel 1.2:** Définir les modalités de coordination à toutes les étapes des parcours individuels de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social

Axe 2 — **Renforcer les activités de proximité et de référence**

- **Objectif opérationnel 2.1:** Améliorer l'accès aux spécialités médicales et chirurgicales, soutenir et spécialiser l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation
- **Objectif opérationnel 2.2:** Limiter les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes

Axe 3 — **Accompagner la fragilité et la vulnérabilité**

- **Objectif opérationnel 3.1:** Adapter et diversifier l'offre de soins dédiée aux personnes âgées
- **Objectif opérationnel 3.2:** Favoriser l'accès aux soins des personnes en difficultés

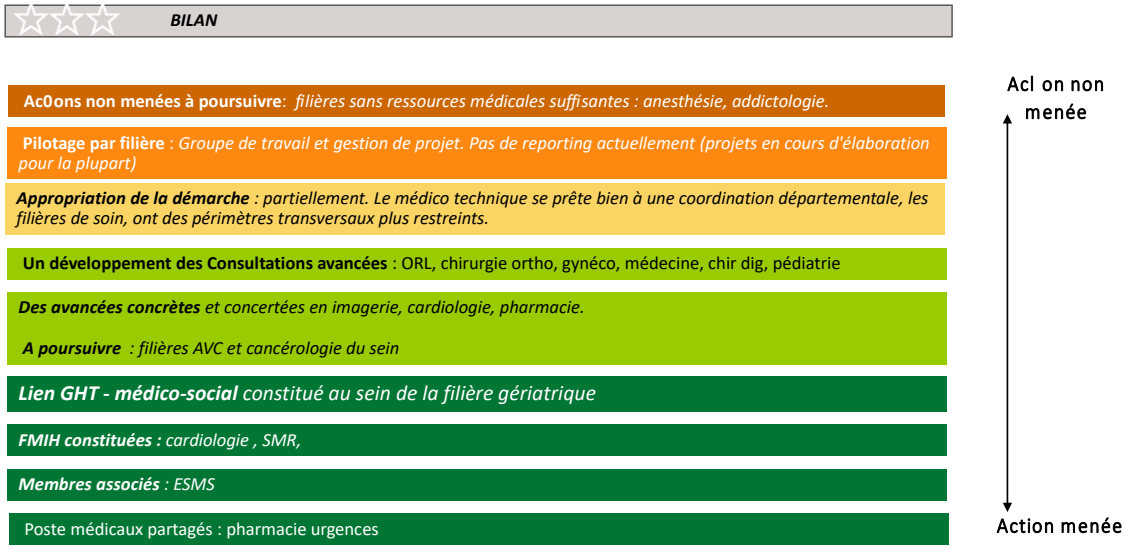
Axe 4 — **Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé**

- **Objectif opérationnel 4.1:** Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire
- **Objectif opérationnel 4.2:** Définir avec le CHRU, en lien avec ses missions, une politique de gestion prospective des compétences médicales

Axe 5 — **Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins**

- **Objectif opérationnel 5.1:** Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins
- **Objectif opérationnel 5.2:** Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles
- **Objectif opérationnel 5.3:** Promouvoir l'efficience des organisations
- **Objectif opérationnel 5.4:** Apporter une réponse coordonnée aux situations sanitaires exceptionnelles sur le territoire

L'évaluation du précédent PMSP



Le précédent PMSP était ambitieux dans son exhaustivité et avait projeté un grand nombre d'actions sur l'ensemble des filières. Or des problèmes de démographie médicale impactaient déjà les travaux à réaliser.

Pour autant un certain nombre d'actions ont été menées, en particulier s'agissant des FMIH cardiologie et SMR ainsi que les postes partagés sur les pharmacies et les urgences.

La filière gériatrique a aussi engagé des travaux importants de structuration de la filière en lien avec le secteur médico-social.

Il reste à finaliser les travaux en particulier sur la gradation des filières où le manque de moyens médicaux met en difficulté les avancées souhaitées.

C'est pour ces raisons que le PMSP présenté pour les années 2024/2029 ne vise pas l'exhaustivité mais bien plutôt les chantiers prioritaires qui doivent structurer l'avenir du GHT.

2. Les grandes orientations retenues

Dans un contexte où les projets d'établissements sont en cours d'exécution ou arrivent presque tous à échéance, le projet médico-soignant partagé du GHT **porte une réflexion ambitieuse et réaliste sur la réponse aux besoins de soins du territoire.**

La perspective à 5 ans est **de réussir le sursaut nécessaire d'une nouvelle donne sur les effectifs médicaux permettant de penser de nouvelles organisations des soins.**
Il faut donner confiance aux personnels et aux patients afin de connaitre la fin de l'attrition vécue et subie. En effet, les patients sont obligés de quitter massivement le territoire (plus de 40 % de patients vont en Meurthe et Moselle) pour se faire soigner tandis que **les professionnels de santé vivent un quotidien qui se dégrade tant ils rencontrent des difficultés à tenir l'exercice de leur métier avec des effectifs à la limite de la sécurité et du bien-être au travail.**
Pour tous les établissements du GHT les équilibres financiers se trouvent très dégradés car ils n'ont pas l'activité qui correspond aux plateaux techniques installés faute de professionnels.

Ainsi, ce projet médico-soignant partagé pose un cadre nouveau compte tenu de l'état des lieux très **dégradé de la démographie médicale et de la grande tension provoquée sur les plateaux techniques en particulier à Épinal et Remiremont.**
Ce nouveau PMSP en **s'appuyant sur l'évaluation du précédent PMSP et des partis pris pragmatiques planifie un plan d'actions priorisées et rigoureux. Il se propose d'organiser une offre de soins** et avec un plan d'exécution rigoureux et planifié se **propose d'organiser une offre de soins sécurisée pour les plateaux techniques et d'améliorer les soins de proximité en s'appuyant sur un choc d'attractivité permettant de répondre** aux enjeux des cinq prochaines années.
Ce projet réaffirme aussi la volonté du GHT de disposer d'une offre de proximité mieux articulée avec les partenaires du territoire **en particulier les médecins de ville, les**

professionnels libéraux, le DAC et les CPTS mais aussi d'envisager les coopérations possibles et les liens avec les offreurs de recours, l'ICL et le CHU de Nancy.

Ces liens peuvent suivre plusieurs logiques qui coexistent, une **logique intégrée avec la mise en place de filières de soins communes et une logique partenariale avec une meilleure implication des acteurs accompagnant les usagers**. Au niveau institutionnel aussi, le GHT a vocation à prendre attache avec le CHU pour coopérer sur certaines filières et avec d'autres établissements partenaires.

Ce projet se concentre sur les **chantiers prioritaires, sans chercher l'exhaustivité mais plutôt en esquissant des pistes d'évolution**, permettant aux **acteurs d'être équipés et outillés afin de se coordonner efficacement** pour répondre aux évolutions des besoins des prochaines années.

Le projet médical partagé **insiste sur les conditions de pérennisation des offres existantes**, notamment celles qui résultent des logique et cohérence incontournables « des sillons » en travaillant sur **l'interconnaissance des équipes, le bon niveau de gradation des soins sur le territoire en partenariats avec les acteurs locaux et de recours et son maillage**.

Par ailleurs et dès lors qu'une prise en charge médicale est nécessaire dans un établissement du territoire pour un acte non réalisé in situ, l'établissement receveur s'engagera à réadresser le patient dans son établissement d'origine. L'objectif est de faciliter la filière de soins de proximité. L'établissement d'origine s'engage à reprendre le patient.

Ces orientations proposent un projet de schéma d'offres plus à même de répondre aux défis de demain, et permettant d'améliorer la réponse aux usagers.

La méthode de mise en œuvre du PMSP a fait l'objet d'un travail partenarial avec l'ARS GE afin de pouvoir rapidement mettre en exécution les pistes proposées avec d'une part une comitologie permettant de faire travailler les groupes de professionnels du GHT 8 et les personnalités du niveau national et de l'ANAP.

Ce PMSP sera à amender dans les mois à venir compte tenu des travaux qui vont s'ouvrir sur la PDSES.

Les 3 sujets prioritaires proposés par le GHT :

- **Redonner confiance en provoquant un choc d'attractivité à court terme et à moyen terme** pour mobiliser tous les professionnels qui doutent de l'avenir de ce territoire et pour faire venir tous ceux qui veulent s'engager vers une santé Vosgienne et porter un projet d'avenir avec l'aide de nos partenaires que sont **l'Université de Lorraine, le Conseil Régional et le CHU.**
  Le GHT ne s'interdit aucun moyen en matière d'attractivité et mobilisera tous les outils existants.

- **Permettre aux Vosgiens d'avoir accès à une meilleure santé sur les Vosges en améliorant les soins de proximité** et en assurant **une gradation des soins en tout point du territoire,** que ce soit pour avoir accès à des consultations de médecine, de chirurgie, mais aussi à des lits d'hospitalisation de médecine en lien étroit avec

les médecins libéraux (CPTS et DAC) en évitant les déplacements sur les services d'urgence, des soins médicaux et de réadaptation spécialisés, des soins en Unités de soins de longue durée restructurés, des soins en EHPAD en donnant le choix aux personnes âgées et aux familles de pouvoir rester au domicile, permettre à l'hôpital de venir à domicile avec une HAD renforcée et des soins palliatifs accessibles en tout point du territoire sans occasionner trop de déplacements dans ces moments douloureux.

- **Enfin sécuriser le fonctionnement et structurer les plateaux techniques des principaux établissements du GHT permettant aux équipes d'assurer les soins dans de meilleures conditions pour les patients mais aussi pour les professionnels en termes de permanence des soins et d'équilibre vie privée/vie professionnelle.**

3. Le diagnostic territorial

Synthèse du diagnostic territorial

Les principaux constats issus du diagnostic indiquent une grande fragilité du GHT avec une fuite de plus de 40 % des patients vers la Meurthe et Moselle et **une démographie médicale tant hospitalière que libérale,** très en tension et très en dessous des autres départements de la Région.

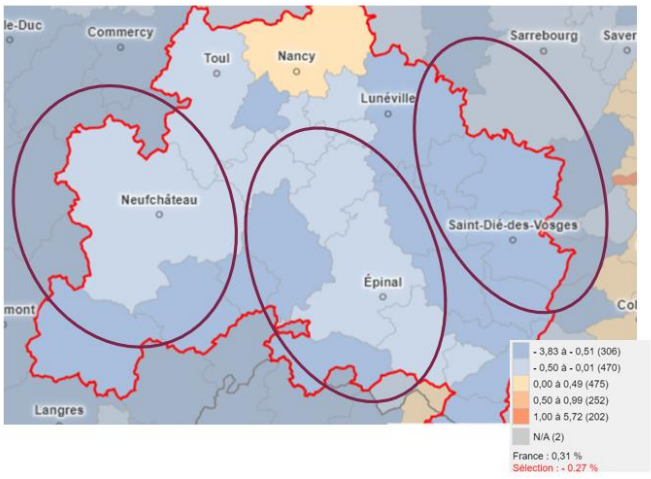
1. *Ce GHT vosgien est composé de 3 bassins de population distincts avec une géographie différenciée, dont les flux de patients obéissent aussi bien à la logique des sillons lorrains vers la Meurthe et Moselle que vers l'établissement support de GHT.*

   - **Le GHT s'insère dans un territoire de 360 000 Habitants sur 3 bassins distincts**

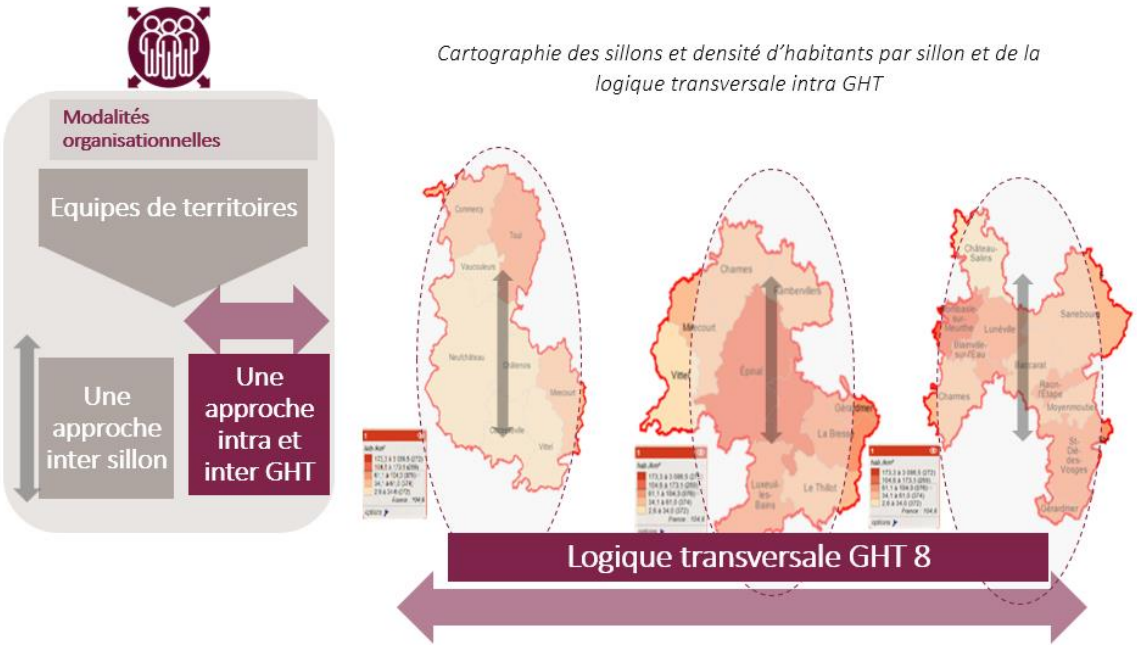
Le territoire comprend trois bassins distincts de populations, avec des dynamiques démographiques baissières et des bassins difficiles d'accès compte tenu de la géographie des Vosges

Ce territoire est proche de la métropole Nancéenne avec un CHU et des cliniques privées puissantes qui captent une partie importante des fuites

Taux d'évolution annuel de la population (%)2014-2020



Au regard des flux patients et pour tenir compte des spécificités des territoires et des parcours de soins déjà structurés, il faudrait sans-doute combiner une approche transversale sur le GHT et une approche par sillons définis par les principaux axes routiers. Ce qui en termes d'accessibilité respecte les contraintes géographiques de chacun des trois bassins.



Les fuites et les habitudes des parcours patients sont fortement orientées vers le CHU de Nancy et/ou les cliniques privées de Nancy et bien sûr vers la clinique de la Ligne Bleue.

L'analyse de l'évolution des parts de marché en termes d'offre de soins fait apparaitre une stabilité des parts de marché du GHT et une baisse de la polyclinique de la Ligne Bleue (le transfert de la maternité de la clinique de la Ligne Bleue sur le CH d'Épinal a eu lieu en 2021).

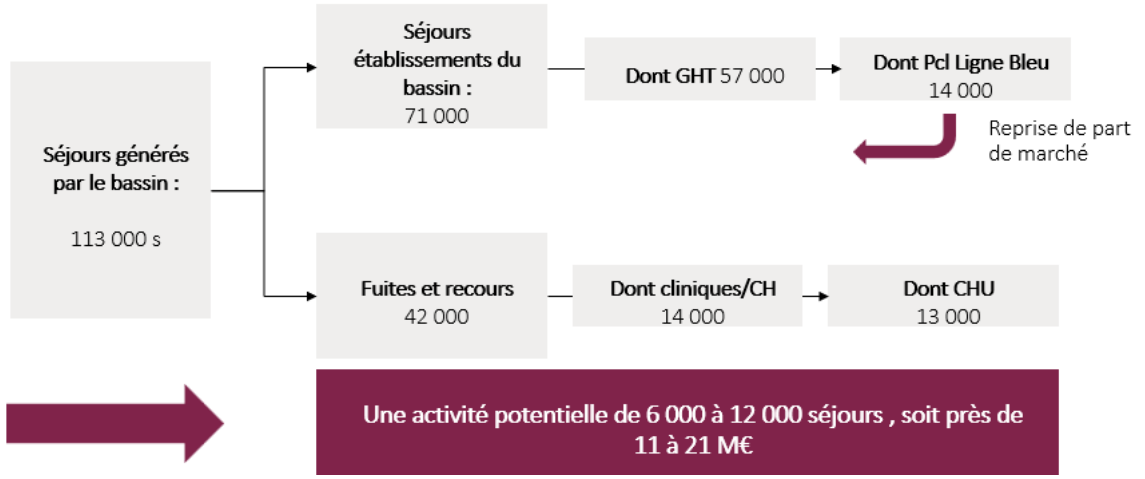
	2018	2019	2020	2021	2022
CHIC Epinal	17,3%	18,2%	**18,2%**	**20,3%**	**22,1%**
CHRT	11,4 %	11,1 %	10,6 %	10,6 %	9,7 %
CHI HMV	13,3%	12,9%	12,2%	11%	11,1 %
CHOV	9,5 %	9,2 %	9,0 %	8,2 %	8,4 %
Total GHT	**51,0%**	**50,8%**	**49,7%**	**50,1%**	**51,2%**
Pcl Ligne Bleu	**16,3%**	**15,2%**	**14,7%**	**13,1%**	**12,5%**
Dont obstétrique	1,5%	1,3%	1,2%	0%	0%
CHRU Nancy	**14,5%**	**14,8%**	**14,7%**	**14,9%**	**15,0%**
Cliniques Nancy	**11,5%**	**12,6%**	**13,8%**	**14,1%**	**13,3%**

(Baisse de part de marché due à la fermeture de la maternité de la ligne bleue en avril 2021.)
Source : Scan Santé

- **Les séjours du bassin et l'analyse des fuites et du recours**

L'analyse des séjours du bassin du GHT montre que, faute de médecins, le territoire subit des fuites qui sont d'une part préjudiciable aux vosgiens en matière de santé et qui mettent en difficulté les équilibres financiers des établissements *(voir partie 2 Les résultats financiers du GHT des Vosges et la soutenabilité de l'investissement).*

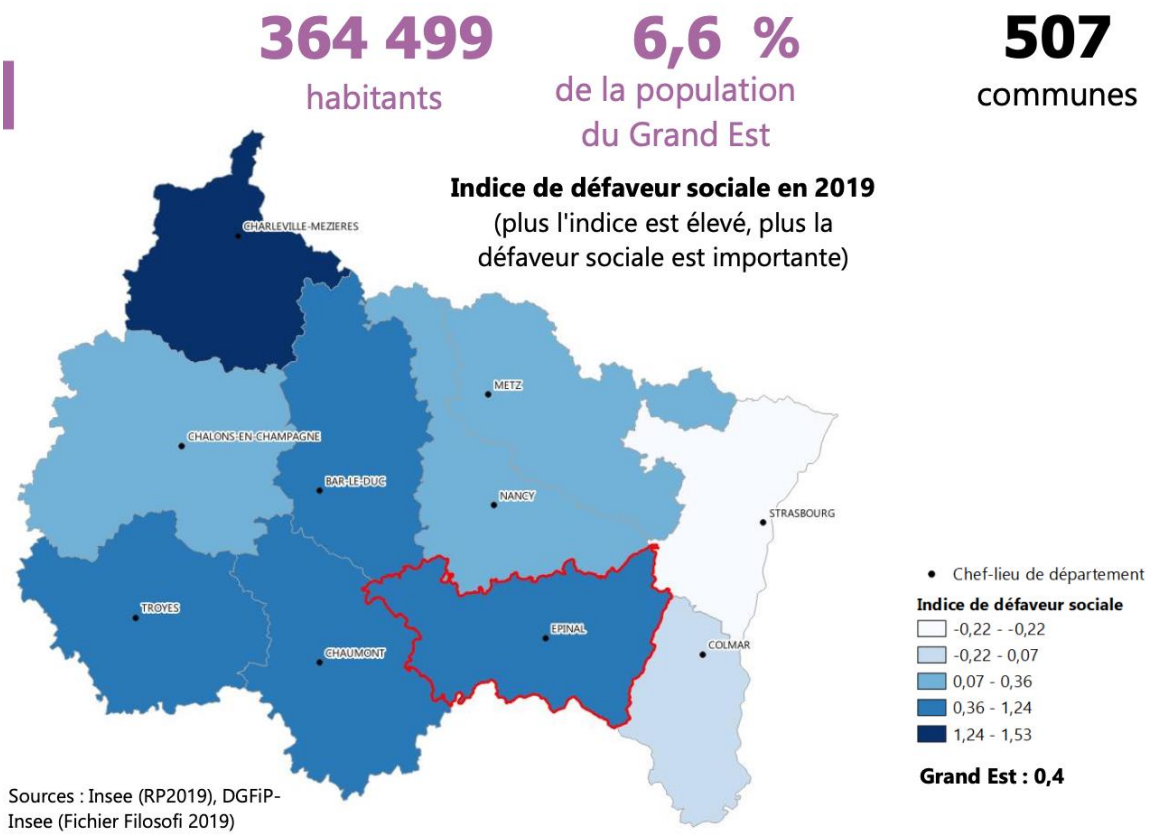
En France, sur un bassin de population, l'activité de proximité représente 70% des séjours, le recours 20% et la référence CHU 5%.
Le reste de l'activité représente les effets de bords.
=> Les établissements du GHT doivent répondre aux besoins de proximité de leur bassin de recrutement et le CHED (et dans une certaine mesure la polyclinique) doit assurer les fonctions de recours (hors activité type CHU).
Or comme on le verra dans l'analyse de l'évolution de l'activité des 5 dernières années, le manque d'équipements et de médecins profitent en grande partie aux Cliniques de la Meurthe et Moselle qui enregistrent des augmentations d'activité très importante.



2. *Les caractéristiques du territoire et les évolutions démographiques et épidémiologiques (baisse de natalité, vieillissement, incidence des maladies cardiovasculaires…), ainsi que les* ***tensions fortes sur la démographie médicale et paramédicale plaident pour faire de ce projet, un PMSP de rupture et volontariste.***

Les caractéristiques du département des Vosges montrent les grandes difficultés de ce territoire tant au niveau des caractéristiques sociales que les indices de mortalité/morbidité et les problèmes d'accès aux soins. Or on le sait, il existe une responsabilité sociétale des hôpitaux sur l'emploi et le développement économique et les emplois en santé peuvent être une des richesses de ce territoire.

- L'indice de défaveur social s'élève à 1,1 alors qu'il est de 0,4 sur la région Grand Est comme le montre la carte ci-dessous (in Portrait de Territoire du PRS GE)



(Voir définition de l'indice de défaveur sociale au sein du *Portrait de territoire* en annexe)

- **Les données de mortalité/morbidité**

Le tableau ALD (affections de longue durée) ci-dessous montre que depuis 4 ans, le territoire enregistre une augmentation sensible du nombre de patients atteints de ces pathologies avec un focus spécifique en matière de santé mentale et d'addictions.

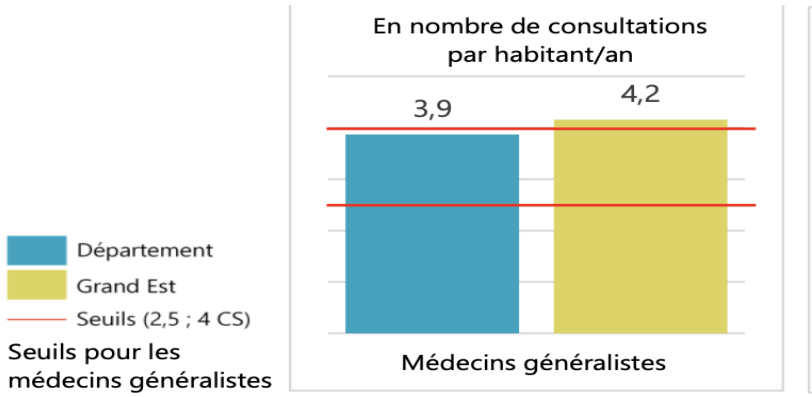
Morbidité		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	19 609	3 981	4 223	●	4 161	1,1	2,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	982	198	211	●	193	2,0	2,7	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	2 350	453	492	●	458	1,4	2,9	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	4 203	1 635	1 799	●	1 755		2,9	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	3 465	1 497	1 592	●	1 467		0,0	→ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	34 134	6 600	6 736	●	6 142	1,9	3,1	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	5 576	1 070	1 204	●	1 130	1,5	2,6	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	14 592	2 854	2 882	●	2 519	3,1	4,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	5 791	1 003	990	●	932	1,7	1,2	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	24 924	5 051	5 516	●	4 840	1,4	2,4	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	99	26	32	●	33	1,5	-1,7	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	301	78	117	●	212	2,8	6,3	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	14 615	3 699	3 451	●	3 821	1,1	8,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	4 684	1 209	927	●	1 020	1,5	18,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	33 451	7 462	7 186	●	7 149	0,6	-1,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	17 494	4 064	3 548	●	3 916	0,5	1,4	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	18 158	4 030	4 002	●	3 902	0,6	-1,8	↘ !

- **Les données d'accès aux soins :**

Le problème d'accès aux soins est récurrent s'agissant des territoires ruraux et les Vosges sont à cet égard en difficulté.

A ce titre la présence de médecins généralistes est essentielle en tant que pivot du soin et on constate dans le document ci-dessous un manque de consultations par habitant obligeant ainsi les hôpitaux à faire de la médecine de proximité.

L'évolution du nombre de médecins montre aussi que c'est une tendance qui va s'aggraver dans les années à venir compte tenu de la démographie baissière des professionnels du soin.

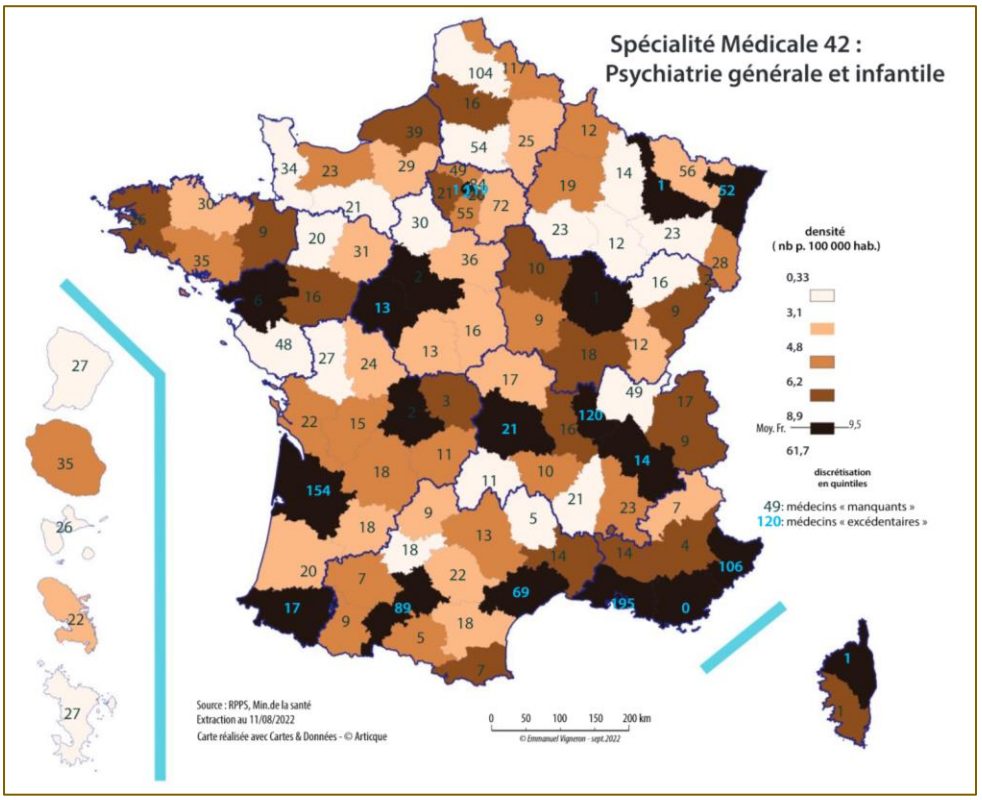


Accessibilité potentielle localisée		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9		-1,2	↘
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,5	3,7	●	3,1		-1,4	↘

S’agissant des temps d’accès aux soins, les chiffres marquent les difficultés en particulier s’agissant pour les services de médecine. Ces données confirment les constats des difficultés d’accès aux médecins généralistes.

Etablissements de santé et médico-sociaux		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)		Evolution des temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	9	14,0	11,3	●	10,5		5,6	↗
60	Services de chirurgie	5	19,1	14,5	●	13,5		0,5	↗
61	Services d'obstétrique	4	17,5	14,3	●	14,8		-1,4	↘
62	Services de soins de suite	15	10,0	9,3	●	9,1		3,4	↗
63	Services d'urgence	5	16,9	14,8	●	13,7		0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	20	8,5	8,4	●	7,4		1,5	↗
65	EHPAD	59	4,7	4,0	●	3,0		1,6	↗

Un focus spécifique est à faire concernant la densité de médecins psychiatres dans le territoire des Vosges car du fait du découpage des GHT, le CH de Ravenel est rattaché au GHT 7 ce qui comme le montre le PTSM est assez défavorable au GHT des Vosges alors même que la démographie des psychiatres libéraux est très faible sur le département.



Diagnostic des forces et des faiblesses du GHT des Vosges
Menaces/opportunités

GHT 8	
FORCES • **Un établissement neuf sur Epinal** • **Une envie de coopérer dans chacun des territoires** • **Des perspectives offertes par une plus grande complémentarité Epinal-Remiremont** • **Une direction commune entre plusieurs établissements** • **Ancrage territorial fort** • **CHI HMV : unicité de la gouvernance pour l'offre de soins publique sur l'ensemble du territoire Est Vosgien** • **CHOV : Des établissements regroupés avec une vision commune**	**FAIBLESSES** • **Une démographie médicale en forte tension et des fortes tensions aussi concernant les soignants** • **Des coopérations dans le GHT qui restent à affirmer** • **Un nombre de plateaux techniques trop important au regard des ressources médicales en sous-nombre** • **GHT trop spinalo-centré,**
OPPORTUNITES • **Un fort besoin de soins et des indicateurs de santé publics parfois dégradés : Des taux de mortalités importants** • **Des besoins de soins importants en proximité et en premier recours, avec une organisation originale à mettre en œuvre** • **Une restructuration territoriale à effectuer ?**	**MENACES** • **Un territoire en grande difficulté avec une offre de recours non suffisante** • **Une offre de soins libérale trop faible mais une concurrence privée importante** • **Des complexités géopolitiques et historiques**

Les 4 priorités du PRS Grand Est sur la période 2023-2028 sont les suivantes :

Priorité 1 : Minimiser l'impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique
Feuille de route :
■ *Mettre en place une coordination de toutes les parties prenantes dans la transition énergétique et écologique en santé en s'appuyant notamment sur le réseau des Conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES).*
■ *Promouvoir, accompagner et accélérer la transition énergétique et écologique en santé. S'adapter au changement climatique.*
■ *Amplifier les efforts de préservation de la qualité de l'eau potable notamment par la lutte contre la pollution, et investir massivement dans la rénovation et la sécurisation des infrastructures de potabilisation.*
■ *Promouvoir et déployer le concept d'urbanisme favorable à la santé auprès des collectivités et des aménageurs du Grand Est, notamment au sein des contrats locaux de santé*

Priorité 2 : Renforcer la prévention au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents
Feuille de route :

■ *Permettre aux enfants de développer leurs compétences psychosociales dès le plus jeune âge et renforcer les compétences parentales en matière de santé et de promotion des comportements favorables à la santé.*
■ *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.*
■ *Harmoniser les pratiques concernant l'entretien prénatal précoce et l'entretien postnatal précoce par les professionnels de santé accompagnant les femmes enceintes et leur entourage.*
■ *Promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal auprès des jeunes et de leurs parents, notamment la vaccination contre les papillomavirus humains.*
■ *Renforcer 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 PMI.*

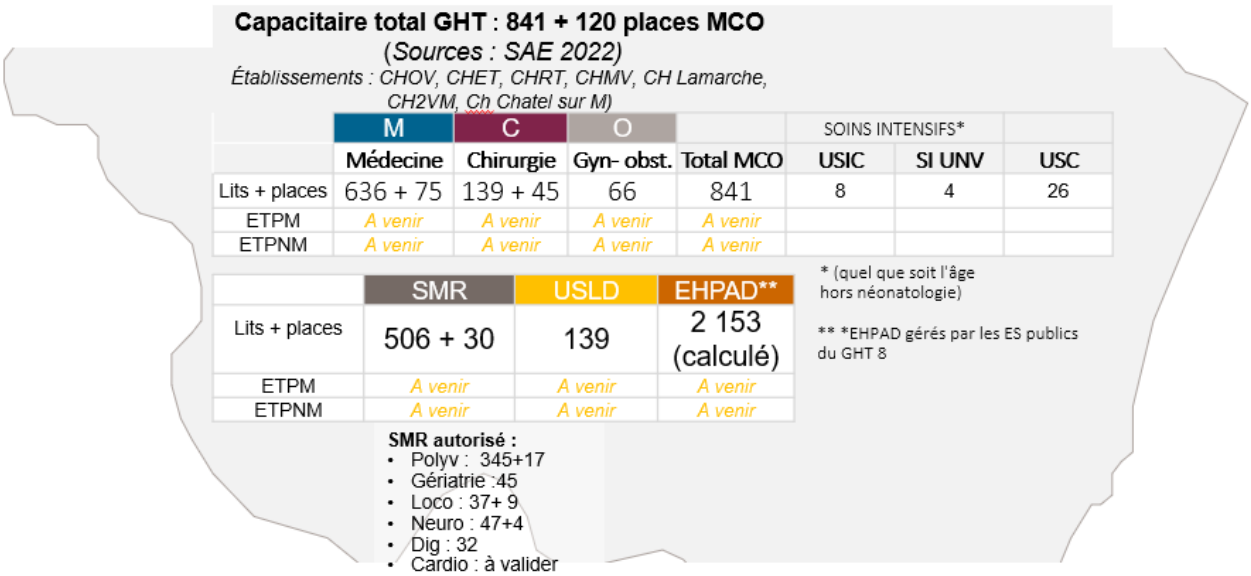
Priorité 3 : Encourager un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie
■ *Permettre aux personnes âgées, en situation de handicap et/ou malades d'accéder plus encore aux actions de prévention de la perte d'autonomie.*
■ *Faciliter l'expression du libre des choix des personnes accompagnées et soutenir les professionnels qui les accompagnent dans l'adaptation de leurs pratiques.*
■ *Soutenir la place de l'aidant d'une personne âgée, en situation de handicap et/ou malade et agir pour préserver cet aidant.*
■ *Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et structurer une offre de soins non programmés pour les personnes âgées afin de prévenir leur passage inadéquat aux urgences.*

Priorité 4 : Optimiser l'accès aux soins non programmés dans les territoires
Feuille de route
■ *Connaître l'activité de soins non programmés, comprendre les comportements de consommation de soins et évaluer les expérimentations et les organisations innovantes dans le domaine des soins non programmés pour mieux piloter.*
■ *Adapter l'offre de soins non programmés aux besoins spécifiques du nourrisson et de l'enfant, des personnes en souffrance psychique, en renforçant l'offre de soins de premiers recours et en développant une offre de e-santé.*
■ *Adapter le réseau de prise en charge des urgences.*
■ *Mieux se coordonner et mieux piloter ensemble l'offre de soins non programmés afin d'assurer aux usagers le juste soin, au bon endroit, au bon moment*

Ces priorités s'inscrivent aussi dans des évolutions de l'organisation de l'offre de santé, y compris dans leur dimension transfrontalière. L'attractivité de la formation aux métiers de la santé, l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants, la coordination des professionnels de santé seront au cœur de l'action de l'ARS et de ses partenaires pour fidéliser les professionnels de santé et pour renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge.

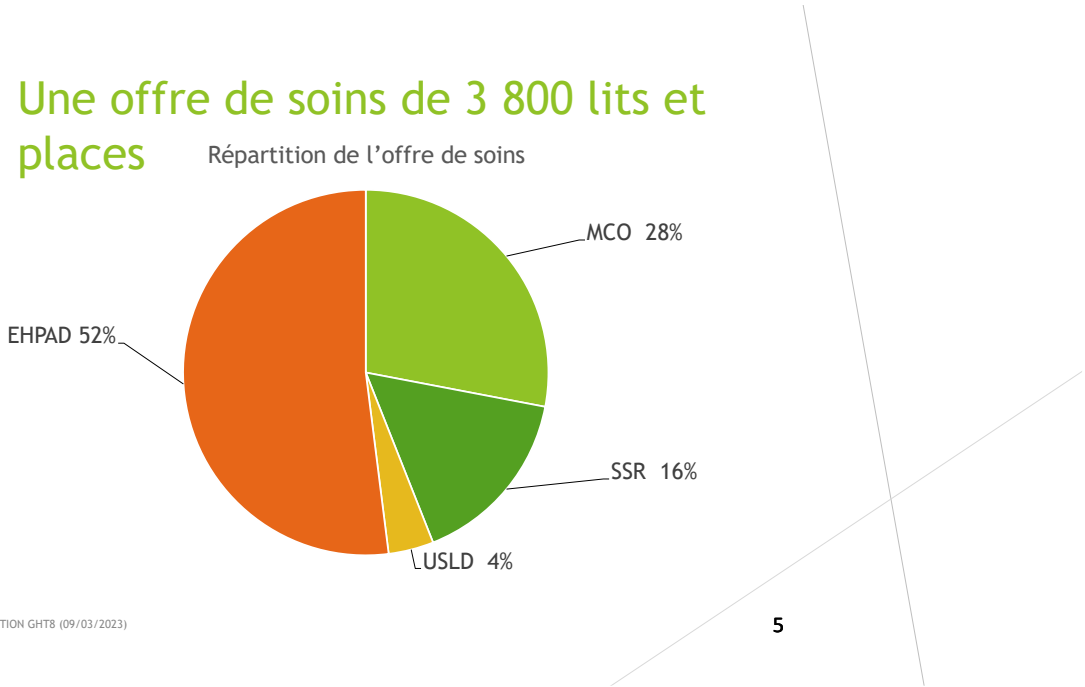
5. Présentation du GHT des Vosges et ses établissements

Le GHT des Vosges offre un capacitaire important avec 961 lits et places MCO , (pour 1715 lits et places pour le GHT 7) 536 lits et places SMR, 139 lits d'USLD et 2 153 places d'EHPAD (la psychiatrie est sur le GHT 7)



- Quatre centres hospitaliers répartis en six sites de Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation et Unités de Soins de Longue Durée :
  - CH EMILE DURKHEIM D'EPINAL, ETABLISSEMENT SUPPORT DU GHT8
  - CH DE REMIREMONT
  - CH DE L'OUEST VOSGIEN
  - HOPITAUX DU MASSIF DES VOSGES

- 5 hôpitaux dont deux hôpitaux de proximité comptant de la Médecine et/ ou du SMR et des séjours hospitaliers de longue durée (USLD) :
  - CH DE LAMARCHE
  - CH DES 3 RIVIERES - CHATEL SUR MOSELLE
  - CH DE L'AVISON - BRUYERES
  - CH DE LA HAUTE VALLEE DE LA MOSELLE
  - CH DU VAL DU MADON



Le nombre de lits d'EHPAD s'élève à 2153 ce qui représente 52 % des capacités de l'offre du GHT des Vosges.
Par ailleurs, un Centre Hospitalier Spécialisé en Santé mentale, le CH de Ravenel, propose une offre complète dans les Vosges mais il est rattaché au GHT 7.

Autorisations et répartition des activités sur le territoire

Les établissements du GHT disposent des autorisations d'implantation suivantes :

	CHED		CHRT	CHOV		HMV				
	Epinal	Golbey	Remiremont	Neufchâteau	Vittel	Saint-Dié	Gérardmer	Moyenmoutier	Fraize	Foucharupt
Médecine	X		X	X	X	X	X		X	
Chirurgie	X		X	X		X				
Obstétrique	2B		2A	1		1				
SSR / SMR		X	X	X	X	X	X	X		
USLD		X	X		X		X			X
HAD				X			X			

	Avison	C2HVM	Val du Madon	Lamarche	Les 3 Rivières	Privé
	Bruyères	Le Thillot	Mirecourt		Chatel/Moselle	
Médecine						X
Chirurgie						X
Obstétrique						X
SSR / SMR	X	X	X		X	
USLD	X					
HAD						X

Par ailleurs, sur les urgences, 6 hôpitaux disposent de SMUR et de SAU (les 4 établissements MCO et Vittel et Gérardmer), le centre 15 (SAMU) se trouve au CHED.

Les quatre hôpitaux MCO disposent d'USC et d'un plateau d'imagerie avec une activité interventionnelle. Ces mêmes hôpitaux et l'hôpital de Gérardmer ainsi que Vittel disposent d'équipement d'imagerie conventionnelle.

La réanimation se trouve au CHED ainsi que les soins intensifs de spécialités en cardiologie et neurovasculaire (USIC et UNV).

Le CHED souhaite compléter son plateau technique par une autorisation de cardiologie interventionnelle compte tenu de l'absence de plateau technique sur le département engendrant de longs délais de prise en charge et une inégalité d'accès aux soins avec des fuites sur les trois implantations existantes en Meurthe et Moselle.

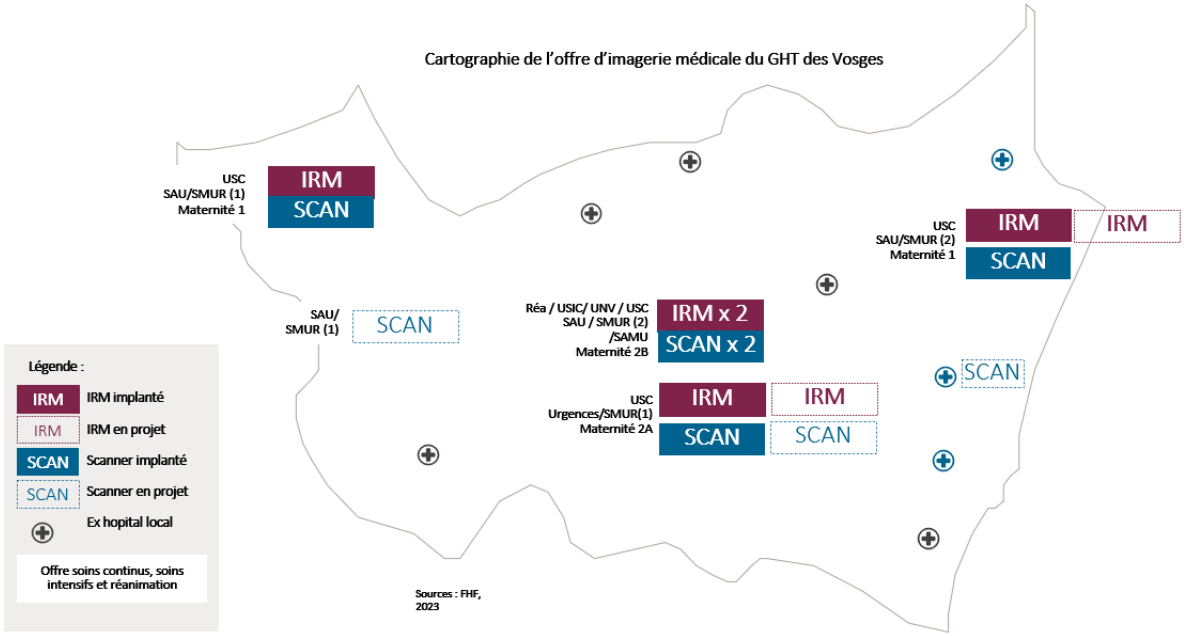
Cette implantation n'empêchera pas le maintien des partenariats existants et fonctionnels sur les sillons.

Le CHIED et les HMV ont déposé une demande d'autorisation d'activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie Rythmologie Interventionnelle, mention A.

Sur le traitement des cancers, les quatre établissements MCO proposent des chimiothérapies (seul le CHED propose de la radiothérapie), et la chirurgie carcinologique est proposée sur le CHED, le CHRT et le CHI HMV (digestif), au CHED pour l'urologie et au CHRT pour la sénologie.

La chirurgie bariatrique n'est réalisée qu'au CHI HMV (St-Dié).

La cartographie des équipements d'imagerie médicale sur le territoire souligne un maillage à consolider avec 5 IRM implantés et 2 en projet ainsi que 5 scanners implantés et 3 en projet



Positionnement du GHT des Vosges et focus sur l'activité des 5 derniers exercices

L'analyse de l'évolution des parts de marché des établissements MCO

L'analyse de l'évolution des parts de marché fait apparaitre une stabilité des parts de marché du GHT et une baisse de la polyclinique de la Ligne Bleu qui se traduit par une augmentation de la fuite territoriale

Évolution des parts d'activité MCO global par établissements sur les cinq dernières années

	2018	2019	2020	2021	2022
CHIC Epinal	17,3%	18,2%	18,2%	20,3%	22,1%
CHRT	11,4 %	11,1 %	10,6 %	10,6 %	9,7 %
CHMV	13,3%	12,9%	12,2%	11%	11,1 %
CHOV	9,5 %	9,2 %	9,0 %	8,2 %	8,4 %
Total GHT	**51,0%**	**50,8%**	**49,7%**	**50,1%**	**51,2%**
Pcl Ligne Bleue	16,3%	15,2%	14,7%	13,1%	12,5%
Dont obstétrique	1,5%	1,3%	1,2%	0%	0%
CHRU Nancy	14,5%	14,8%	14,7%	14,9%	15,0%
Cliniques Nancy	11,5%	12,6%	13,8%	14,1%	13,3%

Baisse de part de marché due à la fermeture de la maternité de la ligne bleue en avril 2021.

(A noter que la baisse d'activité de la clinique de la ligne Bleue provient du transfert d'activité de la maternité vers le CHED en 2021)

Activité des plateaux techniques du GHT des Vosges (2019/2023)

A l'analyse des tableaux présentés ci-dessous, on constate que seul l'établissement support voit son activité augmenter entre 2019 et 2023 ; les autres établissements ont tous perdu des parts d'activité dans des proportions variables.

Cette tendance se confirme quand on analyse les tableaux des fuites sur le territoire de la Meurthe et Moselle qui confirment l'attraction de la Métropole Nancéenne et de ses plateaux techniques en particulier s'agissant de la cardiologie interventionnelle et de la chirurgie.

Etablissement		Activité 2019				
		Passage aux urgences	Séjours Médecine	Séjours Chirurgie	Séjours Obstétrique	Accouchements
1	CH Emile Durkheim	35 617	35 655	4 242	1 098	577
2	CH Remiremont	22 892	10 056	5 132	1 078	724
3	CHI HMV	30 404	12 403	4 150	985	539
4	CH Ouest Vosgien	27 995	11 893	3 081	622	362

Etablissement		Activité 2020				
		Passage aux urgences	Séjours Médecine	Séjours Chirurgie	Séjours Obstétrique	Accouchements
1	CH Emile Durkheim	29 927	31 122	3 223	1 043	593
2	CH Remiremont	20 238	8 563	4 038	1 000	645
3	CHI HMV	26 329	10 532	3 190	906	531
4	CH Ouest Vosgien	22 830	9 811	2 590	652	349

Etablissement		Activité 2021				
		Passage aux urgences	Séjours Médecine	Séjours Chirurgie	Séjours Obstétrique	Accouchements
1	CH Emile Durkheim	34 334	35 184	4 118	1 813	1 250
2	CH Remiremont	21 740	9 351	4 623	1 154	707
3	CHI HMV	28 321	11 310	3 002	922	551
4	CH Ouest Vosgien	23 424	9 881	2 814	619	294

** Fusion des maternités publique (CHIED) et privée (CLB) d'Epinal en avril 2021*

Etablissement		Activité 2022				
		Passage aux urgences	Séjours Médecine	Séjours Chirurgie	Séjours Obstétrique	Accouchements
1	CH Emile Durkheim	40 170	37 235	5 261	1 865	1 242
2	CH Remiremont	22 988	8 910	4 462	1 115	727
3	CHI HMV	27 851	11 562	3 220	936	496
4	CH Ouest Vosgien	25 454	10 540	3 126	651	315

Etablissement		Activité 2023				
		Passage aux urgences	Séjours Médecine	Séjours Chirurgie	Séjours Obstétrique	Accouchements
1	CH Emile Durkheim	40 354	37 014	5 146	2 047	1 191
2	CH Remiremont	19 844	7 584	3 821	902	552
3	CHI HMV	26 860	11 662	3 468	939	499
4	CH Ouest Vosgien	23 000	10 189	3 282	609	272

* : Estimé

Etablissement		Evolution 2019-2023				
		Passage aux urgences	Séjours Médecine	Séjours Chirurgie	Séjours Obstétrique	Accouchements
1	CH Emile Durkheim	13%	4%	21%	86%	106%
2	CH Remiremont	-13%	-25%	-26%	-16%	-24%
3	CHI HMV	-12%	-6%	-16%	-5%	-7%
4	CH Ouest Vosgien	-18%	-14%	7%	-2%	-25%

** Fusion des maternités publique (CHIED) et privée (CLB) d'Epinal en avril 2022*

L'évolution des fuites sur le département de la Meurthe et Moselle (2018/2023)

Volumed'activité de fuite/recours des Vosges	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution
CHU	16 603	16 977	14 606	16 197	16 904	17 915	8%
CliniquePasteur	4 869	5 663	5 673	6 494	6 466	6 991	44%
Elsan	3 785	4 017	3 274	3 818	2 681	5 628	49%

Volumed'activité de fuite/recours des Vosges : chirurgie	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution
CHU	6 083	5 923	4 955	5 676	6 098	6 450	6%
CliniquePasteur	1 250	1 371	1 203	1 538	1 565	1 734	39%
Elsan	2 960	3 035	2 482	2 842	1 999	3 343	13%

Volumed'activité de fuite/recours des Vosges : médecine	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution
CHU	10 114	10 618	9 167	9 975	10 185	10 785	7%
CliniquePasteur	3 619	4 292	4 470	4 956	4 901	5 257	45%
Elsan	825	982	792	976	682	2 285	177%

Volumed'activité de fuite/recours des Vosges : cardio interventionnelle	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution
CHU	1300	1 165	1 107	1 097	1 152	1 285	-1%
CliniquePasteur	2308	2 701	2 754	3 197	3 218	3 577	55%
HP Nancy Lorraine	685	907	977	970	272	1 088	59%

Les fuites ont augmenté très fortement et on peut corréler cette constatation avec la perte d'activité de certains plateaux techniques du GHT.

Ces fuites ont bénéficié fortement aux cliniques privées de la métropole Nancéenne.

6. Les partenariats et leur évaluation

Des partenariats multiples se sont organisés tant au niveau des partenariats avec le CHU de Nancy et l'ICL que sur le territoire du GHT des Vosges :

Les partenariats avec le CHU de Nancy et avec l'ICL :

Un travail partenarial ancien avec le CHU de Nancy a permis la mise en œuvre d'un certain nombre de FMIH en particulier en Pédiatrie, Gynéco-obstétrique, en Neuro-Vasculaire, en chirurgie digestive et enfin en ORL.
Un travail avec le GCS Sud Lorrain rassemblant les deux GHT 7 et 8 va être réactivé afin de défendre un axe public/public et afin de faire progresser les partenariats sur les chirurgies, en particulier s'agissant de l'obésité.

Une convention avec l'ICL vient d'être signée sur la filière cancérologique afin d'améliorer les prises en charge et les partenariats avec les équipes sur l'oncologie en particulier.

Les partenariats au sein du GHT des Vosges :

Depuis près de 4 ans, le groupe de direction commune du GHT œuvre à l'élaboration de projets structurants et stratégiques pour améliorer la cohérence de la réponse sur le territoire en développant les synergies dans la prise en charge de la population du territoire :

De nombreuses conventions de coopérations ont été mises en place pour permettre la coopération au sein du GHT des Vosges

Les Fédérations Médicales Inter Hospitalières (FMIH) au sein du GHT avec pour certaines une activité qui devra progresser :

- FMIH Cardiologie CHED / CHRT / CHOV
- FMIH Chirurgie digestive CHED / CHRT / CHRU NANCY
- FMIH Gynéco-obstétrique CHED / CHRT / CHRU NANCY
- FMIH Imagerie CHED / CHRT
- FMIH SRR CHED / CHRT / CHOV / Val du Madon / C2HVM
- FMIH Mémoire CHED / CH RAVENEL
- FMIH Cancérologie CHED/CHRMT/ICL /CHOV (à noter que la convention avec l'ICL est en cours de validation et non encore signée)

Les conventions et les consultations :

- Conventions entre les services d'urgences : CH Remiremont, Centre de Soins Non Programmés de Gérardmer et SAU de Vittel
- Consultation de Gynéco-Obstétrique, ORL, chirurgie viscérale et orthopédique à Gérardmer depuis le CHRT
- Équipe opérationnelle d'hygiène sur le territoire
- Équipe mobile de soins palliatifs des HMV à Remiremont
- Consultation mémoire entre le CHED et les HMV
- Convention entre la pharmacie du CHOV et la faculté
- Convention CHRU-CHOV : neurologie, urologie...
- Gestion du linge territoriale
- Convention entre le CHRU et le CHED sur les spécialités (neurologie, cardiologie, urologie, pneumologie, urgences)

	CHED	CHRT	HMV	CHOV
Nombre de conventions / partenariats signés	70	18	42	20

Des coopérations plus intégratives et des équipes territoriales ont été mises en place :

- **En rythmologie** cardiologie entre les HMV et le CHED
- **En neurologie** entre le CHED CHRT CHOV et les HMV

• Aux urgences avec des praticiens qui répartissent leur activité entre plusieurs établissements du GHT (Remiremont, Vittel, Gérardmer...)
• En obstétrique avec des gynécologues du territoire qui aident la maternité du CHED et du CHSD
• En urologie entre le CHED et le CHRT
• En soins critiques avec un rapprochement entre la réanimation du CHED et l'USC de Remiremont et la mise en œuvre d'un pôle bi-site

Les organisations ville-hôpital

• Organisation d'accès direct à des plateaux techniques pour les praticiens libéraux, imagerie notamment
• Co-construction de liens ville-hôpital avec la délégation territoriale de l'ARS
• Projet commun CH et Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)
• Création d'un poste d'ordonnateur de parcours pour les entrées et sorties d'hospitalisation en lien avec la création du SAS en cours de validation par l'ARS GE.

Des établissements qui investissent et se projettent ensemble vers l'avenir :

• Nouvel hôpital à Epinal, nouveau bloc opératoire à Neufchâteau
• Automatisation des Pharmacies à Usage Intérieur
. Nouvel établissement de Moyen-moutiers et nouveau SMR sur le Val de Madon
• Renouvellement des scanners et IRM
• Création d'une unité de soins palliatifs départementale
• Ouverture d'une cellule de recrutement dénommée « les hôpitaux voient la vie en Vosges » et un travail collectif sur les internes

Partie 1 : LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET DE GHT

ORIENTATION 1 : Provoquer un « choc d'attractivité » dans les Vosges en offrant des conditions à même d'inverser l'érosion de la démographie médicale afin de sécuriser le niveau d'offre et de soigner les vosgiens sur leur territoire

1. Les constats : des filières en tension qui ne permettent plus de soutenir la permanence des soins et l'activité complète

Comme indiqué dans le préambule et comme le portrait de territoire des Vosges issu du PRS ARS GE le démontre, la grande pénurie de professionnels par habitants va structurer les réflexions et les orientations.

Au niveau de la démographie hospitalière, la situation actuelle est critique de façon simultanée au niveau des manques d'effectifs pour tenir à la fois la continuité des soins mais aussi la PDSES et les prochains départs en retraite dans toutes les spécialités et dans tous les établissements du territoire vont aggraver la situation.

En raison des risques liés à la démographie médicale et à la sécurité, la réorganisation et la restructuration des plateaux de périnatalité présentent un caractère urgent sur le sillon de la Moselle.

Par ailleurs, la qualité et la sécurité des prises en charge sur l'ensemble du département sont à pérenniser.

Cette structuration s'avère indispensable afin de rendre le territoire et les plateaux techniques des établissements attractifs pour la jeune génération de médecins et de soignants.

(cf Annexe 1 délibération de la CME d'Épinal du 12 mars 2024) ainsi que les annexes 2 des dépêches APM sur les risques encourus, les fermetures de maternités et les recommandations des sociétés savantes)

Les responsables des Directions des Affaires médicales du GHT ont réalisé des projections sur les 5 ans à venir et on constate des écarts importants entre la cible nécessaire pour assurer d'une part l'activité ainsi que la continuité des soins et la PDSES : (chiffres issus du séminaire des élus du 22/09/2023) dans le cadre de quelques filières représentatives :

- **Anesthésie réanimation :** un écart de **plus de 20 ETP pour** assurer l'activité complète et pour tenir la PDSES (19 ETP actuels alors qu'il faudrait 40 ETP de médecins anesthésiste pour poursuivre les mêmes activités qu'aujourd'hui)
- **Urgences :** un écart de **31,2 ETP** en activité complète et de 17,4 ETP pour tenir la PDSES (39,8 ETP actuels alors qu'il faudrait 71 ETP cibles)
- **Pédiatrie :** un écart de **14,3 ETP** en activité complète et de **8,3 ETP pour** tenir la PDSES (16,4 ETP actuels alors qu'il faudrait 32 ETP cibles).
- **Gynécologie Obstétrique** : un écart de **8,4 ETP** en activité complète et de **5,4 ETP** pour tenir la PDSES (17,6 ETP actuels alors qu'il faudrait 26 ETP pour tenir la PDSES)

D'autres filières sont en grande difficulté et n'ont plus la capacité de répondre à la demande en l'état des effectifs. En particulier, la cardiologie, avec **un écart de 15 ETP sur le territoire** (15,2 ETP actuels versus 30 ETP nécessaires sur le territoire), alors même qu'elle doit irriguer la proximité et pallier le déficit de médecins spécialistes en ville, et que ces difficultés sont limitantes pour de nombreuses filières de recours (urgences, chirurgie, oncologie, neurologie, endocrinologie, gériatrie…).

L'enjeu premier est de réassurer le territoire en médecins et professionnels paramédicaux et de réorganiser la répartition des ressources médicales et aussi paramédicales dans de nouvelles organisations pour sécuriser les soins de recours comme de proximité.

L'organisation de la PDSES (travaux à venir sur le second semestre 2024) irriguera nécessairement les orientations car la priorité est la sécurisation des activités de soins à court terme, en envisageant des scénarios intermédiaires permettant d'arriver progressivement aux organisations cibles sur les territoires concernés. (Cf. infra orientation 3 de réorganisation des plateaux techniques).

Tableau de Synthèse globale au niveau du GHT
(effectifs juin 2023)

Les effectifs ci-dessous, arrêtés à juin 2023 seront actualisés avec une distinction par statuts et seront présentés dès la mise en place des groupes de travail

Par spécialité, les écarts entre les ETP 2023 et les ETP cibles pour un capacitaire complet

(Lecture du tableau : Il manque 31,2 urgentistes sur l'ensemble du GHT pour atteindre le capacitaire cible, dont 8,9 sur le CHED, et 6,65 sur les HMV.)

Spécialité	CHED	CHOV NEUF-CHATEAU	CHOV VITTEL	CHRMT	HMV	Total général
Urgences	8,9	5,1	5,4	5,15	6,65	**31,2**
Anesthésie / Réanimation	8,65	2,4		7,3	1,2	**19,55**
Cardiologie	1,1	7,5		6,3	-0,1	**14,8**
Pédiatrie	5,3	1,2		5	2,8	**14,3**
Gériatrie	6	2		5	0,2	**13,2**
Chirurgie digestive	4,4	2,4		5,1	0	**11,9**
MPR	4	4,5		0	0,7	**9,2**
Gynécologie-Obstétrique	3,4	3,35		0,2	1,45	**8,4**
Chirurgie ortho-traumato		2		5,3	1	**8,3**
HGE	2	1,6		2	2	**7,6**
Médecine polyvalente		2,3	2,5	1,5		**6,3**
Diabétologie endocrinologie	4,6			1,5	0	**6,1**
SSR	4,3		1,6			**5,9**
Pneumologie	4,5				0	**4,5**
Urologie	4				0	**4**
ORL				3,7	0	**3,7**
Médecine interne	3					**3**
Maladies infectieuses	3					**3**
SSR				3		**3**
Oncologie	3					**3**
Laboratoire		1,4			1	**2,4**
Dermatologie	1,7					**1,7**

Spécialité	CHED	CHOV NEUF-CHATEAU	CHOV VITTEL	CHRMT	HMV	Total général
USC				0,8	0,8	**1,6**
Soins Palliatifs	1,2					**1,2**
Réanimation	1,05					**1,05**
Pharmacie	0	-0,4	0,5	-0,4	1,3	**1**
Allergologie	0,9					**0,9**
Ophtalmologie	0,7				0	**0,7**
Neurologie	0,7					**0,7**
Addictologie	0,3				0	**0,3**
Odontologie	0					**0**
Total général	**76,7**	**35,35**	**10**	**51,45**	**19**	**192,5**

Toutes spécialités confondues, les déficits médicaux atteignent des niveaux particulièrement élevés. Il manque 40% de médecins au CHED et près de la moitié au CHRT. Le déficit médical atteint 49% au CH de Neufchâteau et 61% à Vittel, tandis qu'il manque 21% des médecins aux HMV.

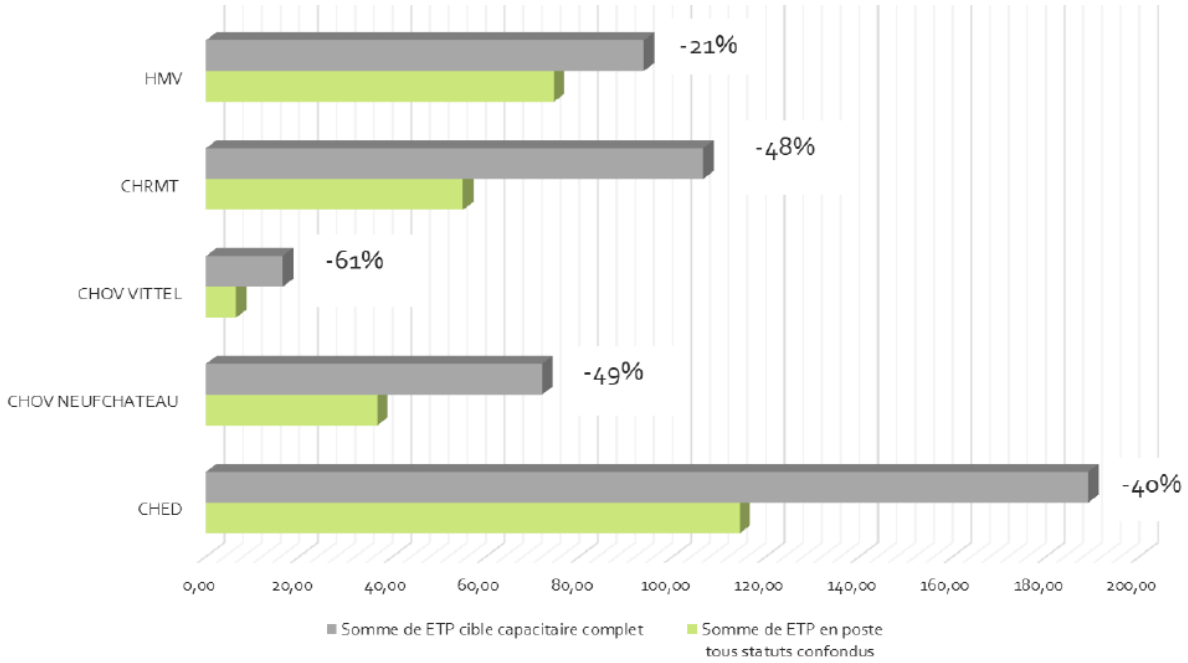


Tableau effectifs PM CH Emile Durkheim

Services	ETP en poste tous statuts confondus	ETP cible pour assurer la continuité des soins MIN	ETP cible capacitaire complet	Ecart ETP actuels et ETP cible capacitaire complet	Fréquence de recours aux remplacements intérimaires	Quotation du risque	Fermeture du service si plus de remplaçant	Départs D'ici à 5 ans En ETP
Anesthésie / Réanimation	4,35	7	13	8,65	Systématique	+++	**OUI**	**1**
Chirurgie digestive	3,6	4	8	4,4	Quelques fois		NON	1
Chirurgie ortho-traumato	2	2	0				NON	
Réanimation	7,95	6,81	9	1,05	Quelques fois		NON	
Addictologie	0,8	1,1	1,1	0,3	Jamais		NON	0,6
Allergologie	2,1	3	3	0,9	Jamais		NON	
Cardiologie	6,9	7	8	1,1	Quelques fois	+	NON	
Dermatologie	1,3	3	3	1,7	Jamais		NON	
Diabétologie endocrinologie	3,4	4	8	4,6	Jamais		NON	
Gériatrie	2	3,5	8	6	Quelques fois		NON	
HGE	3	4	5	2	Quelques fois	+	NON	
Maladies infectieuses	5	5	8	3	Jamais		NON	
Médecine interne	5	5	8	3	Jamais		NON	
MPR	4	4	8	4	Quelques fois		NON	1
Neurologie	7,3	7	8	0,7	Jamais		NON	0,1
Odontologie	3	3	3	0	Jamais		NON	
Oncologie	2	5	5	3	Quelques fois		**OUI**	
Ophtalmologie	4,3	5	5	0,7			**OUI**	
Pneumologie	3,5	4	8	4,5	Quelques fois		NON	
Soins Palliatifs	1,8	3	3	1,2	Jamais		NON	
SSR	2,7	6	7	4,3	Systématique	+++	**OUI**	**1**

Services	ETP en poste tous statuts confondus	ETP cible pour assurer la continuité des soins MIN	ETP cible capacitaire complet	Ecart ETP actuels et ETP cible capacitaire complet	Fréquence de recours aux remplacements intérimaires	Quotation du risque	Fermeture du service si plus de remplaçant	Départs D'ici à 5 ans En ETP
Urgences	14	12,5	22,9	8,9	Quelques fois	+	NON	
Urologie	4	4	8	4	Quelques fois		NON	
Gynécologie-Obstétrique	4,6	7	8	3,4	Systématique	+++	**OUI**	**0,5**
Pédiatrie	7,7	10	13	5,3	Jamais	+++	**OUI**	**1**
Pharmacie	8	8	8	0	Jamais		NON	1
Total	**114,3**	**133,91**	**189**	**76,7**				**7,2**

Tableau effectifs PM CH de REMIREMONT

Services	ETP en poste tous statuts confondus	ETP cible pour assurer la continuité des soins MIN	ETP cible capacitaire complet	Ecart ETP actuels et ETP cible capacitaire complet	Fréquence de recours aux remplacements / intérimaires	Quotation du risque + / ++ / +++	Fermeture du service si plus de remplaçant	Départs d'ici à 5 ans en ETP
Anesthésie / Réanimation	5,7	7	13	7,3	Systématique	+++	**OUI**	**0**
Chirurgie digestive	2,9	3,5	8	5,1	Quelques fois	+	NON	**0,9**
Chirurgie ortho-traumato	2,7	3,5	8	5,3	Jamais		NON	**0,9**
USC	1,2	2	2	0,8	Quelques fois		NON	**0**
Médecine polyvalente à orientation cardiologique	1,7	3	8	6,3	Systématique	+++	**OUI**	**0,1**
Médecine polyvalente à orientation diabétologie	3,5	4,5	5	1,5	Quelques fois	+	**OUI**	**0**
Gériatrie	0	2,5	5	5	Systématique	+++	**OUI**	**0**
HGE	1	2,5	3	2	Quelques fois	+	**OUI**	**1**
Médecine polyvalente ONCO MI	4	4,5	5	1	Jamais		NON	**0**
Médecine polyvalente à orientation pneumologie	4,5	4,5	5	0,5	Jamais	++	NON	**4,5**
MPR	1	1	1	0	Jamais		NON	**0**
ORL	1,3	2,5	5	3,7	Quelques fois	++	**OUI**	**1,3**
SSR	2	3,5	5	3	Systématique	+++	**OUI**	**0**
Urgences	8,35	13	13,5	5,15	Systématique	+++	**OUI**	**0,5**
Gynécologie-Obstétrique	5,8	6	6	0,2	0		NON	**0,8**
Pédiatrie	3	6	8	5	Systématique	+++	**OUI**	**1,3**
Pharmacie	6,4	6	6	-0,4	Jamais		NON	**1**
Total	**55,05**	**75,5**	**106,5**	**51,45**				**12,3**

Tableau effectifs PM CHOV Neufchâteau

Services	ETP en poste tous statuts confondus	ETP cible pour assurer la continuité des soins MIN	ETP cible capacitaire complet	Ecart ETP actuels et ETP cible capacitaire complet	Fréquence de recours aux remplacements / intérimaires	Quotation du risque + / ++ / +++	Fermeture du service si plus de remplaçant
Anesthésie / Réanimation	4,6	5	7	2,4	Systématique	++	NON
Chirurgie digestive	2,6	3	5	2,4	Quelques fois		NON
Chirurgie ortho-traumato	3	4	5	2	Quelques fois		NON
Cardiologie	0,5	1	8	7,5	Jamais		NON
Gériatrie	1	2	3	2	Systématique	**+++**	**OUI**
HGE	1,4	1,4	3	1,6	Jamais		NON
Médecine polyvalente	2,7	4	5	2,3	Jamais	**+++**	**OUI**
MPR	0,5	2	5	4,5	Jamais	**+++**	**OUI**
Urgences	7,9	11,3	13	5,1	Systématique	**+++**	**OUI**
Gynécologie - Obstétrique	2,65	4	6	3,35	Systématique	**+++**	**OUI**
Pédiatrie	3,8	4	5	1,2	Quelques fois		NON
Laboratoire	1,6	3	3	1,4	Systématique	**+++**	**OUI**
Pharmacie	4,4	4	4	-0,4	Systématique	++	NON
Total	**36,65**	**48,7**	**72**	**35,35**			

Tableau effectifs PM CHOV Vittel

Services	ETP en poste tous statuts confondus	ETP cible pour assurer la continuité des soins MIN	ETP cible capacitaire complet	Ecart ETP actuels et ETP cible capacitaire complet	Fréquence de recours aux remplacements / intérimaires	Quotation du risque + / ++ / +++	Fermeture du service si plus de remplaçant
Médecine polyvalente	2	2	4,5	2,5	Quelques fois	+	**OUI**
SSR	2,9	3,46	4,5	1,6	Systématique	++	**OUI**
Urgences	0	5,4	5,4	5,4	Systématique	+++	**OUI**
Pharmacie	1,5	2	2	0,5	Quelques fois		NON
Total	**6,4**	**12,86**	**16,4**	**10**			

Tableau effectifs PM HMV

Services	ETP en poste tous statuts confondus	ETP cible pour assurer la continuité des soins MIN	ETP cible capacitaire complet	Ecart ETP actuels et ETP cicle capacitaire complet	Fréquence de recours aux remplacements / intérimaires	Quotation du risque + / ++ / +++	Fermeture du service si plus de remplaçant	Départs d'ici à 5 ans en ETP
Anesthésie / Réanimation	5,8	7	7	1,2	Jamais		NON	1,3
Chirurgie digestive	5,1	5,1	5,1	0	Jamais		NON	0
Chirurgie ortho-traumato	4	5	5	1	Quelques fois		NON	0
USC	1,2	2	2	0,8	Quelques fois		NON	0
Laboratoire	3	4	4	1	Jamais		NON	0
Addictologie	1,1	1,1	1,1	0	Jamais		NON	0
Cardiologie	6,1	6	6	-0,1	Jamais		NON	1
Diabétologie endocrinologie	4	4	4	0	Jamais		NON	0
Gériatrie	4,8	5	5	0,2	Jamais		NON	1,3
HGE	1	3	3	2	Quelques fois	+++	**OUI**	1
MPR	0,3	1	1	0,7	Jamais	+	NON	0
Ophtalmologie	2,5	2,5	2,5	0	Jamais		NON	0,3

Services	ETP en poste tous statuts confondus	ETP cible pour assurer la continuité des soins MIN	ETP cible capacitaire complet	Ecart ETP actuels et ETP cicle capacitaire complet	Fréquence de recours aux remplacements / intérimaires	Quotation du risque + / ++ / +++	Fermeture du service si plus de remplaçant	Départs d'ici à 5 ans en ETP
ORL	4	4	4	0	Jamais		NON	2,5
Pneumologie	5	5	5	0	Jamais	+	NON	0,5
Urgences	9,55	15	16,2	6,65	Systématique	+++	**OUI**	0,5
Urologie	3,6	3,6	3,6	0	Jamais		NON	0
Gynécologie-Obstétrique	4,55	6	6	1,45	Jamais	+++	NON	1
Pédiatrie	3,2	6	6	2,8	Systématique	+++	**OUI**	0
Pharmacie	5,7	7	7	1,3	Jamais		NON	1
Total	**74,5**	**92,3**	**93,5**	**19**	**0**	**0**	**0**	**10,4**

L'ensemble des tableaux présenté par établissement montre les grandes difficultés vécues par les professionnels qui tentent de sauvegarder les activités alors même qu'il va falloir structurer différemment les plateaux techniques pour assurer un fonctionnement normal et sortir de la crise.

S'agissant des effectifs des plateaux techniques de maternité la situation est très semblable même si sur les postes de Sage-Femmes la situation est meilleure.

Effectifs maternité GHT 8

	Effectifs ETP médicaux	Gynécologie obstétrique	Pédiatrie	Anesthésie Réanimation
CH de Remiremont	**ETP cible**	**Praticiens : 6 ETP** **Sages femmes : 16 ETP**	**6 ETP**	**10,70 ETP (48h posté)** 6 salles de bloc 2 Cs par jour une garde H24
	ETP réel (fin 01/2024)	**4.60 ETP** dont un praticien associé (inscription au CDOM prochainement). **Sages Femmes : 16 ETP**	**1.7 ETP** : 2 pédiatres dont 1 à 0.90 %, 1 à 0.80 % et **+ 1 ETP** praticien de médecine générale en cours de requalification en pédiatrie	**3 ETP** Remarque : recours aux agences intérimaires et mise en place de PST quand cela est possible

	Effectifs ETP médicaux	Gynécologie obstétrique	Pédiatrie	Anesthésie Réanimation
			(exercice seniorisé)	
CH de l'Ouest Vosgien	**ETP cible**	**Sages Femmes : 11.75 ETP Praticiens : 3.5 ETP**	**4 ETP**	**5.8 ETP**
	ETP réel (fin 01/2024)	**Praticiens : 2.5 ETP** dont un praticien associé (inscription au CDOM en cours) **Sages Femmes : 12.76 ETP** dont un ETP en congé maladie longue durée	**3.8 ETP** dont un praticien en CER de 75 ans à 100 %	**4.1 ETP** dont un praticien en CER à 80 % (72 ans en 2024)
CH Emile Durkheim	**ETP cible**	**Praticiens :7 ETP Sages femmes : 29.5 ETP**	**11 à 13 ETP**	**10,70 ETP (48h posté) 6 salles de bloc 2 Cs par jour une garde H24**
	ETP réel (fin 01/2024)	**Praticiens : 4,85 ETP Sages Femmes : 29.5 ETP** **Aucun départ prévu**	**Praticiens : 8,05 ETP** **Aucun départ prévu**	**Praticiens : 3,45 ETP (pour assurer une garde H24)** Composition : 2 ETP Anesthésie dont 1 praticien de 67 ans en retraite dans 1 an 1,45 ETP de Réanimation pour assurer à minima la PDS
Hôpitaux du Massif des Vosges	**ETP cible**	**Praticiens : 6 ETP Sages femmes : 16 ETP**	**6 ETP**	**6 ETP**
	ETP réel (fin 01/2024)	**4.30 ETP** dont 3 PH à 100% dont un départ en retraite à compter	**3,60 ETP** : 1,60 praticiens contractuels et 2 praticiens	**6,20 ETP :** 2 PH 100% dont 1 départ en disponibilité au 01/02/24, 2,20

	Effectifs ETP médicaux	Gynécologie obstétrique	Pédiatrie	Anesthésie Réanimation
		du 01/05/2024, 1 praticien contractuel à 100% (en congé maternité), 1 clinicien à 0,30% **Sages Femmes : 16,21 ETP**	associés à temps plein Un médecin AIG intervient entre 0,10 et 0,30% par mois pour compléter la permanence des soins.	praticiens contractuels dont 0,40% cumul emploi retraite, 2 praticiens associés

2. Les orientations pour devenir attractif sur le moyen et long terme mais aussi à court terme

Un renforcement de l'appareil de formation dans les territoires en difficulté avec l'aide de l'ARS GE et de l'Université pour pérenniser l'offre de soins : une politique à court, moyen et long terme

Comme l'indiquent le rapport de l'IGAS sur la question de l'universitarisation du CHR de Metz-Thionville[1] de Juin 2023 et le rapport du HCAAM[2] de Septembre 2022, il va être nécessaire d'«*augmenter les capacités d'encadrement des territoires sous-denses en professionnels de santé, en créant des « **antennes » territoriales universitaires de formations en santé (autour des instituts paramédicaux, des établissements de santé hors CHU et des CPTS**)* », et de « ***créer un label universitaire pour les CPTS et renforcer l'universitarisation des établissements hors CHU.***

Les établissements du GHT des Vosges pensent qu'il va être nécessaire, face à la perte d'attractivité du territoire, de renforcer l'offre de formation en faculté de médecine sur le territoire, de renforcer les possibilités pour les internes de réaliser des stages sur chacun des sites MCO et en libéral.

Il en est de même pour les paramédicaux où le renforcement de places en formation en IFSI, ainsi que les financements des contrats de promotions professionnelle pourraient permettre de faire face à la pénurie des professionnels qui partent dans les pays limitrophes comme le Luxembourg.

[1] Universitarisation du centre hospitalier régional de Metz-Thionville - Pour une démarche progressive avec un périmètre de spécialités définies. RAPPORT IGAS N°2022-102R / IGESR N°22-23 080 A. juin 2023

[2] Avis du HCAAM. Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Septembre 2022

Toutes les professions paramédicales sont concernées par un manque de formation « décentralisée » permettant un recrutement dans les territoires ; notamment les MERM, kinés, IBODE, IADE…

Pour mettre ces orientations en marche, il est nécessaire que l'ARS GE et que l'Université puisse agir de concert afin d'avoir avec la Région une politique très pro-active.

Une politique très volontariste à porter par le GHT avec les autres partenaires

---

Les discussions avec les différents Présidents de CME et directeurs d'établissements du GHT des Vosges ont permis de faire émerger un certain nombre de propositions à discuter avec l'ensemble des partenaires de la Région, en particulier l'Université de Lorraine, le Conseil Régional et l'ARS GE.

En effet, le GHT souhaite mettre en œuvre un contrat tripartite entre **l'université, l'ARS et le GHT pour réaliser ce « choc d'attractivité »** et stopper l'hémorragie médicale sur le territoire afin d'augmenter significativement le nombre des étudiants (promouvoir les études promotionnelles des IDE, aides-soignantes mais aussi des médecins). (1) et d'autre part le GHT des Vosges va continuer les actions propres au développement de son attractivité (2)

1. ***Les actions à entreprendre dans le cadre d'actions à mener à la fois dans le cadre d'une future convention avec l'UL et le Conseil Régional : la liste des actions ci-dessous est présentée à titre indicatif et il sera nécessaire de la reprendre dans le cadre des négociations avec les parties prenantes***

1.1 Dynamisation du territoire

- Donner l'ambition aux jeunes Vosgiens éloignés de Nancy ville universitaire notamment d'accéder aux formations médicales et paramédicales
    - Etudes promotionnelles ASH AS et AS vers IDE
    - Service national universel, services civiques, mini stages ;
- Promouvoir des candidatures du bassin d'emploi des Vosges notamment par le dispositif des cordées de la réussite en partenariat avec l'Éducation nationale et les autres dispositifs tel que la cellule de recrutement du GHT (cf Infra)
- Améliorer les conditions de formation des étudiants en santé ;
- Reconnaître et répondre à la précarité étudiante afin de limiter les interruptions de formation ;
- Prévenir et promouvoir la santé mentale et somatique des étudiants ;
- Améliorer l'encadrement des étudiants en santé ;
- Renforcer les offres de stages et la qualité des contenus et de l'encadrement et renforcer le suivi individualisé sur les terrains de stage avec le tutorat ;

Les indicateurs des fiches :

- *Taux de réussite au diplôme infirmier par rapport au capacitaire n-3*
- *Nombre de Contrats d'engagement de service public (CESP)*
- *Nombre annuel de Contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) financés par l'ARS*

1.2 L'accompagnement de l'installation des professionnels.

- **Renforcer et développer les dispositifs visant à simplifier l'installation des professionnels de santé** de premier et de second recours et la lisibilité des dispositifs ;
- S'interroger sur la pertinence d'une antenne PACES
- Soutien au développement des postes d'Assistants spécialistes régionaux (ASR) permettant aux jeunes professionnels médecins d'avoir un 1er exercice à temps partagé entre un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier périphérique,
- Déploiement en médecine générale de postes d'assistants universitaires de médecine générale ou de chefs de clinique universitaires de médecine générale (poste à temps partagé entre l'université et des zones médicales sous-dense), associes au développement des maisons de santé universitaires,
- Le déploiement des assistants à temps partagé ville-hôpital en région avec deux volets différents (temps partagé entre établissements de santé, et temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé),
- **inciter à l'installation des étudiants dans les territoires** (Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), Contrat d'engagement de service public (CESP)).

1.3 Le développement des nouvelles pratiques et des nouveaux métiers en santé, en misant sur le levier de la formation

L'innovation dans le champ de la formation est un outil de réponse à l'évolution des besoins de santé. **L'universitarisation des formations paramédicales représente un atout** pour l'attractivité des métiers et pour l'évolution des pratiques et des modes d'exercice, notamment par le prisme de la recherche. Cette évolution est un des leviers pour **développer l'ambition autour des métiers de demain.**

Il va donc s'agir d'accroitre sensiblement le nombre d'étudiants Infirmiers en pratique avancée :

- **sur Epinal et Remiremont on dénombre 3 postes ouverts**
- **sur les HMV il y a un IPA en poste (diabéto-nutrition) et deux IPA en formation (une sur les maladies chroniques et une en cardiologie) avec des réflexions sur l'onco-hématologie et sur les**

maladies rénales chroniques ainsi que sur l'accompagnement des parcours de soins par les IDE dans le cadre du projet RAAC ainsi que sur le développement de l'HDJ

- **il est proposée de doubler les postes actuels dans les deux ans à venir sur l'ensemble des établissements des Vosges et de créer un collège des IPA pour promouvoir le métier et son identité.**
- **il faut aussi outiller et massifier le déploiement des protocoles de coopération nationaux et soutenir l'expérimentation d'universitarisation des formations paramédicales** et encourager le développement de master puis de doctorat pour ces formations ;

Indicateurs d'atteinte de l'objectif des fiches :

- *Nombre d'Infirmiers en pratique avancée (IPA) diplômés*
- *Nombre de professionnels de santé adhérents à un protocole de coopération national*

1.4 Le développement des moyens de promotion promotionnelle afin de faire des métiers de la santé un véritable moyen de promotion pour les vosgiens

La politique de promotions professionnelles est déjà en place au niveau de tous les établissements du GHT mais il semble nécessaire de le renforcer sur deux sujets majeurs :

- Le développement des promotions pour les ASH et pour les Aides Soignantes :
  - Actuellement sur Epinal et Remiremont on dénombre 5 postes AS ouverts et 6 postes IDE : il est proposé de les doubler dans les 3 ans à venir
- Le développement des promotions pour les métiers IADE et IBODE :
  - deux postes sont ouverts, il est proposé de doubler l'effectif.

Sur les HMV, on dénombre en études promotionnelles :

- 5 postes d'AS
- 5 postes IDE
- 1 poste IBODE
- 1 poste IADE
- 1 poste de MERM

Il est également proposé de doubler ces promotions dans les trois ans à venir

2.1 la cellule de recrutement et la mise en œuvre de la marque employeur : *les hôpitaux voient la vie en Vosges*

En lien avec le Conseil Départemental, la création d'une cellule de recrutement et d'attractivité vise à répondre au problème d'attractivité rencontré. Cette structure centralisée a la charge de la gestion des recrutements et de constituer une CVthèque pour l'ensemble des établissements concernés.

Une politique concertée de parrainage des étudiants et une valorisation des parrains est en cours d'élaboration avec une prime d'intéressement collectif.

Elle a la charge de faire converger les pratiques de recrutement et ainsi de développer une expertise du recrutement au service des établissements.

Le projet a vu le jour courant 2023 avec un démarrage de la cellule de recrutement au 15 septembre 2023. Ce projet est conçu en étroite collaboration avec le Conseil Départemental avec une action forte sur le recrutement des médecins et la plateforme en construction pour l'internat ainsi que les stages chez les différents praticiens.

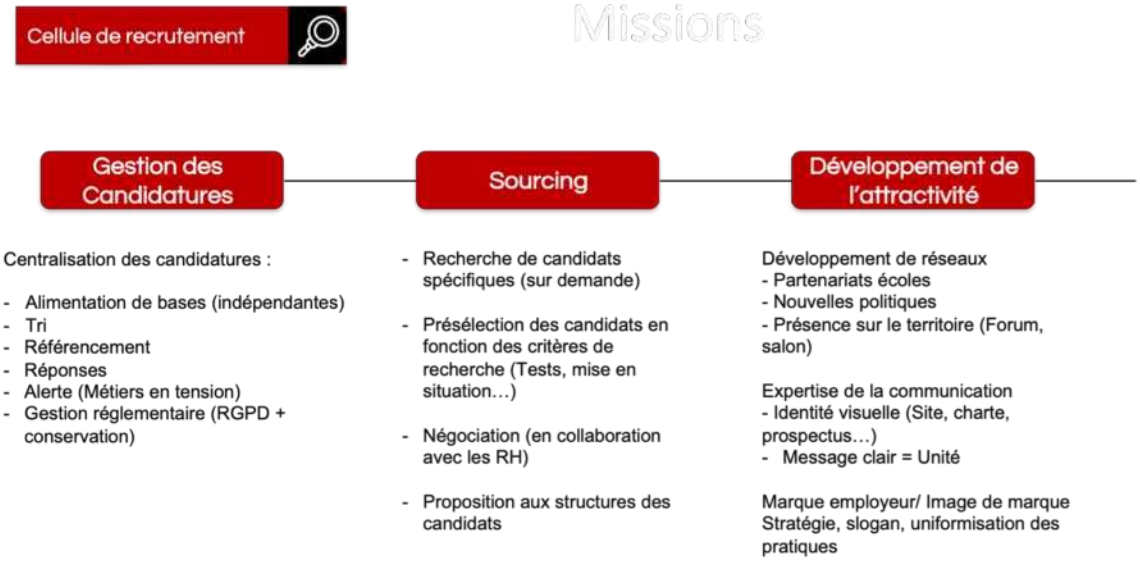
Le Conseil Départemental souhaite aussi aider à la création d'un internat de médecine générale au sein d'Epinal et de Remiremont pour les quatrièmes années ainsi que pour Neuchâteau et les CH partenaires.

Le développement du champ d'action est envisagé à l'issue d'une première phase de mise en routine des processus, soit via l'intégration d'établissement dans le projet, soit via la mise à disposition de services ponctuels. En effet, d'autres établissements du territoire ont émis le souhait de rejoindre le projet après la première phase expérimentale.

Dans la phase initiale, seuls les professionnels non médicaux sont concernés par le projet.

En février 2024, l'équipe a été renforcée avec un expert en recrutement ayant pour mission de procéder à du sourcin et à de l'approche directe des candidats.

L'accompagnement des structures autour de l'intégration des recrues est prévu sur 2024, ainsi que le déploiement de la marque employeur au niveau national (Présence à Sant Expo, potentielle campagne de communication nationale...)



Les partenaires

Le département des Vosges possède une marque « Je vois la vie en Vosges » ayant une popularité nationale et connue de tous les habitants du département. En association avec le Conseil Départemental des Vosges, une déclinaison de la marque a été créée : « les hôpitaux voient la vie en Vosges ».

Elle permet d'associer l'attractivité du territoire aux établissements de santé ainsi fédérés autour d'une marque employeur.

Le Conseil Départemental accompagne également la cellule de recrutement dans l'accompagnement des futurs professionnels et habitants dans leurs démarches d'installation (logement, travail du conjoint, crèche...).

Le rectorat Nancy Metz a également été associé afin de proposer une collaboration et des interventions dans les collèges et Lycées afin de promouvoir les métiers de la santé aux futures générations de professionnels.

Des partenariats avec les instituts de formations du territoire sont progressivement construits.

Des collaborations avec les fonctions publiques d'état, et territoriales permettent de mener des actions de communication autour du recrutement, d'entendre le réseau, et de travailler autour de la construction d'outils.

Les projets à court terme.

- La création d'un processus expérimental de sélection et de qualification des ASH.
- L'amélioration de la visibilité de la cellule par la recherche et la communication sur les réseaux professionnels. La publication d'articles sur APM news ou Hospimedia est envisagée.
- La recherche de forum et le développement de partenariat avec France Travail est prévu (dispositif MRS pour réaliser de la sélection par la mise en situation des candidats).
- Le développement de la portée de la marque employeur
- Le développement et la rédaction de procédures en lien avec le sourcing.
- La recherche de partenariat avec les instituts de formations de Nancy et le Colmar (IFMEM, faculté de médecine)
- Le développement de la communication autour des CAE
- La poursuite de la campagne d'information sur les métiers de la santé dans les Vosges.
- Un travail visant à améliorer et adapter la communication pour le personnel médical (autre cible
- La création d'un jeu visant à faire connaitre les métiers de la santé à l'intention des étudiants permettant une approche ludique.

- Une approche orientée sur la qualité avec l'évaluation des actions de la cellule.
- L'augmentation de la visibilité des RS via la diffusion de contenu « utiles » (type conseil RH, information sur le fonctionnement...)
    - - Gestion de l'intégration / Onboarding
    - - Développement de la marque employeur en interne

Dans la continuité des actions, un groupe de travail a réfléchi à ce qui pourrait aider les salariés à concilier vie professionnelle et faciliter l'installation au sein du département des Vosges.

L'idée d'une conciergerie a été proposée.

Il s'agit d'un accompagnement personnalisé pour organiser et faciliter l'arrivée dans le département des Vosges.

Cette proposition de conciergerie va permettre d'aider les professionnels dans un certain nombre de domaines :

- Dans la recherche de logement,
- Dans l'organisation du déménagement.
- Dans les avantages auprès des partenaires du conseil départemental pour l'installation et également des conventions misent en en place pour faciliter la scolarisation des enfants et la réservation de places en crèche.
- Dans la mise en relation pour s'installer au cœur d'un écosystème qui permette une bonne intégration au sein du territoire.

S'agissant des HMV, la politique d'attractivité est fortement engagée dans le cadre du **Projet Social (Volet du Projet d'établissement 2023-2028) qui veut fédérer l'ensemble des professionnels des HMV et mobiliser les expertises, ainsi que les compétences de tous les professionnels de l'établissement, aussi bien le personnel médical que le personnel non médical.**

- L'une des orientations du Projet Social est de « Développer une politique en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels de santé : dans cette partie sont décrits les principaux mécanismes qui seront développés pour continuer à attirer et à fidéliser des professionnels, médicaux et non médicaux »

- Une seconde orientation est de « Développer une politique sécurité et qualité de vie au travail : dans cette partie sont abordées les mesures à conduire pour fidéliser les professionnels et assurer leur bien-être au sein de l'établissement, sous l'angle de la qualité de vie au travail et de la sécurité «

Les établissements du GHT sont également très engagés dans l'accueil d'une part des nouveaux praticiens, par des accompagnements personnalisés, comme la facilitation de leur installation (mise à disposition de logement, ...), accompagnement dans les démarches administratives et logistiques et d'autre part des internes (modernisation de l'internat, soirées villes hôpital …)

2.2 Les conditions de rémunération

Les conditions de rémunération sont aussi à envisager et plusieurs orientations pourraient être proposées :

- Sur les postes en grande difficulté il pourrait être envisagé avec l'ARS un comité paritaire des contrats sorte de plan pluri-annuel des postes ciblés de type 2 afin de ne pas travailler au coup par coup mais bien plutôt d'anticiper une politique concertée sans créer de concurrence entre établissements ni avec le CHU de Nancy, compte tenu de la connaissance des départs à la retraite des médecins et des tensions déjà existantes.

- La coopération au sein de GCS dans le cadre du projet PIMM d'imagerie (voir infra) :

    - On peut prévoir dans le cadre de la coopération public/privé souhaitée par le Ministère que le GHT des Vosges puisse s'organiser pour renforcer l'attractivité des recrutements de médecins, chirurgiens et anesthésistes et radiologues en créant un GCS (Groupement de Coopération sanitaire) de droit public/ privé permettant de recruter des opérateurs sur une échelle de rémunération privée.

- Enfin s'agissant des postes vacants dans le médico-social, on pourrait envisager la création de GCSMS et/ou des regroupements fusion des établissements avec des Centres Hospitaliers afin de recruter les professionnels en tout point du territoire pour renforcer toutes les structures médico-sociales

Les nouvelles technologies comme moyen d'attractivité

En parallèle des mesures d'attractivité souhaitées, le GHT souhaite saisir les opportunités offertes par les nouvelles technologies notamment les nouveaux outils de l'intelligence artificielle. Ces technologies sont autant de leviers d'attractivité, voire des conditions d'accueil de nouveaux professionnels sur certaines activités (procédures robotisées en urologie par exemple) :

- **Utilisation de l'intelligence artificielle pour augmenter la réactivité aux demandes d'échos cœur, mais également pour apporter une aide à l'interprétation de l'imagerie conventionnelle en traumatologie, (déjà existant aux HMV)**
- **Investissement dans un robot pour la chirurgie du « mou »**, sur les procédures en oncologie notamment (urologie, digestif notamment).
- **Le renforcement de l'hôpital numérique**
- **Autres solutions de télé suivie à domicile, en particulier dans le cadre du CRT (**Centre de Ressource Territorial**)**

Ces mesures devront être prises en s'assurant de la répartition de la technologie entre les territoires, selon une logique complémentaire entre les hôpitaux.

Orientation 2 : Structurer les soins de proximité sur le territoire : une réponse pour endiguer le recul de l'accès aux soins

Il s'agit de proposer une offre de soins de proximité adaptée à l'évolution des besoins en équipes de soins du territoire et construire des parcours patients lisibles et fluides

Les constats :

- Les patients **n'ont pas assez accès en proximité aux soins médicaux**, en particulier lorsqu'ils sont éloignés des quatre hôpitaux généraux avec des taux d'équipement en médecine inférieurs aux moyennes régionales et nationale.
- Une prévalence **plus importante en comparaison des moyennes nationales** pour les pathologies chroniques comme le diabète et les maladies cardio-neurovasculaires dans les Vosges soulignent un fort besoin en soins.
- Le vieillissement de la population vosgienne[3] va s'accentuer : d'après l'INSEE, les personnes de 65 ans et plus seraient 116 000 en 2040 représentant alors 30,4% de la population départementale contre 87 000 (23,9%) en 2018 soit +7%, ce qui fait présager des besoins croissants en équipe de soins axés vers les spécialités du sujet âgé : Cardiologie, Médecine, Chirurgie ortho-traumatologique, neurologie, soins médicaux et de rééducation….
- Les taux de mortalité standardisés sont plus élevés sur le territoire, notamment chez les 65 ans ou plus (42,5% contre 40,8% en Grand Est et 38,5% en France en 2022).
- Les vosgiens qui le peuvent « fuitent » du territoire (40%), faute de niveau d'offre satisfaisante : les flux de patients obéissent à des logiques non forcément convergentes vers les établissements supports. Ainsi, les orientations des patients sont fortement polarisées à Nancy en particulier vers le secteur privé (clinique de la Ligne bleue, cliniques Nancéennes), au détriment de l'équité de l'accès aux soins, de la qualité des prises en charge (retards de prises en charge) et de l'utilisation optimale des équipements du territoire.
- La démographie médicale et paramédicale est en difficulté et se dégrade au fur et à mesure des départs en retraite (voir orientation 1).

▶ ***Les attentes des usagers et des professionnels de ville sont fortes autour de l'amélioration des parcours des patients.***

Cependant, les soins de proximité demandent davantage de structuration sur le territoire, en lien avec les établissements supports (consultations avancées, télé interprétation d'imagerie…) Mais aussi d'être renforcés par endroits voire de transformer certaines autorisations SMR en médecine, d'ajouter un scanner à Vittel orienté vers l'obésité et faire de

la crénothérapie sur ce site historique, de piloter la spécialisation des autorisations SMR ainsi que d'accompagner la réforme des USLD vers les USPC. Enfin le lien avec la médecine libérale sera essentiel en particulier avec les CPTS et le DAC pour mieux faire avancer l'offre de l'HAD et des EHPAD vers une politique du domicile volontariste ;

1. La gradation des soins de proximité et les liens avec les hôpitaux de proximité

Les liens avec les CPTS et la structuration d'une médecine de proximité avec les médecins libéraux

Les liens avec les CPTS sont construits et dynamiques dans tout le territoire vosgien.
Les CPTS du territoire du GHT des Vosges ont conclu des partenariats importants avec le GHT qui portent sur les sujets de gouvernance et de clinique partagée allant même jusqu'à un programme de responsabilité populationnelle sur les HMV :

- La CPTS d'Épinal /Remiremont et du CHOV :
    - Les Présidents des CPTS sont membres des Directoires
    - Développement de la télé-expertise avec les médecins de l'hôpital
    - Travail de réflexion sur les filières courtes avec une thèse en préparation qui permettraient un accès plus direct sur les spécialités sans passer par les urgences
    - Recrutement d'un IPA libéral qui fait le lien avec les A.S. de l'hôpital pour les personnes âgées soit en EHPAD soit à domicile qui n'ont pas de médecin traitant : cela permet de 8 à 10 patients par mois de trouver un médecin traitant.
    - Préparation d'un projet de conciliation médicamenteuse avec les pharmacies de tout le territoire
    - Sinon le travail prioritaire est de recruter des médecins afin que le nombre de départs à la retraite soit compensé par les recrutements qui sont facilités par l'agrandissement des secteurs (moins de gardes sur l'année

- Les deux CPTS des HMV :
    - Deux CPTS sont en place sur le territoire de santé des Hôpitaux du Massif des Vosges : la CPTS de la Vallée de la Meurthe et la CPTS du Massif Vosgien. Leurs présidents sont invités à participer aux instances de l'établissement selon les sujets à l'ordre du jour. De même que la direction du CHI HMV participe au conseil d'administration des deux CPTS

- Un groupe de travail sur la communication et plus particulièrement sur les liens ville/hôpital est mis en place à l'initiative de la CPTS de la Vallée de la Meurthe. Des professionnels hospitaliers y adhérent.

- Deux composantes, tirées de l'Engagement N°2 du PE : « Garantir des soins et des parcours de qualité aux patients et aux résidents » sont définies
- La co-construction avec la future CPTS de territoire d'un projet de responsabilité populationnelle

Le travail collaboratif des structures de proximité avec les médecins libéraux

Les constats

Le projet médico-soignant doit penser la structuration de la santé en proximité en s'appuyant sur le réseau des hôpitaux de proximité et des anciens hôpitaux locaux qui ont perdu leur service de médecine mais qui ont une activité de SMR.
Les représentants des médecins libéraux au sein des CPTS indiquent leur souhait d'hospitalisation au plus près des territoires et cela est évidemment un enjeu d'attractivité important pour eux.

On dénombre deux hôpitaux de proximité dans les Vosges ce qui place ce département en deçà de la moyenne nationale de couverture de médecine de proximité (2,8 hôpitaux labelisés en moyenne par département qui représente entre 7 % à 12 % de l'offre publique de lits de médecine, *contre 6% dans les Vosges).*
Ces soins de proximité devront s'intégrer dans un parcours gradué en lien avec l'établissement support. Une contractualisation avec l'établissement support, les solutions de télémédecine dont les téléconsultations et consultations avancées seront proposées en ce sens comme le PRS l'a indiqué.

Les propositions

Deux établissements pourraient demander à être labellisés en hôpital de proximité : il s'agit de l'établissement de l'Avison (Bruyères) et des trois rivières (Chatel/Moselle) dont les analyses PMSI montrent qu'ils ont tous les deux une activité de médecine au sein de leurs services de SMR. S'agissant de l'établissement de l'Avison le projet sera la création d'une unité

de 10 à 15 lits par transfert de l'USLD sur l'EHPAD de L'Avison. Ce service de médecine de proximité serait piloté par les médecins du CH avec un recrutement d'un PH porté soit par le territoire de l'Avison dans le cadre d'une équipe territoriale soit dans le cadre de postes partagés avec le CHED et ce en lien avec les médecins généralistes afin d'assurer la permanence des soins.
Pour l'établissement des 3 rivières un projet de maison de santé jouxtant l'hôpital pourra permettre une participation active de médecins libéraux à l'activité de médecine et la transformation de lits de SMR pourra permettre la création d'un service de médecine polyvalente.

S'agissant de l'hôpital de Fraize, il est envisagé la transformation des 8 lits de médecine déjà existants en places de SMR polyvalent (en hôpital de jour), en lien avec les autres services de SMR des HMV.

2. Le développement de l'HAD dans le cadre du PMSP

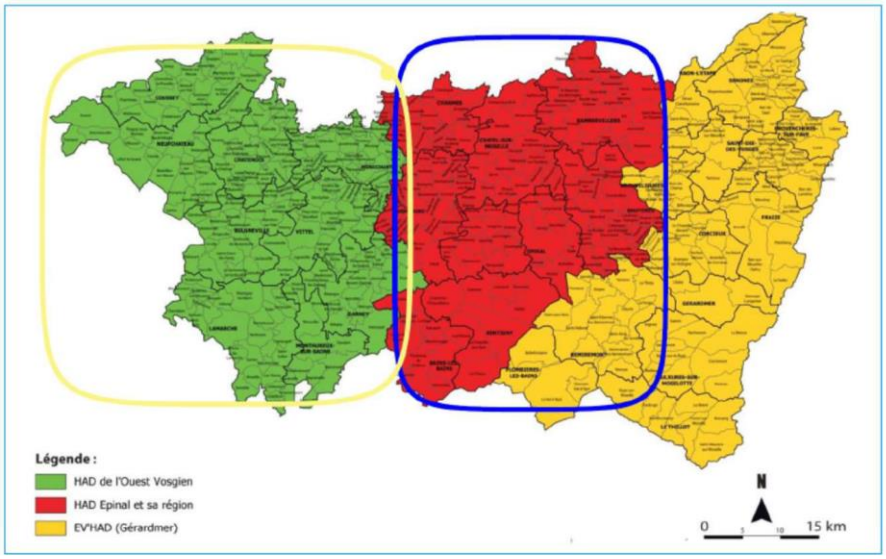
Dans le cadre du renouvellement des autorisations et des changements dans les missions socles et spécialisées ainsi que les nouvelles orientations du PRS qui proposent deux nouvelles implantations sur les enfants de moins de 3 ans et sur le ante et post partum, le GHT des Vosges souhaite proposer un nouvel élan pour l'HAD au sein des territoires.

Les constats

La situation actuelle montre une implantation homogène de l'HAD sur le territoire vosgien avec une offre publique sur le territoire des HMV et deux offres privées sur le CHOV et sur Épinal.

Situation actuelle :

Une implantation homogène de l'HAD sur le territoire vosgien



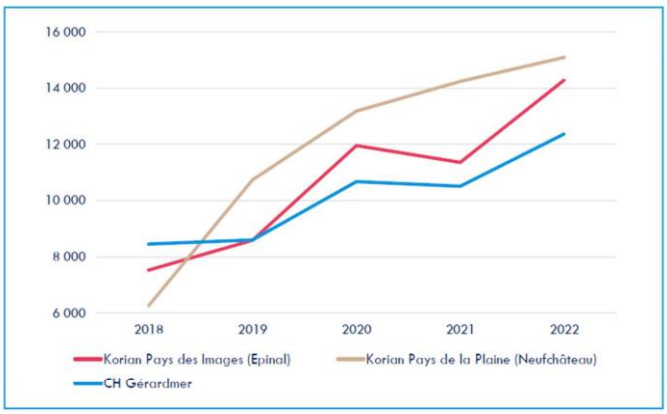
Cartographie des aires géographiques autorisées d'intervention des HAD des Vosges

Sources : CHED/UTML

Le département des Vosges comporte actuellement 3 offres d'HAD :

- 2 offres privées, émanant de l'entreprise Korian :
  - Korian Pays des Images (Epinal) – HAD Epinal et sa région ;
  - Korian Pays de la Plaine (Neufchâteau) – HAD de l'Ouest Vosgien ;
- 1 offre publique : EV-HAD, du CH de Gérardmer Claudius Regaud (Gérardmer), rattaché au CHI HMV.

Une prééminence de l'offre privée d'HAD, accélérée depuis plusieurs années



Evolution du nombre de journées des établissements implantés dans le département des Vosges

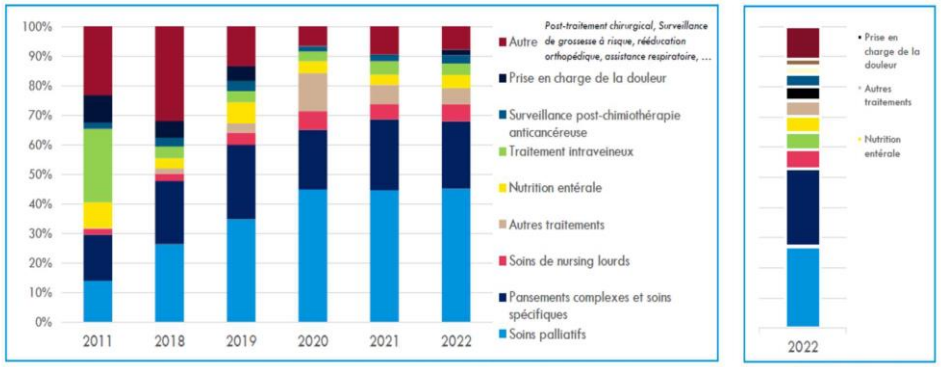
Source : ScanSanté

- Une **forte augmentation de l'activité** au total : **+ 88 %** de journées au total des trois établissements entre 2018 et 2022
- Un **développement d'autant plus marqué sur les établissements privés Korian**, avec **+ 90 %** de journées pour le site d'Epinal et **+ 141 %** sur le site de Neufchâteau entre 2018 et 2022
- Des parts de marché similaires pour les 3 établissements (s'échelonnant entre 29 % et 37 % du nombre total de journées).

54

L'activité a progressé depuis plusieurs années mais reste cependant en dessous des moyennes nationales surtout sur certains segments :

Une offre ciblée, atypique par rapport aux tendances nationales



Modes de prise en charge principaux dans le département des Vosges (% du nombre de journées total) — *A l'échelle nationale*

Source : ScanSanté (2021)

- En comparaison avec les moyennes nationales, le département des Vosges a **particulièrement développé les activités d'HAD au niveau des soins palliatifs** (44,8 % des journées contre 27,2 % au national), en 2022.
- A l'inverse, le département accuse **un retard sur les activités de chimiothérapie et post-chimiothérapie** (2,7 % pour les Vosges contre 6,4 % pour la France), **la prise en charge de la douleur** (0,2 % pour les Vosges contre 4,1 % pour la France) **et l'assistance respiratoire** (0,3 % pour les Vosges contre 1,7 % pour la France), en lien avec les précédentes conclusions.
- L'analyse de l'évolution des MPP en HAD sur le département des Vosges, sur les 5 dernières années et depuis 2011, permet de constater une **désaffection pour le traitement intraveineux** (24,7% en 2011 vs 3,9% en 2022), la **surveillance de grossesse à risque** (10,8% en 2022 vs 1,7% en 2022) et pour la **prise en charge de la douleur** (9,3% en 2011 vs 2% en 2022).

- Le département des Vosges semble accueillir une **activité d'HAD médiane, insuffisante** par rapport à la Meurthe-et-Moselle notamment, département limitrophe qui porte une forte dynamique au niveau de son offre d'HAD.
- L'activité d'HAD des Vosges présente une **particularité**, celle d'un **case mix très peu varié**, avec une activité relativement classique de **soins post-chirurgicaux** et **de soins palliatifs** (activité majoritaire).
- Elle montre en revanche un **véritable retard** dans le **développement de l'ensemble des activités d'HAD**.
- Il semble ainsi que le territoire des Vosges n'ait pas exploité, hormis les soins palliatifs, son potentiel en activités d'HAD. Il existerait donc un **potentiel significatif d'augmentation d'activité** d'HAD dans les Vosges, grâce à une **diversification de l'offre proposée.**
- Concernant les **besoins existants** sur le territoire des Vosges, l'analyse de la dynamique du public demandeur montre une **perte d'activité** en HAD sur les **dernières années,** avec :
  - une **diminution** du **nombre de patients ;**
  - un **profil** de **patients plus jeune ;**
  - une **durée** de **séjour rallongée.**
- La dynamique du besoin en HAD sur le territoire vosgien affiche ainsi une **tendance relativement négative.**

HAD : Les propositions

Le constat territorial de l'activité d'HAD du territoire Vosgien montre que l'on peut améliorer très sensiblement l'offre à la fois sur les prises en charge des personnes âgées en EHPAD ou à domicile mais aussi sur les autres âges de la vie et sur l'ensemble des pathologies médicales et chirurgicales.
Les chiffres issus du rapport 2020 de la DREES °montre que les densités de capacité de prises en charge s'établissent de 18 à 25 patients pour 100 000 habitants alors que les moyennes les plus hautes en France s'établissent de 40 à 126 patients.
Or le vieillissement de la population ainsi que la géographie des Vosges montrent que la proposition d'une HAD plus en lien avec les besoins de la population serait un plus pour le territoire.
Le Projet Régional de Santé du Grand Est prévoit deux nouvelles autorisations pour les prises en charge spécialisées (ante et post partum et enfant de moins de 3 ans).

Le GHT des Vosges, compte tenu des réorganisations à prévoir sur les maternités, sera fortement intéressé par ces nouvelles autorisations.

Dans le même temps, les promoteurs actuels en particulier Korian ne semblent pas satisfaire complètement les opérateurs libéraux et hospitaliers.
Aussi dans le cadre du renouvellement des autorisations la Mutualité Française et le GHT des Vosges pourrait être amenés à déposer une offre conjointe qu'il conviendra bien évidemment de préciser avec l'ARS GE et l'ensemble des interlocuteurs intéressés au sujet.

3. Les projets de la filière gériatrique

Constats

Concernant le département des Vosges, en 2019, le taux de personnes d'âge supérieur à 60 ans était de31.1 % (26% au niveau national), et celui des personnes d'âge supérieur à 75 ans de 11.6 % soit 42 281 personnes (9% au niveau national).

Cette offre de soins spécialisés existe sur chaque territoire de santé mais comporte des carences qu'il convient de renforcer ou compenser.

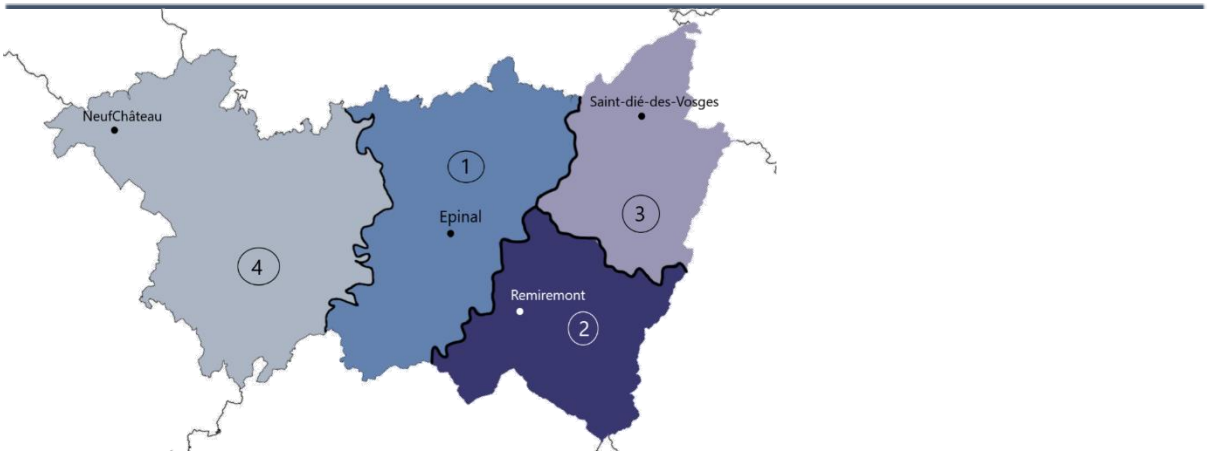
Depuis 2021, dans le cadre de l'Appel à projet de l'ARS portant sur le Parcours des Admissions Directes Non Programmées des Personnes Âgées, des travaux ont été initiés sur l'ensemble du territoire d'implantation GHT 8 avec pour objectif de structurer la filière gériatrique.

De ce fait, afin de poursuivre la dynamique engagée sur le territoire, il a été décidé de s'appuyer sur ces travaux afin de travailler la filière « Fluidification des parcours et prise en charge de la personne âgée » dans le cadre du Projet- Médico-Soignant-Partagé 2024-2029.

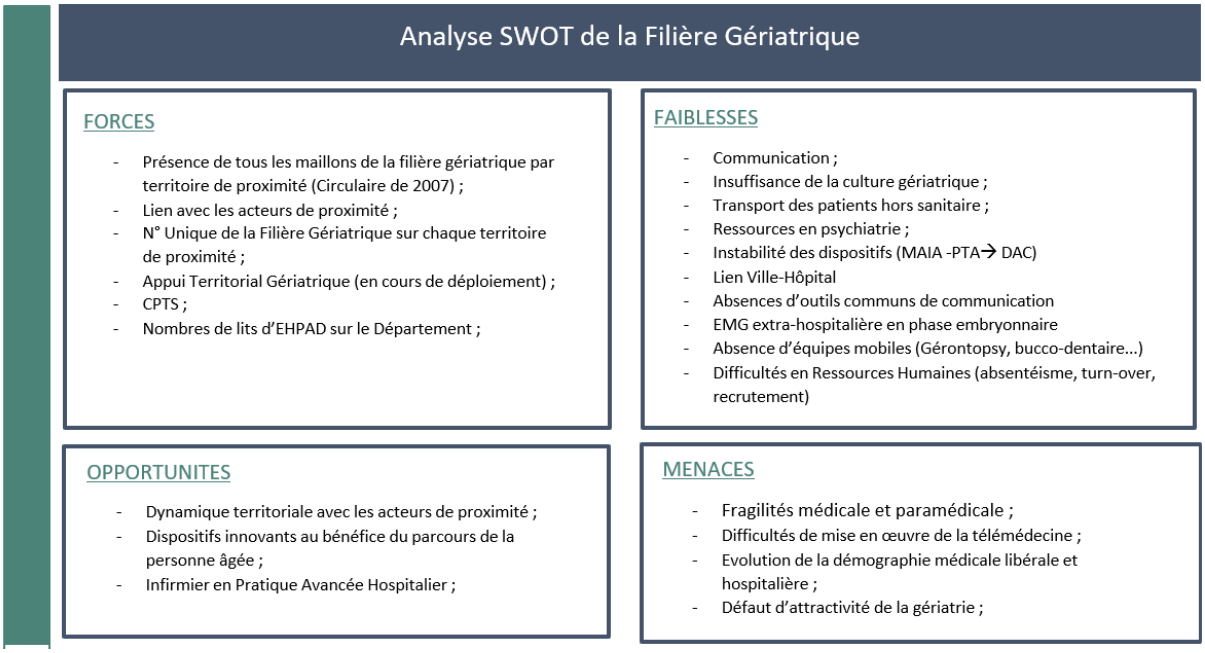
Enfin, avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, la prévalence des troubles neurocognitifs augmente, mettant en difficulté l'entourage familial et les équipes soignantes. Il paraît donc primordial de faire un état des lieux de l'offre de soins en psychogériatrie, de structurer et renforcer les liens avec les acteurs de l'expertise psychiatrique.

Périmètre

- **Le territoire des Vosges centrales**
  - **CH Émile Durkheim : Site d'Épinal – Site de Golbey**
  - CH de l'Avison – Bruyeres
  - CH les Trois rivières – Chatel-sur-Moselle
  - CH du Val du Madon – Mirecourt
- **Le territoire de Remiremont**
  - **CH Remiremont**
  - CH de la Haute Vallée de Moselle – Le Thillot
- **Le territoire de L'Est**
  - **CH de Saint-Dié**
  - CH de Moyenmoutier
  - CH de Gérardmer
  - CH de Fraize
- **Le territoire de l'Ouest Vosgien**
  - **CH de l'Ouest Vosgien : Site Neufchâteau – Site de Vittel**
  - CH Lamarche



Analyse des forces et faiblesses



A noter que les centres de recours territorial sont en cours d'installation à Epinal et sur le CH de La Marche avec deux nouveaux appels à projet sur lesquels Remiremont ou le Thillot vont pouvoir répondre.

Objectifs

Une révision de l'accès à la médecine sur le territoire pour que l'éloignement des centres hospitaliers MCO ne soit plus le principal déterminant en matière d'accès aux soin[4]s. Comme le souligne le rapport Braun sur les services d'urgence, le passage des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences doit être évité et les orientations en hospitalisations directes privilégiées.

Dans les Vosges, 10% des personnes passant aux urgences sont âgées de plus de 75 ans, ces flux nécessitent sans doute de **réviser l'accès à l'hospitalisation en médecine** pour ces publics fragiles et de développer le travail réalisé par le GHT des Vosges. Un travail important a été aussi réalisé par le GHT des Vosges concernant l'accès direct des personnes âgées dans les services cliniques sans passer par les urgences.

Ce taux a atteint 17,6 % au SAU de Saint-Dié pour l'année 2022 *(source : Cadran 2 -Pulsy)*

[4] Voir le rapport E. Vigneron - Étude sur la santé en milieu rural

Actions à mettre en œuvre

La filière gériatrie a défini les 4 actions suivantes :

- **Action N°1 : Organiser l'accès à l'expertise gériatrique sur chaque territoire de proximité**
    - Objectifs :
        - Optimiser le réseau territorial de gériatrie ;
        - Promouvoir la prise en charge globale la personne âgée ;
        - Systématiser le repérage de la fragilité ;
        - Développer les liens ville / hôpital et inter-établissements ;
        - Visibilité de l'offre de soins ;
        - Définir un modèle de parcours de soins pour la personne âgée ;
        - Développer de façon homogène les structures sur l'ensemble du territoire (CSG, SSR gériatrique, hébergement temporaire, PASA, accueil de jour, lit de solvabilité)
    - Actions :
        - Développer le dispositif IDE de nuit dans les EHPADs du GHT
        - Astreinte de gériatrie 7j/7 de 9h à 19h
        - Déploiement de la téléexpertise avec Omnidoc
        - Mise en place de téléconsultations avec des Infirmiers en Pratique Avancée

- **Action N°2 : Développer les alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation en assurant la continuité des projets de vie / projets de soins**
    - Objectifs :
        - Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ;
        - Soutenir les aidants familiaux ;
        - Prévenir l'épuisement familial ;
        - Éviter les hospitalisations prolongées inappropriées ;
        - Prévenir les ruptures de parcours des personnes âgées ;
        - Diversifier l'offre d'hébergement temporaire "classique existante" ;
        - Promouvoir la prise en charge des patients atteints de MA ou démences apparentées dans le respect du Projet de Vie Individualisé lors d'une hospitalisation
    - Actions :
        - Renforcer les dispositifs « aller-vers » par des EMG extrahospitalières (Demande déposée à l'ARS en 2022)
        - Organiser un EHPAD hors les murs (Appartements thérapeutiques, EMG, EMSP, EM rééducation-réadaptation)
        - Renforcer les liens avec les HAD

- **Action N°3 : Promouvoir la prévention et la culture gériatrique**

  - Objectifs :

    - Développer la prévention ;
    - Mettre en place des formations ;
    - Promouvoir la culture gériatrique pour les professionnels et le grand public ;
    - Communiquer

  - Actions :

    - Créer une entité juridique réunissant l'ensemble des catégories professionnelles intervenant auprès de la personne âgée
    - Organiser des rencontres régulières entre acteurs
    - Recenser les besoins en formation
    - Elaborer un plan de communication interprofessionnel et grand public

- **Action N°4 : Renforcer l'offre de soins en psychogériatrie**

  - Objectifs :

    - Formaliser les prises en charge psychiatriques des sujets âgés dans le territoire ;
    - Renforcer les liens avec le CHS ;

  - Actions :

    - Cartographier l'offre existante (projets et ressources médicales / paramédicales en psychiatrie et gérontopsychiatrie)
    - Définir la gradation du parcours psychiatrique du sujet âgé
    - Diversifier les sources d'accès à une expertise psychiatrique (télémédecine avec le CHS, coopération avec les médecins libéraux pour les pathologies chroniques, ligne directe avec le CHS…)
    - Renforcer les liens avec le secteur de la psychiatrie
    - Développer les formations en santé mentale
    -

Le contexte

Tirant les enseignements de la crise sanitaire, la feuille de route pluriannuelle de la DGOS pour donner suite à la mission du Professeur Jeandel vise à une **plus grande médicalisation** des **Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** pour **mieux accompagner les personnes âgées en situation de grande perte d'autonomie**, ainsi que celles présentant **des profils polypathologiques ne pouvant vieillir à domicile**.

Il s'agit dans cette feuille de route de :

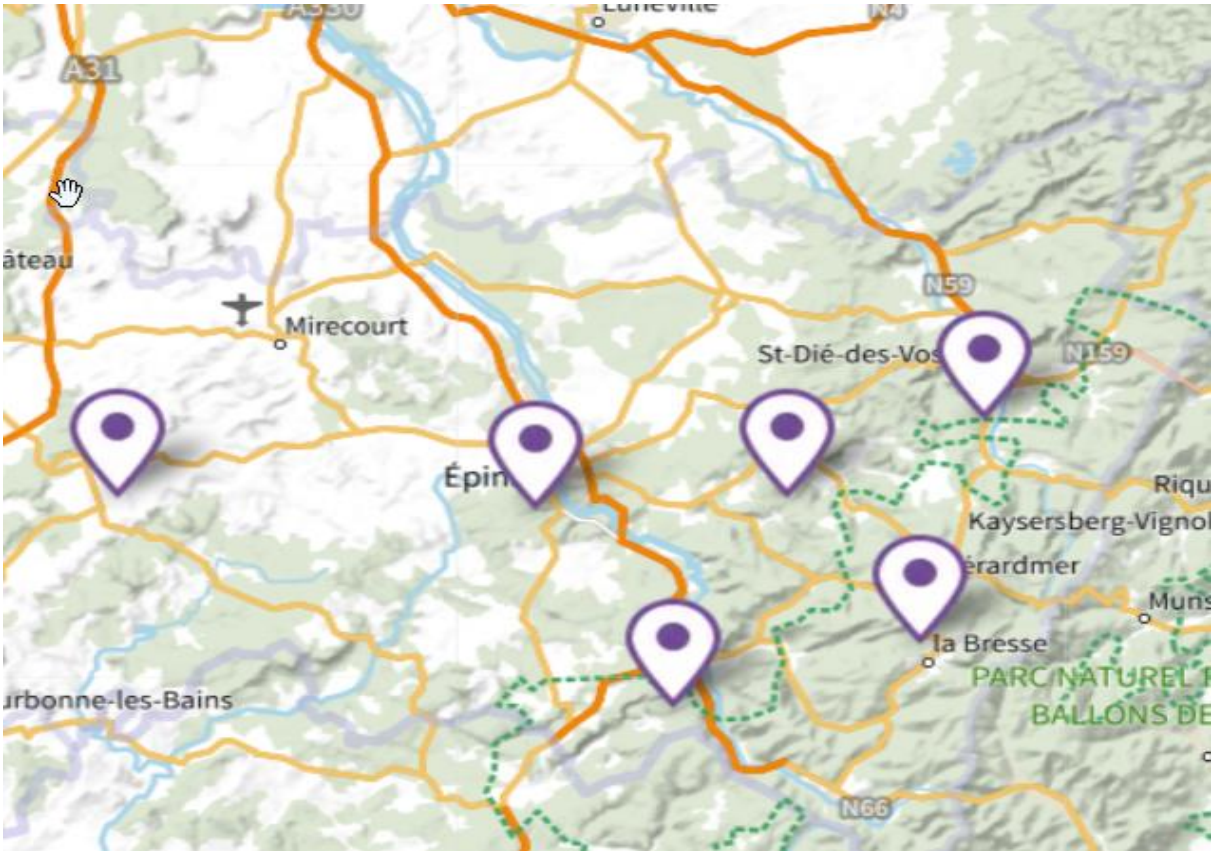
- Faire évoluer l'offre des USDL par la **création d'unités de soins prolongés complexes (USPC)** à vocation strictement sanitaire et le regroupement de l'offre d'hébergement médicalisé des personnes âgées ;
- Concrétiser la **transformation du modèle des EHPAD** ;
- Assurer un **maillage territorial de proximité** et **garantir un haut niveau d'accompagnement** et de prise en soin ;
- Reconnaître les **spécificités des fonctions au sein des EHPAD** pour les faire évoluer ;
- Assurer de **meilleures modalités d'intervention** des **ressources sanitaires** et des **ressources en santé mentale** et **psychiatriques** au sein des **EHPAD**.

Cette réforme va donc impacter toute la filière et en particulier les USLD qui à terme prendront en charge **des patients de tout âge**, aujourd'hui en USLD ou dans une autre structure avec hébergement, présentant des pathologies instables à risque de décompensation, relevant d'une charge en soins importante, tout en organisant un accompagnement dans le temps dans un lieu de vie.

De plus, la réforme des SMR, recentrée sur les soins médicaux et la rééducation-réadaptation va sans-doute moins permettre la prise en charge des patients polyvalents âgés ainsi que la réforme de tarification en santé mentale qui va inciter à trouver d'autres solutions pour les patients long cours.

Au regard des profils de soins éligibles précédemment mentionnés et afin de constituer une offre suffisante et identifiable sur le territoire une des approches pourrait être de procéder à la requalification de 10 000 lits d'USLD, **soit une offre d'une centaine de lits d'USPC par département.**
La provenance des patients des USPC permettraient d'assurer la prise en charge :

- Des patients de MCO caractérisés de « *bed blockers* »,
- D'un certain nombre de patients issus :
    - De la réanimation,
    - Des SSR (dont le SRPR),
    - Des USLD actuelles.



Il existe 6 services USLD sur le département des Vosges avec un capacitaire de 224 lits autorisés et 104 lits ouverts. Ainsi le GHT 8 présente un taux de lits en USLD le plus bas de la région et bien inférieur à la moyenne nationale.
Inversement le taux d'équipement en lits d'EHPAD est supérieur à la moyenne nationale.

	Golbey	Remiremont	Bruyères	Gerardmer	Foucharupt	HMV	Vittel
Nombre de lits autorisés	30	24	30	25	30	55	30
Nombre de lits ouverts au 01 janvier 2024	30	24	20				30
taux d'occupation 2022 (sur le nombre de lits autorisés)	86,89%	98,28%	41%	80,3% en 2023	56,3% en 2023		88,86% 83,24% en 2023
Recettes budget B 2022	2072894,33	1 861 333,13	1 713 086,0 €			3 276 540,2 €	2 028 798,39
Dépenses budget B 2022	2133482,72	1 829 948,44	1 801 852,0 €			3 489 049,2 €	2 622 327,78
Resultat Budget B 2022	- 60 588,4 €	31 384,7 €	- 88 766,0 €			- 212 509,0 €	-593 529,39
GMP (derniere coupe)	864	800	787				
PMP (dernière coupe)	405	483	406				

Hormis le CH de Remiremont, l'ensemble des services USLD du GHT connaissent un taux de remplissage insuffisant : les CH de Bruyères et Foucharupt offrant de médiocres conditions d'hébergement peinent à remplir la moitié de leurs lits.

Les motifs :

- Inadaptation des locaux (Bruyères, Foucharupt) et concurrence avec les EHPAD modernes
- Concurrence avec EHPAD très fortes : animations, cuisines thérapeutiques.
- Difficultés à passer de l'EHPAD vers l'USLD lorsque la dépendance augmente : les équipes, les familles et les résidents souhaitent rester en EHPAD
- Différentiel de reste à charge du résident au détriment de l'USLD par rapport à l'EHPAD
- Une situation financière préoccupante

Hormis le service du CH de Remiremont, tous les services USLD sont tous en déficits.

Les actions à mettre en œuvre au sein du GHT des Vosges :

Dans le cadre des travaux et des groupes de travail, une étude est en cours, à la demande de l'ARS GE, sous la direction de Mme Pfeiffer, Directrice de l'établissement de Bruyères, afin de déterminer les cibles d'organisation et de structuration.

D'ores et déjà une coupe Pathos serait pertinente à réaliser afin de déterminer le nombre de patients SMTI car les chiffres nationaux présentent la répartition suivante :

Proportions des résidents/patients SMTI en EHPAD et USLD au niveau national en 2011 :

- De 67 846 pour les EHPADs = 14 %
- Et de 3497 pour les USLD = 40,5 %

Le groupe de travail est en cours de constitution et la fiche action en annexe, présentera les actions et le calendrier.

4. Les projets de la filière SMR

Cette filière d'aval est structurée sur tout le territoire du GHT des Vosges avec une prévalence forte concernant les autorisations polyvalentes.

Les constats

On constate un bon maillage du département en matière de SMR polyvalent, avec néanmoins une densité très variable par sous-territoire, impactant la fluidité MCO-SSR.

Les SMR publics dans les Vosges sont majoritairement polyvalent soit 66 % du capacitaire.

- Quelques spécialités sont présentes comme le locomoteur ou la neurologie mais la spécialité gériatrique n'est pas suffisamment reconnue et structurée comme le montre le diaporama de l'ARS d'avril 2023.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction de l'Offre Sanitaire
Département Performance Hospitalière

Taux d'équipement en SSR adulte pour 10 000 habitants âgés de 18 ans ou plus
(source SIRSé, atlaSanté, 2020)

Taux lits et places pour 10 000 hab.	France	Région GE	Dep 08	Dep 10	Dep 51	Dep 52	Dep 54	Dep 55 *	Dep 57	Dep 67	Dep 68	Dep 88
SSR polyvalent	7,8	10,4	11,2	7,4	7,4	9,7	12,9	6,1	7,2	7,9	15,9	17,7
SSR polyvalent (places uniq.)	0,3	0,8	0,1	0,5	0,1	0,1	1,6		0,6	0,6	1,1	0,8
de SSR PAPD	5	3	3,5	1,4	4,8	1,7	2,6	6,2	3,5	2,6	2,9	1,5
SSR de proximité (polyvalent + PAPD)	12,8	13,4	14,7	8,8	12,2	11,4	15 ,5	12,3	10,7	10,5	18,8	19,2
SSR Neuro	2,7	2	2,1	1,9	1,4	1,5	1,6	1,9	2,8	1,7	2,2	1,7
SSR locomoteur	3,3	2,6	2,1	3,7	2,1	4,3	3,4	2	3,7	1,8	1,8	1,7
SSR spécialisés	9,1	7	4,1	7,2	6,5	7	6,4	4,5	9,1	6,8	8,1	4,5
tout type SSR	21,9	20,4	18,8	16	18,7	18,4	21,9	16,8	19,8	17,3	26,9	23,7

18/04/2024 * Taux d'équipement recalculé en différentiant les lits et places du service MPR de Bar le Duc 5

Le département est insuffisamment couvert sur certaines filières pour certaines filières de SMR spécialisés, induisant des fuites en dehors du territoire et des difficultés pour les filières d'amont alors même que certains SMR spécialisés ont une occupation variable liée notamment à la difficulté de consolider les spécialités médicales sur le territoire. Certains sites sont fragiles par l'état bâtimentaire ou les risques sur les ressources médicales.

Focus sur le capacitaire territoriale (chiffres 2022)

	Vosges : lits et places	Vosges Taux équipement pour 10000 hab.	France : Taux équipement
Polyvalent	559	15,5	5,8
Orthopédie	46	1,3	2,6
Neurologie	51	1,4	2,1
Cardiologie	20	0,6	0,8
Respiratoire	0	0	0,5
Digestif endocrino	32	0,9	0,5
Onco hémato	0	0	0,1
Brûlés	0	0	0,03
Addicto	0	0	0,6
Gériatrique	45	1,25	3,8

Le taux d'équipement des SMR polyvalents est très supérieur à la moyenne nationale alors que le taux d'équipement de lits de gériatrie est lui très inférieur à la moyenne nationale.

Au regard de ces constats, les OQOS du dernier PRS prévoient le renforcement sur le territoire des Vosges des SMR polyvalents (+1), gériatriques (+1), locomoteur (+1), pneumologique (+1), endocrino-nutrition (+1), addictologie (+1) et donc très en dessous des besoins de santé des Vosgiens.

SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION			
> polyvalent	x	12	13
> gériatrie	x	2	3
> locomoteur	x	2	3
> système nerveux	x	2	2
> cardio-vasculaire	x	2	2
> pneumologie	x	0	1
> système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	x	1	2
> conduites addictives	x	0	1
Pédiatrie	x	1	1
Cancer			
> oncologie	x	0	1

Dans ce contexte, la FMIH du GHT des Vosges souhaite poursuivre deux actions dans l'avenir en lien avec l'ARS dans un contexte de révision des OQOS 2025 :

- **La gériatrie :**
  - **La première** consisterait à répartir les oqos avec un partage de gériatrie soit 30 à 50 lits compte tenu de l'âge des patients, sur tous les établissements n'en disposant pas avec du polyvalent.

    (cf rapport ARS 03/2023 *dans le cadre d'une réflexion concernant les soins hospitaliers de proximité des mentions complémentaires notamment de SSR polyvalent et de SSR PAPD peuvent être envisagées pour organiser la prise en charge au plus près de leur lieu de vie notamment pour la mention PAPD)*

  - **La seconde** serait de demander à l'ARS de réviser à terme les OQOS et de demander la transformation de 150 lits de polyvalent en gériatrie sur le territoire. De même, des transformations de SMR polyvalent en orthopédie et neurologie, pourraient être envisagées.

Ceci pourrait permettre de penser à 5 ans une réorganisation à terme sur le territoire comme suit avec une cible de lits à redéfinir compte tenu des fermetures actuelles de lits et du virage ambulatoire à venir :

- 250 lits et places de polyvalent
- 200 lits et places de gériatrie
- 100 lits et places d'orthopédie
- 100 lits et places de neurologie
- 30 lits et places de cardiologie
- 20 lits et places de digestif-nutrition
- 20 lits d'addictologie
- 20 lits d'oncologie

Focus sur les SMR spécialisés :

- **Spécialité Nutrition/Maladies Métaboliques**

Vittel dispose de cette spécialité orientée vers les adultes et les enfants, avec un médecin titulaire d'un Diplôme Universitaire en nutrition et 30 lits SSR. Ce service est reconnu comme une référence territoriale.

Un lien avec l'endocrinologie du CHED a déjà été établi, avec une réunion tenue à Vittel. Ce lien doit être renforcé. Une collaboration avec la chirurgie bariatrique du CHU doit également être envisagée.

Le site de Saint Dié dispose également de 5 lits SSR en nutrition, adossés à un service de diabétologie géré par des endocrinologues. Cet établissement effectue également des interventions de chirurgie bariatrique.

- **Spécialité Neurologie**

Vittel possède un SMR neurologique de 28 lits. Une convention avec le service de neurologie du CHU permet la visite hebdomadaire du Dr Lacour, neurologue.
Des hébergements sont disponibles pour les familles des patients n'habitant pas sur place.
Le service souhaite développer sa filière AVC.
Des liens avec la neurologie du CHED doivent être envisagés pour renforcer cette spécialité.
Le CHOV dispose déjà de l'autorisation SMR Neurologie.
Les SMR du CHED du site de Golbey et du CHOV sont intégrés dans la filière de neurologie du GHT en lien avec l'UNV du CHED. Le niveau de recours a été défini conjointement avec les neurologues et les médecins de MPR du CHED et du CHOV.

- **Spécialité oncologie**

Au regard de la nouvelle autorisation ouverte et des besoins du territoire, le CHED propose de spécialiser des lits de SMR du site de Golbey et de conforter la filière d'oncologie du GHT : service de MCO d'oncologie, le service de SMR de Golbey et les SMR du GHT.

- **Pédiatrie**

Le CHED pourrait se positionner au regard des besoins du territoire afin de créer une hospitalisation de jour de SMR en articulant les hospitalisations, les soins externes et l'HAD lorsqu'elle sera mise en œuvre.

Tableau des autorisations SMR GHT

AUTORISATIONS ACTUELLES DE SMR TERRITOIRE N°8

Autorisations actuelles de SMR & Lits et places	Min	Max	CHED Epinal	CHED Golbey	CH Rt	CHOV Neufchateau	CHOV Vittel	HMV Saint-Dié	HMV Gérardmer	HMV Fraize	HMV Moyenmoutier	CHVDM Mirecourt	C2HVM Thillot	CH Chatel	CH Bruyères	La Louvière - Senones	Nombre de places et lits
Polyvalent	16	19	~~5 HDJ~~	~~60~~	~~10 + 5 HDJ~~	~~10 + 10 HDJ~~	~~30~~		~~30~~		~~50~~	~~30~~	~~18~~	~~58~~	~~28~~	~~81~~	445
Gériatrie	2	2		~~45~~				~~34~~									79
Locomoteur	2	2		~~17 + HDJ~~		~~16~~											35
Système nerveux	2	2		~~18 + HDJ~~			~~29~~										50
cardio-vasculaire	0	2	~~8 HDJ~~														8
Pneumologie	0	0															0
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	2	2					~~30~~	~~5~~									35
Conduites addictives	0	0															
Pédiatrie																	
																	652

AUTORISATIONS SOUHAITEES SMR - FMIH SMR GHT 8 - TERRITOIRE N°8

PRS GE - OQOS 2023 -2028 Autorisations SMR Territoire n°8	Min	Max	CHED Epinal	CHED Golbey	CH Rt	CHOV Neufchateau	CHOV Vittel	HMV Saint-Dié	HMV Gérardmer	HMV Fraize	HMV Moyenmoutier	CHVDM Mirecourt	C2HVM Thillot	CH Chatel	CH Bruyères	La Louvière - Senones	Total souhaits etbts (hors révision°	Ecart souhaits et OQOS PRS
Polyvalent	12	13															11	-2
Gériatrie	2	3															3	0
Locomoteur	2	3															3	0
Système nerveux	2	2															2	0
Cardio-vasculaire	2	2															1	-1
Pneumologie	0	1														pas d'information	1	0
Ssystème digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1	2															2	0
Conduites addictives	0	1				N ou V ?	NAX ?										1	0
Pédiatrie	1	1	?														1	0
Oncologie	0	1															1	0

Autorisations à renouveller en 202 | Nouvelles demandes | Demandes dans le cadre de la révision des OQOS

LITS ET PLACES FERMES 2022 EN SMR TERRITOIRE N°8

Lits et places fermés 2022	Min	Max	CHED Epinal	CHED Golbey	CH Rt	CHOV Neufchateau	CHOV Vittel	HMV Saint-Dié	HMV Gérardmer	HMV Fraize	HMV Moyenmoutier	CHVDM Mirecourt	C2HVM Thillot	CH Chatel	CH Bruyères	La Louvière - Senones	Nombre de places et lits fermés
Polyvalent	16	19		**40***	**16****		**30**	**0**	**0**		**0**	-	0	0*	0		86
Gériatrie	2	2						**0**									0
Locomoteur	2	2															0
Système nerveux	2	2															0
cardio-vasculaire	0	2															0
Pneumologie	0	0														pas d'information	0
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	2	2						**0**									0
Conduites addictives	0	0															0
Pédiatrie																	0
				* : Sur période juin-août	** : Sur période août-oct									Fermeture temporaire de 10 lits sur courtes			86

TAUX OCCUPATION 2022 SMR TERRITOIRE N°8

taux d'occupation / lits ouverts			CHED Epinal	CHED Golbey	CH Rt	CHOV Neufchateau	CHOV Vittel	HMV Saint-Dié	HMV Gérardmer	HMV Fraize	HMV Moyenmoutier	CHVDM Mirecourt	C2HVM Thillot	CH Chatel	CH Bruyères	La Louvière - Senones
Taux d'occupation				**76%**	93%	70%	77%	95,30%	84,60%		74,60%	68%	92,70%	89,43%	81,15%	pas d'information

DMS 2022 SMR TERRITOIRE N°8

DMS			CHED Epinal	CHED Golbey	CH Rt	CHOV Neufchateau	CHOV Vittel	HMV Saint-Dié	HMV Gérardmer	HMV Fraize	HMV Moyenmoutier	CHVDM Mirecourt	C2HVM Thillot	CH Chatel	CH Bruyères	La Louvière - Senones
DMS				**35**	34	28	26	19,3	21,5		25,3	30	36	33,65	25,57	pas d'information

Le virage ambulatoire

Le taux d'HDJ est assez faible sur beaucoup d'activité et la FMIH envisage de renforcer le **virage ambulatoire en particulier** sur l'orthopédie et sur la cardiologie.

Le renforcement de l'activité de rééducation :

De manière globale, le nombre d'actes de rééducation par groupe nosologique est nettement inférieur à la moyenne en France.
L'intensité de rééducation va devoir augmenter pour être en cohérence avec la réforme des autorisations et du financements.
Pour cela il faut pouvoir recruter des masseurs- kinésithérapeutes , des enseignants en activité physique adaptée (APA)en nombre suffisant ainsi que des médecins.

Le renforcement des équipes médicales, soignantes et de rééducation :

Les outils existants sur le département des Vosges en particulier le GCS de rééducation couvrant la population du Sud Lorraine issu de la transformation du GIREV regroupent à ce jour :

- Le Centre Hospitalier Intercommunal Émile Durkheim (Sites d'Épinal et de Golbey)
- Le Centre Hospitalier de Remiremont en matière de médecine physique et de réadaptation exercées en collaboration avec l'UGECAM Nord-Est au titre de l'Institut Régional de Réadaptation.

Ce GCS de moyens pourrait être étendu à d'autres établissements du GHT des Vosges afin de pouvoir mettre en place un plan de recrutement des médecins MPR ou généralistes pouvant se former aux DU de Gériatrie, de Neurologie ou autres et des personnels de rééducation (Masseurs kinésithérapeutes, APA, orthophonistes, psychologues etc…)

Ainsi les réflexions suivantes vont permettre de faire évoluer les organisations :

- Établir une liste des besoins en ressources humaines au sein du GHT
- Renforcer le site de Golbey en tant que centre de référence pour soutenir les autres sites, avec un partage de temps médical. Une collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) doit également être envisagée.
- Encadrer d'autres praticiens, tels que des médecins ressources, pour les médecins en EVC répartis sur les différents sites. Il est également nécessaire de mutualiser les ressources dans les secteurs voisins, comme Remiremont et Le Thillot.

5. Les projets de la filière soins palliatifs

Le contexte : le rapport Chauvin sur **la stratégie décennale**

L'ambition de la stratégie décennale est de proposer un changement de paradigme visant à une prise en charge globale et plus compréhensive des personnes dès les stades initiaux ou dans le décours des traitements initiaux tant pour les maladies chroniques que pour les pathologies aigues, de même que pour les handicaps. Il s'agit de passer d'une prise en charge sanitaire et palliative, limitée à la toute fin de vie, à la délivrance de soins d'accompagnement répondant aussi aux besoins sociaux et psychologiques des personnes concernées.

La stratégie décennale dessine ainsi un modèle français des soins d'accompagnement garantissant qu'à dix ans toute personne en fin de vie et son entourage bénéficient de soins d'accompagnement quel que soit son lieu de vie. Il s'agit là d'un changement radical qui nécessite à la fois une adaptation du système sanitaire et médico-social et une modification des pratiques soignantes et des relations soigné-soignant reposant sur l'anticipation.

La prise en charge devra être pluridisciplinaire et adaptée aux besoins des patients et de leur famille.

Les personnes et leurs proches expriment leur souhait d'une prise en charge à leur domicile ou, si ce n'est pas possible, à proximité de leur domicile alors même que la rationalisation de la production de soins a parfois éloigné des lieux de vie les sites hospitaliers. Le respect de ce souhait suppose un renforcement des prises en charge adaptées sur les lieux de vie et une coordination efficace des acteurs.

La proximité passe par la formation et le soutien adapté des professionnels libéraux dans les territoires, le développement significatif des équipes mobiles, des téléconsultations, des téléexpertises, et d'autres innovations technologiques, la création de maisons d'accompagnement maillant les territoires et une prise en charge adaptée dans les EHPADs. Elle suppose aussi de renforcer l'aller vers dans le champ des soins d'accompagnement, pour lutter contre les inégalités territoriales ainsi que l'organisation de l'offre de prise en charge en fonction des besoins des personnes.

Le constat

Les constats portés par les professionnels sont que les besoins dans les Vosges sont importants que ce soit par l'absence d'USP et par le nombre important d'EHPAD où les décès sont significatifs et doivent faire l'objet d'un renforcement en particulier des équipes mobiles de soins palliatifs.

Le projet USP : (projet déposé à l'ARS GE)

Un groupe de travail territorial avec la clinique de la ligne bleue ainsi que tous les établissements MCO et l'ARS GE a été mis en place avec l'objectif d'ouvrir une USP prévue dans le PRS 2021/ 2024.

Les lits identifiés

Il est proposé le maintien des lits identifiés en proximité et des 4 EMSP existantes pour préserver un maillage territorial mais il faudra être vigilant quant aux ressources médicales et paramédicales (IDE, psychologue…) avec un plan de travail qui devrait permettre de :

1. Rassembler les ressources actuelles pour construire une communauté médicale et soignante attractive et répondre en proximité aux besoins de diagnostic de la population des Vosges

2. Mutualiser les moyens humains pendant le programme réglé mais aussi et surtout en PDS

3. Permettre l'accès à une offre échographique les week-ends

L'installation de maison de soins palliatifs sur l'Est et l'Ouest du territoire

Compte tenu de la géographie et des difficultés à se déplacer le GHT propose de pouvoir être site pilote pour mettre en place des maisons de soins palliatifs à l'instar de la proposition du rapport Chauvin.
Ceci serait rendu possible par l'éventuel redéploiement des moyens USDL et EHPAD.

6. Le projet de santé mentale du GHT des Vosges en lien avec le CH de Ravenel

Le contexte

L'analyse du PTSM 2022 du territoire des Vosges démontre les problématiques vécues par les établissements du GHT et qui ne sont pas très différentes des sujets rencontrés pour les soins somatiques compte tenu des tensions démographiques et des caractéristiques du territoire. En santé mentale, les travaux du PTSM rendent compte de besoins insuffisamment couverts qui rejaillissent sur les prises en charge globales des vosgiens.

Seul acteur du territoire, le CH Ravenel n'est pas membre du GHT, mais il intervient sur tout le département. C'est en cela que les filières addictologie et pédopsychiatrie seraient à inscrire dans un contexte géographique et territorial qui est un défi pour l'accès aux soins.

Les faiblesses du territoire sont :

- Un facteur géographique qui ne facilite pas la mobilité et l'accès aux soins (réseau routier, transport, conditions climatiques en hiver...)
- Une précarité sociale marquée qui contribue au renoncement aux soins de la population des Vosges
- Une démographie de la population peu favorable (augmentation du nombre de personnes âgées et un déclin populationnel)
- Des contraintes économiques pour les établissements de santé
- Réorganisation de l'offre de soins
    - Développement de l'ambulatoire insuffisant
        - CLSM mais un seul fonctionne pleinement
        - CLS existent : un seul comporte un volet en santé mentale (deux sont en préparation)
        - Le rattachement du CH Ravenel au GHT 7 (seul établissement de santé non intégré au GHT 8)
        - Le peu de représentation de certains acteurs aux travaux du PTSM (Conseil départemental, MDPH,)
        - Médecins généralistes, Psychiatre Public/privé...)
        - Le partage de l'information entre les acteurs
        - La pertinence du recours à l'hospitalisation notamment en SPI (2 fois plus élevé que la moyenne nationale)

- Prevention à renforcer
- Repérage précoce à développer
- Nécessité de formaliser un plan de formation territorial au bénéfice des personnes concernées.

Les opportunités du territoire sont :

- De nombreuses coopérations existantes : réorganisation hospitalière et liens conventionnels (GCS- GSM 88, CLSM, SISM ....)
- Une offre de soins pour adolescent : Hôpital de Jour à Épinal
- Le recours au dispositif MAS pour lutter contre le renoncement aux soins
- Le recours aux maisons de santé
- La contractualisation de la feuille de route du Projet Territorial de Santé Mentale des Vosges

Les menaces du territoire sont :

- Une baisse de la démographie médicale et paramédicale notamment en médecine générale qui ne favorise pas les relais
- Une offre de soins ambulatoire en baisse d'activité, majorée par le manque d'effectif, plus marquée sur certains territoires et impactée par les non venus représentant 25% des rendez-vous planifiés
- La disparité de certains dispositifs et des réponses données sur l'ensemble du territoire
- Une absence de solution de répit pour les aidants
- Le rattachement du CH Ravenel au GHT 7 qui est le seul établissement de santé non intégré au GHT des Vosges

Les objectifs du PRS Région GE

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.

L'activité du CH de Ravenel pour le territoire des Vosges :

ANNEE	2019		2022		2023	
FORMES ACTIVITE	ADULTES	PEA	ADULTES	PEA	ADULTES	PEA
TEMPS PLEIN	1176	32	1268	43	1258	49
SEJ THERAP	0	0	28	12	14	14
PFT	19	0	18	0	20	0
APT THER	31	0	27	0	11	0
HJ	245	160	187	131	220	134
HN	5	0	0	0	0	0
Atelier thérapeutique DECLIC	17	0	20	0	31	0
AMBULATOIRE	10596	4141	10412	3443	10553	3555
File active totale (sans doublons)	10900	4146	10654	3460	11977	3737

Les données relatives à la psychiatrie de liaison montrent aussi la fragilité des dispositifs en particulier s'agissant de la prise en charge des enfants et des adolescents :

La psychiatrie de liaison et d'urgence (PLU) est assurée par les professionnels du CH Ravenel des pôles Adultes, au sein des services et urgences des hôpitaux MCO :

	ETP IDE	ETP CS	ETP CSS
CH Remiremont	1,92	0,05	
CHED	2,39	0,1	
CHOV	2	0,05	0,06
HMV Saint Dié	1,58	0,05	0,02
Total	**7,89**	**0,25**	**0,08**

Un temps médical est également consacré par les psychiatres des pôles adultes au sein des hôpitaux MCO.

D'autre part, s'agissant du pôle enfants et adolescents pour la pédo psychiatrie de liaison (service de pédiatrie) on a aussi un effectif pour la liaison mais qui reste restreint compte tenu des besoins importants. (Tentatives de suicides et autre situations complexes)
(0,40 ETP IDE / 0,12 ETP Psychologue / 0,15 ETP de CS / 0,02 ETP de CSS.)

Enfin, concernant la périnatalité, il y a des consultations au niveau du CHED et du CH Remiremont.

La filière enfants/adolescents est en grande difficulté (carence de pédopsychiatre mais aussi de pédiatres).
Chaque année, le CH de Ravenel voit 3 000 enfants, dont 45-50 sont hospitalisés en HC par an et 140 environ en HJ.
Il y a une **difficulté importante pour les enfants et adolescents hospitalisés en pédiatrie** car l'équipe de pédopsychiatrie ne compte plus que 2,5 ETP pédopsychiatres pour une cible de 9,5 ETP.
Les 7 lits HC pédopsychiatrie sont régulièrement saturés et dont une part importante d'enfants et adolescents a présentation psychiatrique **sont transférés au CHU**.
Pour limiter ces transferts, l'enjeu serait de renforcer la présence pédopsychiatrique sur le territoire.
Si le capacitaire HC n'est pas mis en cause, c'est la structuration de la filière d'aval qui serait à revoir pour pouvoir « absorber » la demande venant des hôpitaux. La filière d'aval est confrontée à un manque de places (foyers, IME, SESSAD…) difficultés déjà partagée avec l'ARS.

Les objectifs

L'objectif est **de renforcer la pédopsychiatrie très en difficulté,** et d'articuler les nouvelles offres en addictologie et l'aval des prises en charge médico-sociales en intégrant davantage les acteurs de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte et d'addictologie au sein de projets communs dans le cadre du GHT.

La seconde orientation concerne le projet addictologie car une offre ouvre à Ravenel et serait à articuler avec les 4 établissements du GHT.

Un travail partenarial sera mis en œuvre qui permettra un travail rapproché entre le CH de Ravenel et le GHT des Vosges.

ORIENTATION 3 : Vers une nouvelle structuration des plateaux techniques du territoire

Organiser le fonctionnement nécessaire pour assurer la sécurité des activités de recours en s'appuyant sur une utilisation efficiente des plateaux techniques qui puisse permettre dans les 3 à 5 ans de sauvegarder l'offre du département.

Renforcer l'aménagement du territoire et structurer des organisations plus concertées et moins hospitalo-centrées (exemple : structuration d'un réseau périnatal en lien avec les sages femmes, projets de territoire dans les autres filières, équipes communes…)

1. Les constats : une organisation des plateaux techniques de recours interrogée dans un contexte de forte pénurie médicale et de diminution des accouchements en particulier sur certains sites

Les plateaux techniques du GHT des Vosges sont en grande difficulté : certains services d'accueil des urgences sont actuellement fermés la nuit : CH de Remiremont et CH de Vittel. Cette filière est en attente du rapport du Professeur Chouihed.

Toutes les maternités connaissent une diminution du nombre d'accouchements : s'agissant du site de Neufchâteau (-13% des accouchements entre 2019 et 2022 avec une diminution nette des accouchements sur les 3 premiers trimestres de 2023) et sur le site de Remiremont à – 22 % sur la même période et – 4 % sur le site d'Epinal.

L'utilisation importante de ressources médicales dans 3 spécialités primordiales (pédiatrie – gynécologie-obstétrique et anesthésie) au regard d'une faible activité entraîne l'éparpillement des ressources médicales. Ceci met en difficulté tous les plateaux techniques, et particulièrement ceux dont l'activité est importante comme la maternité d'Épinal.

Les **plateaux de chirurgie** ne peuvent pas assurer une activité complète notamment face aux difficultés en anesthésie en particulier sur le site d'Épinal.

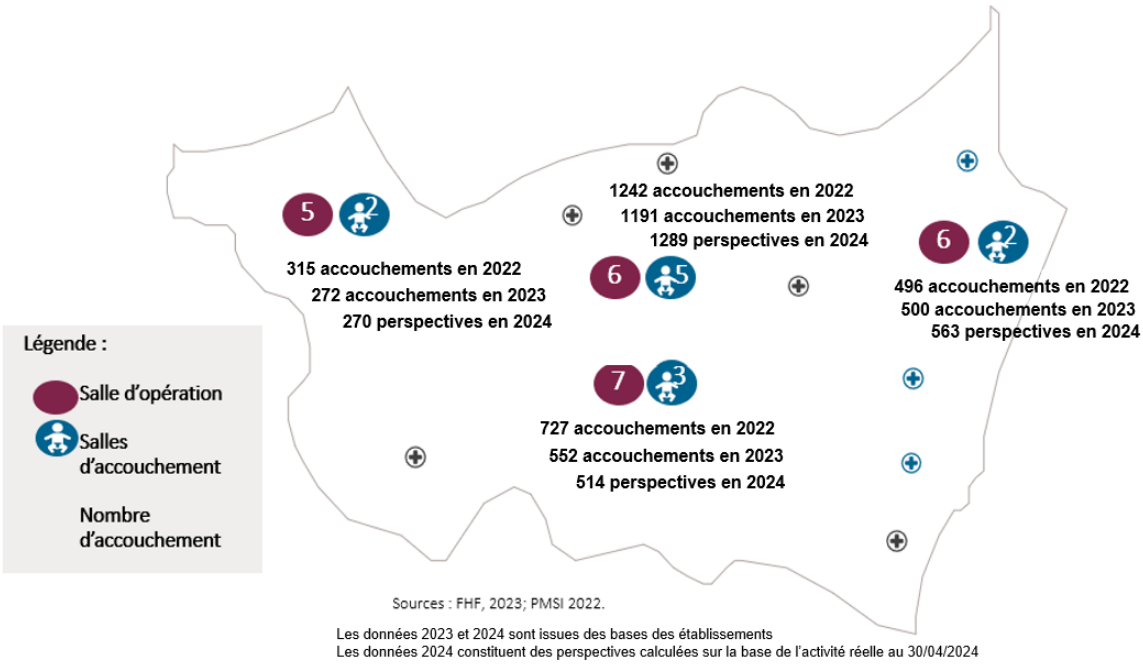
2. Les orientations : renforcer les soins de recours sur le territoire et sécuriser leur fonctionnement

La structuration des filières et la gradation des soins passera par la réorganisation raisonnée de l'offre de recours : il s'agit de réussir le renforcement Épinal – Remiremont sans affaiblir l'Est (HMV) et l'Ouest (CHOV) et sans « balkanisation » du territoire compte tenu des fortes tensions sur les ressources médicales.

L'enjeu est de proposer à moyen terme (3 à 5 ans), une répartition des activités qui permette de répondre de manière équitable aux besoins du territoire et de maintenir l'offre sur l'ensemble du territoire.

Les plateaux de chirurgie

CARTOGRAPHIE DE L'ÉQUIPEMENT EN CHIRURGIE ET BLOC OPÉRATOIRE DU GHT DES VOSGES – 2023 et focus sur le nombre d'accouchements en 2022



2023_2024 : Données issues des bases établissements :
Pour 2024, les perspectives sont calculées sur la base de l'activité réelle au 30/04/2024

Focus sur la chirurgie :

- Adapter l'organisation chirurgicale actuelle pour préserver l'activité chirurgicale de tous les établissements.

- Proposer une organisation qui permette de sortir de la crise, de maintenir l'activité voire de la développer à moyen terme

- Proposer un recrutement et des coopérations différentes pour permettre de répondre aux besoins de proximité.

L'enjeu d'attractivité est majeur sur l'ensemble des segments et des reprises d'activités sont nécessaires en proximité.
En conséquence certaines orientations d'organisation sont à mettre en œuvre avec des objectifs de développement d'activité importants :

- Des partenariats possibles public-privé sous la forme de GCS public/privé sur les spécialités fortement concurrentielles comme l'ophtalmologie, l'urologie, les endoscopies, l'anesthésie, la pédiatrie, la gynécologie obstétrique.
- Organisation d'un unique plateau technique de recours Remiremont-Épinal plus concentré avec deux scénarios :
    - Hypothèse 1 : partage d'un bloc « dur » (traumatologie) et « mou » sur les deux établissements avec une seule PDSES si une seule maternité à terme
    - Hypothèse 2 : partage d'un bloc ambulatoire sur un site et d'un bloc HC sur un autre site

Il s'agit ainsi de porter un travail commun sur le projet médical des établissements, en particulier sur l'organisation des blocs (activité réglée, consultations et éventuellement permanence des soins) qui serait préalable à la constitution de GCS publics - privé.

Focus sur les maternités : les plateaux des maternités

MATERNITES PRESENTES SUR LE TERRITOIRE DES VOSGES :

LES POLES D'ATTRACTIONS EN OBSTETRIQUE DANS LES VOSGES

Constats :

Dans le territoire, les naissances sont en recul fort et la démographie médicale ne sera pas suffisante pour tenir la permanence des soins dans les 4 maternités. Les maternités sont en difficulté et une réflexion sur un Plan de Continuité d'Activité est nécessaire au vu du risque

de rupture possible dans chaque établissement (mais sur des spécialités différentes : CHED : gynéco-obstétrique et anesthésie ; CHRT : pédiatrie ; CHOV : gynéco-obstétrique, pédiatrie et anesthésie ; HMV : pédiatrie, gynéco-obstétrique).

Ce PCA doit être anticipé en cas de crise aiguë / inopinée et pourra servir de base de travail au projet médical des maternités pour permettre de maintenir les compétences des professionnels, donc la qualité des soins et l'attractivité des postes et ce en lien avec le Réseau Périnatal Lorrain. C'est l'engagement pris dans le cadre de ce PMSP.

En effet, assurer la sécurité **des 2 746 accouchements dans les Vosges en 2022** dans les 4 maternités du territoire (1 CH en garde et 3 CH en astreinte) demanderait des effectifs cibles de :

- 15,8 ETP d'Anesthésistes,
- 15,8 ETP de Pédiatre
- 24,5 ETP de Gynécologue Obstétriciens.

Or, les effectifs totaux actuels sur le territoire sont très insuffisants.

Objectifs

La piste proposée est de travailler **à un projet médical unique sur toutes les maternités** avant d'envisager les réorganisations sur les sites :

- **La cible proposée** pourrait être en lien avec le Réseau Périnatal Lorrain de sacraliser en priorité un centre de recours sur la maternité d'Epinal et en second sur St Dié, et de travailler à la sécurisation des autres maternités.

- Sur le Centre du GHT, à l'instar de la néonatologie et compte tenu des ressources en personnel disponibles, une réflexion doit être menée par les équipes médicales et soignantes sur un plateau unique d'accouchement pour le territoire afin de garantir la qualité et la sécurité des soins des parturientes et des nouveaux nés avec une garde de pédiatrie (néonatalogie), une ligne de garde anesthésie (6-7 anesthésistes nécessaires) et 1 ligne d'anesthésie dédiée à l'obstétrique pour 1700 accouchements. Le territoire aurait en effet besoin de 14 anesthésistes pour maintenir 2 lignes de garde.

- ***Enfin la réalisation des projets médicaux partagés sur les maternités*** *rassemblerait la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie*. Cette coopération serait facilitée par la structuration des plateaux techniques qui rassembleraient la gynéco-obstétrique, la pédiatrie et les anesthésistes au CHED, CHRT au CHOV et aux HMV.

Les plateaux des SAU/SMUR et organisation des soins non programmés

Références règlementaires

Décret n o 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Décret n o 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence.

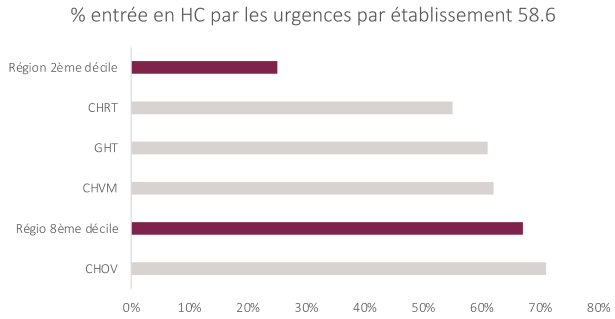
Ces textes complètent les dispositions antérieures en ouvrant de nouvelles possibilités.
Les établissements détenteurs des autorisations d'activité ont un an pour se mettre en conformité avec ces décrets et solliciter un renouvellement des autorisations

La démarche territoriale en cours dans les Vosges

- Mise en place d'un copil avec le Prof Chouied, Dr Douart-Léger (pressentie pour coordonner la FMIH), M. Cheveau, Mme Vukasse, DAM, territoriale, les PCME, 1 représentant du CH Ravenel, chefs des SAU-SMUR, Directeur SAMU, (SDIS, CMSI, les CPTS,) La Présidente de la CSIRMT,
- Son rôle :
    - Intégrer les nouvelles mesures prévues pour un renouvellement coordonné des autorisations d'activité dans un schéma territorial
    - Préparer les modalités de la coopération (FMIH ou GCS ou les deux ?), définir la politique de recrutement et de rémunération des médecins
    - Définir la cartographie des services SAU, SMUR, antennes dans les Vosges
    - Intégrer la gestion des lits à l'échelle du GHT
    - Mettre au point les protocoles de prise en charge et d'orientation des patients
    - Prévoir une politique de communication grand public, médecine de ville,

- Un comité plus institutionnel est installé aussi pour garantir la cohérence du dispositif : ARS, Préfecture, le Président du CD 88, les Présidents des conseils de surveillance, Coordonnateur FMIH, PCMG, M, Cheveau, Mme Vukasse, les PCME, Prof Chouied, Mme Clerc, HM, la DAM territoriale, 1 représentant de chaque OS siégeant en CTDS.

Au niveau du GHT, 60,7% des entrées en HC se font par les urgences, une part élevée par rapport aux établissements de la Région et dans la médiane des établissements de la catégorie



Un changement de paradigme qui est déjà initié et à conforter avec la réforme SAS

➔ Il correspond aussi à une situation critique au niveau national avec des fermetures de nombreuses urgences (hors urgences vitales)

- Un enjeu d'organiser les filières d'adressage et une priorité d'éviter les passages aux urgences évitables
- En lien avec les CH de proximité
- En lien avec la ville

Sur le GHT, quatre services d'accueil d'urgences pour 114 000 passages en 2022 et 6 SMUR dont deux antennes

Le GHT dispose de 4 SAU avec un accueil réalisé pour 3 d'entre eux par un IAO, pour 1 par un IAOMAO

6 SMUR dont 2 antennes → 4250 sorties (63% primaires) → Dont 19% de transports IDE inter-H

63% non suivis d'un transport médicalisé

PART DES PASSAGES QUI DONNENT LIEU À UNE HOSPITALISATION DANS LE MÊME HÔPITAL :

Nombre total de passages aux urgences dans l'année	113 839 passages	21% (1% dans une autre entité juridique)
dont pour des patients de plus de 80 ans (13%)	14 352 passages	52% (1% dans une autre entité juridique)
dont pour des patients de moins de 18 ans (26%)	29 425 passages	11% (0% dans une autre entité juridique)

28 lits UHCD — **14 779 séjours (26% en ambulatoire)**

Les propositions :

La démarche territoriale dans les Vosges sous la direction du Professeur Chouied et le Dr Douart Leger vise à :

- Intégrer les nouvelles mesures prévues par un renouvellement coordonné des autorisations d'activité
- Préparer les modalités de coopération au sein d'une FMIH ou GCS et définir la politique de recrutement et de rémunérations des médecins
- Définir la nouvelle cartographie des services SAU, SMUR et antennes dans les Vosges
- Intégrer la gestion des lits à l'échelle du GHT
- Mettre au point les protocoles de prise en charge et d'orientation des patients
- Prévoir une politique de communication grand public et médecins de ville en lien avec le projet SAS

Organisation territoriale pour application des décrets et demande d'autorisation (Version juin 2024 non définitive)

	Bassin du CHOV	Bassin du CHED	Bassin du CHRT	Bassin des HMV
SAU 24h24h	x	x	x	x
Antennes en 12 h ou 24h	Vittel* 24h			Gérardmer 12h
SMUR	CHOV et Vittel	x	x	HMV et Gérardmer

Organisation transversale :

- Fédération médicale inter-hospitalières
- Orientation commune **par le SAS** (lettre d'intention en cours de travail par les SAMU avec une distinction forte des flux à mettre en œuvre entre urgence vitale et non programmé)
- Gestion des lits– bed management - territorialisée au niveau du GHT : vision en temps réel pour améliorer les orientations
- Organisation des UMH-P (CHED, CHRT, Vittel) – à mettre en réflexion sur les autres territoires
- Couverture des autres filières en liaison et SMUR : psychiatrie de liaison, sage-femmes en SMUR ….

- Le calendrier prévisionnel : date limite 29 décembre 2024
- 1er semestre (fin juin 2024) : modalités de coopération, FMIH (périmètre, acteurs), GCS (périmètre, acteurs), définition de l'organisation territoriale, protocoles de prise en charge et d'orientation des patients, gestion territoriale des lits
- 2nd semestre : mise en conformité des établissements et validation par toutes les instances (GHT et établissements) et dépôt des dossiers de demande de renouvellement,

Focus sur la cellule territoriale de gestion des lits :

Le projet de la cellule territoriale d'ordonnancement et de gestion des lits est en cours avec l'ensemble des établissements du GHT.
Le choix sur le système d'information va permettre la visibilité en tout point du territoire du nombre de lits disponibles et ce en temps réel.
La cellule territoriale d'ordonnancement des parcours patients et des lits aura comme objectifs ;

- Accompagner et superviser la mise en œuvre de la feuille de route de gestion des lits pour les établissements du GHT
- Faciliter l'articulation et les liens entre le bed manager/facilitateur de parcours basé au SAU, le coordonnateur du parcours patient sur le site de Golbey, le facilitateur de parcours du CH de Remiremont, celui des HMV et le pilote de la filière gériatrique,
- Contribuer à la bonne collaboration du CHED et du CHRT, des HMV avec les autres facilitateurs de parcours/bed manager à l'échelle du GHT des Vosges et avec l'OPP du GHT 7,
- Contribuer à la bonne coordination avec les dispositifs d'appui aux soins (HAD, SSIAD, PRADO, CPTS, CRT, DAC, …),

3. Les projets des principales filières cliniques

Les différentes filières des services de Médecine, Chirurgie, Femmes Mères Enfants seront déclinées, structurées et travaillées au sein des groupes de travail mis en œuvre après l'adoption de ce PMSP.

Filière neurologie

Le contexte est favorable depuis 2018 avec une équipe de neurologie sur le CHED – CHRT qui atteint son effectif complet et souhaite déployer la filière sur le territoire :
Les actions principales sont les suivantes :

1. Renforcer l'UNV avec l'USI-UNV à vocation territoriale au CHED avec une identification de lits de post-UNV pour faciliter les flux de patients
2. Déployer la télé interprétation des EEG et la centraliser pour tout le GHT

3. Améliorer le parcours urgences sur le territoire en rendant accessibles les avis neurologiques aux SAU, et la télé-expertise
4. Proposer des avis de spécialité
5. Déployer la télémédecine, en lien avec le CHU (thrombectomies).

Sur l'activité de spécialité neurologie dite « froide », deux objectifs principaux seront poursuivis :

1. Articuler la filière post aigu avec le SMR spécialisé de neurologie afin d'éviter l'engorgement des services et de faciliter l'accès aux soins.
2. Améliorer le parcours des patients du CHRT et du bassin Est (HMV) provenant de l'UNV en facilitant l'accès en SMR spécialisé
3. Améliorer l'accès à la spécialité neurologie pour les patients du territoire venant des bassins de Chatel et d'Avison au CHED, du Thillot et de la Déodatie au HMV, des bassins ouest au CHOV :

Actions :

- Organiser des consultations délocalisées au CHED sur le CHOV (Vittel et Neufchâteau) ainsi que sur le bassin de St Dié et du Thillot

Sur la filière neuro-gériatrique, le territoire a mis en œuvre une offre graduée satisfaisante, en lien avec le CM2R de Nancy avec deux consultations mémoires de territoire (CMT) labelisées (CHED et CHI HMV), et des consultations mémoire de proximité.

Cette organisation pourrait être déployée à l'échelle du GHT (notamment avec le CHMV) : formation, renforcement des consultations mémoires sur le territoire avec des IDE de coordination…).
Actions :

- Organisation d'un « staff-consultations mémoire »
- Autres en cours de définition

Filière cardiologie

Six axes de travail ont été définis :

1- Modernisation du système d'information en cardiologie avec nécessité d'aller vers
a. Des appareils à ECG connectés au DPI, avec transmission automatique des ECG dans le dossier patient,
b. Accès à tout cardiologue hospitalier du GHT8 aux lettres de sortie ou de suivi et aux ECG des patients du territoire, quel que soit le logiciel utilisé.

2- Création d'un groupe de travail autour de la réadaptation cardiaque
4 centres dans les Vosges : un à Neufchâteau, un à Saint Dié, un à Epinal, un à Remiremont.
Le profil patient accueilli et la typologie des séances semblent assez similaires.
Des nouveaux décrets en précisent le fonctionnement.
Visiblement les difficultés de recrutement sont partagées tout comme pour le recrutement de

Personnel paramédical en particulier de kinésithérapeutes.
Un groupe de travail constitué des médecins, et personnels paramédicaux des centres de Réadaptation permettrait de créer un lieu d'échanges, des rendus d'expériences, des possibilités de participer à des études cliniques en commun, etc.

3- Création d'un groupe de travail médecins / IPA
Les cardiologues hospitaliers voient d'un très bon œil la formation progressive d'IPA en cardiologie, ce qui libérera une partie de leur temps en déléguant certaines tâches aux IPA. Les tâches restent encore à définir : télé suivie de l'insuffisance cardiaque et des prothèses implantables ? Éducation thérapeutique ? consultation de suivi de l'insuffisant cardiaque et titration médicamenteuse ? Une IPA part en formation pour deux ans sur le CHED, une devrait être sélectionnée et partir l'année prochaine sur le CH Saint Dié.

4- Création d'un groupe de rythmologues stimulistes des Vosges
Actuellement que 4 praticiens, dont deux jeunes praticiens.
Ce groupe permettrait un soutien dans la formation de nos jeunes praticiens, en vue

- De passer le diplôme européen de stimulation cardiaque,
- de se former aux nouvelles techniques de stimulation (BBG et His) conjointement ou en parallèle
- De réfléchir à une acquisition au sein du GHT de deux baies d'électrophysiologie, une par site, pour développer ces techniques de pointe,
- De réfléchir à un travail en commun sur chaque site pour les cas patients complexes.

5- Projet de coronarographie
Objectif : obtention de l'autorisation d'un plateau de coronarographie sur le GHT et implantation de ce plateau au CHED.
Buts :

- Diminuer la morbi mortalité cardiovasculaire des Vosges,
- Optimiser la prise en charge locale des patients,
- Attirer des cardiologues pour renforcer tous les hôpitaux du GHT en présence cardiologique,
- Valoriser financièrement le séjour des patients.

Acteurs : - projet institutionnel soumis à autorisation par l'ARS dans le cadre du renouvellement du PRS 2023.
Temporalité : 18 mois : 9 mois le dossier d'autorisation, 9 mois pour la mise en action et les travaux.

6- Projet de réseau cardio-pédiatrique avec le CHU
Objectif : donner de la visibilité à notre réseau informel de prise en charge des cardiopathies congénitales des enfants et des adultes, avec le CHU en hôpital de recours et de compétence, et dans une collaboration pédiatrie/cardiologie.
Moyens :

- Ouverture d'un poste d'assistant partagé, à pérenniser avec un poste de PH (projet médical joint)
- Réunions scientifiques cardio-pédiatres et pédiatres (prévues pour la première en juin).

Filière pédiatrique

Les difficultés en termes de démographie médicale sont très importantes et les impacts de la loi Rist ont fortement déstabilisé les équilibres au sein du service alors que dans le même temps on assiste à une augmentation forte des enfants/adolescents en demande de prise en charge en lien avec des pathologies de santé mentale.
Un travail avec le CH de Ravenel pourra peut-être permettre d'améliorer ces prises en charge malgré les difficultés aussi vécues par le CH de Ravenel.

Un travail sur la PDS et l'organisation de l'offre pédiatrique au sein des CH doit être mise en œuvre : cf fiche de projet)
Un renforcement des équipes PNM pour l'épidémie de bronchiolite avec des adaptations capacitaires devra être mise en œuvre.

Filière cancérologie

Lors du précédent PMSP un certain nombre d'actions avait été prévu et celles-ci restent d'actualité et doivent être poursuivies :

1. Organiser le parcours patient quel que soit le mode d'adressage :
    - Préserver les prises en charge carcinologiques existantes sur le territoire et maintenir l'ensemble des autorisations sur les établissements du GHT Vosges
        - Existence de chemins cliniques par filière
        - Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour un examen radiologique ou une consultation
        - Nombre de RCP avec participation aux RCP départementales et avec le CHU de Nancy
        - Nombre de consultations d'annonce en les réalisant avec les critères requis
        - Nombre de patients ayant suivi une chimiothérapie/ radiothérapie
        - Nombre d'interventions chirurgicales par établissement pour les disciplines thérapeutiques autorisées
        - Nombre de PPS transmis aux patients
        - Nombre de patients du département inclus dans les essais cliniques et inclusion des patients du GHT des Vosges dans les essais clinique
        - Validation des chemins cliniques par les Directions, les Présidents de CME et les chefs de pôles des établissements MCO du GHT.
2. Privilégier, pour les traitements standards, les prises en charge sur les établissements des Vosges, au plus près des lieux de vie dans la meilleure qualité possible :
    - Favoriser l'accès aux plateaux techniques spécialisés
    - Diffuser les bonnes pratiques professionnelles
    - Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles et des outils :
        1. Nombre de patients du département inclus dans les essais cliniques thérapeutiques en cancérologie
        2. Nombre d'outils communs créés et/ou harmonisés
        3. Nombre de jours de formation à l'échelle du GHT
        4. Nombre de DPC médicaux réalisés sur l'ICL ou le CHRU de Nancy

- Limiter les inadéquations de prise en charge et le recours à des hospitalisations non pertinentes
- Coordonner les réponses d'aval du court-séjour

3. Développer les soins de support en proximité pour tout point du GHT

Filière oncologie

1. Création d'une FMIH
2. Harmoniser les PEC en tous points du territoire
3. Pérenniser l'accès aux primo-consultations de chimiothérapie pour l'ensemble des établissements MCO du GHT
4. Assurer une meilleure visibilité des parcours pour les partenaires libéraux

Filières médicales spécialisées non décrites ci-dessus

Dans la mesure des besoins en soins des populations et des demandes des établissements, l'ensemble des spécialités médicales non décrites ci dessus s'organiseront également en filières territoriales (Médecine interne, Maladies Infectieuses, Pneumologie, Hématologie, Endocrinologie, Rhumatologie, Dermatologie, HGE,, Addictologies, Allergologies, SSR/MPR)

4. Les projets des filières médico-techniques : imagerie, laboratoires et pharmacie

Le projet imagerie

Les constats

Le projet d'imagerie du GHT 8 est ambitieux et souhaite répondre aux constats effectués par l'ensemble des établissements et des professionnels du GHT.

Il s'agit de rassembler les ressources actuelles pour construire une communauté médicale et soignante forte et attractive et pérenniser les organisations efficientes en répondant aux besoins de proximité en réduisant les coûts et en améliorant la production d'imagerie et en innovant.

Aujourd'hui l'effectifs des radiologues est faible et ne permet pas d'assurer la PDS et les résultats financiers ne sont pas bons comptes tenus de la faible activité.

Enjeux du PIMM

A partir de ces constats, il s'agit donc de présenter un projet de coopération public privé permettant de structurer l'offre en se dégageant de prestataires extérieurs afin de rendre les plateaux attractifs et de développer l'activité.

Les objectifs du PIMM

- Axe n° 1 : Définir des parcours de soins lisibles garantissant la qualité et la sécurité des soins aux patients du territoire :
- Axe n° 2 : Conforter la démographie des professionnels de santé à l'échelle territoriale.
- Axe n° 3 : Développer une politique commune d'amélioration de qualité et de la sécurité des soins
- Axe n° 4 : Développer les outils et les systèmes d'informations facilitant le suivi de la prise en charge des patients et l'intervention des professionnels.
- Axe n° 5 : Adapter la gouvernance.
- Axe n° 6 : Développer la communication.

Éléments médico-économiques

Source : contrôle de gestion, année 2021 (CHOV, CHRT, CHED).

	CHOV	CHED	CHRT
TOTAL CHARGES DIRECTES	2 912 M€ dont 1,6 M€ pour charges de personnel et 1,3 M€ pour PNM	4,327 M€ dont 2,182M€ pour charges de personnel et 1,704 M€ pour PNM	3,445M€ dont 2,621 M€ charges de personnel (1,021 PM et 1,533 PNM)
CHARGES A CARACTERE MEDICAL	0,819M€ dont 0,360M€ prestataire extérieur	1,661 M€ dont 1,069 M€ prestataire extérieur	478 000 € dont 81 054 € prestataire extérieur
TOTAL PRODUITS DIRECTS	2,540 M€	2,614 M€	2,663 M€
RESULTAT SUR COUTS DIRECTS	- 0,373 M€	-1,712 M€	- 1 182 M€

Ressources humaines

	CHOV (Source CG, Mars 2023)	CHED (Source CG, Avril 2023)	CHRT (Source CG, Avril 2023)
ETP PM	2,71	6,66	4,70
ETP PNM	24,95	39	28,48

Les constats et les paris sur l'avenir

Les ressources humaines sont en tension
Le poids économique lié à la permanence des soins et à l'amplitude des équipements lourds (hors urgences) de 8h00 à 17h00 est important.

D'où :

- La nécessité de développer l'activité
- De rendre les plateaux attractifs
- De structurer l'offre de soins et s'exonérer des prestataires extérieurs
- De développer la coopération public-privé en la structurant

Des principes de coopération à partager

La PDS est une activité à couvrir en télé radiologie sur les différents sites avec une option en présentiel sur une plage horaire déterminée et régulière sur le site de référence support afin de répondre à l'activité nécessitant l'intervention médicale directe à l'instar de l'échographie ou de la radiologie interventionnelle.
Il est donc nécessaire d'organiser une PDS commune à tous les sites afin d'optimiser les moyens humains.
La continuité des soins doit être assurée à la fois en présentiel et en Télé radiologie avec une présence physique médicale dans chaque site pour couvrir l'activité de Télé radiologie (injection et contrôle des examens...) et réaliser l'activité du présentiel.

Des partenaires privés possibles et impliqués

A ce stade, la démarche projet est à enclencher avec un pilotage du Projet par les HMV au titre du GHT

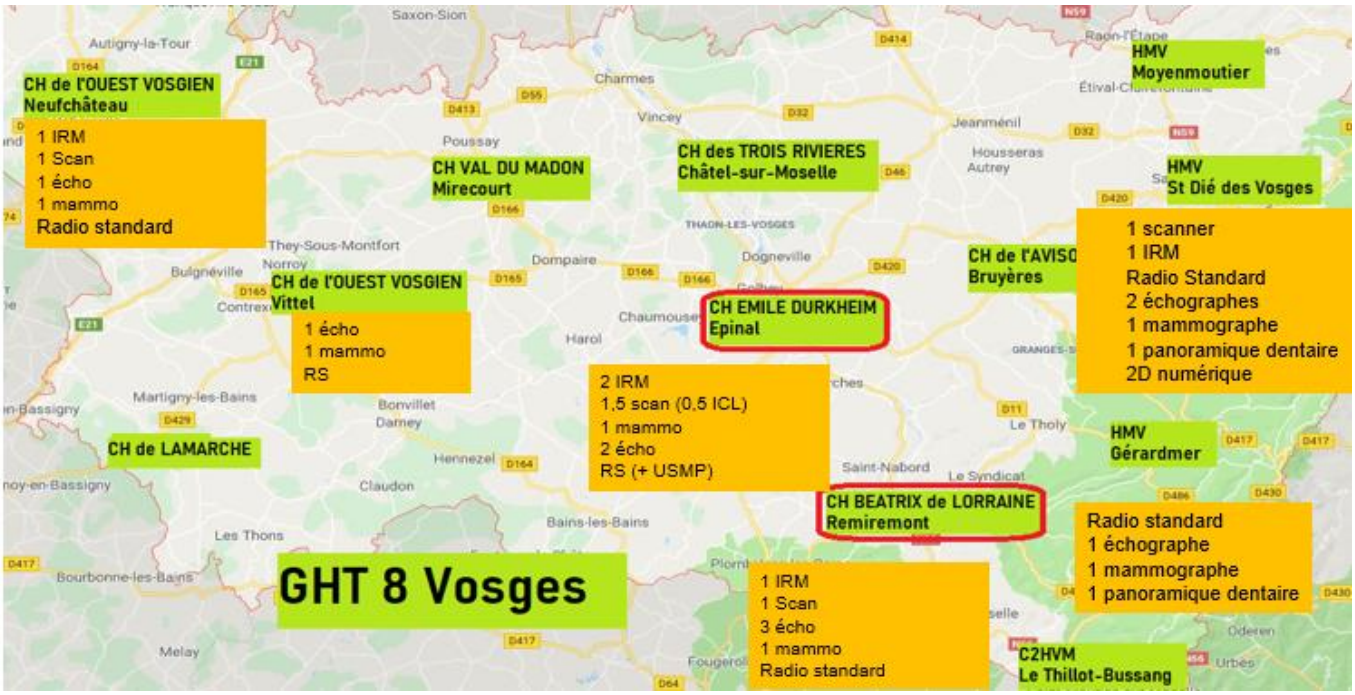
Construction de 3 GIE

Télé radiologie

Elle ne peut être réalisée, dans le cadre de la continuité des soins, que par un groupe dont un des membres est présent sur chaque site afin de répondre aux questionnements des patients, de répondre à l'urgence en cas de complication du geste

Prérequis à la constitution du PIMM

Techniques : RIS PACS communs



`Conclusion

Ce projet repose sur le principe de responsabilité et de solidarité du groupe membre avec une répartition nécessaire des plages de façon équitable et un prérequis technique qui est le fonctionnement d'un RIS PACS commun.

L'organisation des plateaux techniques de biologie : la biologie délocalisée, les plateaux d'urgence, le plateau de recours

---

L'organisation des plateaux techniques de biologie dépendra des cibles organisationnelles qui seront définies pour les maternités et les blocs opératoires.

Pré requis : pour travailler entre eux, les plateaux de biologie médicale doivent disposer d'un système informatique commun, ou à minima de système interopérable. Le travail logistique est aussi très impactant sur l'organisation.

Rappels des définitions

Biologie délocalisée

La biologie délocalisée **répond à des besoins en urgence pour des paramètres « simples »** qui ne nécessitent pas l'intervention d'un biologiste (ou d'un technicien par délégation) : marqueurs biochimiques de routine type gaz du sang, troponine, ionogramme ; numération de formule sanguine (hémoglobine, plaquette, globules blancs) mais pas de possibilité de faire une formule pour déterminer la cause des anomalies ; recherche de bactéries et virus par test rapide type Covid, virus des gastroentérites etc.
Un plateau de biologie délocalisée peut contenir environ 15-20 paramètres. Il nécessite un transfert de tâches vers les équipes soignantes (IDE ou médecins). La responsabilité reste celle du laboratoire. De part ce transfert de tâches, le **temps humain, notamment paramédical (services de soins),** est **très important** (formation/habilitation des professionnels utilisant les automates délocalisés, maintien de compétences tous les 2 ans, réalisation des examens, déclarations des NC…).
Il est indispensable de **prévoir un circuit logistique** pour envoyer les examens à un laboratoire de biologie (plateau de recours mais pas un plateau d'urgence) : **plusieurs navettes par jour**.
La réalisation des examens d'immunohématologie n'est pas réalisable et **un dépôt de sang ne peut pas être rattaché** à ce type de plateau.
Ce type de plateau peut **convenir à une antenne de service d'urgences, mais qui ne nécessite aucune transfusion. Il exclut l'activité de services transfuseurs : maternité, bloc opératoire, oncologie, etc.**
Une option peut être de mettre des paramètres d'urgence dans les SMUR pour améliorer l'orientation rapide des patients.

Plateau d'urgence

Un plateau d'urgence correspond à la mise en place d'automate de plus gros volume avec **au moins la présence d'un technicien sur site 24h/24 7j7 (soit à minima 6 ETP).** La présence d'un biologiste sur site n'est pas obligatoire mais conditionne une partie du rendu. Les examens types formules sanguines, recherche de paludisme pourront être effectués en présence d'un biologiste.

Il permet d'ouvrir le panel d'analyses, sur au moins une cinquantaine de paramètres couvrant la routine hospitalière, hors microbiologie avec culture de bactéries (antibiogrammes etc).
Un **dépôt de sang** (urgence ou délivrance) et la **réalisation des examens d'immunohématologie** sont possibles.
Il nécessite de prévoir un **circuit logistique** pour les examens complémentaires qui peuvent être urgents (adaptable selon la présence ou non d'un biologiste sur site) : **au moins deux par jour** et prévoir un circuit d'urgence si absence d'un biologiste.
Ce type de plateau peut convenir pour un centre réalisant des transfusions : MCO sans restriction. En cas de présence de service d'urgence la présence d'un biologiste est souhaitable ou organisation pour intervenir rapidement (période d'astreinte).

Plateau de recours

Laboratoire spécialisé ou non avec **présence de biologistes**, et une équipe de techniciens de laboratoire (effectif défini en fonction des examens réalisés sur le plateau)
Un dépôt de sang (urgence ou délivrance) peut être rattaché à ce type de plateau.
Il permet de couvrir l'ensemble des besoins urgents en biologie y compris la microbiologie « classique », ainsi que les transfusions.
Ce type de plateau peut convenir pour un centre réalisant des transfusions : MCO sans restriction.

Biologie : Proposition d'organisation sur le GHT 8

Axe Epinal-Remiremont

Le site d'Epinal devra rester un plateau de recours avec les réalisations d'examens de microbiologie (activité déjà centralisée).

Le site de Remiremont peut être organisé en plusieurs niveaux :

- Maintien d'activité nécessitant des transfusions 24h/24 (maternité, bloc opératoire non programmée, service d'urgence) : obligation de maintenir un dépôt de sang (urgence) avec réalisation d'examen d'immunohématologie. Ce scénario nécessiterait un plateau d'urgence.
- Maintien d'une activité nécessitant des transfusions programmées (oncologie, chirurgie programmée etc) : possibilité d'avoir un dépôt d'urgence/relais en heure ouvrable. En permanence de soins :
    - Soit utilisation d'un plateau de biologie délocalisée,
    - Soit aucune offre de biologie dans le cas d'une activité en permanence de soins avec uniquement des patients « stables ».

CHOV

Le laboratoire du CHOV présente un plateau de recours avec notamment la réalisation d'examens de microbiologie. La conversion vers un plateau d'urgence n'est pas inenvisageable, mais dans ce scénario, il faut un circuit logistique qui permet au moins 2

transferts par jour vers un plateau de recours (Epinal voire Nancy) pour la prise en charge des prélèvements. Cela nécessiterait de revoir aussi le dimensionnement du plateau de microbiologie du site spinalien (humain et matériel) pour absorber l'activité, ou de transférer l'activité de recours vers le CHRU de Nancy.
Le laboratoire dispose d'un dépôt de délivrance (comme le CHED) ce qui nécessite au moins la présence d'un plateau d'urgence.
Le site de Vittel dispose d'un plateau de biologie délocalisée.
Vu l'éloignement géographique avec les autres centres (Épinal ou Neufchâteau) ce plateau est indispensable au moins pour des paramètres type gazométrie (stabilité de maximum 30min) si certains patients peuvent se dégrader. Si le choix est de faire uniquement un centre sans patient nécessitant une prise en charge aigue, ce plateau peut être supprimé. Le panel pourra être revu en fonction de la patientèle sur ce site. Le transfert des examens hors biologie délocalisée sera à orienter soit vers Neufchâteau si présence de biologistes, soit, à défaut vers Épinal.
Le laboratoire du CHOV gère la biologie du Centre spécialisé de Ravenel et du Val du Madon. Au vu de la géographie du territoire, ceux-ci peuvent être gérés par Neufchâteau ou Épinal selon les contraintes logistiques.

HMV

Le site de Saint Dié dispose d'un laboratoire de recours et le maintien d'un dépôt de sang est obligatoire.

Organisation médicale et paramédicale

Les plateaux de recours nécessitent la présence de biologiste. Pour les éventuels plateaux d'urgence de Saint Dié et de Neufchâteau vu l'éloignement géographique la présence à minima d'un biologiste en heures ouvrables est nécessaire. Il peut être envisager une équipe commune avec aide médicale sur chaque site.
Le plateau de microbiologie peut aussi être regroupé mais ceci nécessite au moins deux navettes logistiques par jour et d'adapter le plateau de recours.
Astreinte médicale : il est envisageable d'organiser une astreinte médicale en prenant en compte les contraintes de délai pour le rendu de certains examens : rechercher de paludisme, recherche de leucémie (pédiatrie ++), méningite.
Pour le rendu sur des plateaux d'urgence des solutions techniques (biologie moléculaire, microscope numérique etc) peuvent sécuriser le rendu à distance.
Un regroupement de l'ensemble de l'activité de microbiologie pourrait permettre d'atteindre une taille critique pour faire un rendu de ces examens y compris le dimanche avec une présence sur site sur le plateau de microbiologie. Une astreinte régionale avec le CHRU de Nancy ou avec la participation des biologistes libéraux peut être envisagés.
Les plateaux d'urgence nécessitent la présence de techniciens de laboratoire à quantifier selon l'activité sur chaque site. Lors de la PDS, un minimum d'un technicien est nécessaire pour les établissements MCO. Étant donné les activités de transfusion, les astreintes ne sont pas envisageables.
Un plateau de biologie délocalisée ne nécessite pas la présence de techniciens sur site mais l'activité est déportée sur le personnel soignant. Dans ce cas, il faut cependant prévoir un temps d'entretien du plateau par l'équipe technique du laboratoire pour la maintenance des appareils, le suivi des habilitations des utilisateurs.

Sur un plateau délocalisé de taille importante c'est au moins une fois par jour.
Actuellement, les effectifs de techniciens de laboratoire ne sont pas en tension : les postes sont pourvus (ou quasiment). Mais leurs habilitations sur les plateaux nécessitent du temps.

Concernant les biologistes, des tensions d'effectif peuvent être observées, notamment sur les sites de Neufchâteau et de Saint Dié.
La constitution d'une équipe territoriale avec mutualisation des astreintes pourrait répondre à ces difficultés.

Le projet pharmacie

Le contexte

Les pharmacies à usage intérieur du GHT des Vosges répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge au sein de ses établissements sanitaires et médicaux sociaux. Elles assurent la gestion et la dispensation de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux stériles…).

Parmi les différentes mutualisations prévues par les textes, la pharmacie fait partie des fonctions à organiser en commun entre les établissements du GHT. Aussi depuis le 1er juillet 2017, un projet de pharmacie doit figurer dans chaque projet médical partagé (PMP) des GHT. Afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients et l'utilisation des produits pharmaceutiques, les activités de pharmacie clinique sont développées au sein des établissements du GHT.

La pharmacie clinique recouvre l'analyse pharmaceutique des prescriptions avec émission d'avis pharmaceutiques, la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique, les entretiens pharmaceutiques, le conseil et/ou information sur le bon usage aux patients et aux soignants, le suivi pharmaceutique.

6 Fiches actions composent le projet PUI :

FICHE ACTION	**OBJECTIF N°1 : DEFINIR UNE POLITIQUE TERRITORIALE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES A L'ECHELLE DU GHT**
REFERENCES STRATEGIQUES	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations
OBJECTIF	Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles Promouvoir l'efficience des organisations Promouvoir le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux
ETAT D'AVANCEMENT 2018	**En cours**
Description de l'action	Créer et mettre en œuvre une Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles Territoriale (COMEDIMST)
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de réunions Nombre d'audits, enquêtes réalisés
Points d'attention	Le règlement intérieur du COMEDIMS devra être soumis à l'avis du collège médical du GHT. Le COMEDIMS territorial sera en lien fonctionnel avec les groupes de travail sur les filières du PMP du GHT Vosges et la commission territoriale des achats.

FICHE ACTION	**OBJECTIF N°2 : SECURISER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT LORS DU PARCOURS DE SOINS**
REFERENCES STRATEGIQUES	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations
OBJECTIF	Prévenir ou corriger les erreurs médicamenteuses. Eviter les interruptions de traitement ou les modifications de manière inappropriée. Contribuer au bon usage du médicament Permettre une diminution du recours à l'hospitalisation Assurer une continuité médicamenteuse avec la poursuite de la conciliation des traitements médicamenteux réalisée en secteur de ville
ETAT D'AVANCEMENT	**En cours**
Description de l'action	Définir les modalités de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse sur les établissements de Santé du GHT Vosges
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de divergences

Points d'attention	Définir un plan de communication : identifier les destinataires et répertorier les supports utilisables Prévoir les modalités d'analyse des divergences et de suivi des indicateurs avec les services qualité

FICHE ACTION	**OBJECTIF N° 3 : GARANTIR LA CONTINUITE PHARMACEUTIQUE SUR LES PUI DU GHT**
REFERENCES STRATEGIQUES	Axe n° 4 : Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé
OBJECTIF	Mutualiser les remplacements pour faire face aux difficultés rencontrées par les PUI des ex-hôpitaux locaux Participer à l'attractivité du territoire en proposant un exercice multi-sites
ETAT D'AVANCEMENT	**En cours**
Description de l'action	Créer un pool de remplacement de pharmaciens et de préparateurs en pharmacie
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Existence ou non d'un pool de remplacement Nombre de professionnels qui constituent le pool de remplacement Nombre de jours de remplacements effectués par le pool de remplacement
Points d'attention	Décret n° 2017-883 du 9 mai 2017 modifiant les conditions d'exercice et de remplacement au sein des pharmacies à usage intérieur

FICHE ACTION	**OBJECTIF N°4: MUTUALISER LES STOCKS DE MEDICAMENTS ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX A L'ECHELLE DU GHT**
REFERENCES STRATEGIQUES	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations
OBJECTIF	Promouvoir l'efficience des organisations Gérer en commun les stocks et les échanges entre les différentes PUI Gérer en commun les plans d'urgences (Plans Blancs, Plans Attentas, EPRUS etc.) en lien avec le SDIS
ETAT D'AVANCEMENT	**Non débuté**
Description de l'action	Mutualiser et gérer en commun, en multi-magasins, les stocks des différentes PUI avec un logiciel commun et favoriser les échanges pour éviter les surstockages locaux et faciliter les dépannages.
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Besoins définis Crédits sollicités Implantation réalisée

FICHE ACTION	**OBJECTIF N°5 : MUTUALISER A L'ECHELLE DU GHT LA PREPARATION DES DOSES UNITAIRES DE MEDICAMENTS ET DES DOSES A ADMINISTRER POUR LES PATIENTS**
REFERENCES STRATEGIQUES	Axe n° 5 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations

OBJECTIF	Mutualiser la préparation de doses unitaires de médicaments et la préparation des doses à administrer aux patients. La préparation des doses unitaires peut se faire par sur-conditionnement, sans modifier la présentation industrielle, donc sans casser l'AMM et les conditions de conservation. Les modules de préparation peuvent être centralisés. Les modules de préparation des doses à administrer (PDA) doivent être au plus près des patients, sur les sites MCO et prendre en charge les EHPAD et structures d'hébergement autour de chaque site. La libération des préparateurs des tâches manuelles afférentes à la préparation des doses pourra faire avancer le projet de conciliation médicamenteuse et de gestion des stocks des unités de soins.
ETAT D'AVANCEMENT 2018	**Non débuté**
Description de l'action	Gérer en commun des automates de sur conditionnement des médicaments en dose unitaire et des automates de préparation des doses à administrer aux patients
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Etudes et visites faites Dossier de financement déposé Mise en place programmée

FICHE ACTION	**Objectif n°6 Regroupement des PUI**
REFERENCES STRATEGIQUES	Axe n°5 : contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques, à la modernisation des organisations
OBJECTIF	Améliorer l'efficience des PUI en les regroupant (mutualisation des moyens humains et matériels)
ETAT D'AVANCEMENT	**Avenant Janvier 2022** **En cours**
Description de l'action	Mettre à profit le décret du 21 mai 2019 sur les PUI permettant de mutualiser l'activité pharmaceutique. Les PUI de certains établissements seront transférées sur d'autres sites afin de préparer l'automatisation de la dispensation. Un circuit logistique permettra l'approvisionnement régulier des sites desservis, selon les termes du décret. Les PUI travaillant ensemble seront : • CHED – CH Val du Madon • CH Remiremont – C2HVM • CHOV – CH Lamarche • Ensemble des CH des HMV
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Diminution du nombre de remplacements
Points d'attention	Coûts des travaux de remise aux normes des PUI du CHOV et Remiremont pour correspondre aux BPPH.

FICHE ACTION	Objectif n°7 Automatisation des PUI
REFERENCES STRATEGIQUES	Axe n°5 : contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques, à la modernisation des organisations
OBJECTIF	Sécuriser le circuit du médicament grâce à l'automatisation de la PDA
ETAT D'AVANCEMENT 2018	**Avenant Janvier 2022**
Description de l'action	Mettre à profit les mutualisations de PUI pour déployer une PDA automatisée sur l'ensemble du GHT Un circuit logistique permettra l'approvisionnement régulier des sites desservis, selon les termes du décret. Les PUI travaillant ensemble seront : • CHED – CH Val du Madon • CH Remiremont – C2HVM • CHOV (Vittel) – CH Lamarche • Ensemble des CH des HMV
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	Evolution du nombre de lits en DNM
Points d'attention	Travaux à prévoir sur certains sites devant intégrer une augmentation du stock et les locaux dédiés à la PDA automatisée

5. Les projets et sujets transversaux

Le projet du système d'information du GHT des Vosges

Le système d'information au sein du GHT va structurer fortement les collaborations entre les différents sites en particulier s'agissant de la gestion des lits.

Un travail sur la convergence du DPI sera défini en second temps après la convergence des logiciels administratifs (SDSI du GHT)

S'agissant des échanges d'information plusieurs actions vont être menées :

- Élargissement de « Mon espace santé »,
- Interrelations numériques au cas par cas par spécialité (Ex: lecture des EEG, télé interprétation des ECG… / Accès DPI CHED et CHRT pour les praticiens bi-site…)
- Utilisation de plateforme / logiciels dédiés aux avis médicaux et télé-expertise (Omnidoc – Parceo…)
- Développement des téléconsultations

Les constats

Dans un souci constant de répondre aux attentes des patients et aux objectifs, les établissements du GHT des Vosges se sont engagés depuis plusieurs années dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La mise en œuvre de la politique qualité, sécurité des soins repose sur l'implication des acteurs hospitaliers en lien avec les référentiels qualité, les vigilances sanitaires.

Les tensions sur la démographie médicale et les plans de continuité d'activité nécessitent le renforcement de la vigilance de toutes les communautés professionnelles.

Un programme d'actions qualité et sécurité des soins porté au sein de chacun des établissements organise et permet le suivi de chaque action d'amélioration.

Les actions

Le GHT des Vosges avec les trois Directions qualité et sécurité souhaite mettre en œuvre un partage de la culture et des outils afin de :

- Promouvoir une culture qualité et sécurité
- Maitriser les risques hospitaliers pour renforcer une culture des risques
- Favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité des établissements en travaillant avec la Commission territoriale des usagers
- Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles pour en améliorer l'efficacité et l'efficience
- Assurer la coordination et le suivi des démarches de certification sanitaire et médico-sociale
- Accentuer les collaborations, en s'articulant notamment autour des Fédération Médicales Inter-Hospitalières et des Permanences de Soins.

D'ores et déjà, suivant les objectifs du Schéma Directeur Informatique, les établissements convergent vers l'usage d'un outil identique ENNOV. Cela va permettre de s'orienter vers des modes de travail communs, favoriser le travail en réseau et faciliter le partage et la mise à disposition de documents, dans l'objectif de permettre la gestion de la qualité et la gestion des risques concernant les axes et sujets partagés.

Le Plan de Continuité des Activités HMV, vise à la résolution des problématiques de continuité potentielles en se basant sur 5 principes généraux :

- Les HMV assurent la continuité en priorisant le maintien de l'ensemble des activités programmées ;

- Les HMV assurent la continuité en visant le maintien du fonctionnement des services et spécialités au sein de tous ses sites ;
- Les HMV assurent la continuité en ancrant/préservant les équipes médico-soignantes des services de soins dont notamment l'affectation dans ses différents sites pour tenir dans la durée ;
- Les HMV assurent la solidarité territoriale départementale en se préparant à une augmentation du flux patient provenant du territoire Centre et Ouest Vosgien ;
- Les HMV assurent la continuité en priorisant le recours aux soins d'urgence sur le territoire de la Déodatie et de Gérardmer (SMUR, SAU, SNP).

A cette fin l'ensemble de la communauté médicale sous l'égide de son président de CME agit pour garantir au bassin de population le maintien de l'accès aux soins et éviter les ruptures en santé. Ces actions se concrétisent au travers d'un système de sécurisation des organisations médicales garantissant la PDSES.

Le PCA est mis à jour régulièrement, dès nécessité d'ajout d'éléments d'organisation. La dernière version de notre PCA date de février 2024, incluant le PCA Maternité, en lien avec les recommandations du Réseau Périnatal Lorrain.

Le projet recherche

Le contexte et les constats

Le rapport IGAS 2023, sur l'Universitarisation du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville a introduit des réflexions importantes sur les questions d'universitarisation territoriale comme facteur d'attractivité.

« ***L'universitarisation territoriale est bien présente dans les modalités de création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans le cadre d'un régime de convention entre les CHU établissements supports, centres hospitaliers supports de GHT et UFR de médecine, elle devrait faire l'objet d'un examen attentif.***

Elle conditionne en grande partie la qualité de la formation des étudiants et leur motivation à s'installer dans des villes moyennes ou des territoires moins accessibles que ceux des grandes agglomérations ou métropoles. »

Recommandation n°1 Porter une réflexion sur l'organisation des réseaux universitarises territoriaux et définir un cadre national en vue de répondre aux attentes des territoires et aux besoins de santé (ministères de la santé et de la prévention, de l'enseignement supérieur et de la recherche).

Ce rapport est vu comme une opportunité par le GHT des Vosges qui au-delà des tensions démographiques pense que les sujets de recherche doivent être développés pour la population des Vosges mais aussi comme facteur d'attractivité pour les médecins et les soignants.

Présentation du projet de recherche du GHT des Vosges :

Ainsi dans le cadre de l'orientation 1 du PMSP le choc d'attractivité, il est prévu de conduire une réflexion sur une convention avec l'Université de Lorraine afin de voir comment un travail plus collaboratif pourrait aider à une meilleure attractivité des étudiants du territoire et pour les praticiens qui choisissent les Vosges.

Dans le cadre du projet attractivité et compte tenu des travaux avec l'Université de Lorraine, La CMG du GHT Vosges souhaite donc **promouvoir un axe transversal sur le développement de la recherche.**

Les besoins identifiés à ce stade sont :

- De faire l'inventaire et la cartographie des acteurs actuels et potentiels de la recherche (médicale, paramédicale, etc.)
- De lister les thématiques de recherche potentielles et d'évaluer les capacités d'investigation
- D'Identifier les indicateurs d'activité pertinents en réactivant le recueil d'indicateurs SIGAPSSIGREC
- D'évaluer l'activité d'investigation associée via les conventions hospitalières
- De fédérer autour du projet les praticiens et les soignants en identifiant les réseaux internes et externes, les réseaux extrahospitaliers, les réseaux ville-hôpital

L'objectif de cette première action est d'avoir un point d'entrainement et un socle d'acteurs pour engager les actions suivantes

A partir de ce premier point, il est prévu de structurer la gouvernance et de commencer la structuration du projet avec :

1. La mise en place d'une structure centrale d'une unité de recherche clinique
2. Le rattachement de l'URC au GHT
3. La mise en place d'un Comité de Pilotage Stratégique, avec implication de la Direction et de la Communauté Médicale et paramédicale
4. Mise en place d'un Comité opérationnel resserré

La gestion financière du projet et le suivi des conventions permettra de suivre le budget et les indicateurs :

1. Mise en place d'une UF
2. Règles de gestion financière
3. Centralisation de la gestion des conventions d'association à des recherches (Guichet Unique)
4. Soutien du contrôle de gestion

L'animation scientifique sera structurée comme suit :

1. La constitution d'un Comité Scientifique pour la détection, l'animation et l'accompagnement
2. La mise en place des canaux de diffusion d'information sur la recherche
3. Organisation d'ateliers, journal club, etc. pour développer la culture de la recherche
4. La création d'une Newsletter
5. Le développement de l'activité de formation à la recherche à partir de ressources externes.

Les prochains pas du projet vont consister :

- Rédaction des fiches actions (KDP, JRL et AD)
- Présentation en comité recherche
- Identification de l'administrateur logiciel SIGAPS-SIGREC
- Création d'un groupe projet pour la préfiguration
- Établissement des objectifs et des indicateurs

6. Les résultats financiers du GHT des Vosges et la soutenabilité de l'investissement

Les résultats financiers 2022 du GHT montrent la grande difficulté du GHT du fait d'un manque d'activité qui fuite vers la Meurthe et Moselle.

Ces résultats mettent en péril la soutenabilité en matière d'investissement car les CAF sont en grande majorité négatives

COMPTE FINANCIER 2022	TOTAL CHARGES	TOTAL RECETTES	RESULTAT	CAF
CH Emile Durkeim	209 121 387,42 €	192 924 193,82 €	- 16 197 193,60 €	- 7 760 569,57 €
CH REMIREMONT	86 187 953,63 €	80 030 691,21 €	- 6 157 262,42 €	- 4 820 589,81 €
CHI HMV	152 667 969,46 €	148 456 258,92 €	- 4 211 710,54 €	1 541 994,80 €
CH OUEST VOSGIEN	101 702 141,59 €	92 602 848,07 €	- 9 099 293,52 €	- 5 798 200,21 €
CH DE L'AVISON	15 662 687,59 €	15 822 423,61 €	159 736,02 €	1 062 742,26 €
EHPAD BRUYERES	4 396 528,53 €	4 423 150,92 €	26 622,39 €	312 880,10 €
CH TROIS RIVIERES	13 753 381,96 €	14 097 499,19 €	344 117,23 €	1 593 813,13 €
EHPAD FOYER LE FORFELET (Corcieux)	3 215 857,59 €	3 233 215,54 €	17 357,95 €	231 194,39 €
C2HVM CH Haute Vallée Moselle (Le Thillot/Bussang)	20 628 411,05 €	18 942 424,63 €	- 1 685 986,42 €	- 968 612,06 €
CH LAMARCHE	9 388 940,16 €	9 135 024,86 €	- 253 915,30 €	279 404,56 €
CH VAL DU MADON	21 207 013,78 €	20 389 834,91 €	- 817 178,87 €	- 392 102,47 €
TOTAL GHT	**622 269 585,17 €**	**584 235 142,07 €**	**- 37 874 707,08 €**	**- 14 718 044,88 €**

Quelles actions à mettre en œuvre pour diminuer fortement les impasses budgétaires ?

- Une activité trop basse pour les plateaux techniques tels qu'ils sont organisés

- Une fuite importante qu'il serait possible de diminuer si les effectifs médicaux et paramédicaux le permettaient

Le PMSP présenté ici doit permettre sur les 3 à 5 ans de pouvoir structurer le territoire avec les plateaux techniques qui soient sécurisés et qui permettent une meilleure attractivité pour les professionnels.
Ceci devrait permettre d'améliorer les reprises des fuites et de permettre au territoire des Vosges de proposer une meilleure réponse en santé pour les habitants.

PARTIE 2 : MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DU GHT DES VOSGES

Compte tenu de l'importance des chantiers à mettre en œuvre et ce dans un temps limité tant au niveau du choc d'attractivité que des soins de proximité et de la sécurisation des plateaux techniques, le GHT des Vosges souhaite organiser un mode projet du PMSP avec :

- La nomination d'un chef de projet et d'un chef de projet adjoint
- La constitution de comité de pilotage et de suivi
- La nomination des médecins et directeurs du GHT en responsabilité des groupes de travail et des filières.
- L'aide de personnalités de niveau national
- Enfin l'aide de l'ANAP qui est en cours de détermination

Une comitologie va être mise en œuvre en intégrant l'appui d'aides extérieures : des personnalités de stature nationale, l'ANAP, l'ARS GE, L'Université de Loraine, le Conseil Régional, les élus, les représentants des usagers.

1. L'installation d'un mode projet spécifique pour mettre en œuvre les orientations du PMSP

Les principes directeurs :

Compte tenu des évolutions prévues dans le PMSP 2024/2029 les exécutifs des établissements des Vosges souhaitent proposer une méthode participative et transparente en lien avec l'ARS GE tout en préservant le rôle de chacun.

Cette méthode va s'appuyer sur plusieurs principes :

1. La participation des personnels médico-soignants afin que la mise en œuvre du PMSP puisse être coconstruite.
    - Identification d'un pilote de filière avec des membres participants au groupe de travail (1 ou 2 représentants par établissement)

2. La communication du PMSP afin que chacun puisse être informé en temps réel des travaux qui vont s'étendre sur plusieurs années

3. L'intégration d'une expertise médicale nécessaire à l'aboutissement des travaux sur les plateaux techniques ; cette expertise ne devant pas prendre des décisions à la place des exécutifs mais bien éclairer les scénarios à proposer.

4. Une clarification des rôles entre l'ARS GE et les exécutifs des établissements des Vosges afin que ceux-ci puissent proposer des scénarios d'organisation à l'ARS à qui reviendra le soin de décider in fine en lien avec les représentants politiques du territoire

1 la participation des personnels à la mise en œuvre du PMSP 2024/2029

Les projets du PMSP sont nombreux ; ils vont être rédigés par des groupes de travail médico-soignants.
Un appel à candidature pour la constitution de ces groupes va être lancé dès le vote portant sur les axes du PMSP. Ils travailleront à partir d'une lettre de mission et d'un calendrier.
Un chef de projet administratif Mme Marion aidée par un chef de projet adjoint venant des HMV coordonnera l'ensemble des travaux. Ils travailleront en parfaite collaboration avec les experts médicaux nommés.

Ces groupes de travail permettront l'élaboration partagée :

- D'un contrat pluri-annuel sur la démographie médico-soignante et formation des établissements avec l'Université de Lorraine, le Conseil Régional et l'ARS GE,

- Des futures organisations que ce soient les nouvelles modalités des structures SMR, d'HAD, la construction de la filière soins palliatifs, l'étude sur de nouveaux établissements de proximité,

- Les réorganisations des plateaux techniques en périnatalité ou chirurgie (les urgences et le PIMM).

Sur certains groupes où les scénarios d'organisation sont plus complexes, le GHT va faire appel avec l'accord de l'ARS GE à des experts nationaux et à l'ANAP.

2. Un plan de communication en cours d'élaboration afin que les différents publics soient informés en temps réel au fur et à mesure de l'avancement des travaux

Le message principal sera orienté à partir du slogan suivant :

« **Vers un nouvel élan pour la santé dans les Vosges »**

- En augmentant le nombre de professionnels de santé et en donnant envie aux médecins et soignants vosgiens de venir et de rester dans le territoire

- En offrant plus de services en proximité pour que les Vosgiens puissent trouver les bonnes réponses aux bons endroits pour leur problème de santé soit là où ils vivent.
- En augmentant la qualité de tous les plateaux techniques afin de préserver la qualité et la sécurité des soins pour les personnels et les patients et en garantissant les meilleurs soins aux Vosgiens

Ce plan de communication va s'adresser à plusieurs publics :

En interne :

- **Tous les médecins et les cadres de santé**
- **Tous les directeurs et cadres administratifs et techniques**
- **Tous les représentants du personnel**
- **Tous les représentants des usagers**

- En externe :
  - La population en passant par les associations
  - Les représentants politiques cf comitologie + séminaire à l'instar de celui de septembre 2023 avec élargissement possible.
  - Les professionnels de santé libéraux et autres partenaires du soin (médecins libéraux, pharmaciens, sages femmes IDE MK) + les 4 CPTS et le comité territorial de santé des Vosges (lien avec Contrats locaux de santé)
  - La presse
  - Les partenaires hospitaliers

Les méthodes de communication seront diversifiées à partir d'un calendrier et de jalons de communication. Elles pourront être différentes selon le public visé

- Les conférences de presse
- Les réunions avec supports
- Les réseaux sociaux : par exemple Facebook du PMSP
- Les sites Internet des hôpitaux du GHT
- Lettres d'information envoyées à tous les responsables du territoire :
  - Le Conseil Départemental
  - Le Conseil Régional
  - Les Maires et les Présidents des communautés de communes

- L'Université de Lorraine
- Les associations de patients
- Les médias avec les journaux locaux

3. L'intégration d'une expertise nécessaire à l'aboutissement des travaux sur les plateaux techniques

Compte tenu des difficultés de certaines thématiques il est apparu nécessaire de faire appel à des expertises externes afin de pouvoir préparer sereinement des scénarios de réorganisation.

- Des experts médicaux et administratifs seront de stature nationale et devront permettre étant donné leur position un éclairage et une conduite dans les réflexions dont l'arbitraire ou les passions seront exclues.
- L'ANAP – avec une vision 360° des activités

Cependant les membres du GHT souhaitent insister sur le fait que cette expertise ne devra pas prendre des décisions à la place des exécutifs mais devra éclairer les scénarios à proposer.

2. Les 3 axes du PMSP : Choc d'attractivité, renforcement des soins de proximité, réorganisation des filières urgences, périnatalité et plateaux de chirurgie

La mise en œuvre des fiches projets de réorganisation des filières

Les travaux sur les réorganisations des filières : 3 chantiers prioritaires

La périnatalité et liens avec l'HAD, les MG et les Sages femmes libérales	Les plateaux techniques : chirurgie, anesthésie et soins critiques	Les urgences et les SAS (généraliste et psy)

Les axes d'organisation des autres filières médicales : cardiologie, neurologie, pneumologie, sénologie, Autres …

1. Le "choc" d'attractivité : Attractivité et recrutement :

- **Contrat avec l'Université de Lorraine et Conseil Régional : actions à moyen et long terme :** études décentralisées, études promotionnelles compte tenu de l'attractivité du Luxembourg

- **Recherche clinique et innovation (robotisation, IA…)**

- **Fidélisation des personnels : actions bien-être au travail et communication sur les axes du PMSP**

- **Attractivité et recrutement** : « Les Hôpitaux voient la vie en Vosges », comité de recrutement, dispositifs de rémunérations, primes incitatives, Dispositifs de formation CEPS, première année de médecine…)

2. Les soins de proximité en lien avec les médecins libéraux, les CPTS et les DAC Liens avec les SSIAD et infirmières libérales Les plateaux médico-techniques

- **La gradation en médecine polyvalente et les hôpitaux de proximité** : liens CPTS et DAC et HAD

- **Les SMR et les spécialisations**

- **La gériatrie et la gérontopsychiatrie**. : lien DAC et CPTS et Urgences et le BED management

- **La gradation des soins palliatifs : USP, EMSP et maisons soins palliatives**

- **Le projet en santé mentale** avec focus sur les équipes de liaison, la pédopsychiatrie, et l'addictologie

- **L'HAD** de territoire avec le projet GCS autorisations incluant les demandes nouvelles ante et post partum et enfants de moins de 3 ans

3. **Les nouvelles orientations du secteur médico-social : regroupement des EHPAD et virage domiciliaire (CRT)**

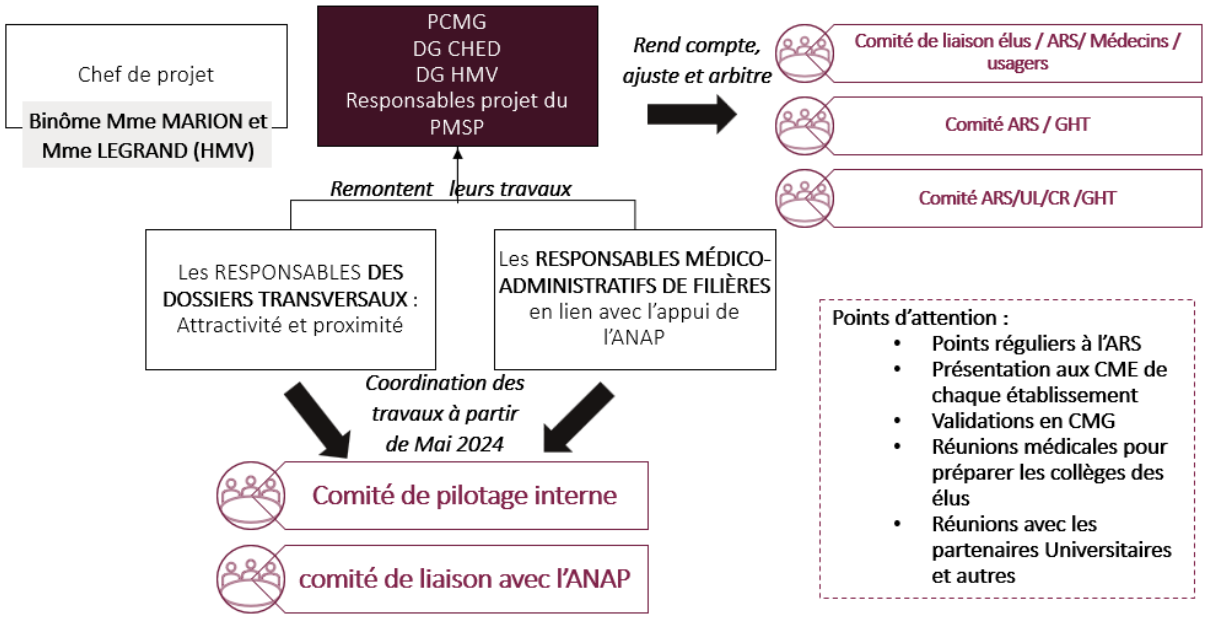
La convergence des systèmes d'information

1. **Médico-technique** : PUI, imagerie (PIMM et 3 GIE), laboratoire + Pharmacie
2. **La convergence des SI**

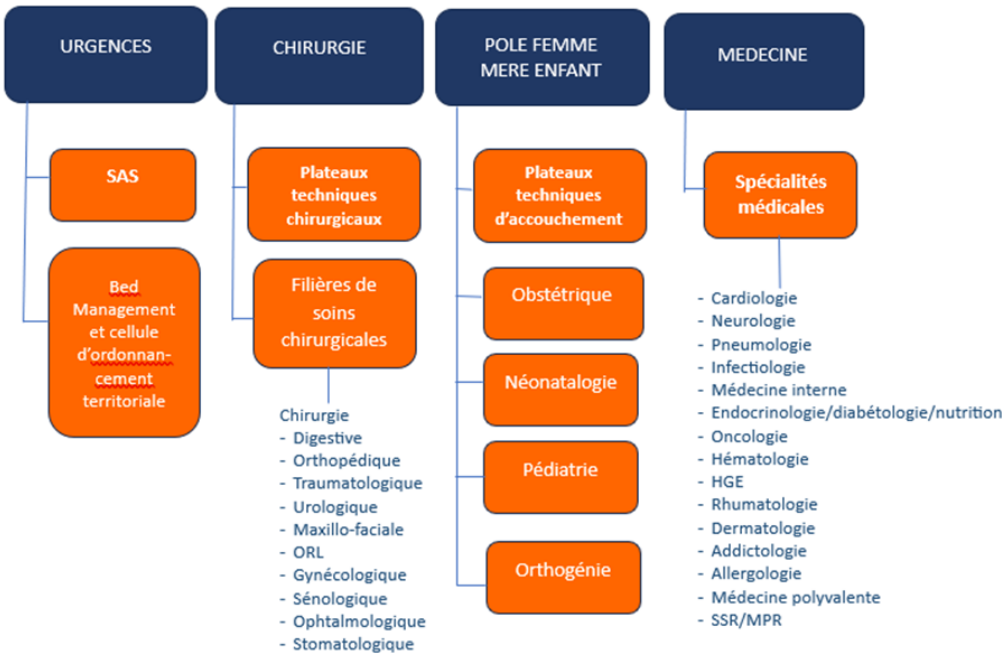
3. Le management et la comitologie en mode projet

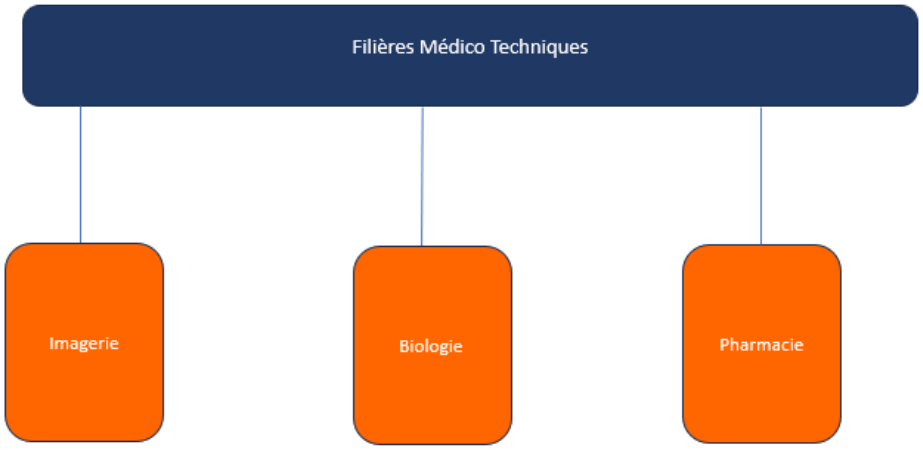
Quels fondements et quels modes opératoires ?

Des responsables vont être désignés de façon à installer les chefferies de projets par filières et à débuter les travaux dès le début du mois de septembre pour des premiers rendus dès le premier trimestre 2025 pour les chantiers prioritaires

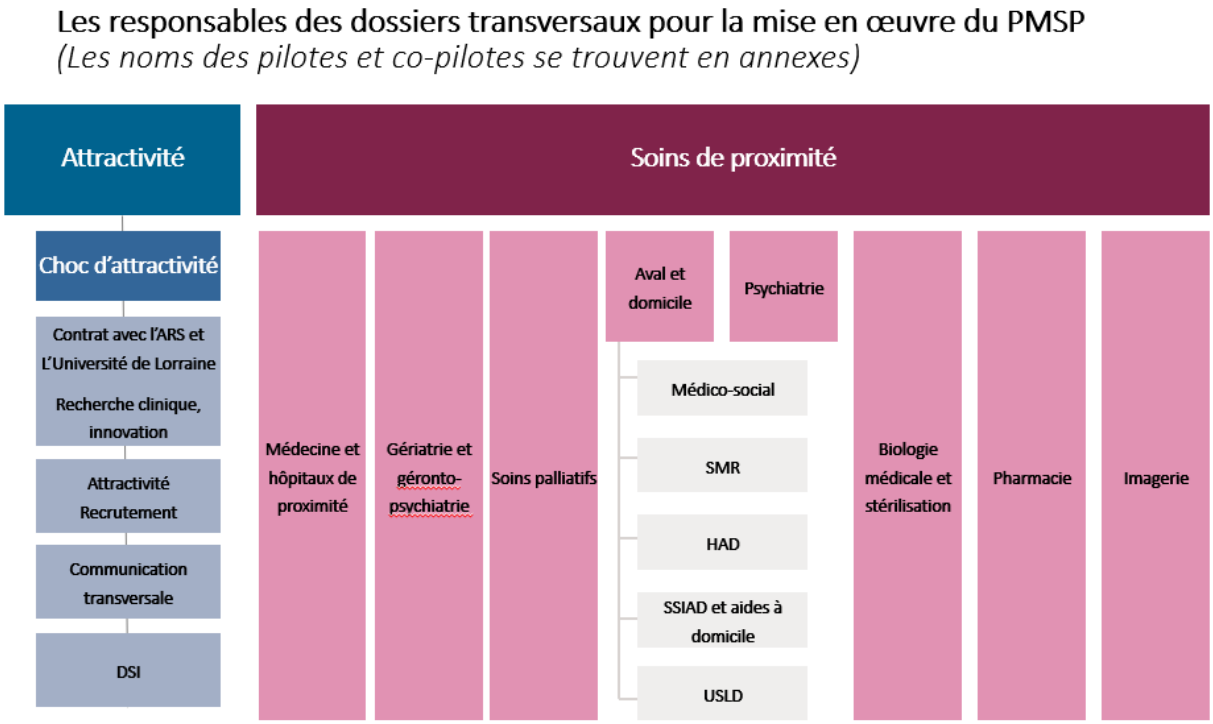


Les RESPONSABLES MÉDICO-ADMINISTRATIFS DE FILIÈRES pour la mise en œuvre du PMSP : les binômes médico-administratifs
(les noms des membres désignés par les établissements membres se trouvent en annexe ; les pilotes et copilotes seront désignés lors de la 1ère séance de travail)





Les RESPONSABLES DES DOSSIERS TRANSVERSAUX pour la mise en œuvre du PMSP : (non exhaustif à ce stade)



Communication sur le projet

Un plan de communication est en cours de préparation et sera annexé au présent document.

4. Le calendrier intégré du PMSP

Echéancier prévisionnel de la mise en œuvre du PMSP sur les trois filières suivantes

	2024	2025		2026	
	S1-2	S1	S2	S1	S2
Filière urgences	**Appui SFMU**		Suivi mise en œuvre plan actions		
Filière périnatalité	**Appui national**		Suivi mise en œuvre plan actions		
Plateaux de Chirurgie	**Appui dont ANAP ?**		Suivi mise en œuvre plan actions		

SEPTEMBRE A DECEMBRE 2024 :

- Constitution des équipes projets et organisation des séances de travail (3 à 4 séances)

JANVIER A MARS 2025 :

- Premières propositions de travail sur les nouvelles organisations

MARS 2025 A JUIN 2025 :

- Validation du scénario des nouvelles organisations

Échéancier des mises en œuvre pour les autres groupes de travail

	2024	2025		2026	
	S1-2	S1	S2	S1	S2
Attractivité			Suivi rapproché de la mise en œuvre		
Proximité			Suivi rapproché de la mise en œuvre		

SEPTEMBRE À DÉCEMBRE 2024

- Sur attractivité :
- Sur proximité :
    - Constitution des équipes projets et organisation des séances de travail (3 à 4 séances en lien avec le renouvellement ou la demande de nouvelles autorisations sur les SMR et sur l'HAD)

JANVIER A JUIN 2025 OU DECEMBRE 2025

- Mise en œuvre sur le premier semestre 2025 ou le second semestre en fonction des avancées des groupes de travail et des calendriers donnés par l'ARS sur le dossier USLD et les nouvelles labellisations des hôpitaux de proximité

5. Les instances de validation du PMSP

Le PMSP sera voté par les instances du GHT :

- Commission Médicale du GHT
- Commission des usagers du GHT
- Commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du groupement

Il sera soumis à toutes les instances des établissements du GHT et Il devra être voté à l'unanimité afin de traduire notre volonté de consensus, de partage et de dialogue.

Le projet médico-soignant partagé sera enfin sera proposé à l'ARS afin de prendre les décisions Adhoc dans le cadre de la régulation de l'offre de soins.

Dans le suivi et l’évaluation des orientations du projet médical partagé du GHT, plusieurs Comités de pilotages seront mis en œuvre, à la fois sur les orientations transversales et sur les filières prioritaires
Ils auront la charge de suivre l’élaboration et l’intégration de l’ensemble des actions qui découlent des orientations du projet médical partagé.

Celles-ci seront validées par la CMG et leur avancée sera suivi selon un calendrier de mise en œuvre révisé et validé annuellement.

Annexes

Liste des annexes :

- *Annexe 1 : Délibération de la CME d'Épinal du 12 mars 2024 et les dépêches APM sur les problématiques des maternités*

- *Annexe 2 : Taux d'équipement en soins polyvalents et de spécialités en médecine et HAD*

- *Annexe 3 : Portrait de territoire des Vosges – ARS Grand Est – Année 2023*

- *Annexe 4 : Identifications des pilotes et co-pilotes des groupes de travail sur le PMSP*

- *Annexe 5 : Les fiches perspectives de travail*

Annexe 1 – Délibération de la CME du 12 mars 2024 et les dépêches APM sur les maternités : recommandations des sociétés savantes :

CENTRE HOSPITALIER ÉMILE DURKHEIM

Avis n°01/2021 **Présentation méthodologie PMSP**

Epinal, le 12 mars 2024

Le Projet Médical et de Soins Partagé ayant été présenté par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Monsieur le Docteur Jean-François DEFOIN,

LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DECLARE :

- Avoir pris connaissance du PMSP du GHT8,

- Avoir constaté l'absence d'élément concret, des risques imminents de ruptures des activités indispensables pour la population du sillon de la Moselle vosgienne et particulièrement pour les activités de périnatalité,

- Retenir notoirement les éléments suivants :

- La nécessité de construction d'équipes dotées au minimum de 6 à 7 praticiens afin d'assurer une permanence de soins, notamment et impérativement sur les spécialités de plateaux techniques lourds, dans des conditions d'organisation qui répondent aux attentes des générations actuelles.

- La nécessité, en corollaire, de garantir au bassin de patientèle une pratique de performance et de sécurité des prises en charge telles qu'attendues par les générations actuelles de praticiens et conformes aux données acquises de la médecine

- Aux regards des attentes précédentes, l'affirmation d'une **unique maternité** sur le sillon de la Moselle –sur le site d'Epinal – dans une organisation concertée de la périnatalité sur le territoire de ce sillon de la Moselle avec l'ensemble des équipes qui y contribuent actuellement,

- L'indispensable évolution de la permanence des soins ayant trait aux spécialités chirurgicales telle que décrite dans le projet médical commun des Hôpitaux d'Epinal et de Remiremont et présenté à Madame la Directrice de l'ARS GE le 28 septembre 2021.Il s'agit de l'ultime chance de démontrer la viabilité et la pérennité d'un site chirurgical de plein exercice sur l'établissement de Remiremont.

  A défaut la communauté médicale d'Epinal souhaite retrouver l'intégralité de ses permanences de soins pour les spécialités chirurgicales en se tournant vers d'autres coopérations afin de rendre de l'attractivité à l'"établissement plus particulièrement pour la spécialité d'anesthésie réanimation.

- La nécessité d'un plateau de coronographie, composante indispensable à la consolidation d'une équipe de cardiologie de territoire, afin de répondre en étroite collaboration avec les équipes du GHT 7 aux demandes du territoire vosgien qui constituent prés de 40% de leurs activités.

- La poursuite du travail de recomposition des urgences, dans le cadre de la mission confiée à Monsieur le Professeur Tahar Chouihed et à Monsieur Henri Mennecier.

-Alerter solennellement sur les risques d'aggravation majeure de la désertification médicale de l'ensemble des sillons lorrains du GHT 8 qui résulterait de la poursuite de la balkanisation des activités de spécialités sur le sillon de la Moselle Vosgienne.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement

Monsieur le Docteur Jean François DEFOIN

Les dépêches APM sur les maternités :

©1989-2024 APM International -
https://www.apmnews.com/depeche/0/408334/perinatalite-150-deces-lies-a-des-evenements-indesirables-graves-lies-aux-soins-chez-les-parturientes-entre-2017-et-2021-%28has%29&usid=219742

DÉPÊCHE - Jeudi 21 mars 2024 - 18:02

Périnatalité: 150 décès liés à des évènements indésirables graves liés aux soins chez les parturientes entre 2017 et 2021 (HAS)

Mots-clés : #gynéco #agences sanitaires #obstétrique-périnatalité #qualité-sécurité des soins #HAS #Parlement #pédiatrie

PARIS, 21 mars 2024 (APMnews) - Les évènements indésirables graves liés aux soins (EIGS) survenus chez les femmes enceintes entre 2017 et 2021 ont entraîné un décès dans plus de la moitié des cas, selon des données présentées par la Haute autorité de santé (HAS) mardi à la mission d'information sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale du Sénat.

La mission d'information mise en place à l'initiative du groupe du Rassemblement démocratique et social européen vise à répondre à une double préoccupation, sur l'équité d'accès au suivi périnatal et les conditions d'accouchement en cas d'éloignement, face à la fermeture de nombreuses maternités, d'une part, et d'autre part sur les raisons de la dégradation de la situation sanitaire périnatale en France, qui a reculé dans les classements internationaux, depuis une dizaine d'années. Elle devrait rendre ses travaux "avant l'été".

La mission a débuté ses auditions mardi avec le Dr Pierre Gabach, adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et chef du service bonnes pratiques de la HAS (cf dépêche du 21/03/2024 à 17:55).

Une analyse des évènements indésirables graves liés aux soins (EIGS) concernant les femmes enceintes a été réalisée entre 2017 et 2021 par la HAS, à partir des déclarations faites par les équipes aux agences régionales de santé (ARS) et remontées à la HAS, a-t-il rapporté à cette occasion, soulignant que ces données ne sont pas exhaustives et n'ont aucune valeur épidémiologique, la déclaration étant faite sur la base du volontariat.

Entre mars 2017 et décembre 2021, 269 EIGS ont été remontés chez des parturientes: 141 concernaient l'enfant, 102 la mère, et 26 les deux. Plus de la moitié de ces événements (55%) ont eu pour conséquence un décès: 110 décès infantiles et 40 décès maternels.

Les causes sont jugées évitables, par les équipes elles-mêmes, dans 51% des cas. La principale cause, tel que mentionné par les équipes elles-mêmes (sans interprétation de la HAS ou des ARS), est un défaut ou un retard de prise en charge, tel qu'un retard d'extraction du fœtus, ou un retard de prise en charge en post-partum, avec des hémorragies du post-partum (HPP) notamment.

Il y a ensuite les retards de diagnostic et les erreurs médicamenteuses.

Dans les causes décrites, des facteurs sont associés aux complications: l'état de santé de la parturiente, les facteurs sociaux, les protocoles indisponibles ou non adaptés ou non utilisés (les recommandations ne sont pas connues ou ne sont pas appliquées), les difficultés d'organisation dans le service, dans la charge de travail, dans les locaux (communication difficile entre salle de naissance et bloc opératoire pour césarienne en urgence, liée à un problème d'architecture), et la présence de personnel non habituel (intérimaires, personnels en formation).

Il n'est cependant pas possible de relier un effet indésirable à un établissement précis ni à un type d'établissement selon le nombre d'accouchements par exemple, les données étant anonymisées au niveau de la HAS, a précisé le Dr Gabach.

cd/ab/APMnews

[CD8SAPC93]
GYNECO-REPRO-UROLOGIE

Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2024 APM International - https://www.apmnews.com/depeche/0/408334/perinatalite-150-deces-lies-a-des-evenements-indesirables-graves-lies-aux-soins-chez-les-parturientes-entre-2017-et-2021-%28has%29&usid=219742

©1989-2024 APM International -
https://www.apmnews.com/depeche/0/408614/perinatalite-le-modele-base-sur-un-plateau-d-accouchement-et-des-services-de-proximite-plebiscite-par-les-societes-savantes&usid=219742

DÉPÊCHE - Jeudi 28 mars 2024 - 19:09

Périnatalité: le modèle basé sur un plateau d'accouchement et des services de proximité plébiscité par les sociétés savantes

Mots-clés : #gynéco #établissements de santé #psychiatrie-santé mentale #santé publique #obstétrique-périnatalité #qualité-sécurité des soins #Parlement #pédiatrie #sociétés savantes #Europe #urgences-PDS #ressources humaines #hôpital #CHU-CHR #Espic #clinique #santé au travail #médecins #paramédicaux #sages-femmes #dépression-anxiété

PARIS, 28 mars 2024 (APMnews) - L'organisation des maternités des pays du nord de l'Europe comme la Suède, basée sur un plateau d'accouchement de haut niveau et des centres de proximité, est un modèle dont il faudrait s'inspirer, est-il ressorti de l'audition des représentants des sociétés savantes de professionnels de la santé périnatale qui s'est tenue mardi soir au Sénat, dans le cadre de la mission d'information sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale.

Le but de cette mission, mise en place à l'initiative du groupe du Rassemblement démocratique et social européen (RDSE), est de répondre à une double préoccupation de santé publique: la dégradation de la situation sanitaire périnatale de la France depuis une dizaine d'années et la fermeture des petites maternités. La mission devrait rendre ses travaux d'ici à début juillet.

"Nos auditions de la Haute autorité de santé (HAS) et de Santé publique France, et notre visite à l'hôpital Robert-Debré (Paris, AP-HP) la semaine dernière, nous ont permis de dresser un premier état des lieux global de la santé périnatale en France", a rappelé Annick Jacquemet, sénatrice du Doubs (Bourgogne-Franche-Comté), membre du groupe Union centriste et présidente de la mission (cf dépêche du 21/03/2024 à 17:55 et dépêche du 21/03/2024 à 18:02).

"La France est très déclassée en termes de mortalité anténatale et de mortalité post-natale", a indiqué le Pr Jean-Christophe Rozé, président de la Société française de néonatalogie (SFN), appelant "à compter les morts". "Cinq bases de données existent, mais ne sont pas connectées entre elles. Nous sommes l'un des rares pays européens où l'on peut compter les morts mais sans pouvoir y rattacher une histoire médicale."

Pas de pilote dans l'avion

A plusieurs reprises au cours de l'audition, a été évoqué le fait que les jeunes médecins souhaitent davantage travailler en équipe et privilégier un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle avec un nombre de gardes limité. Cette "modification sociétale majeure" nécessite une "restructuration profonde", comme ce qui a été fait dans les pays d'Europe du Nord, qui présentent les meilleurs chiffres en termes de mortalité infantile.

Cette évolution est à mettre en regard de la permanence des soins. "Pour assurer la sécurité dans une maternité, vous avez trois permanences des soins: obstétrique, anesthésie et pédiatrie", a noté Jean-Christophe Rozé, soit un total de 21 équivalents temps plein (ETP), en considérant un nombre minimal de sept ETP par service, probablement insuffisant.

En l'état, la plupart des petites maternités n'ont pas le personnel nécessaire pour assurer les soins en toute sécurité. "Moi, ça ne me gêne pas que des petites maternités persistent, ce qu'il faut savoir c'est qu'on le paie à 1 pour 1.000." Et d'expliquer: "Globalement, dans le bas risque, même si vous sélectionnez au mieux [les patientes, NDLR], tous les 1.000 cas, vous avez un pépin non prévu." Et si un médecin n'est pas disponible pour

intervenir rapidement, "c'est trop tard".

Jean-Christophe Rozé a également fustigé le recours aux intérimaires. "Il y a un consensus des praticiens pour dire qu'une équipe avec des 'mercenaires', c'est dangereux. Si les gens ne se connaissent pas, ils ne peuvent pas faire face aux risques majeurs."

Concernant les soins critiques néonatals, le président de la SFN a déploré une offre insuffisante, mal financée et mal répartie, une charge en soins excessive pour les infirmières et des ressources humaines médicales très fragilisées, avec des burn-out fréquents.

Pourtant, a-t-il rapporté, d'après le groupe de travail sur la réforme du financement des soins critiques, une journée de soins critiques coûte environ 2.100 euros pour les adultes, environ 2.000 euros en pédiatrie et seulement 1.300 euros pour les nouveau-nés. Des modèles comme le Québec et la Suède le montrent, les soins critiques néonatals reposent essentiellement sur le "*care*", et non sur les médicaments, a indiqué le pédiatre, appelant les sénateurs à les aider "à faire comprendre qu'on ne va pas mettre en péril les finances de la sécurité sociale".

Selon Jean-Christophe Rozé, le problème des mauvais résultats français tient notamment au fait qu'"il n'y a pas de pilote dans l'avion": "nous n'avons pas de référent en périnatalité à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) depuis une dizaine d'années. La commission nationale de la naissance ne se réunit plus depuis 10 ans", a-t-il regretté, évoquant des maternités "hors-la-loi", qui fonctionnent sans pédiatre, malgré les décrets de 1998, toujours en vigueur malgré une réforme fortement attendue, indiquant qu'un pédiatre doit pouvoir intervenir à tout moment en cas de besoin.

Le pédiatre appelle ainsi à "restructurer très fortement" la périnatalité, à mettre en place "une politique assurant la sécurité" des mères et des enfants ainsi qu'à rendre attractifs les lieux qui nécessitent une permanence des soins.

Un enjeu territorial

La Pr Delphine Mitanchez, présidente de la Société française de médecine périnatale (SFMP), a rappelé que la SFMP, la SFN et le Club anesthésie-réanimation en obstétrique (Caro) ont déjà alerté sur la situation de la périnatalité dans une tribune publiée dans Le Monde (cf dépêche du 06/03/2023 à 15:31).

Elle estime qu'il s'agit "surtout d'un enjeu de territoire" et considère que la pénurie de soignants va creuser les inégalités territoriales, "au détriment des territoires ruraux". Elle appelle "à définir une stratégie nationale d'aménagement du territoire en matière d'offre de soins pour que chacun ait accès aux plus hauts standards de soins".

Pour la SFMP, le regroupement des plateaux d'accouchement apparaît ainsi inévitable, du fait de la démographie médicale et des aspirations des plus jeunes.

Alors que dans un rapport de février 2023, l'Académie nationale de médecine jugeait "illusoire de soutenir une activité de moins de 1.000 accouchements" par an (cf dépêche du 01/03/2023 à 16:07), Delphine Mitanchez appelle à ne pas raisonner en nombre d'accouchements, mais en temps d'accès (et non en distance).

Le Pr Damien Subtil, vice-président de la SFMP, considère qu'un trajet d'une heure pour accéder à une maternité est acceptable, évoquant le modèle suédois: "En Suède, on ne va à l'hôpital que pour accoucher. Et si tout va bien, on reste deux ou trois jours dans un hôtel hospitalier", ce qui nécessite d'anticiper l'accouchement et d'avoir recours fréquemment au déclenchement, a-t-il précisé, soulignant que "c'est un modèle qui marche, avec une prise en charge humaine très forte".

"Les modèles scandinaves sont extrêmement intéressants à étudier. Ils ont réussi à restructurer en maintenant une humanité majeure. C'est possible", a abondé Jean-Christophe Rozé.

Les propositions de la SFMP vont en ce sens, a poursuivi Delphine Mitanchez, évoquant le développement de "maternités sans accouchement" pour le suivi de la grossesse, comme ce qui est fait avec les centres périnataux de proximité (CPP), et celui de plateaux d'accouchement.

Copyright © Apmnews.com

Delphine Mitanchez appelle également à un ambitieux plan de formation des professionnels en périnatalité, à une meilleure compréhension des mécanismes de la prématurité, et réitère l'appel, formulé dans la tribune du Monde, à mettre en place des Assises de la périnatalité.

La santé mentale des femmes au cœur des échanges

De son côté, Eléonore Bleuzen-Her, présidente du Collège national des sages-femmes de France, a insisté sur "la mauvaise rationalisation des soins". "En France, 70% des grossesses environ sont physiologiques. Et on a 54% des grossesses à bas risque qui sont suivies par des gynécologues obstétriciens, ce qui peut poser question sur cette rationalisation des soins et l'expertise médicale à bon escient", a-t-elle souligné.

La question de la santé mentale des mères a par ailleurs été prégnante au cours des échanges. "Une femme sur sept présente une dépression du post-partum", a rappelé la sage-femme, soulignant l'importance d'une approche holistique du suivi de la grossesse basée sur une prise en charge somatique, psychique et environnementale.

"Il existe beaucoup de travaux sur ces sujets et on est en train de se rendre compte que le premier facteur de risque de dépression du post-partum est le fait d'avoir développé une dépression pendant la grossesse ou avant. Cela veut dire que l'on peut agir en amont", a souligné Anne Chantry du Collège national des sages-femmes de France.

Pour répondre à la demande forte des femmes d'un suivi personnalisé, Eléonore Bleuzen-Her demande une meilleure valorisation de l'accompagnement et de l'expertise des sages-femmes, qui doit notamment passer par le déploiement des sages-femmes référentes pour assurer le suivi global des femmes.

Prendre en compte l'évolution du profil des mères dans les politiques de santé publique

La Pr Alexandra Benachi, vice-présidente du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), a mis l'accent sur les médecins généralistes, "qui sont sur certains territoires les acteurs principaux", en l'absence de sages-femmes et d'obstétriciens.

Elle invite également à prendre en compte l'évolution du profil des patientes, qui sont plus âgées, avec un indice de masse corporelle (IMC) de plus en plus élevé et des femmes probablement de plus en plus précaires. Une tendance qui "ne va pas s'arranger", selon elle. Alors que les décrets de 1998 sont toujours ceux sur lesquels s'appuyer, elle appelle à prendre en compte ces évolutions et à avoir une vision de long terme. "Plus on est âgé, moins la grossesse est physiologique. Il faut intégrer cela dans les politiques de santé publique pour les 10 prochaines années", a-t-elle estimé.

La vice-présidente du CNGOF appelle à ce que les évolutions à venir, qu'il s'agisse des fermetures de maternité ou de restructuration, soient faites de manière anticipée, planifiée et en concertation entre les différents acteurs, afin que les mesures ne soient pas subies.

"Même quand l'idée est bonne, cela ne peut pas bien se passer s'il n'y a pas de concertation préalable", a-t-elle insisté, évoquant les décrets concernant les sages-femmes référentes publiés sans discussion avec les gynécologues-obstétriciens et le suivi des fausses couches (cf dépêche du 05/03/2024 à 18:48 et dépêche du 07/03/2024 à 11:51). "J'ai été auditionnée ici, on a expliqué que ça n'avait aucun sens de nous obliger à faire des parcours fausses couches pour les patientes, qu'on n'avait pas de personnel pour le faire, c'est sorti il y a 15 jours. On ne nous écoute pas."

Quel que soit le corps de métier, il ressort de ces échanges la nécessité d'améliorer les conditions de travail des soignants pour redonner de l'attractivité au secteur de la périnatalité. "Si on met des bonnes conditions pour exercer correctement notre travail en salle de naissance, les sages-femmes vont revenir", a assuré Eléonore Bleuzen-Her.

cc/fb/ab/APMnews

[CC4SB04X3]

POLSAN - ETABLISSEMENTS GYNECO-REPRO-UROLOGIE

copyright APMnews

©1989-2024 APM International -
https://www.apmnews.com/story.php?objet=408913&idmail=,O,oQ4xQ035l&7LrDKvHBQowHpCjAzcG3yhdc9HsCy82gBGc568b-l0susWauQUe3OAdzjPMayYZVKUzAvHwPR3fygbwnN3XKv=y
rqQDTSLcso2pRLJHAX3X5SZ5vG3eUKe_dTmJMbGhowp051wtw9ux8dV|ar=dxyrBJ|2=jQy6Gj=
cTa_X85mOUvOZoVV0S2F0OMidaco8PpkDKwZLV=7B31ubq5mhRSWpf45r585ZBBXtTKemDugfj0avKuw&usid=219742

DÉPÊCHE – Actualisation le Lundi 08 avril 2024 – 16:43

Plus de 30 maternités "fermées ou suspendues ces 15 derniers mois" (actualisation)

Mots-clés : #établissements de santé #gynéco #obstétrique-périnatalité #Parlement #fédérations pro #hôpital #Espic #clinique #patients-usagers #qualité-sécurité des soins #accès aux soins #finances #ressources humaines #sages-femmes #médecins #pédiatrie #CHU-CHR

(Avec des précisions sur les premiers résultats de l'enquête de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité)

PARIS, 8 avril 2024 (APMnews) - Sur les 15 derniers mois, plus de 30 maternités ont été "fermées ou suspendues", a fait observer la semaine dernière au Sénat la Dr Margaux Creutz Leroy, médecin coordinateur du Réseau périnatal lorrain et présidente de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP), qui a appelé à des diagnostics territoriaux multicritères pour anticiper la réorganisation de l'offre.

Margaux Creutz Leroy s'exprimait mardi 2 avril dans le cadre de la mission sénatoriale d'information consacrée à la santé périnatale et son organisation territoriale, lancée à l'initiative du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE). Cette mission, présidée par Annick Jacquemet (Doubs, Union centriste) et dont la rapporteure est Véronique Guillotin (Meurthe-et-Moselle, RDSE), doit rendre ses travaux avant l'été.

Les réseaux de santé en périnatalité (devenus en 2021 dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité -DSRP), ont notamment des missions d'expertise auprès des agences régionales de santé (ARS), œuvrent à la coordination des acteurs ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et sécurité des soins, avec la réalisation de revues de morbi-mortalité autour des événements indésirables graves (EIG), a-t-elle souligné.

La médecin de santé publique a défendu "la nécessité absolue de réorganiser l'offre de soins" dans les territoires, face au risque, pour la population, d'une "suspension ou d'une fermeture de maternité non anticipée ou non choisie".

Parmi les 32 maternités ayant connu une interruption d'activité ces 15 derniers mois, certaines ont été concernées "six fois", d'autres "une fois", a-t-elle chiffré. Fin 2022, 464 maternités étaient recensées, note-t-on (cf dépêche du 22/12/2023 à 13:09).

Contactée par APMnews, Margaux Creutz Leroy a indiqué lundi midi qu'elle avait eu depuis mardi connaissance d'une autre suspension, portant le total des maternités fermées ou suspendues à 33, selon les réponses de 21 des 25 DSRP de France métropolitaine. Il s'agit de 23 maternités de type 1 mais aussi de neuf de type 2A et d'une de type 2B.

Parmi celles-ci, six ont définitivement fermé (toutes de type 1, entre 220 et 760 naissances) et 27 n'ont été que suspendues pour des durées d'un à 18 jours, à chaque fois en raison de difficultés liées aux ressources humaines. Les suspensions étaient causées par un manque d'anesthésistes dans 48% des cas, de sages-femmes dans 19%, de pédiatres dans 19% et de gynécologues-obstétriciens dans 14% des cas.

L'enquête de la fédération a par ailleurs relevé des suspensions en néonatologie dans 13 maternités (dont 10 de type 2A, une 2B et une 3 -donnée manquante pour une maternité), entre un et 426 jours, toutes en raison de difficultés pour maintenir la permanence des soins, à cause d'un manque de puéricultrices. Ces résultats portent sur 20 DSRP.

Copyright APMnews.com

"Quand ces événements surviennent, on crée un désert médical si la maternité est isolée géographiquement et on perd parfois un centre de référence et d'expertise, parce que malheureusement, il y a aussi de grosses maternités support, de type 2 ou 3, qui peuvent être en difficulté", a souligné Margaux Creutz Leroy, lors de l'audition.

Le deuxième risque lié à l'absence d'anticipation est de "maintenir une maternité insécure", ce qui revient à "majorer les inégalités sociales de territoire", a-t-elle poursuivi.

Pour cette raison, "on croit beaucoup [dans les DSRP] aux diagnostics territoriaux partagés sur chaque bassin de naissance, avec une analyse des besoins réels en santé" et de "la réalité de l'offre" de soins, incluant "les compositions d'équipes, le recours à l'intérim, l'âge moyen des équipes".

"Et on croit à la construction de projets de périnatalité territoriaux par l'ensemble des acteurs", de tous secteurs, avec les ARS, les DSRP, les élus et les usagers, a-t-elle précisé.

Margaux Creutz Leroy a également illustré le "cercle vicieux" que constitue le maintien d'une maternité dont l'équipe est "instable", entraînant la fuite des familles, la chute des naissances, une perte d'attractivité pour les professionnels, puis une augmentation de l'instabilité de l'équipe et donc de l'insécurité au sein de la structure.

Elle a promu l'idée d'"équipes territoriales" proposant "de la consultation en proximité et une sécurité sur un plateau technique adapté" (cf dépêche du 28/03/2024 à 19:09).

L'analyse des événements indésirables montre qu'ils sont liés "à la stabilité des équipes", indépendamment du type de maternité, a expliqué Margaux Creutz Leroy.

"Les événements indésirables les plus graves ont souvent lieu là où il n'y a pas de garde sur place", a-t-elle ajouté. Lorsqu'un bébé "est coincé avec un arrêt aux épaules au moment de l'accouchement, en pleine nuit, s'il n'y a pas de garde mais une astreinte", les pertes de chances sont accrues.

Elle a évoqué une mission en cours "financée par la DGS [direction générale de la santé], la Drees [direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques] et la DGOS [direction générale de l'offre de soins]" sur l'augmentation de la mortinatalité. Il en ressort des liens avec la permanence des soins, "puisque 80% des événements indésirables ont lieu la nuit et le week-end".

"Cette notion de garde sur place est liée à un seuil qui est établi dans les décrets de 1998", a abondé Kathia Barro, responsable adjointe du pôle Offres à la Fédération hospitalière de France (FHF). "Il y a un vrai sujet à rouvrir des travaux sur ces décrets", qui datent de 1998, pour traiter "tous les enjeux qualitatifs et de sécurité que l'on souhaite porter, tous les critères qui vont faire qu'une maternité est viable".

La viabilité d'une maternité ne dépend pas d'un seul critère, pas seulement du nombre d'accouchements, mais d'un "faisceau d'éléments", a-t-elle fait valoir. Il s'agit aussi de construire des réponses passant par "la capacité à construire des projets périnataux de territoire".

Décrets de périnatalité et financement à revoir

Plus de 25 ans après les décrets de périnatalité, le constat est celui "d'une diminution drastique des maternités de niveau 1" dans le secteur privé lucratif, qui ont le "plus durement vécu [leur] impact", a déploré Frédérique Gama, présidente de la Fédération de l'hospitalisation privé (FHP)-MCO.

En 2013, "nous avions 97 établissements de niveau 1, nous en étions 10 ans après à 57". Les maternités de niveau 2 ont quant à elles "résisté" (leur nombre est passé de 47 en 2013 à 52 en 2022). La FHP ne compte pas de maternité de niveau 3.

"La gradation des soins, c'est important, mais elle peut avoir des effets pervers, et on peut en juger" avec la fermeture des maternités "qui ont le moins d'activité", "parce que nous sommes rémunérés à l'activité", a considéré Frédérique Gama. "S'il y a un accouchement dans l'établissement, nous sommes rémunérés pour cela, s'il ne se passe rien, nous ne sommes pas rémunérés."

Elle a constaté cet "enchaînement" dans des départements ruraux, où la perte de l'activité d'obstétrique peut

Copyright APM News

aussi entraîner "la chute d'autres activités de soins".

Frédérique Gama a, au passage, évoqué l'évolution des tarifs 2024 pour les cliniques, qui a provoqué une vive contestation de la FHP (cf dépêche du 03/04/2024 à 18:26). Pour les maternités, "on a entendu parler de 3%, mais avec un taux d'inflation de 5%, cela devient extrêmement compliqué."

Dans le cadre de la réforme du financement des établissements MCO, la FHP a porté l'idée d'une refonte du financement des maternités "sur la base d'un parcours de soins", a-t-elle exposé. "On a évoqué la notion de dotation socle" qui correspond à une "mission de service public" et "qui permettrait de pérenniser certaines situations".

A la question du financement s'ajoute la pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux.

Par ailleurs, dans le secteur privé lucratif, "les sages-femmes méritent aussi de coter des actes comme elles le font à l'hôpital public", de façon à pouvoir valoriser toutes leurs missions, a ajouté Frédérique Gama.

La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap) rassemble "6% des maternités et 8% des naissances en France", a présenté Arnaud Joan-Grange, directeur de l'offre de soins et des parcours de vie de cette fédération. Mais cette moyenne "a tendance à écraser la réalité de notre rôle territorial", a-t-il fait valoir.

Sur "la petite trentaine de maternités [au sein de la Fehap] qui se positionnent sur le niveau 1 et le niveau 2, on se retrouve parfois à représenter une part beaucoup plus importante dans les territoires, par exemple en Paca [Provence-Alpes-Côte d'Azur] où les maternités Fehap représentent plus de 16% des naissances, ou en Bretagne où un seul opérateur représente 15% de l'ensemble des naissances régionales".

Le sujet du financement est à la fois celui de son niveau et "des modalités de sa distribution", a-t-il estimé, invitant à une "une incitation à la coordination au sein de l'offre [en établissement] et avec d'autres types de professionnels, que ce soit en ville ou dans le secteur médico-social".

Si les maternités du secteur privé non lucratif sont souvent déficitaires, "des choix de gouvernance" ont pu être faits pour les maintenir, a ajouté Régis Moreau, directeur des hôpitaux Paris Saint-Joseph et Marie-Lannelongue, président de conférence des directeurs généraux d'établissements MCO privés non lucratifs, dont l'ensemble des membres sont adhérents de la Fehap.

"Aujourd'hui, ce sont des activités économiquement plus viables qui financent les maternités". Ces dernières sont maintenues "par des ficelles, ce n'est pas normal", a-t-il attesté.

"On fait porter sur les maternités des choses qui ne relèvent pas des maternités, qui pèsent économiquement, techniquement, socialement, mais aussi psychologiquement, sur des médecins, des sages-femmes", a-t-il aussi déploré, évoquant notamment les situations de précarité et de difficultés sociales des familles.

Régis Moreau a insisté sur la pénibilité et la perte d'attractivité du secteur hospitalier: "Des praticiens de qualité extraordinaire, d'excellents obstétriciens, ont abandonné l'obstétrique pour faire de la chirurgie parce qu'à la fin, ce n'était plus tenable" pour eux.

mlb/ed/cb/ab/APMnews

[MLB8SBLBZ6]
POLSAN - ETABLISSEMENTS GYNECO-REPRO-UROLOGIE

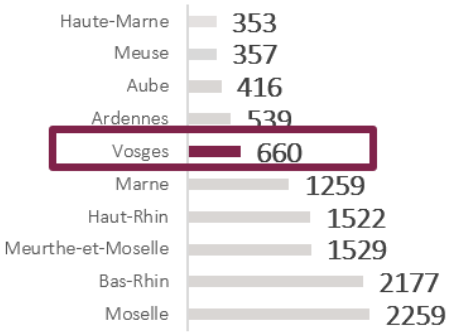
Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2024 APM International - https://www.apmnews.com/story.php?objet=408913&idmail=.O.oQ4xQ03Sib7LrDKvHBQowHpCjAzcG3yhdc9HsCy82glBGc568b-l0suotWauQUe3OAdzJPMayYZVKUzAvHiwPR3fygbwnN3XKvi-yrqQDTSLcso2pRLjHAX3XSSZ5vG3eUKe_dTmJMbGhowp051wtw9ux8dVlan-dxyrBJI2-JQy6Gj-cTa_X85mOUvOZoVV0S2F0DMidaco8PpkDKwZLV-7B31ubq5mhRSWpf45r585ZBBXtTKemOugfj0avKuw&usid=219742

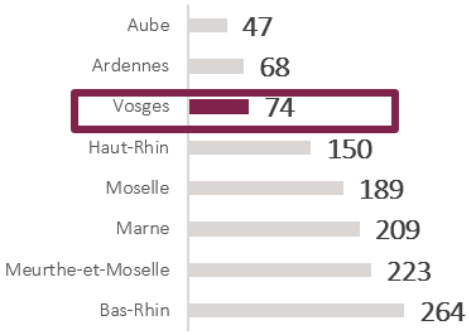
Capacités dans les Vosges en lits et places

(Sources : SAE ; Insee, estimations de population - Exploitation Fnors)

Lits et places Médecine



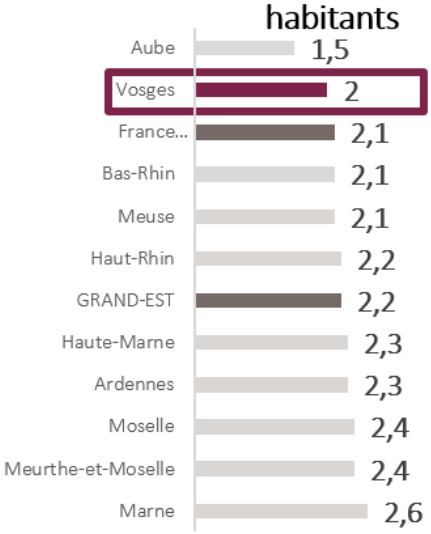
Lits et places en HAD



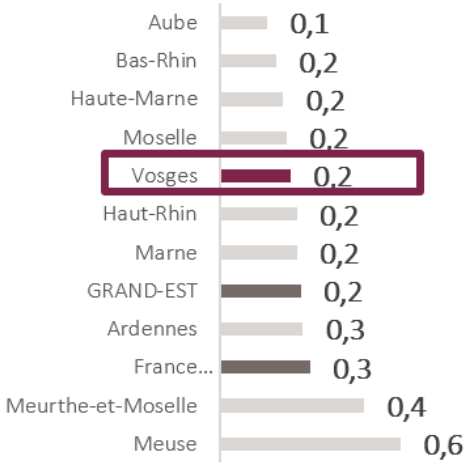
Taux d'équipement en lits et places pour 1000 habitants

(Sources : SAE ; Insee, estimations de population - Exploitation Fnors)

Taux d'équipement en Médecine en lits et places pour 1 000 habitants



Taux d'équipement en en HAD en lits et places pour 1 000 habitants



Observatoire Régional de la Santé

Département des Vosges (88)

Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des départements, ce portrait 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Un portrait de santé est décliné pour chacun des 10 départements du Grand Est.

Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des intercommunalités (Etablissements publics de coopération intercommunale - EPCI) et des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT).

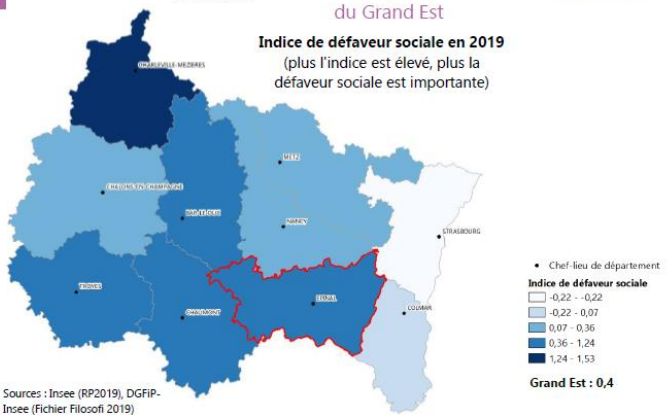
Retrouvez les clés de lecture en page 12

364 499 habitants

6,6 % de la population du Grand Est

507 communes

Indice de défaveur sociale en 2019
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)



Grand Est : 0,4

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
1	Population et densité *(nombre de personnes au km²)*	364 499	62,1	96,7		119,7	0,95	-0,5	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-9 061	-0,49	0,01		0,33			
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-5 604	-0,30	-0,17		0,07			
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		108,5	86,3	●	83,8		3,4	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)*	113 007	31,0	28,1		21,3		0,0	→

1 **Sources :** 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

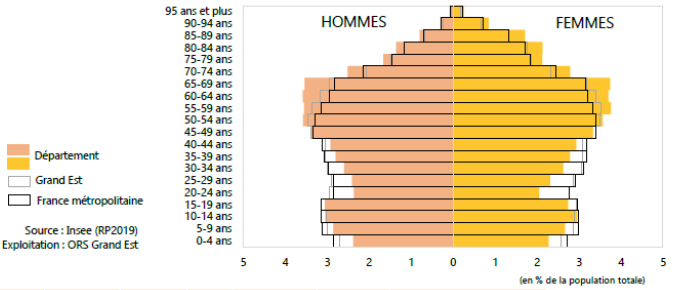
Département des Vosges (88)

PRESENTATION DU TERRITOIRE

L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.
Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12

Pyramide des âges



Département
Grand Est
France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est

Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux d') / (Taux 9)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale *(carto p.1)*		1,1	0,4	●				
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	23 743	14,5	13,3	●	12,8	0,9	-1,8	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	35 521	28,9	28,5	●	27,5	0,5	-0,1	→
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,6	3,7	●	2,5	0,7	-1,4	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	20 420		21 800	●	21 930		1,3	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	25 111	15,2	14,7	●	14,5		-0,8	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		6,4	5,8	●	5,8		1,6	↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	93 019	33,0	27,8	●	27,0	0,7	-2,5	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	58 508	20,8	26,3	●	31,0	0,9	2,2	↗

Notes de lecture : 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et *al.* en 2009 au travers de l'indice Fdep *(French Deprivation Index)*. Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

Sources : 6. Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Département des Vosges (88)

ETAT DE SANTE

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire.
Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux du département est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance (en années)

	♂	♀
Département	78,2	84,4
Grand Est	79,0	84,7
France métrop	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
Département	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux d') / (Taux 9)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	4 205	811,8	784,7	●	725,2	1,7	-1,1	↘
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	719	204,7	181,6	●	175,7	2,0	-2,2	↘
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	1 301	316,8	294,9	●	277,8	2,1	-1,9	↘
18	Décès par cancers	1 139	231,6	224,3	●	212,4	1,9	-0,4	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	1 050	192,8	187,5	●	170,0	1,6	-3,5	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	175	33,5	34,7	●	25,0	3,8	-0,9	→
21	Décès par suicide	77	19,2	13,4	●	13,2	3,8	-3,8	↘
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	4	0,9	1,0	●	1,2	n.d.	-2,3	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	120	25,6	25,8	●	24,8	4,4	-4,4	↘
24	Décès par pathologies liées au tabac	636	126,1	129,3	●	109,3	3,0	-1,4	↘
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	557	136,9	124,4	●	116,2	2,9	-3,0	↘
26	Décès évitables liés au système de soins	255	61,6	58,0	●	53,2	1,2	-2,8	↘

Note de lecture : 20. Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | 23. Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | 24. Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | 25-26. Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Inserm, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Département des Vosges (88)

ETAT DE SANTE

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (via le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
Département	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	*Maladies cardio-neurovasculaires*	*Diabète*	*Cancers*
France métrop.	*Maladies cardio-neurovasculaires*	*Diabète*	*Cancers*

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	19 609	3 981	4 223	●	4 161	1,1	2,6	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	982	198	211	●	193	2,0	2,7	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	2 350	453	492	●	458	1,4	2,9	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	4 203	1 635	1 799	●	1 755		2,9	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	3 465	1 497	1 592	●	1 467		0,0	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	34 134	6 600	6 736	●	6 142	1,9	3,1	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	5 576	1 070	1 204	●	1 130	1,5	2,6	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	14 592	2 854	2 882	●	2 519	3,1	4,5	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	5 791	1 003	990	●	932	1,7	1,2	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	24 924	5 051	5 516	●	4 840	1,4	2,4	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	99	26	32	●	33	1,5	-1,7	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	301	78	117	●	212	2,8	6,3	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	14 615	3 699	3 451	●	3 821	1,1	8,0	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	4 684	1 209	927	●	1 020	1,5	18,0	!
41	Patients traités par psychotropes	33 451	7 462	7 186	●	7 149	0,6	-1,2	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	17 494	4 064	3 548	●	3 916	0,5	1,4	!
43	Patients traités par anxiolytiques	18 158	4 030	4 002	●	3 902	0,6	-1,8	!

Notes de lecture : 27-40. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 41. Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans.
Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

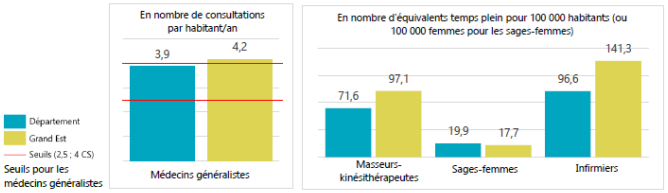
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

Département des Vosges (88)

OFFRE DE SOINS

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire.
A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9		-1,2	!
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,5	3,7	●	3,1		-1,4	!
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		71,6	97,1	●	104,0		1,8	!
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		19,9	17,7	●	17,3		1,7	!
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		96,6	141,3	●	146,5		3,4	!

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	287	2,6	1,8	●	1,2	44,5	6,0	!
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	145					58,4		
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	10	22,8	14,5	●	10,6	20,0	6,4	
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	7	21,4	12,6	●	12,5	71,4	6,8	
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	17	17,2	11,6	●	10,5	52,9	2,1	
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	9	17,1	10,8	●	8,6	80,0	-1,7	
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	176	3,9	2,6	●	2,2	33,3	1,0	!
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	35	7,9	5,5	●	4,5	14,3	1,8	!
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	557	2,3	1,4	●	0,9	20,8	1,2	!
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	263	2,5	1,8	●	1,3	19,0	0,6	!

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADELI au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Département des Vosges (88)

OFFRE DE SOINS

Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
Département	14,0 min	16,9 min	8,5 min
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)		Evolution des temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	9	14,0	11,3	●	10,5		5,6	↗
60	Services de chirurgie	5	19,1	14,5	●	13,5		0,5	↗
61	Services d'obstétrique	4	17,5	14,3	●	14,8		-1,4	↘
62	Services de soins de suite	15	10,0	9,3	●	9,1		3,4	↗
63	Services d'urgence	5	16,9	14,8	●	13,7		0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	20	8,5	8,4	●	7,4		1,5	↗
65	EHPAD	59	4,7	4,0	●	3,0		1,6	↗

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | 49-58 (voir p.5). **Concernant les effectifs,** sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | 49-58.et 59-65. **Concernant les temps d'accès :** Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un département sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | 63. Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

6

Département des Vosges (88)

PREVENTION

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans le département au 02/03/2023

Vosges	24	
soit	4,0	% des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023
Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.
https://ors-ge.org/diagnostics-etp

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux d') / (Taux 9)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*		54,8	52,3	●	49,2			
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*		58,0	61,6	●	58,2			
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*		39,8	37,5	●	28,9			
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(et part pour 100 personnes de 16 ans)*	1 348	28,4	26,6	●	24,3	0,2		
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*		74,1	75,2	●	71,5			
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	157 806	41 741	43 256	●	40 236	0,6	-0,2	↘

Note de lecture : 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé *(CPTS).* https://rezonecpts.ameli.fr | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

Sources : 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

7

Département des Vosges (88)

POPULATIONS SPECIFIQUES

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé.
De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux d') / (Taux 0)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
72	6-16 ans non-scolarisés *(et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)*	1 119	2,4	2,4	●	2,3		8,9
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	6 884	18,5	16,4	●	15,9		-2,4
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	4 505	12,8	12,9	●	12,4		-2,7
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	11 937	33,8	41,5	●	46,6		0,6
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	1 289	1,6	1,7	●	2,3		4,1
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	6 606	67,3	58,4	●	62,2		
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	31 017	49,2	46,8	●	47,3	1,3	-2,8

Notes de lecture : 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

8

Département des Vosges (88)

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adpation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique.
S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+10 240	+11,8	37,3
Grand Est	+369 000	+11,8	37,3

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux d') / (Taux 0)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	20 293	5,6	5,2	●	5,3		-1,4
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	30 497	9,8	8,9	●	9,3		3,5
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	16 212	45,1	42,8	●	42,7	0,4	0,5
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	3 348	4,1	5,6		n.d.		
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	6 608	3,3	3,0	●	3,1		0,6
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	12 255	26,2	24,2	●	24,9		2,2
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	1 042	5,3	5,3	●			

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

9

CADRE DE VIE

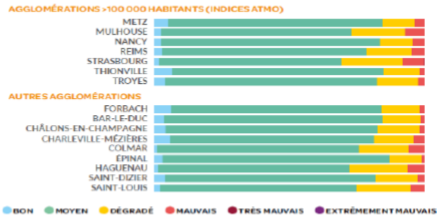
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est



Environnement

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	2 538	1,5	2,7	●	4,8			
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	782	0,5	0,3	●	0,4		-5,7	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	44 349	26,2	22,6	●	21,6		-2,3	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	38 223	22,6	17,5	●	13,9			
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	73	1,2	1,8	●	1,3			
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	482	8,2	9,5	●	n.d.			
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	3	0,1	0,2	●	n.d.			
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,0	2,5	●	n.d.		-1,5	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	28 342	12,8	7,8	●	10,3			
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	2 133		19 047	●	171 485			
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	1	0,2	2,1	●	2,4			

Note de lecture : 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie du département. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

Sources : 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

CADRE DE VIE

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	25 915	15,1	15,5	●	15,7	2,0	-0,4	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		95,7	91,6	●	98,3		-0,2	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	147 735	60,6	76,9	●	71,2			
100	Niveau d'équipements courants non touristiques								
101	Niveau de commerces généralistes								
102	Niveau d'équipements éducatifs								
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées								
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (en %)		6,4	4,5	●	3,1			

POLITIQUES DE SANTE

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. zonage médecins généralistes).

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	148	36,8	44,3	●				
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	435	79,7	49,2	●				
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	27	8,7	20,3	●				
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	470	89,3	45,0	●				
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	10	2,0	34,7					

Notes de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103 : Indicateurs disponibles à l'échelle des EPCI.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021, Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des départements** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ et la position du département pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux du département à la moyenne régionale et nationale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position des départements** est calculée à partir du taux en comparaison des 10 départements de la région :
- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3

L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé) pour le département, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

Comprendre la colonne (Taux ♂)/(Taux ♀)

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

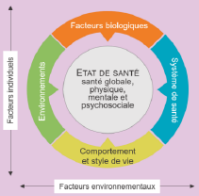
Sans objet ou donnée non-pertinente.

Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)

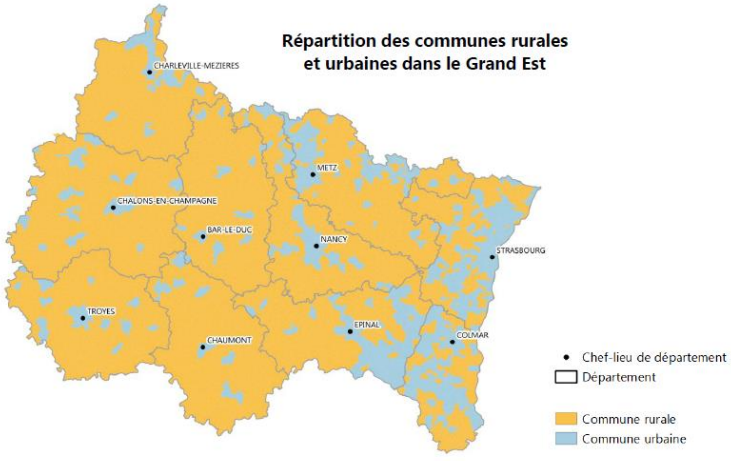


L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

Département des Vosges (88)

Répartition des communes rurales et urbaines dans le Grand Est



Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est

Mise à jour : 01/06/2023
Réalisation : ORS Grand Est
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :
https://ors-ge.org/ - contact@ors-ge.org

Annexe 4 - Identifications des pilotes de filières du PMSP – En cours, A faire valider aux Instances

Pré identification des personnes devant mener les réflexions du PMSP au sein des groupes de travail (par filière)

	Num filière			Filières Cliniques	Partenaires à associer	Personnes ressources missionnées (expertise)	Rapporteur des travaux des groupes de travail A identifier parmi les membres du groupe	Directeur / référent administratif ou autres personnes qui apporterait une valeur ajoutée	Représentant GHT	CHED A confirmer/ A identifier Attend passage CME CHED Directeur : D CHEVEAU PCME : D. DEFOIN Epinal	CH Rem OK retour A faire confirmer par Stephanie CHEVALIER Directeur : D CHEVEAU PCME : D. CHEVALIER Remiremont	CHOV OK retour A faire confirmer par CME Directeur : D CHEVEAU PCME D. GIBAUD Neufchateau / Vittel	HMV OK retour Directrice : L VUKASSE PCME : D. MATTEI Saint Dié
Filières cliniques	2			FME (Obstétrique/néonatologie/Pédiatrie) filière prioritaire	Réseau périnatal Lorrain HAD Obstétrical RU : M. CANAPLE	Mme LADOUCETTE Dr GILIOT (à confirmer)	Pilote : Co pilote :	Helene MARION, chef projet GHT 8 Karine LEGRAND (HMV)	PM : Dr CHEVALIER - Présidente CMG	PM : Dr AUBURTIN (Péd) PM : Dr ATTALAH (GO) PM : Dr LALOT (anesthésiste) SF : ML JACQUEMIN PNM : D CLERC et ML JACQUEMIN	PM : Dr BENGRINA (Ped) PM : Dr NTSIKUBAKA (GO) PM : Dr MINTICI (Anesthésiste) SF : ML JACQUEMIN PNM : D CLERC et/ou ML JACQUEMIN	PM : Dr NEMES (Péd) PM : Dr OSINS (GO) PM : Dr COSTERAN (Anesthesiste) SF : Mme ZAMARON Frédérique (à confirmer) PNM : ML DUGRAVOT et/ou son représentant	PM : Dr Jérôme KIEFFER PM : Dr Chantal HEID PM : Pr Claude MEISTELMAN SF : Mme Isabelle POIRSON ou Mme Nathalie STOUVENIN PNM : Pascal LEONFORTE - Valérie DIDIER
	3			Chirurgie (dont gynéco) / Anesthésie e Soins critiques filière prioritaire		A identifier par Dr HELLMAN (ARS)	Pilote : Co pilote :	Helene MARION, chef projet GHT 8 Karine LEGRAND (HMV)		PM : Dr FRENTIU PM Anesthésiste : Dr LALOT PM : Président Bloc : Dr FRENTIU PNM : D CLERC et H. ROUILLET	PM : Dr BENBOUZIANE PM : Anesthésiste Dr MINTICI PM Président Bloc : Dr MINTICI PNM : D CLERC et H. ROUILLET	PM : Dr Adrian COCERHAN chirurgien (à confirmer) PM : Dr Flavus MATICA Anesthésiste (à confirmer) PM : Dr Eduard OSINS gynécologue (à confirmer) PNM : ML DUGRAVOT et/ou D LAURENT	PM : Dr Marc ULMER ou son représentant PM : Anesthésiste Pr Claude MEISTELMAN Président de bloc : Dr Marc ULMER PNM : Pascal LEONFORTE - Karin DELHAYE Mme Danièle DUPANLOUP
	4			Filère médicale spécialisée : Cardiologie			Pilote : Co pilote :	Question : Représentant d'un hôpital (hors MCO)		PM : Dr DIDIER PETIT PNM : D CLERC et Laetitia MERVILLE	PM : Dr DIDIER PETIT / Dr DIDELOT PNM : D CLERC et Nathalie FELDNER	PM : Dr Véronique THUUS PNM : ML DUGRAVOT et/ou son représentant	PM : Dr Marie-Françoise BRAGARD / Dr Killian DOUET PNM : Pascal LEONFORTE - Sébastien VALLI - Annie CORDEIRO
	5			Filère médicale spécialisée : Neurologie			Pilote : Co pilote :			PM : Dr GUILLAUME PNM : Sonia CHEVALIER DIDIER et Laetitia MEURVILLE	PM : Dr RENAUD (à confirmer) PNM : Sébastien LEBRIS et Nathalie FELDNER	PM : Dr Julie DALCOURT PNM : ML DUGRAVOT et/ou son représentant	PM : Dr Victor LALEVEE ou son représentant PNM : Pascal LEONFORTE - Sébastien VALLI - Annie CORDEIRO
	6			Filère médicale spécialisée : Autres (med A, B, Onco, Pneum, diabeto, GHG, Addicto, allergo, dermato…)	ICL (oncologie)		Pilote : Co pilote :			PM : Dr BEGUINOT PM : Dr GUILLAUME PNM : Sonia CHEVALIER DIDIER	PM : Dr RENAUD PNM : Nathalie FELDNER	PM : Dr Paul SANTANGELO (med A) PNM : ML DUGRAVOT et/ou S BROUTIN (med A), A MONGIN (medb) P FLOQUET (med vittel)	PM : Dr Pascal MATTEI - Dr Eric MARANGONI PNM : Pascal LEONFORTE - Annie CORDEIRO - Sébastien VALLI
				Soins de Proximité									
	7	Soins de Proximité	Filière d'aval et domicile / psychiatrie	Filère Médecine et hôpitaux de proximité	Hôpitaux de proximité CPTS = professionnels de santé libéraux HAD Conseil territorial de santé		Pilote : Co pilote :			PM : A identifier PNM : Sonia CHEVALIER DIDIER	PM : Dr Vincent LEDIG (à confirmer) PNM : Sébastien LEBRIS / Nathalie FELDNER	PM : Dr Abdelhak BRAHIMI (med Vittel) PNM : ML DUGRAVOT et/ou S GEORGEL	PM : Dr Florence COPPIN - Dr Marie HUSSON PNM : Pascal LEONFORTE / Yves LE BALLE / Brigitte PERRIN
	8			Filère gériatrique et géronto/psychiatrie			Pilote : Co pilote :			PM : A identifier PNM : Carol HOUBERDON	PM : Dr RISSER (à confirmer) PNM : Sébastien LEBRIS / Nathalie FELDNER	PM : Dr Ionela MARICUC (à confirmer) PNM : ML DUGRAVOT et/ou A MONGIN	PM : Dr Isabelle DEBRANCION / Dr Marwouane TRABELSI PNM : Pascal LEONFORTE / Yves LEBALLE / Amandine COUSTEUR / Elodie TOULY
	9			Filère soins palliatifs			Pilote : Co pilote :			PM : A identifier PNM : D CLERC / Carol HOUBERDON	PM : Dr HOUEL PNM : Sébastien LEBRIS / Nathalie FELDNER	PM : Dr Patrick DOUART PNM : ML DUGRAVOT et/ou J COLLIN	PM : Dr Pascal MATTEI / Dr LAWNICZAK PNM : LEONFORTE / Julien DUBOIS / Bénédicte TOUSSAINT
	10			Médico Social			Pilote : Co pilote :			PM : A identifier PNM : A identifier	PM : A identifier PNM : A identifier	PM : Dr Hervé SCHMIDT PNM : M. GURY	PM : DR DE BRANCION PNM : Yves LEBALLE
	11			SMR			Pilote : MC CORNEMENT Co pilote :			PM : MC CORNEMENT PNM : Carol HOUBERDON	PM : Dr Nesrine BENAYAD / Dr Camille PIERRE (à confirmer) PNM : Sébastien LEBRIS / Nathalie FELDNER	PM : Dr Patricia VASSART / Dr Hervé SCHMIDT PNM : ML DUGRAVOT et / ou S GEORGEL	PM : Dr Florence COPPIN / Dr Emmanuelle ULMER PNM : Pascal LEONFORTE / Yves LEBALLE / Christiane VOIGNIER
	11			HAD			Pilote : Co pilote :			PM : A identifier PNM : A identifier	PM : A identifier PNM : A identifier	PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Sandrine BOULAY PNM : Julien DUBOIS / Bénédicte Toussaint
	12			SSIAD et aides à domicile			Pilote : Co pilote :			PM : A identifier PNM : A identifier	PM : A identifier PNM : A identifier	PM : Pas de médecin PNM : M. GURY	PM : Non identifié PNM : Yves LEBALLE / Virginie BRUN
	13			USLD			Pilote : Mme Peiffer Marielle Co pilote :			PM : A identifier PNM : A identifier	PM : Dr RISSER PNM : A identifier	PM : Dr Hervé SCHMIDT PNM : M. GURY ou F.CLARISSE	PM : Dr DE BRANCION PNM : Sébastien VALLI
	14			Filère Imagerie			Pilote : J BOUYACOUB Co pilote : L VUKASSE			PM : Dr BOUYACOUB PNM : Lydie FERNANDES	PM : Dr BOUYACOUB PNM : Lydie FERNANDES	PM : Dr Mohamed DERMECHE PNM : ML DUGRAVOT et/ou D Laurent	PM : Dr Jean-Sébastien TRESCHER PNM : Laure VUKASSE / Pascal LEONFORTE / Sophie PERRY
	15			Filère Biologie médicale et stérilisation			Pilote : Co pilote :			PM : A. LEON PM : C. STECKMEYER PNM : Lydie FERNANDES	PM : A. LEON PM : C. STECKMEYER PNM : Lydie FERNANDES	PM : A. LEON PM : Cyrille JEANNOEL PNM : ML DUGRAVOT et/ou S BARTHELEMY	PM : Dr Sonia DJOUBI PM : Dr Isabelle BALLAND PNM : Pascal LEONFORTE / Nadège CARRE / Sophie PERRY
	16			Filère pharmacie			Pilote : Dr GIBAUT Co pilote :			PM : Dr LAHET PNM : Lydie FERNANDES	PM : E LAURENT PNM : Lydie FERNANDES	PM : Dr Stéphane GIBAUD PNM : ML DUGRAVOT et/ou S BARTHELEMY	PM : Dr Pauline HUMBERT / Dr Isabelle BALLAND PNM : Pascal LEONFORTE / Nadège CARRE / Florence VIRCONDELET
				Attractivité									
Filières non cliniques	17			Attractivité Recherche clinique et innovations	CHRU Université de Lorraine		Pilote : Dr CHEVALIER PCMG A confirmer Co pilote : D CHEVEAU DG Costrat A confirmer			PM : C DIDIER PETIT PNM : Non concerné	PM : A identifier PNM : Non concerné	PM : Dr Stéphane GIRAUD PNM : Non concerné	PM : Pr MEISTELMAN PNM : Non concerné
	18			Attractivité - recrutement Préparation et négociation d'un Contrat tripartite avec l'Université, le Conseil Régional et l'ARS Sur l'amélioration de l' attractivité du territoire des VOSGES	CHRU Université de Lorraine		Pilote : M. CHEVEAU DG Costrat A confirmer Co pilote : Dr CHEVALIER PCMG A confirmer	Le Président du Conseil Départemental ou son représentant A confirmer		Non concerné	Non concerné	PM : Stéphane GIBAUD	PR MEISTELMAN - Mme KARIN LEGRAND
	18 bis		Attractivité	Attractivité - la politique de recrutement	CHRU Université de Lorraine		Pilote : Dr CHEVALIER PCMG A confirmer Co pilote : D CHEVEAU DG Costrat A confirmer	Nicolas MATHIEU (reponsable cellule "les hôpitaux voient la vie en Vosges"		PM : Dr BOURGEOIS / Dr BEIS A Confirmer PNM : N FEBVAY et D CLERC	PM : Dr CHEVALIER PNM : N FEBVAY et D CLERC	PM : Dr Christelle DOUART LEGER PNM : Elodie HENRY et Mme ANDRIQUE	PM : Dr Pascal MATTEI / Pr MEISTELMAN PNM : Karin DELHAYE et Pascal LEONFORTE
	19			Communication transversale	ARS		Pilote : H MARION - A confirmer Co pilote : L VUKASSE - A confirmer		PM : Dr CHEVALIER - Présidente CMG	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Laure VUKASSE
	20			DSI			Pilote : S. CHEVALIER, DIM GHT Co pilote : A identifier		PM : Dr CHEVALIER, DIM de territoire PNM : M DUSSAULX coordonnateur DSI	PNM : M DUSSAULX	PNM : M DUSSAULX	PNM : M. DUSSAULX et/ou DELAPIO	PNM : Mme GRANGE

Pré identification des personnes devant mener les réflexions du PMSP au sein des groupes de travail (par filière)

									OK retour	OK retour	OK retour	OK retour	OK retour
	Num filière		Filières Cliniques	Partenaires à associer	Personnes ressources missionnées (expertise)	Rapporteur des travaux des groupes de travail A identifier parmi les membres du groupe	Directeur / référent administratif ou autres pesonnes qui apporterait une valeur ajoutée	Représentant GHT	Val du madon Directeur : D CHEVEAU PCME : D. Cyrille REBSTOCK Mirecourt/Mattaincourt	C2HVM Directeur : D CHEVEAU PCME : Poste vacant le Thillot/Bussang	HMV L VUKASSE PCME : D. MATTEI Gérardmer/moyenmoutier/Fraize/Fouchargupt/Senones	Avision M. PFEIFFER PCME : Dr O CUGNEL Bruyères	Les 3 rivières A PETIT PCME : Dr Patricia LASSEL Chatel sur Moselle
Filières cliniques	2		FME (Obstétrique/néonatologie/Pédiatrie) filière prioritaire	Réseau périnatal Lorrain HAD Obstétrical RU : M. CANAPLE	Mme LADOUCETTE Dr GILIOT (à confirmer)	Pilote : Co pilote :	Hélene MARION, chef projet GHT 8 Korine LEGRAND (HMV)	PM : Dr CHEVALIER - Présidente CMG	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné
	3		Chirurgie (dont gynéco) / Anesthésie e Soins critiques filière prioritaire		A identifier par Dr HELLMAN (ARS)	Pilote : Co pilote :	Hélene MARION, chef projet GHT 8 Korine LEGRAND (HMV)		Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné
	4		Filère médicale spécialisée : Cardiologie			Pilote : Co pilote :	Question : Représentant d'un hôpital (hors MCO)		Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné
	5		Filère médicale spécialisée : Neurologie			Pilote : Co pilote :			Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné
	6		Filère médicale spécialisée : Autres (med A, B, Onco, Pneum, diabeto, GHG, Addicto, allergo, dermato…)	ICL (oncologie)		Pilote : Co pilote :			Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné
									Soins de Proximité				
	7		Filère Médecine et hôpitaux de proximité	Hôpitaux de proximité CPTS = professionnels de santé libéraux HAD Conseil territorial de santé		Pilote : Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Florence COPPIN - Dr Marie HUSSON PNM : Pascal LEONFORTE / Yves LE BALLE / Brigitte PERRIN	PM : Dr CUGNEY PNM : Isabelle LALLEVEE / Marielle PFEIFFER	PM : Non identifié PNM : Non identifié
	8		Filère gériatrique et géronto/psychiatrie			Pilote : Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Dr Cyrille REBSTOCK / Dr Aline BUREL	PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Isabelle DEBRANCION / Dr Marwouane TRABELSI PNM : Pascal LEONFORTE / Yves LEBALLE / Amandine COUSTEUR / Elodie TOULY	PM : pas de médecin PNM : C Donadei	PM : Non identifié PNM : Non identifié
	9		Filère soins palliatifs			Pilote : Co pilote :			Dr Cyrille REBSTOCK / Dr Aline BUREL PNM : Non identifié	PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Pascal MATTEI / Dr LAWNICZAK PNM : Pascal LEONFORTE / Julien DUBOIS / Bénédicte TOUSSAINT	PM : pas de médecin PNM : Aurélie RESENDE , IDE	PM : Non identifié PNM : Non identifié
	10	Soins de Proximité	Médico Social			Pilote : Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Patrick MARTIN PNM : Nathalie RUAUX	PM : DR DE BRANCION PNM : Yves LEBALLE	PM : pas de médecin PNM : C Donadei	PM : Dr Patricia LASSEL PNM : Agnès CHEVRIER
	11		SMR			Pilote : MC CORNEMENT Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Nicolas AFANASSIEFF PNM : RUAUX Nathalie/Moussa FILALI	PM : Dr Florence COPPIN / Dr Emmanuelle LEMER PNM : Pascal LEONFORTE / Yves LEBALLE / Christiane VOIGNIER	PM : Dr CUGNEY PNM : Isabelle LALLEVEE / Marielle PFEIFFER	PM : Dr Patricia LASSEL PNM : Agnès CHEVRIER
	11		HAD			Pilote : Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Sandrine BOULAY PNM : Julien DUBOIS / Bénédicte Toussaint	PM : pas de médecin PNM : pas de PNM	PM : Non identifié PNM : Non identifié
	12		SSIAD et aides à domicile			Pilote : Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Non identifié PNM : Maud BARBILLON/Moussa FILALI	PM : Non communiqué PNM : Yves LEBALLE / Virginie BRUN	PM : pas de médecin PNM : Christelle DONADEI	PM : Dr Patricia LASSEL PNM : Agnès CHEVRIER
	13		USLD			Pilote : Mme Peiffer Marielle Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Non identifié	non concerné non concerné	PM : Dr DE BRANCION PNM : Sébastien VALLI	PM : Dr CUGNEY PNM : Mme Pfeiffer Marielle	non concerné non concerné
	14		Filère Imagerie			Pilote : J BOUYACOUB Co pilote : L VUKASSE			Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	PM : Dr Jean-Sébastien TRESCHER PNM : Laure VUKASSE / Pascal LEONFORTE / Sophie PERRY	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné
	15		Filère Biologie médicale et stérilisation			Pilote : Co pilote :			Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné	Non concerné Non concerné
	16		Filère pharmacie			Pilote : Dr GIBAUT Co pilote :			PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : E LAURENT PNM : Lydie FERNANDES	PM : Dr Pauline HUMBERT / Dr Isabelle BALLAND PNM : Pascal LEONFORTE / Nadège CARRE / Florence VIRCONDELET	PM : Sylvain Chretien PNM : Isabelle LALLEVEE	PM : Non identifié PNM : Non identifié
									Attractivité				
Filières non cliniques	17		**Attractivité** Recherche clinique et innovations	CHRU Université de Lorraine		Pilote : Dr CHEVALIER PCMG A confirmer Co pilote : D CHEVEAU DG Costrat A confirmer			PM : Non identifié PNM : Non concerné	PM : Non identifié PNM : Non concerné	PM : Pr MEISTELMAN PNM : Non concerné	PM : pas de médecin PNM : Non concerné	PM : Non identifié PNM : Non concerné
	18		**Attractivité - recrutement** Préparation et négociation d'un Contrat tripartite avec l'Université, le Conseil Régional et l'ARS Sur l'amélioration de l'attractivité du territoire des VOSGES	CHRU Université de Lorraine		Pilote : M. CHEVEAU DG Costrat A confirmer Co pilote : Dr CHEVALIER PCMG A confirmer	Le Président du Conseil Départemental ou son représentant A confirmer		Non concerné	Non concerné	PR MEISTELMAN - Mme KARIN LEGRAND	Non concerné	Non concerné
	18 bis	Attractivité	**Attractivité** - la politique de recrutement	CHRU Université de Lorraine		Pilote : Dr CHEVALIER PCMG A confirmer Co pilote : D CHEVEAU DG Costrat A confirmer	Nicolas MATHIEU (reponsable cellule "les hôpitaux voient la vie en Vosges"		PM : Myriam FRANCOIS/M-Astrid COLAS PNM : Non identifié	PM : Non identifié PNM : Non identifié	PM : Dr Pascal MATTEI / Pr MEISTELMAN PNM : Karin DELHAYE et Pascal LEONFORTE	PM : O CUGNEY PNM : marielle pfeiffer	PM : Non identifié PNM : Non identifié
	19		Communication transversale	ARS		Pilote : H MARION - A confirmer Co pilote : L VUKASSE - A confirmer		PM : Dr CHEVALIER - Présidente CMG	Non concerné	Non concerné	Laure VUKASSE	Non concerné	Non concerné
	20		DSI			Pilote : S. CHEVALIER, DIM GHT Co pilote : A identifier		PM : Dr CHEVALIER, DIM de territoire PNM : M DUSSAULX coordonnateur DSI	PNM : Laurent LAVALEE	PNM : Non identifié	PNM : Mme GRANGE	PNM : Julien Barthemy	PNM : Non identifié

Le choc d'attractivité :

Fiche 1 : le choc d'attractivité avec le contrat tripartite avec l'Université de Lorraine
Fiche 2 : la recherche clinique et l'innovation
Fiche 3 : l'attractivité et la politique de recrutement

Les soins de proximité :

Fiche 4 : la gradation des soins de médecine polyvalente et la labellisation de deux nouveaux hôpitaux de proximité
Fiche 5 : la structuration et la spécialisation des soins de SMR
Fiche 6 : la réforme des USLD en USPC
Fiche 7 : la gradation des soins palliatifs
Fiche 8 : le projet en santé mentale
Fiche 9 : le projet HAD

La structuration des plateaux techniques :

Les travaux sont en cours sur les Urgences dans le groupe du Prof Chouied
Les travaux sur les maternités et les plateaux de chirurgie vont faire l'objet d'intervention de référents nationaux :
- Les maternités : Mme Ladoucette
- Les plateaux de chirurgie : ANAP à déterminer

PMSP du GHT des VOSGES
Perspectives de travail
Fiche n° 1

Projet transversal : le choc d'attractivité **Préparation et négociation d'un Contrat tripartite avec l'Université, le Conseil Régional et l'ARS** **Sur l'amélioration de l'attractivité du territoire des VOSGES**	
Description du projet	Ce contrat tripartite vise à augmenter les capacités d'encadrement du territoire des Vosges en professionnels de santé, en créant des « **antennes » territoriales universitaires de formations en santé autour des instituts paramédicaux,** et de « **créer un label universitaire pour les CPTS et renforcer l'universitarisation des établissements du GHT**
Objectifs à définir lors des premières rencontres avec l'Université et le Conseil Régional à partir d'un bilan à faire au niveau du GHT	- Renforcer et développer les dispositifs visant à simplifier l'installation des professionnels de santé de premier et de second recours et la lisibilité des dispositifs ; - S'interroger sur la pertinence d'une antenne PACES - Soutien au développement des postes d'Assistants spécialistes régionaux (ASR) permettant aux jeunes professionnels médecins d'avoir un 1er exercice à temps partagé entre un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier périphérique, - Déploiement en médecine générale de postes d'assistants universitaires de médecine générale ou de chefs de clinique universitaires de médecine générale (poste à temps partagé entre l'université et des zones médicales sous-dense), associes au développement des maisons de santé universitaires, - Le déploiement des assistants à temps partagé ville-hôpital en région avec deux volets différents (temps partagé entre établissements de santé, et temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé), - inciter à l'installation des étudiants dans les territoires (Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), Contrat d'engagement de service public (CESP)).
Hypothèse(s) d'organisation et indicateurs de suivi	Le groupe de travail pourra être pérenne sur les 5 ans du déploiement du PMSP en faisant un rapport annuel sur les avancées et les indicateurs choisis et suivis

PMSP du GHT des VOSGES
Perspectives de travail

Fiche n° 2

Projet transversal : le choc d'attractivité Recherche clinique et innovations	
Description du projet	**Dans le cadre de l'orientation 1 du PMSP le choc d'attractivité, il est prévu de conduire une réflexion sur une convention avec l'Université de Lorraine afin de voir comment un travail plus collaboratif pourrait aider à une meilleure attractivité des étudiants du territoire et pour les praticiens qui choisissent les Vosges.** **Dans le cadre du projet attractivité et compte tenu des travaux avec l'Université de Lorraine, La CMG du GHT Vosges souhaite donc promouvoir un axe transversal sur le développement de la recherche.** **En parallèle des mesures d'attractivité souhaitées, le GHT souhaite saisir les opportunités offertes par les nouvelles technologies notamment les nouveaux outils de l'intelligence artificielle. Ces technologies sont autant de leviers d'attractivité, voire des conditions d'accueil de nouveaux professionnels sur certaines activités (procédures robotisées en urologie par exemple) :** - **Utilisation de l'intelligence artificielle pour augmenter la réactivité aux demandes d'échos cœur, mais également pour apporter une aide à l'interprétation de l'imagerie conventionnelle en traumatologie, (déjà existant à Remiremont et aux HMV)** - **Investissement dans un robot pour la chirurgie du « mou », sur les procédures en oncologie notamment (urologie, digestif notamment).** - **Le renforcement de l'hôpital numérique** - **Autres solutions de télé suivie à domicile, en particulier dans le cadre du CRT (Centre de Ressource Territorial)**
Objectifs à définir	- De faire l'inventaire et la cartographie des acteurs actuels et potentiels de la recherche (médicale, paramédicale, etc.) - De lister les thématiques de recherche potentielles et d'évaluer les capacités d'investigation - D'Identifier les indicateurs d'activité pertinents en réactivant le recueil d'indicateurs SIGAPSSIGREC - D'évaluer l'activité d'investigation associée via les conventions hospitalières - De fédérer autour du projet les praticiens et les soignants en identifiant les réseaux internes et externes, les réseaux extrahospitaliers, les réseaux ville-hôpital
Hypothèse(s) d'organisation et indicateurs de suivi	L'animation scientifique sera structurée comme suit : 1. La constitution d'un Comité Scientifique pour la détection, l'animation et l'accompagnement 2. La mise en place des canaux de diffusion d'information sur la recherche 3. Organisation d'ateliers, journal club, etc. pour développer la culture de la recherche 4. La création d'une Newsletter 5. Le développement de l'activité de formation à la recherche à partir de ressources externes.

PMSP du GHT des VOSGES
Perspectives de travail
Fiche n° 3

Projet transversal : le choc d'attractivité L'attractivité et la politique de recrutement	
Description du projet	La cellule « les hôpitaux voient la vie en Vosges » et les HMV sont en train de promouvoir une politique d'attractivité et de recrutement. Un certain nombre d'actions sont en cours et d'autres vont être mises en place : • La création d'un processus expérimental de sélection et de qualification des ASH. L'amélioration de la visibilité de la cellule par la recherche et la communication sur les réseaux professionnels. La publication d'articles sur APM news ou Hospimedia est envisagée. • La recherche de forum et le développement de partenariat avec France Travail est prévu (dispositif MRS pour réaliser de la sélection par la mise en situation des candidats). • Le développement de la portée de la marque employeur • Le développement et la rédaction de procédures en lien avec le sourcing. • La recherche de partenariat avec les instituts de formations de Nancy et le Colmar (IFMEM, faculté de médecine) • Le développement de la communication autour des CAE • La poursuite de la campagne d'information sur les métiers de la santé dans les Vosges. • Un travail visant à améliorer et adapter la communication pour le personnel médical (autre cible • La création d'un jeu visant à faire connaitre les métiers de la santé à l'intention des étudiants permettant une approche ludique. • Une approche orientée sur la qualité avec l'évaluation des actions de la cellule. • L'augmentation de la visibilité des RS via la diffusion de contenu « utiles » (type conseil RH, information sur le fonctionnement...) ○ - Gestion de l'intégration / Onboarding ○ - Développement de la marque employeur en interne Dans la continuité des actions, un groupe de travail a réfléchi à ce qui pourrait aider les salariés à concilier vie professionnelle et faciliter l'installation au sein du département des Vosges.
Objectifs à définir	A définir sur les 3 à 5 ans

PMSP du GHT des VOSGES
Perspective de travail
Fiche n° 4

Projet transversal **les soins en proximité** **La gradation des soins de médecine polyvalente et la labellisation de deux nouveaux hôpitaux de proximité**	
Pilotes et co-pilotes et membres du groupe de travail	En cours de détermination. Chaque établissement transmet le nom de son représentant et les pilotes administratifs et médicaux seront définis par les membres du groupe.
Description du projet et	Le projet médico-soignant doit penser la structuration de la santé en proximité en s'appuyant sur le réseau des hôpitaux de proximité et des anciens hôpitaux locaux qui ont perdu leur service de médecine mais qui ont une activité de SMR. Les représentants des médecins libéraux au sein des CPTS indiquent leur souhait d'hospitalisation au plus près des territoires et cela est évidemment un enjeu d'attractivité important pour eux. On dénombre deux hôpitaux de proximité dans les Vosges ce qui place ce département en deçà de la moyenne nationale de couverture de médecine de proximité (2,8 hôpitaux labelisés en moyenne par département qui représente entre **7 % à 12 % de l'offre publique de lits de médecine**, *contre 6% dans les Vosges).* Ces soins de proximité devront s'intégrer dans un parcours gradué en lien avec l'établissement support. Une contractualisation avec l'établissement support, les solutions de télémédecine dont les téléconsultations et consultations avancées seront proposées en ce sens comme le PRS l'a indiqué.
Objectifs à définir	Deux établissements pourraient demander à être labellisés en hôpital de proximité : il s'agit de l'établissement de l'Avison (Bruyères) et des trois rivières (Chatel/Moselle) dont les analyses PMSI montrent qu'ils sont tous les deux une activité de médecine au sein de leurs services de SMR. S'agissant de l'établissement de l'Avison le projet sera la création d'une unité de 10 à 15 lits par transfert de l'USLD sur l'EHPAD de L'Avison et fermeture de 30 lits d'EHAPD sur le territoire (pour rappel, le territoire d'Avison est largement surdoté en lits d'EHPAD). Ce service de médecine de proximité serait piloté par les médecins du CH avec un recrutement d'un PH porté soit par le territoire de l'Avison dans le cadre d'une équipe territoriale soit dans le cadre de postes partagés

PMSP du GHT des VOSGES
Perspectives de travail
Fiche n° 5

Projet transversal les soins en proximité La structuration des soins en SMR	
Pilotes et co-pilotes et membres du groupe de travail	En cours de détermination. Chaque établissement transmet le nom de son représentant et les pilotes administratifs et médicaux seront définis par les membres du groupe.
Description du projet et **Objectifs à définir**	. La filière SMR doit mieux répondre aux besoins de spécialisation du territoire et doit travailler à des propositions à l'ARS GE afin de pouvoir spécialisés un certain nombre de SMR en particulier sur la mention gériatrie ; Elle doit aussi rénover la performance de son activité : - Avec un virage ambulatoire à mettre en œuvre de façon continue sur les 5 ans à venir afin de retrouver des chiffres comparables au niveau de la Région et du niveau national. Ceci devrait permettre une réduction du nombre de lits afin de se situer au niveau national. - Avec une intensification des actes de rééducation afin de pouvoir rendre les services attendus par la population. - Avec une politique d'attractivité de ressources humaines qui permettent de mutualiser si nécessaire les recrutements de médecins et de personnel de rééducation. Les objectifs sur le premier axe vont consister à travailler à partir des bases PMSI et des âges de patients afin de déterminer le niveau OQOS spécialisés nécessaire pour les territoires. Les objectifs s'agissant de la performance seront de travailler : - Au recrutement des médecins rééducateurs et personnel de rééducation afin de pouvoir atteindre les objectifs que la filière souhaite poursuivre

PMSP du GHT des VOSGES
Perspectives de travail
Fiche n° 6

Projet transversal **les soins en proximité** **La réforme des USLD en USPC**	
Pilotes et co-pilotes et membres du groupe de travail	En cours de détermination. Chaque établissement transmet le nom de son représentant et les pilotes administratifs et médicaux seront définis par les membres du groupe.

Description du projet	Le rapport Jeandel indique qu'il est souhaité une plus grande médicalisation des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour mieux accompagner les personnes âgées en situation de grande perte d'autonomie, ainsi que celles présentant des profils polypathologiques ne pouvant vieillir à domicile.
	
	La feuille de route proposée au niveau national prévoir de faire évoluer l'offre des USDL par la **création d'unités de soins prolongés complexes (USPC)** à vocation strictement sanitaire et d'assurer le regroupement de l'offre d'hébergement médicalisé des personnes âgées.
	
	Au regard des profils de soins éligibles précédemment mentionnés et afin de constituer une offre suffisante et identifiable sur le territoire une des approches pourrait être de procéder à la requalification de 10 000 lits d'USLD, **soit une offre d'une centaine de lits d'USPC par département.**
	
	La provenance des patients des USPC permettraient d'assurer la prise en charge :
	• Des patients de MCO caractérisés de « *bed blockers* »,
	• D'un certain nombre de patients issus :
	  ○ De la réanimation,
	  ○ Des SSR (dont le SRPR),
	  ○ Des USLD actuelles.

PMSP du GHT des VOSGES
Perspective de travail
Fiche n° 7

Projet transversal **Les soins en proximité** **La gradation des soins palliatifs**	
Pilotes et co-pilotes et membres du groupe de travail	En cours de détermination. Chaque établissement transmet le nom de son représentant et les pilotes administratifs et médicaux seront définis par les membres du groupe.
Description du projet	**L'ambition de la stratégie décennale est de proposer un changement de paradigme visant à une prise en charge globale et plus compréhensive des personnes dès les stades initiaux** ou dans le décours des traitements initiaux tant pour les maladies chroniques que pour les pathologies aigues, de même que pour les handicaps. Il s'agit de passer d'une prise en charge sanitaire et palliative, limitée à la toute fin de vie, à la délivrance de soins d'accompagnement répondant aussi aux besoins sociaux et psychologiques des personnes concernées. La stratégie décennale dessine ainsi un modèle français des soins d'accompagnement garantissant qu'à dix ans toute personne en fin de vie et son entourage bénéficient de soins d'accompagnement quel que soit son lieu de vie. Il s'agit là d'un changement radical qui nécessite à la fois une adaptation du système sanitaire et médico-social et une modification des pratiques soignantes et des relations soigné-soignant reposant sur l'anticipation. Les constats portés par les professionnels sont que les besoins dans les Vosges sont importants que ce soit par l'absence d'USP et par le nombre important d'EHPAD où les décès sont significatifs et doivent faire l'objet d'un renforcement en particulier des équipes mobiles de soins palliatifs. **Le projet USP : (projet déposé à l'ARS GE)**

PMSP du GHT des VOSGES
Perspective de travail
Fiche n° 8

Projet transversal **Les soins en proximité** **LE PROJET SANTÉ MENTALE DES VOSGES**	
Pilotes et co-pilotes et membres du groupe de travail	En cours de détermination. Chaque établissement transmet le nom de son représentant et les pilotes administratifs et médicaux seront définis par les membres du groupe.
Description du projet	L'analyse du PTSM 2022 du territoire des Vosges démontre les problématiques vécues par les établissements du GHT et qui ne sont pas très différentes des sujets rencontrés pour les soins somatiques compte tenu des tensions démographiques et des caractéristiques du territoire. En santé mentale, les travaux du PTSM rendent compte de besoins insuffisamment couverts qui rejaillissent sur les prises en charge globales des vosgiens. LES ORIENTATIONS DU PRS 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**

PMSP du GHT des VOSGES
Perspective de travail
Fiche n° 9

Projet transversal **Les soins en proximité** **La structuration de l'HAD dans les Vosges**	
Pilotes et co-pilotes et membres du groupe de travail	En cours de détermination. Chaque établissement transmet le nom de son représentant et les pilotes administratifs et médicaux seront définis par les membres du groupe.
Description du projet	Dans le cadre du renouvellement des autorisations et des changements dans les missions socles et spécialisées ainsi que les nouvelles orientations du PRS qui proposent deux nouvelles implantations sur les enfants de moins de 3 ans et sur le ante et post partum, le GHT des Vosges souhaite proposer un nouvel élan pour l'HAD au sein des territoires. La situation actuelle montre une implantation homogène de l'HAD sur le territoire vosgien avec une offre publique sur le territoire des HMV et deux offres privées sur le CHOV et sur Épinal. Le département des Vosges présente actuellement 3 offres d'HAD : - 2 offres privées, émanant de l'entreprise Korian : o Korian Pays des Images (Epinal) – HAD Epinal et sa région ; o Korian Pays de la Plaine (Neufchâteau) – HAD de l'Ouest Vosgien ; - 1 offre publique : EV-HAD, du CH de Gérardmer Claudius Regaud (Gérardmer), rattaché au CHI HMV. - Le constat territorial de l'activité d'HAD du territoire Vosgien montre que l'on peut améliorer très sensiblement l'offre à la fois sur les prises en charge des personnes âgées en EHPAD ou à domicile mais aussi sur les autres âges de la vie et sur l'ensemble des pathologies médicales et chirurgicales. Les chiffres issus du rapport 2020 de la DREES °montre que les densités de capacité de prises en charge s'établissent de 18 à 25 patients pour 100 000 habitants alors que les moyennes les plus hautes en France s'établissent de 40 à 126 patients.