COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Réunion du vendredi 20 septembre 2019

à 14h00

à Chaumont

ORDRE DU JOUR

I[ère] COMMISSION **Finances, Réglementation, Personnel**

1. Information sur les marchés attribués et les avenants conclus (***pas de délibération)***
2. Aliénation de matériels informatiques devenus obsolètes ou hors d'usage
3. Aliénation de véhicules et matériels devenus obsolètes ou hors d'usage
4. Société Publique Locale SPL-XDEMAT - Rapport du représentant du Département pour l'exercice 2018 et rachat d'actions
5. Convention avec ORANGE pour l'installation d'un réseau à très haut débit en fibre optique pour le centre administratif départemental et le collège Camille Saint-Saëns
6. Désignation de représentants du Conseil départemental au sein des Conseils de discipline de recours (fonctionnaires et agents contractuels)
7. Actualisation du modèle de convention "de stage découverte de nouveaux métiers" pour les agents du Conseil départemental
8. Mise à disposition de personnel du Département de la Haute-Marne pour le compte du Groupement d'Intérêt Publique (GIP) Haute-Marne
9. Convention de mise à disposition d'agents du Département au profit de la Région Grand Est afin de préparer les repas destinés à la restauration scolaire du collège de Joinville
10. Recrutements de cadres en qualité d'agents contractuels : assistants socio-éducatifs, puéricultrice de PMI, chef de projet de prévention de la perte d'autonomie, psychologue, responsable de la fonction observation et évaluation, médecin coordinateur, médecin de prévention, contrôleur de gestion, chargé d'expertise juridique et responsable chargé de la tarification

III[e] COMMISSION **Infrastructures et bâtiments**

11. FRAMPAS (RD 153) - acquisition de deux parcelles suite de la mise à l'alignement
12. Cession diverses de parcelles départementale situées à Illoud, Rachecourt-sur-Marne et Eclaron-Braucourt-Sainte-Livière

13. RD 13A à Rouvroy-sur-Marne et Donjeux : déclassement et incorporation des délaissés dans le domaine public des deux communes
14. Approbation des avants projets définitifs des centres d'exploitation de Bourg-Sainte-Marie et de Rimaucourt
15. Avenant n°1 à la convention relative à la constitution d'un groupement de commandes pour la fourniture de prévisions météorologiques

IVe COMMISSION Partenariats avec les collectivités territoriales

16. Fonds d'aménagement local (FAL) - Cantons de Bologne, Châteauvillain, Chaumont 1, Chaumont 2, Langres, Saint-Dizier 1, Saint-Dizier 3, Villegusien-le-Lac - modification de règlement
17. Fonds des travaux structurants (FTS) - Attribution de subventions
18. Fonds d'aide aux villes moyennes (FAVIM) - Attribution d'une subvention à la Ville de Bourbonne-les-Bains
19. Fonds départemental de péréquation de la taxe professionnelle Répartition du produit de l'année 2019
20. Annexes techniques et financières à la convention de revitalisation avec la commune de Bologne - attribution de subventions
21. Avenant n°2 à la convention de mandat pour l'aménagement urbain et paysager de l'Avenue Turenne à Langres
22. Projet de développement du territoire pour l'accompagnement de CIGEO

Ve COMMISSION Environnement et tourisme

23. Institution de la commission communale d'aménagement foncier de Leurville
24. Fonds Départemental pour l'Environnement (FDE) - Attribution de subventions
25. Soutien départemental à la réhabilitation du potentiel de production des élevages haut-marnais endommagés par la sécheresse 2018 - attribution de subventions
26. Pôle d'Equilibre territorial et rural (PETR) du Pays de Langres - Programme d'investissement 2019
27. Convention de partenariat 2019 entre les conseils départementaux de la Côte d'Or et de la Haute-Marne et le GIP du futur Parc National des forêts de Champagne et Bourgogne

VIIe COMMISSION Insertion sociale et solidarité

28. Convention entre le Département de la Haute-Marne et la chambre des notaires de la Haute-Marne relative à l'utilisation d'une plateforme d'échanges pour la récupération des aides sociales

29. Bilan 2017-2019 et poursuite de l'action Habitat adapté et autonomie dans le cadre de la conférence des financeurs pour les années 2020, 2021 et 2022
30. Mise en place d'actions collectives de prévention à destination des seniors en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ou mises en place par un opérateur de proximité
31. Convention relative à la Parenthèse des aidants entre le Département, la Ville de Chaumont et France Alzheimer 2019-2021
32. Subventions au titre du Fonds d'Appui aux Politiques d'Insertion (FAPI) pour l'année 2019
33. Fonds de Solidarité Logement (FSL) - convention et avenant avec ENGIE et Electricité de France pour 2019
34. Subvention 2019 pour l'action 100 % logement mise en place par l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)
35. Avenant n°1 à la Convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi
36. Protocole de coordination entre les services de l'Etat et le Département de la Haute-Marne relatif à l'évaluation, la mise à l'abri et l'accompagnement des jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés (MNA) en Haute-Marne
37. Avis du Conseil départemental sur la révision du Projet régional de santé 2018-2028 de l'Agence régionale de santé Grand Est (ARS) et la feuille de route conjointe Préfecture de région Grand Est et ARS de «mobilisation contre les addictions en Grand Est »

VIII[e] COMMISSION Monde associatif, culture et sports

38. Convention de partenariat relative à la participation du Département de la Haute-Marne au Portail national des archives (francearchives.fr)
39. Convention entre le Service interministériel des Archives de France et le Département de la Haute-Marne pour le dépôt d'une partie des collections de microfilms des Archives départementales au Centre national du microfilm et de la numérisation
40. Convention relative à la mise en œuvre d'un Contrat Territoire-Lecture et d'un Contrat Départemental Lecture Itinérance pour la période 2019-2021 entre l'État et le Département de la Haute-Marne
41. Convention de dépôt par le Département d'une tête de statuette antique au musée d'Art et d'Histoire de Langres
42. Aides aux manifestations d'intérêt départemental
43. Aide aux clubs locaux - Attribution de subventions
44. Aide aux associations sportives des collèges participant aux championnats de France UNSS
45. Dotations cantonales

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-2-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Systèmes d'Information et du Projet e-Administration	**N° 2019.09.2**

OBJET :

Aliénation de matériels informatiques devenus obsolètes ou hors d'usage

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Absents excusés et non représentés :
Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la propriété des personnes publiques, notamment l'article L.3212-3,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que le matériel aliéné, n'ayant plus d'utilité pour le Département, est entièrement amorti et présente une valeur nette comptable nulle,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 32 voix Pour

DÉCIDE

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à sortir de l'inventaire les postes de travail, périphériques et autres matériels informatiques devenus obsolètes énumérés en annexe,

- de remettre le matériel informatique hors d'usage énuméré en annexe à une société spécialisée pour destruction.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-2-DE
ANNI Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Article	Marque	Modèle	N° d'inventaire	N° série	N° Lot
BOITIER CLIENT LEGER	WYSE	T50	I004325	S181DL400097	I004333
			I004326	S181DL400136	
			I004328	S181DL400129	
			I004330	S181DL400040	
		T10	I005169	S1N1DLA04523	I005161
			I005186	S1N1DLA05314	
			I005199	S1N1DLA05971	
			I005207	S1N1DLB08805	
			I005208	S1N1DLB08603	
			I005209	S1N1DLB08993	
			I005232	S1N1DLB08821	
			I011372	S1N1DMB06518	I005441
			I011373	S1N1DMB05132	
			I011676	1N1DN905150	I005620
CARTE WIFI	SMC Networks		M028809	NC	M022270
ECRAN PLAT	ACER	AL1716S	I002395	ETL460C01453900941PY 11	I002398
	NEC	LC17m	I002597	109867753187	I002624
	LG	L1953TR-SF	I002774	703MAYY2S106	I002796
		L1953TR-SF	I002826	705MAEGOA156	I002829
	MIRAI	DML-519N100	I002935	DM519NQ7010211	I002936
		DML-519N100	I002938	DM519NQ7010025	I002942
		DML-519N100	I002939	DM519NQ7010015	
	SAMSUNG	Syncmaster 245B	I002989	LS24HUBCBS/EDC	I002991
	NEC	LX17m	I003072	100138903263	I003133
	ASUS	VB191T	I003141	7CLMTF028730	I003142
		VB191T	I003234	86LMTF135950	I003238
		VB191T	I003236	86LMTF135965	
		VB191T	I003237	86LMTF135974	
	HYUNDAI	19" LCD	I003281	X93SNDSHE8000936	I003286
	NEC	LX17m	I003409	101051993263	I003346
			I003482	101051603261	I003484
			I003483	100668183265	
	LG	FLATRON W1934S	I003541	908TPYR09802	I003553
			I003546	908TPPB09800	
	IIYAMA	PROLITE E1906S-B1	I003690	11013G9C02971	I003696
			I003691	11013G9C02944	
			I003695	11013G9C02945	
		Prolite E1906S-1	I005062	11013M2700561	I004487
			I005067	11013M2700562	
			I005080	11013M2700597	
			I005087	NC	
	HP	LE1851w	I009413	CNC933PMRF	I003569
			I009432	CNC940PFRZ	
			I009433	CNC940PFS0	
			I009491	CNC940PZYT	
		LA1951G	I010051	CNCK0320X1W	I003792
			I010100	CNCK03307VD	I003793
			I010107	CNCK03307VQ	
			I010108	CNCK03307VS	
			I010111	CNCK03307W0	
			I010114	CNCK03307W7	
			I010181	CNK0501LGC	I003806
			I010184	CNK0501LGG	
			I010188	CNK0501LGL	
			I010190	CNK0501LGP	
			I010192	CNK0501LGR	
			I010195	CNK0501LGV	
			I010196	CNK0501LGY	
			I010207	CNK0501LHB	
			I010209	CNK0501LHD	
			I010217	CNK0501LHQ	
			I010223	CNK0501LH3	

Article	Marque	Modèle	N° d'inventaire	N° série	N° Lot
			I010237	CNK0501LQN	
			I010238	CNK0501LQP	
	HANNS	HX193DPB	I011016	2532C3WY00512	I005343
			I011020	2532C3WY00520	
			I011024	2532C3WY00533	
		HX194DPB	I011340	3402J3JY00993	I005428
	PHILIPS	220S4LSS	I011400	AU4A1344000525	I005475
	HANNS		I011699	4252J3JY00236	I005620
	HP	LA1951G	VI010051	CNCK0320X1W	VI003792
IMPRIMANTE DE BUREAU	LEXMARK	E120N	I003479	S995BXWC	
	HP	LASERJET 1300	I000494	CNBD112301	M006549
		LASERJET 1200 SERIES	I000775	CNC2848840	I001562
		LASERJET 1200	I000780	CNC2848840	M006544
	DELL	Laser 1700	I002040	721LMRK	I002032
			I002042	721LPNV	
	LEXMARK	E240	I002528	S72C64H6	I002529
	HP	Officejet J6415	I003485	MY83V4B1C0	sans
		LASERJET P2055DN	I003558	CNCKB40055	I003560
IMPRIMANTE RESEAU	DELL	1720dn	I002998	DVHY7D1	I003022
			I003007	DMJY7D1	
	LEXMARK	E250DN	I003213	S622N4CX	I003219
	HP	Laserjet P2055DN	I003315	CNCKH55185	I003318
		LASERJET P3015x	I003646	VNBVB33HG5	I003650
		LASERJET Entreprise 600 M603dn	I005367	CNCVF840XZ	I005370
			I005368	CNCVF840XW	
		LASERJET Enterprise P3015dn	I005479	VNCQG151QR	I005483
		OFFICEJET 7110	I005623	CN6935R0G4	sans
			I005638	CN48F3M0P7	sans
		LASERJET P3005x	I002513	SCNFW6C5BP7	I002517
LECTEUR DVD	Brandt	DVD1516	M016516	NC	M022270
PARASURTENSEUR	NC	NC	M028810	NC	
			M028812	NC	
PC COLLEGE	NEC	POWERMATE VL 260	I007429	107492630002	I004702
PC DE BUREAU	DELL	OPTIPLEX GX520	I002216	9R41V1J	I002298
	NEC	POWERMATE F-VL260	I002840	108395010007	I002848
	DELL	OPTIPLEX 360	I003516	CKPVH4J	I003551
			I003517	DKPVH4J	
	NEC	POWERMATE VL260	I004227	1S3156AM1S4FAHE6	I004230
			I004228	1S3156AM1S4FAHF0	
		POWERMATE F-VL260	I007023	207250970002	I002624
			I007052	207251730001	
		POWERMATE VL 280	I009223	212437400005	I003346
			I009227	212437290002	
			I009250	212437360002	
			I009251	111323340008	
			I009265	212437270004	
			I009266	111323200005	
			I009270	111323580008	
			I009299	212437780008	
		6005 PRO	I009316	CZC94657VH	I003569
			I009326	CZC94657VT	
			I009343	CZC94657WC	
			I009370	CZC94657X7	
			I009374	CZC94657XC	
			I009376	CZC94657XF	
			I009384	CZC94657XP	
			I009395	CZC94657Y1	
			I009396	CZC94657Y2	
			I010088	CZC0414ZVC	I003793
			I010124	CZC04190BJ	

Article	Marque	Modèle	N° d'inventaire	N° série	N° Lot
	HP	COMPAQ 6005 PRO	I010128	CZC04190BR	I003806
			I010133	CZC04190BZ	
			I010138	CZC041904V	
			I010142	CZC041906B	
			I010143	CZC041906G	
			I010150	CZC041906Y	
			I010158	CZC041908B	
			I010161	CZC041908H	
			I010167	CZC0419087	
			I010168	CZC0419089	
			I010170	CZC041909F	
			I010171	CZC041909J	
			I010174	CZC041909X	
			I010176	CZC041909Z	
			I010178	CZC0419096	
			I010179	CZC0419098	
			I010687	CZC1389P5F	I004168
			I010690	CZC1446FP7	
			I010693	CZC1446FPN	
			I010695	CZC1446FP6	
			I010697	CZC1446FPJ	
PC PORTABLE	DELL	Latitude D520	I002434	FSCWB2J	I002441
			I002436	HSCWB2J	
	FUJITSU SIEMENS	CDT2050	I002640	914B6Z1001G64308E72K00B	I002650
			I002642	NC	
			I002648	YK3T068515	
			I002649	YK3T068526	
	DELL	LATITUDE D531	I002921	7YX783J	I002928
			I002922	9YX783J	
			I002925	FYX783J	
			I002926	BYX783J	
		LATITUDE E5500	I003562	3KDSJ4J	I003567
			I003563	6KDSJ4J	
			I003565	NC	
			I003566	5KDSJ4J	
	HP	PROBOOK 4520S	I004030	NC	I004033
	DELL	LATITUDE D531	I007747	63DMM3J	I003163
			I007751	93DMM3J	
			I007754	C3DMM3J	
			I007757	F3DMM3J	
			I007758	54DMM3J	
			I007762	74DMM3J	
		LATITUDE E5500	I009148	FRX294J	I003354
			I009149	2SX294J	
			I009154	5SX294J	
			I009155	6SX294J	
	HP	Probook 4515s	I009617	CNU0011NDF	I003601
		4515S	I010037	CNU0012GVC	I003728
SCANNER		SCANJET 5590	I002968	CN7A4TH0K5	I002970
TERMINAL CLIENT LEGER	AXEL	AX3000 70W	I003942	B70370W09837	I003944
VIDEOPROJECTEUR	EPSON	EB4520	I011217	NC	sans
	SONY	VPLES4	M018623	NC	M018622

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:03
Référence technique : 052-225200013-20190920-3-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Finances et du Secrétariat Général	**N° 2019.09.3**
OBJET : **Aliénation de véhicules et matériels devenus obsolètes et hors d'usage**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Absents excusés et non représentés :
Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au budget primitif 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant la liste des véhicules et matériels devenus obsolètes ou hors d'usage qu'il convient de sortir de l'inventaire patrimonial de la collectivité à l'issue d'un processus de vente aux enchères ou de destruction par une société habilitée,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 32 voix Pour

DÉCIDE

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à sortir de l'inventaire les véhicules et les matériels énumérés en annexe,

- de donner mandat à l'hôtel des ventes de la Haute-Marne, en vue d'une prochaine vente aux enchères des véhicules et matériels énumérés en annexe,

- de remettre les véhicules et matériels invendus à l'issue de la vente à une société spécialisée pour destruction,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à confier à Monsieur le Payeur départemental la gestion du solde des amortissements éventuellement pratiqués sur ces éléments de patrimoine,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer tous les documents concernant ces cessions.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:03
Référence technique : 052-225200013-20190920-3-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

ANNEXE

ALIENATION DES VEHICULES ET MATERIELS REMIS A L'HOTEL DES VENTES

Liste des véhicules et matériels juillet 2019

Désignation	Immatriculation	N° inventaire physique	N° inventaire comptable	Date entrée	Fin amortissement	Valeur plancher en euros	CODE ENGIN
Lot 3 caisses à outils, 2 rouges et 1 bleue (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**30 €**	
Baladeuses + enrouleur (vendus dans l'état)		Non inventoriés	Non inventoriés	NEANT	NEANT	**15 €**	
Chasse neige CHEVASSU RNDO (vendu dans l'état)		VE990166	V990004	30/09/2011 (achat 01/01/1951)	2015	**15 €**	C2252
Balayeuse CCM (vendue dans l'état)		VE990157	VE990003	30/09/2011 (achat 25/04/1997)	2015	**50 €**	BAL36
Chasse neige CHEVASSU RNDO (vendu dans l'état)		M007089	LOT M006633 de 1998 PAS DANS IGDA	01/01/1968	NEANT	**15 €**	C2044
Lot de matériels de laboratoire (vendu dans l'état)		CENTRIFUGEUSE 0062-1342-0227	LOT M006588 de 1998 PAS DANS IGDA	01/01/1998	NEANT	**100 €**	
Lot de matériels de bureau (vendu dans l'état)		PHOTOCOPIEUR M028405	M028384	06/12/2010	2015	**50 €**	ex MDHM
Thermorelieur INOREL (vendu dans l'état)		M023575	M023575	09/12/2008	2013	**100 €**	ex Imprimerie
Poêle à bois en fonte FRANCO-BELGE (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**20 €**	
Lot de 3 poêles à fioul (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**20 €**	
Combiné à bois 380v LUREM C2600 (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**150 €**	
Lot de 2 pompes : 1 JOHNSON PUMP fre 50-125 et 1 LEBO (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**15 €**	
Nettoyeur haute pression thermique/220v KARCHER (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**30 €**	
Saleuse ACOMETIS nue (vendue dans l'état)		VT007184	VT007184	04/12/2001	2015	**50 €**	S1785
Tracteur RENAULT Ergos 95 (vendu dans l'état)	FE-830-NL	VT006399	VT006399	26/12/1995	2015	**400 €**	TR951
Rotofaucheuse NOREMAT LP1600 (vendue dans l'état)		VE990230	VE990013	30/09/2011 (achat 14/08/2000)	2015	**300 €**	RFN04
Tracteur RENAULT Ergos 95 (vendu dans l'état)	5293MW52	VT006360	VT006360	19/01/2000	2015	**400 €**	TR991
Rotofaucheuse NOREMAT LP1600 (vendue dans l'état)		VT007249	VT007249 OUTILLAGE TECHNIQUE 5 ANS	20/09/2000	2015	**300 €**	RFN05
Lot de lames pour lamier (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**15 €**	

Désignation	Immatriculation	N° inventaire physique	N° inventaire comptable	Date entrée	Fin amortissement	Valeur plancher en euros	CODE ENGIN
1 siège CATERPILLAR (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**15 €**	
Lot de pupitres pour saleuses (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**20 €**	
Lot de moteurs Honda démontés (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**20 €**	
Lame de déneigement VILLETON bi-raclage (vendue dans l'état)		Non inventoriée	Non inventoriée	NEANT	NEANT	**50 €**	L2824
RENAULT KANGOO 1,2 essence (vendu dans l'état)	AQ-524-VN	VE990132	VE990132	21/08/1998	2015	**150 €**	R9801
PEUGEOT 106 1,5 diesel (vendu dans l'état)	3215MT52	VT006313	VT006313	20/11/1998	2015	**150 €**	DP9803
Lave-vaisselle inox LANCER 910UP (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**30 €**	
Débroussailleuse ROUSSEAU 5700 PL (vendue dans l'état)		VE990175	VE990007	30/09/2011 (achat 07/06/2001)	2015	**200 €**	RED07
Tracteur RENAULT Ergos 95 (vendu dans l'état)	5263MT52	VT006372	VT006372	29/12/1998	2015	**400 €**	TR983
Cric rouleur pneumatique 35T KS Tools + 2 chandelles (vendus dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**20 €**	278
Lot de caoutchouc pour lame de déneigement PETER (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**30 €**	
RENAULT KANGOO 1,2 essence (vendu dans l'état)	6524ND52	VT007437	VT007437	25/08/2003	2015	**50 €**	R0303
Lot de matériels électroportatifs (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**15 €**	
Compresseur ISOTECH 100 litres (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**30 €**	445
Tracteur RENAULT Ergos 100 (vendu dans l'état)	3714NA52	VT006339	VT006339	19/12/2001	2015	**300 €**	TR012
Presse à emboutir manuelle France Plaque N°0417 + chiffres et lettres (vendus dans l'état)		Non inventoriés	Non inventoriés	NEANT	NEANT	**15 €**	
Compresseur TOOL AIR 200 litres (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**15 €**	
Groupe hydraulique (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**10 €**	
RENAULT KANGOO diesel (vendu dans l'état)	548NA52	VT006304	VT006304	24/10/2001	2015	**150 €**	DR0115
Micro-tracteur tondeuse HUSQVARNA CTH155 (vendu dans l'état)		Non inventorié	Non inventorié	NEANT	NEANT	**30 €**	ex collège Montier-en-Der
Gravillonneur SECMAIR PGR5000 (vendu dans l'état)		M007114	LOT M006633 de 1998 PAS DANS IGDA	05/10/1993	NEANT	**30 €**	GRA32
Machine à mise sous pli PITNEY BOWES DI 350 (vendue dans l'état)		M006790	M006790	04/02/2004	2009	**20 €**	
Lot de matériels de cuisine (vendu dans l'état)		ARMOIRE FRIGORIFIQUE M007379	ARMOIRE FRIGORIFIQUE M007379	10/11/2004	2009	**50 €**	ex collège Montier-en-Der
42 LOTS						**3 875 €**	

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:09
Référence technique : 052-225200013-20190920-4-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE
Réunion du 20 septembre 2019

Direction des Finances et du Secrétariat Général	N° 2019.09.4

OBJET :

Société Publique Locale SPL-XDEMAT -
Rapport du représentant du Département pour l'exercice 2018 et rachat d'actions

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L.1524-5,

Vu les statuts de la société SPL-Xdemat et le pacte d'actionnaires,

Vu la délibération du conseil général en date du 29 juin 2012 relative à l'adhésion du Département de la Haute-Marne à la société publique locale SPL-Xdemat,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2019 relative au budget primitif 2019,

Vu la délibération du conseil municipal de la commune de Chaumont-la-Ville en date du 26 février 2019,

Vu la délibération du conseil syndical du Syndicat intercommunal d'alimentation en eau potable des communes de la Région du Lac de la Vingeanne en date du 21 mars 2019,

Vu le rapport de gestion de la société SPL-Xdemat, au titre de l'exercice 2018,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant qu'il appartient au représentant de la collectivité au sein du conseil d'administration de la SPL-Xdemat de présenter chaque année le rapport de gestion de l'exercice précédent,

Considérant que la commune de Chaumont-la-Ville et le syndicat a émis le souhait de ne plus bénéficier des services de la SPL-Xdemat,

Considérant que le syndicat intercommunal d'alimentation en eau potable des communes de la région du lac de la Vingeanne est dissout depuis le 1er septembre 2019,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- de prendre acte de la communication du rapport de gestion pour l'exercice 2018, joint en annexe,

- d'approuver ledit rapport de gestion,

- d'approuver le rachat, au prix unitaire de 15,50 €, des actions de la SPL-Xdemat détenues par la commune de Chaumont-la-Ville et le syndicat intercommunal d'alimentation en eau potable des communes de la région du lac de la Vingeanne,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer tous les actes se rapportant à ce rachat.

La dépense correspondante au rachat des actions détenues par la commune de Chaumont-la-Ville et le syndicat intercommunal d'alimentation en eau potable des communes de la région du lac de la Vingeanne sera imputée sur le chapitre 261//01.

Les droits d'enregistrement afférents au rachat d'actions au titre du code général des impôts seront pris en charge par le Conseil départemental.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:09
Référence technique : 052-225200013-20190920-4-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

RAPPORT DU REPRESENTANT DU DEPARTEMENT DE LA HAUTE-MARNE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SOCIETE SPL-XDEMAT

Rapport de gestion sur les opérations de l'exercice clos le 31 décembre 2018
approuvé par l'Assemblée générale de la société SPL-Xdemat du 25 juin 2019

SPL-Xdemat
Société Publique Locale
au capital de 198.989 euros
Siège social : 2 Rue Pierre LABONDE – 10000 TROYES
749.888.145 RCS TROYES

ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE DU 25 JUIN 2019

RAPPORT DE GESTION SUR LES OPERATIONS DE L'EXERCICE CLOS LE 31 DECEMBRE 2018

Mesdames, Messieurs,

Nous vous avons réuni en Assemblée générale annuelle en application des statuts et des dispositions du Code de commerce pour vous rendre compte de l'activité de la Société au cours de l'exercice clos le 31 décembre 2018, des résultats de cette activité, des perspectives d'avenir et soumettre à votre approbation le bilan et les comptes annuels dudit exercice. Ces comptes sont joints au présent rapport.

Les convocations prescrites par la loi vous ont été régulièrement adressées et tous les documents et pièces prévus par la réglementation en vigueur ont été tenus à votre disposition dans les délais impartis.

SITUATION ET ACTIVITE DE LA SOCIETE AU COURS DE L'EXERCICE ECOULE

Nous vous rappelons que l'exercice clos le 31 décembre 2018 constitue le septième exercice social de notre société.

Le volume d'activité de cet exercice s'est révélé en terme de facturation, supérieur aux prévisions. A la clôture de l'exercice, nous avons la satisfaction de compter 2 169 actionnaires, prêts compris (ils étaient 1 655 à la clôture du précédent exercice soit 31 % d'augmentation) répartis de la manière suivante :

	Aisne	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meuse	Vosges	Meurthe-et-Moselle	Total
Nb actionnaires en 2018	187	264	492	251	370	83	116	406	2 169
Nb actionnaires en 2017	140	219	487	243	348	65	49	104	1 655
Ecart 2017/2018	+ 47	+ 45	+ 5	+ 8	+ 22	+ 18	+ 67	+ 302	+ 514
% d'augmentation par rapport à 2017	+ 33 %	+ 20 %	+ 1 %	+ 3 %	+ 6 %	+ 27 %	+ 136 %	+ 290 %	+ 31 %
Objectif 2018 fixés en mars	164	233	487	253	358	76	76	215	1 862
Ecart avec l'objectif 2018	+ 23	+ 31	+ 5	- 2	+ 12	+ 7	+ 40	+ 191	+ 307
% des actionnaires par rapport aux collectivités situées sur le territoire	17,22 %	50,09 %	99,39 %	33,69 %	61,97 %	15,78 %	15,78 %	48,45 %	39,08 %

Le nombre d'actionnaires est passé en 7 ans de 336 à 2 169.

Les utilisateurs ont pu, durant l'exercice :

- continuer à bénéficier des outils de dématérialisation déjà proposés en 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017 à savoir Xmarchés (plate-forme de dématérialisation des marchés publics), Xactes (télétransmission au contrôle de légalité), le certificat électronique de signature, Xelec (gestion dématérialisée des listes électorales, pour les communes), Xfluco (Indigo ou Hélios (télétransmission des flux comptables)), Xsip (système de paiement par carte bancaire) et Xopticar (outil de suivi des bus scolaires dans le cadre de la compétence transports des Départements), Xsare (accusé de réception électronique), Xcélia (archivage électronique intermédiaire), Xparaph (parapheur électronique), Xpost-it (alerteur des actions en attente pour les applications utilisées), Xsacha (outil d'archivage électronique), Xconvoc (la convocation dématérialisée avec le module supplémentaire de génération électronique des délibérations), Xrecensement (le recensement citoyen obligatoire), Xtdt (tiers de télétransmission homologué), Xfactures (facturation électronique), Xpassfam (portail des assistantes familiales pour la gestion des agréments, de dématérialisation des bulletins de liaisons, les demandes des frais de transport et la gestion de circuit de validation des congés), Xcontact (gestion des relations dématérialisées entre les collectivités et les citoyens conformément à l'obligation fixée par l'ordonnance du 6 novembre 2014), Xwork (relations dématérialisations entre personnes publiques comme une communauté de communes et ses communes membres), Xsave (solution de sauvegarde déportée), Xechanges (espace d'échanges de fichiers), Xsms (outil de gestion d'envois de SMS à la demande) et Xhost (gestion des transports scolaires des élèves handicapés),
- bénéficier d'un nouvel outil de dématérialisation en 2018 à savoir Xenquetes (dématérialisation des enquêtes publiques lancées par les collectivités pour leurs différents projets), ainsi que d'un nouveau portail pour les actionnaires de la SPL et de nouvelles fonctionnalités pour Xactes (télétransmission au contrôle de légalité – version prenant en compte les nouvelles spécificités du MIAT), Xparaph (parapheur électronique - version 3.1), Xcontact (gestion des relations dématérialisées entre les collectivités et les citoyens - version 2.1), Xhost (gestion des transports scolaires des élèves handicapés – nouveaux aménagements), Xmarches (nouvelle plate-forme de dématérialisation des marchés publics avec nouvelles fonctionnalités), Xelec (gestion dématérialisée des listes électorales – interface avec le fichier national d'électeur imposé par le MIAT), Xconvoc (la convocation dématérialisée avec le module supplémentaire de génération électronique des délibérations – version 2.02).

Si le département de l'Aube présente à ce jour le plus grand nombre d'actionnaires et d'utilisateurs, nous avons constaté une augmentation au fur et à mesure des adhésions, des collectivités actionnaires situées sur le territoire des autres départements.

EVENEMENTS INTERVENUS DEPUIS LA CLOTURE DE L'EXERCICE

Il convient de souligner qu'aucun événement important n'est survenu entre la date de la clôture de l'exercice et la date à laquelle le rapport est établi.

ACTIVITES EN MATIERE DE RECHERCHE ET DE DEVELOPPEMENT

Eu égard à l'article L 232-1 du Code de commerce, nous vous informons que la Société a effectué des activités de recherche et de développement au cours de l'exercice écoulé pour une somme de 152 263 € concernant les outils de dématérialisation suivants :

- Dans leur totalité (outils ou développements terminés en 2018 et mis à disposition des actionnaires) :
  - Xenquetes (dématérialisation des enquêtes publiques lancées par les collectivités pour leurs différents projets),
  - Xparaph (parapheur électronique – nouvelle version),
  - Xcontact (gestion des relations dématérialisées entre collectivités et citoyens – version 2.1),
  - Xmarchés (nouvelle plateforme de dématérialisation des marchés publics),
  - Xactes (télétransmission au contrôle de légalité – spécifications MIAT),
  - Xelec (gestion dématérialisée des listes électorales – interface avec le fichier national d'électeur imposé par le MIAT),

- Xconvoc (la convocation dématérialisée avec le module supplémentaire de génération électronique des délibérations – version 2.02),
- Portail d'accueil des actionnaires de la société,

- et seulement, pour partie, à finaliser en 2019 :
  - Xorcas (outil de recherche de créances du département au titre de l'aide sociale, en lien avec les notaires),
  - Xactes (télétransmission au contrôle de légalité – nouvelles fonctionnalités),
  - Portail de la société SPL-Xdemat (côté administration),
  - RGDP (mise en conformité des outils au nouveau règlement),

Seuls les jours de développement ayant abouti à la mise à disposition en 2018 de nouveaux outils ou de nouvelles fonctionnalités sur les outils déjà existants ont été amortis comptablement dans le bilan au 31 décembre 2018 et ont valorisé l'actif immobilisé à hauteur de 126 552 €.

EVOLUTION PREVISIBLE DE LA SITUATION DE LA SOCIETE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Les résultats encourageants des sept premiers exercices sociaux nous ont amené à bâtir un budget prévisionnel basé sur un chiffre d'affaires net de l'ordre de 976 758 €.

Notre développement devrait principalement être basé sur l'augmentation d'actionnaires sur les départements de l'Aisne, des Ardennes, de la Haute Marne et de la Marne, de la Meuse, des Vosges, et de Meurthe-et-Moselle dans la continuité des chiffres de 2018. Le Département de l'Aube ne devrait compter aucun nouvel actionnaire, l'Aube ayant atteint un taux d'adhésion proche de 100 %.

Au 16 mars 2019, le nombre d'actionnaires s'élevait déjà à 2 225 actionnaires soit une augmentation de 2,58 % par rapport à l'année 2018 (base au 31 décembre 2018 : 2 169).

Par ailleurs, notre gamme d'outils de dématérialisation va encore s'étendre à compter de 2019, voire début 2020 avec la mise à la disposition des actionnaires, de Xregie (gestion dématérialisée de régies mises en place au sein de collectivités actionnaires), Xcorde (gestion documentaire GED), Xorcas (outil de outil de recherche de créances du département au titre de l'aide sociale, en lien avec les notaires), ainsi que de nouvelles fonctionnalités pour Xmarches (suivi de l'exécution, archivage des attributions, interfaces avec P3P et MARCO…), pour Xactes (version 2.2), pour Xconvoc (développement de nouveaux modèles), Xtdt (nouvelle homologation après remise aux normes), Xsacha (développement d'une version light de l'outil et traitement des éliminations), Xfactures (évolutions apportées), pour Xcontact (création de la version mobile), pour l'ensemble des outils, leur mise en conformité avec le nouveau règlement général de la protection des données (RGPD) et enfin, pour le portail de la société SPL-Xdemat, une refonte de la partie administration.

Devrait également être développé par la société au cours de l'année 2019 en vue de leur mise à disposition dès cette année voire 2020, un nouvel outil à savoir Xparsoc (portail des partenaires sociaux des Départements) ainsi que le cas échéant, d'autres outils en cas de décisions du Conseil d'administration en cours d'année.

INFORMATION SUR LES DELAIS DE PAIEMENT

En application des dispositions des articles L 441-6-1 al.1 et D 441-4 du Code de commerce, nous vous indiquons la décomposition, des délais de paiement de nos fournisseurs et clients, faisant apparaître les factures reçues et émises non réglées à la date de clôture de l'exercice dont le terme est échu :

Exercice clos le 31 décembre 2017 (pour rappel)

	Article D.441 – I.1° : factures reçues non réglées à la date de clôture de l'exercice dont le terme est échu						Article D.441 – I.2° : factures émises non réglées à la date de clôture de l'exercice dont le terme est échu					
	0 jour (facultatif)	1 à 30 jours	31 à 60 jours	61 à 90 jours	91 jours et plus	Total (1 jour et plus)	0 jour (facultatif)	1 à 30 jours	31 à 60 jours	61 à 90 jours	91 jours et plus	Total (1 jour et plus)
(A) Tranches de retard de paiement												
Nombre de factures concernées	4						55					139
Montant total des factures concernées h.t.	8 168,66						14 105	6 540,50	1 645	607.50	28 478,10	37 271,10
Pourcentage du montant total h.t. de l'exercice	1,34											
Pourcentage du chiffre d'affaires h.t. de l'exercice							1,80	0,83	0,21	0,08	3,63	4,74
(B) Factures exclues du (A) relatives à des dettes et créances litigieuses ou non comptabilisées												
Nombre des factures exclues												
Montant total des factures exclues												
(C) Délais de paiement de référence utilisés (contractuel ou délai légal – article L. 441-6 ou article L.443-1 du code de commerce)												
Délais de paiement de référence utilisés pour le calcul des retards de paiement	o Délais légaux : (préciser) 30 JOURS						o Délais légaux : (préciser) 30 JOURS					

Exercice clos le 31 décembre 2018

	Article D.441 – I.1° : factures reçues non réglées à la date de clôture de l'exercice dont le terme est échu						Article D.441 – I.2° : factures émises non réglées à la date de clôture de l'exercice dont le terme est échu					
	0 jour (facultatif)	1 à 30 jours	31 à 60 jours	61 à 90 jours	91 jours et plus	Total (1 jour et plus)	0 jour (facultatif)	1 à 30 jours	31 à 60 jours	61 à 90 jours	91 jours et plus	Total (1 jour et plus)
(A) Tranches de retard de paiement												
Nombre de factures concernées	3						130					87
Montant total des factures concernées h.t.	14 390.71						22 675.67	4 890	1587.50	750	6 035.75	13 263.25
Pourcentage du montant total h.t. de l'exercice	1.86											
Pourcentage du chiffre d'affaires h.t. de l'exercice							2.52	0.54	0.18	0.08	0.67	1.47
(B) Factures exclues du (A) relatives à des dettes et créances litigieuses ou non comptabilisées												
Nombre des factures exclues												
Montant total des factures exclues												
(C) Délais de paiement de référence utilisés (contractuel ou délai légal – article L. 441-6 ou article L.443-1 du code de commerce)												
Délais de paiement de référence utilisés pour le calcul des retards de paiement	o Délais légaux : (préciser) 30 JOURS						o Délais légaux : (préciser) 30 JOURS					

EXPOSE SUR LES RESULTATS ECONOMIQUES ET FINANCIERS

Il convient de préciser que, s'agissant du septième exercice social, un comparatif est possible avec l'année précédente.

	Exercice clos le 31/12/2018	Exercice clos le 31/12/2017	Variation 2017/2018	Exercice précédent au 31/12/2016 pour mémoire	Exercice précédent au 31/12/2015 pour mémoire
Chiffre d'affaires H.T.	**900 871 €**	**785 486 €**	**115 386 €**	**619 105 €**	**411 560 €**
Total des produits d'exploitation	1 027 430 €	930 971 €	96 459 €	634 231 €	411 563 €
Charges d'exploitation de l'exercice	962 109 €	886 217 €	75 893 €	646 919 €	408 757 €
Résultat d'exploitation	65 321 €	44 754 €	20 566 €	- 12 689 €	2 806 €
Résultat financier	3 869 €	6 286 €	- 2 419 €	5 502 €	4 673 €
Résultat exceptionnel	11 549 €	17 249 €	- 5 700 €	22 009 €	17 249 €
Impôts sur les bénéfices	22 600 €	19 121 €	3 479 €	4 674 €	8 167 €
Total des charges	**984 731 €**	**905 339 €**	**79 392 €**	**651 593 €**	**416 924 €**
Résultat net	58 116 €	49 169 €	8 948 €	10 148 €	**16 562 €**

Pour rappel, le capital social de SPL-Xdemat est de 198 989 € divisé en 12 838 actions.

Au 31 décembre 2018, le total du bilan de la Société s'élevait à 1 114 553 € (au lieu de 992 992 € au 31 décembre 2017, 814 803 € au 31 décembre 2016, 644 747 € au 31 décembre 2015 et 548 722 € au 31 décembre 2014) soit une variation de 121 561 € par rapport au 31 décembre 2017.

Ces variations et donc le résultat net s'expliquent par un nombre toujours croissant de collectivités actionnaires de la société, avec une augmentation de plus de 31 % en 2018.

Ce bilan fait apparaître au 31 décembre 2018, 350 226 € de capitaux propres (au lieu de 303 609 € au 31 décembre 2017) soit une variation de 46 617 € (+15,35 %).

Il mentionne également un total de dettes de 764 328 € au 31 décembre 2018 (au lieu de 689 383 € au 31 décembre 2017) soit une variation de 74 945 € (10,87 %) correspondant pour plus de 85 %, au montant à rembourser aux Départements, au Grand Reims et au SMIC des Vosges pour le nombre de jours de travail de leurs agents mis à disposition de la société. Ce remboursement n'intervient qu'au premier semestre de l'année N+1 et représente la plus grosse dépense de la société (657 716 € en 2018 au lieu de 604 284 € en 2017). L'augmentation de cette dépense se justifie par un accroissement du nombre de jours consacrés à la maintenance compte tenu de l'augmentation du nombre d'actionnaires et de l'utilisation croissante des outils de dématérialisation de plus en plus nombreux. Les 14 % restant correspondent à des prestations fournies à la société SPL-Xdemat mais non encore facturées ou payées après le 31/12/2018.

Les autres dépenses 2018 restent stables par rapport à 2017 hormis :

- l'achat de certificats électroniques qui a diminué compte tenu du nombre moins important de commandes faites par les actionnaires (achat compensé par le prix de revente versé à la société par les actionnaires),
- L'achat de fournitures diverses pour l'organisation des présentations de la plateforme Xmarchés sur les 8 Départements actionnaires,
- Le coût des prestations de maintenance qui ont augmenté suite à la passation d'un nouvel accord-cadre avec l'actualisation des tarifs pratiqués,
- les frais de réception, suite à l'organisation après l'Assemblée générale, d'un cocktail déjeunatoire pour les actionnaires présents,
- l'achat de gadgets à l'effigie de la société en vue de sa promotion auprès de nouvelles collectivités mais également des actionnaires,

- l'augmentation des besoins en hébergement compte tenu du volume des données à stocker en perpétuelle croissance,
- Une augmentation de la dotation aux amortissements sur immobilisation, suite à l'intégration des nouveaux outils développés et mis en production en 2017 et 2018,
- Une baisse des produits financiers suite au terme de certains placements.

Les dépenses de de location d'un bureau et d'équipements au sein de l'Hôtel du Département de l'Aube, pour le siège social de la société, et celle relative au remboursement au Département de l'Aube, des déplacements du Directeur général avec un véhicule de la collectivité, ont été reconduites en 2018 avec pour la deuxième dépense, une augmentation par rapport à 2017 compte tenu d'un nombre de déplacements effectués plus important, notamment pour les prestations dans les départements, de la nouvelle plateforme de dématérialisation des marchés publics.

PRESENTATION DES COMPTES ANNUELS

Les comptes annuels de l'exercice clos le 31 décembre 2018 que nous soumettons à votre approbation ont été établis conformément aux règles de présentation et aux méthodes d'évaluation prévues par la réglementation en vigueur.

AFFECTATION DU RESULTAT

Proposition d'affectation du résultat

Nous vous proposons d'affecter le bénéfice de l'exercice s'élevant à 58 116 € de la manière suivante :

ORIGINE

– Résultat bénéficiaire de l'exercice **:** 58 116 €.

AFFECTATION

– Au poste « autres réserves » : 58 116 € (soit un poste porté à 131 337 €).

Nous vous précisons en effet que la Loi impose à notre type de société, au fur et à mesure de ses résultats, de transférer jusqu'à une somme égale à 10 % du montant de son capital social, sur le poste «réserve légale» mais que sur ce poste, a déjà été affecté au cours des dernières années, le montant maximum légal soit 19 899 €.

RAPPEL DES DIVIDENDES DISTRIBUEES

Nous vous précisons qu'il n'y a pas eu de distribution de dividendes depuis la constitution de la société.

DEPENSES SOMPTUAIRES ET CHARGES NON DEDUCTIBLES FISCALEMENT

Conformément aux dispositions des articles 223 quater et 223 quinquies du Code des impôts, nous vous précisons que les comptes de l'exercice écoulé ne prennent pas en charge de dépenses non déductibles du résultat fiscal.

GOUVERNEMENT D'ENTREPRISE

Mandats et fonctions exercés dans la société par chaque mandataire social

Conformément aux dispositions de l'article L. 225-37-4, alinéa 1, 1° du code du commerce, vous trouverez ci-dessous la liste de l'ensemble des mandats et fonctions exercés dans toute entreprise par chaque mandataire social de la société durant l'exercice :

Pour les membres du Conseil d'administration de la société :

- Alain BALLAND, Président de la société SPL-Xdemat :

Alain BALLAND est également Vice-Président du Conseil départemental de l'Aube, qu'il représente au sein du Conseil d'administration.

Il est par ailleurs Maire de la commune de Saint-André-les-Vergers et 1er Vice-Président de la Communauté d'agglomération Troyes Champagne Métropole.

Enfin, en sa qualité de Conseiller départemental, il siège au Conseil d'administration de nombreuses structures parmi lesquelles figurent les Autoroutes Paris / Rhin / Rhône (APRR), l'Office Public Habitat Aube Immobilier et la Société Immobilière et d'Aménagement du Barsuraubois et de l'Aube (SIABA).

- Jean-Marc ROZE, Vice-Président de la société SPL-Xdemat :

Jean-Marc ROZE est également 1er Vice-Président du Conseil départemental de la Marne, qu'il représente au sein du Conseil d'administration ainsi qu'au sein de nombreuses instances.

Il est par ailleurs adjoint au maire de Reims et Conseiller communautaire à la Communauté d'agglomération du Grand Reims.

- Renaud AVERLY, Vice-Président de la société SPL-Xdemat :

Renaud AVERLY est également Vice-Président du Conseil départemental des Ardennes, qu'il représente au sein du Conseil d'administration ainsi qu'au sein de nombreuses instances.

Il est par ailleurs maire de Corny-Machéroménil et Président de la Communauté de communes du Pays rethélois.

- Danièle BOEGLIN, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Danièle BOEGLIN est également Vice-Présidente du Conseil départemental de l'Aube, qu'elle représente au sein du Conseil d'administration.

Elle est par ailleurs Présidente du SDEDA (Syndicat départemental d'élimination des déchets de l'Aube) et du SMATB (Syndicat Mixte de l'Aérodrome de Troyes Barberey). Elle est enfin administrateur de la société anonyme d'HLM Mon Logis et de la société d'économie mixte SEM Energie.

- Marie-Noëlle RIGOLLOT, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Marie-Noëlle RIGOLLOT est également Vice-Présidente du Conseil départemental de l'Aube, qu'elle représente au sein du Conseil d'administration.

Elle est par ailleurs Maire de la commune de Baroville et Conseillère communautaire à la Communauté de communes de la Région de Bar-sur-Aube.

Enfin, en sa qualité de Conseillère départementale, elle siège au Conseil d'administration de nombreuses structures parmi lesquelles figurent le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de l'Aube, l'Office Public Habitat Aube Immobilier et la Société Immobilière et d'Aménagement du Barsuraubois et de l'Aube (SIABA).

- Olivier JACQUINET, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Olivier JACQUINET est également Président de la Communauté de communes Forêt, Lacs, Terres en Champagne. Il représente au Conseil d'administration, les actionnaires aubois autres que le Conseil départemental de l'Aube.

Il est par ailleurs Maire de la commune de Mesnil-Sellières. Il est enfin gérant (sans rémunération) de la Société civile d'exploitation agricole (SCEA) LORGEVEAU et Vice-Président (sans rémunération) de la Société d'Intérêt Collectivité Agricole d'Habitat Rural (SICAHR).

- Christian MOUGIN, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Christine MOUGIN est également Maire de Maubert-Fontaine. Il représente au Conseil d'administration, les actionnaires ardennais autres que le Conseil départemental des Ardennes.

Il est par ailleurs Conseiller communautaire à la Communauté de communes Ardennes Thiérache. Il est enfin dirigeant de la société Monsieur Christian MOUGIN (exploitation agricole).

- Gérard GROSLAMBERT, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Gérard GROSLAMBERT est également 1er Vice-Président du Conseil départemental de la Haute-Marne, qu'il représente au sein du Conseil d'administration.

Il est par ailleurs 1er adjoint au maire de Chaumont et Vice-Président de la Société d'économie mixte IMMOBAIL.

- Dominique THIEBAUD, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Dominique THIEBAUD est également Maire de Bourg. Il représente au Conseil d'administration, les actionnaires haut-marnais autres que le Conseil départemental de la Haute-Marne.

Il est par ailleurs 3ème Conseiller communautaire à la Communauté de communes du Grand Langres.

- Pierre-Jean VERZELEN, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Pierre-Jean VERZELEN est également Vice-Président du Conseil départemental de l'Aisne, qu'il représente au sein du Conseil d'administration ainsi qu'au sein de nombreuses instances.

Il est par ailleurs maire de Crécy-sur-Serre, Président des maires de l'Aisne et Président de la Communauté de communes du Pays de la Serre.

- Jérôme DUMONT, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Jérôme DUMONT est également Conseiller départemental de la Meuse, qu'il représente au sein du Conseil d'administration.

- Luc GERECKE, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Luc GERECKE est également Vice-Président du Conseil départemental des Vosges, qu'il représente au sein du Conseil d'administration.

Il est par ailleurs Maire de Contrexéville et Conseiller communautaire de la Communauté de communes Terre d'eau. Il est enfin, Président Directeur général de la Société anonyme d'économie mixte locale (SAEML) des Thermes et administrateur de la SAEML Vosges Télé.

- Christian ARIES, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Christian ARIES est également Vice-Président du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, qu'il représente au sein du Conseil d'administration.

Il est par ailleurs Conseiller municipal de Longwy et Président de la Communauté d'agglomération de Longwy. Au titre de conseiller communautaire, il est membre du Syndicat mixte de traitement des Ordures Ménagères de Longwy (SMTOM), du syndicat mixte des transports de l'agglomération de Longwy (SMITRAL) et Vice-Président du syndicat de cohérence territoriale de Meurthe-et-Moselle Nord (SCOT). Il est enfin Président du Syndicat départemental d'électricité de Meurthe-et-Moselle.

- Isabelle HELIOT-COURONNE, Administrateur de la société SPL-Xdemat :

Isabelle HELIOT-COURONNE est également Conseillère régionale du Grand Est, qu'elle représente au sein du Conseil d'administration ainsi qu'au sein de nombreuses instances comme par exemple la Société d'économie mixte Metz Technopole, la Société d'économie mixte de la Technopole de l'Aube en Champagne…

Elle est par ailleurs adjointe au maire de la Ville de Troyes et Conseillère communautaire à la Communauté d'agglomération Troyes Champagne Métropole et à ce titre, siège au sein de multiples structures.

<u>Pour la direction générale de la société</u> :

- Philippe RICARD, Directeur général de la société SPL-Xdemat :

Philippe RICARD exerce par ailleurs, les fonctions de Directeur informatique au sein du Conseil départemental de l'Aube, actionnaire majoritaire de la société SPL-Xdemat. A titre accessoire, il réalise des missions informatiques pour le compte du Syndicat départemental des eaux de l'Aube.

- Isabelle DARNEL, Directeur général délégué de la société SPL-Xdemat :

Isabelle DARNEL exerce par ailleurs, les fonctions de Directeur général adjoint en charge du Pôle Développement des territoires au sein du Conseil départemental de l'Aube, actionnaire majoritaire de la société SPL-Xdemat.

Conventions visées aux articles L. 225-40 et suivants du Code du commerce

Conformément aux dispositions de l'article L. 225-37-4, alinéa 1, 2° du code du commerce, vous trouverez ci-dessous la liste des conventions intervenues directement ou par personne interposée, entre,

- d'une part, l'un des mandataires sociaux ou l'un des actionnaires disposant d'une fraction des droits de vote supérieure à 10 % de la société (soit uniquement le Département de l'Aube) ;
- et, d'autre part, une filiale dont la société possède directement ou indirectement plus de la moitié du capital, à l'exception des conventions portant sur des opérations courantes et conclues à des conditions normales (la société SPL-Xdemat ne possède pas de capital d'une autre société) :

Conventions de mise à disposition de personnels du Département de l'Aube :

- Mise à disposition de Mme Brigitte LONGERE pour des missions d'assistance administrative et fonctionnelle (100 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 août 2018 (départ à la retraite).

- Mise à disposition de Mme Christine LOUIS pour des missions d'assistance administrative et fonctionnelle (205 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de Mme Sophie SIMONET pour des missions d'assistance administrative et fonctionnelle (205 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de Mme Christelle PORTIER pour des missions d'assistance administrative et fonctionnelle (145 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de Mme Jacqueline GOFFEZ pour des missions d'assistance administrative et fonctionnelle (205 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de Mme Laurence MONIOT pour des missions d'assistance administrative et fonctionnelle (106 jours après avenant) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de M. Florian KNIBBE pour des missions d'assistance technique (180 jours après avenant) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de M. Benoît DUBRULLE pour des missions d'assistance technique (100 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de M. Stéphane MAILLARD pour des missions d'assistance technique (170 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de M. Vincent BENCI pour des missions d'assistance technique (181 jours après avenant) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de Mme Marie-Annick OUDIN pour des missions d'assistance technique (110 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de M. Nicolas PICOTIN pour des missions d'assistance technique (140 jours après avenant) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de Mme Annie NOWAK pour des missions d'expertise fonctionnelle (84 jours après avenant) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

- Mise à disposition de M. Christophe DUXIN pour des missions d'expertise fonctionnelle (130 jours) par le Département de l'Aube du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

Convention de mise à disposition de locaux et d'équipements :

- Mise à disposition d'un local meublé comprenant des équipements informatiques et téléphoniques par le Département de l'Aube (siège social de SPL-Xdemat) pendant 5 ans du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020.

Convention de mise à disposition ponctuelle d'un véhicule :

- Mise à disposition ponctuelle d'un véhicule au Directeur général de la société par le Département de l'Aube pour ses déplacements, pendant 5 ans du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020.

Modalités d'exercice de la Direction générale

Il est rappelé que le Conseil d'administration en date du 26 janvier 2012 a décidé que la direction générale de la société, serait assumée, sous sa responsabilité, par un Directeur Général, ce choix étant conforme aux statuts de la société et à l'article L. 225-51-1 du Code de commerce. Ce Directeur Général est assisté d'un Directeur Général Délégué.

CONTROLE DES COMMISSAIRES AUX COMPTES

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires, nous tenons à votre disposition les rapports de votre Commissaire aux comptes.

Par ailleurs, nous vous indiquons que la liste et l'objet des conventions courantes conclues à des conditions normales qui, en raison de leur objet ou de leurs implications financières sont significatives pour les parties, ont été communiqués aux administrateurs et aux Commissaires aux comptes.

SITUATION DES MANDATS DES ADMINISTRATEURS ET DES COMMISSAIRES AUX COMPTES

Nous vous précisons qu'aucun mandat d'administrateurs et de commissaires aux comptes n'arrive à expiration.

Nous espérons que ce qui précède recevra votre agrément et que vous voudrez bien voter les résolutions qui vous sont soumises.

Le Conseil d'administration

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-5-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE
Réunion du 20 septembre 2019

Direction des Finances et du Secrétariat Général	N° 2019.09.5

OBJET :

Convention avec Orange pour l'installation d'un réseau à très haut débit en fibre optique pour le centre administratif départemental et le collège Camille Saint-Saëns

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu l'article 3 de la décision N° 2010-1312 de l'autorité de régulation des communications électroniques et des postes,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions de la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne,

Considérant le courrier du 23 août 2019 de la société Orange proposant au Département de raccorder gratuitement le centre administratif départemental et le collège Camille Saint-Saëns à son réseau FttH afin de pouvoir bénéficier de services de communication électronique à très haut débit auprès des différents opérateurs et l'intérêt présent ou futur pour la collectivité d'y répondre favorablement,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes des conventions d'installation, gestion, entretien et remplacement des lignes de communications électroniques à très haut débit en fibre optique deux pour le centre administratif départemental et le collège Camille Saint-Saëns, ci-jointes,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer, au nom et pour le compte du Département, les présentes conventions.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-5-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

IMB/52121/C/02WM

CONVENTION D'INSTALLATION, GESTION, ENTRETIEN ET REMPLACEMENT DE LIGNES DE COMMUNICATIONS ELECTRONIQUES A TRES HAUT DEBIT EN FIBRE OPTIQUE

Entre les soussignés

CONSEIL DEP HAUTE MARNE, Propriétaire du **4 Cour Marcel Baron 52000 Chaumont** domicilié au 1 Rue du Commandant Hugueny 52000 Chaumont , et représenté par ..... dûment habilité désigné ci-après sous la dénomination « le Propriétaire »

et

Orange, SA au capital de 10.640.226.396 euros dont le siège social est situé à Paris au 78, rue Olivier de Serres, 75015 Paris, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le N° 380 129 866 ; prise en son Unité de Pilotage Réseau Nord Est et représentée par son Directeur en exercice DAVY LETAILLEUR dûment habilité à cet effet et y faisant élection de domicile au 73 rue de la Cimaise 59650 Villeneuve d'Ascq désignée ci-après sous la dénomination **« l'Opérateur »**

Il est convenu ce qui suit:

Article 1 – Définitions

Le terme 'Convention' désigne ci-après la présente convention conclue sur le fondement des articles L. 33-6, R. 9-2, R. 9-3 et R. 9-4 du code des postes et des communications électroniques (CPCE).

Le terme 'Lignes' désigne ci-après le réseau de lignes de communications électroniques à très haut débit en fibre optique permettant de desservir un ou plusieurs utilisateurs finals dans les parties communes bâties et non bâties d'un immeuble de logements ou à usage mixte ou dans les voies, équipements ou espaces communs d'un lotissement en vue de fournir des services de communications électroniques. Ce réseau est constitué d'un chemin continu en fibre optique, composé d'une ou plusieurs fibres optiques, partant du point de raccordement, tiré dans la colonne montante de l'immeuble ou dans les voies équipements ou espaces communs du lotissement, et aboutissant, via un boîtier d'étage le cas échéant, à un dispositif de terminaison installé à l'intérieur de chaque logement ou local à usage professionnel.

Le terme 'Propriétaire' désigne ci-après CONSEIL DEP HAUTE MARNE

Le terme 'Opérateur' désigne l'opérateur d'immeuble signataire de la 'Convention', choisi par le 'Propriétaire' pour installer, gérer, entretenir et remplacer les 'Lignes' dans l'immeuble ou le lotissement au titre de la 'Convention'.

Le terme 'Opérateurs tiers' désigne ci-après les opérateurs ayant signé avec l''Opérateur' une convention d'accès aux Lignes au titre de l'article L. 34-8-3 du CPCE portant sur cet immeuble ou ce lotissement, afin de commercialiser leurs offres auprès des habitants de l'immeuble ou du lotissement.

Le terme 'Infrastructures d'accueil' désigne ci-après les infrastructures de génie civil et les gaines techniques installées en partie privative par le Propriétaire et nécessaires au déploiement des 'Lignes'.

Le terme 'Equipements' désigne ci-après l'ensemble des matériels installés par l''Opérateur' et nécessaires au bon fonctionnement du service sur le réseau.

Article 2 – Objet

La 'Convention', définit les conditions d'installation, de gestion, d'entretien et de remplacement des 'Lignes'. Ces conditions ne font pas obstacles et sont compatibles avec la mise en œuvre de l'accès aux 'Lignes' prévu à l'article L. 34-8-3 du CPCE. Les 'Lignes' et équipements installés par l''Opérateur' doivent faciliter cet accès.

L''Opérateur' prend en charge et est responsable vis-à-vis du 'Propriétaire' des interventions ou travaux d'installation, de gestion, d'entretien et de remplacement de l'ensemble des 'Lignes'.

L''Opérateur' peut mandater un tiers pour réaliser certaines opérations. La 'Convention' ne comporte en revanche aucune disposition fixant des conditions techniques ou tarifaires de l'accès aux 'Lignes'.

En complément du présent document, des conditions spécifiques décrivent les modalités de mise en œuvre de certaines des stipulations prévues par la 'Convention'.

Les parties peuvent, le cas échéant, s'accorder dans un document distinct de la 'Convention', sur les conditions techniques et financières de la fourniture de services de communications électroniques additionnels au bénéfice du 'Propriétaire' ou de l'ensemble des occupants.

La 'Convention' est modifiée en tant que de besoin pour tenir compte des évolutions législatives et réglementaires entrant en vigueur avant son terme.

Article 3 – Réalisation des travaux

L''Opérateur' installe une 'Ligne' pour chaque logement ou local à usage professionnel de l'immeuble ou du lotissement.

La fin des travaux d'installation dans l'immeuble ou le lotissement ne peut excéder 6 (six) mois après la date de mise à disposition de l''Opérateur' par le 'Propriétaire' des 'Infrastructures d'accueil' nécessaires à l'installation des 'Lignes'. En cas de non-respect de cette obligation, la 'Convention' peut être résiliée dans les conditions définies à l'alinéa 2 de l'article 12.

Le raccordement reliant le boîtier d'étage au dispositif de terminaison précité, dit raccordement client, peut être réalisé ultérieurement notamment pour répondre à la demande d'un opérateur tiers au titre de l'article L. 34-8-3 du CPCE, dans un délai convenu, sous réserve d'aléa opérationnel.

L''Opérateur' respecte le règlement intérieur de l'immeuble ou du lotissement ou le règlement de copropriété, ainsi que les règles applicables, notamment les règles de l'art et les règles d'hygiène et de sécurité propres à l'immeuble ou au lotissement. Les installations et chemins de câbles respectent l'esthétique de l'immeuble ou du lotissement.

Le 'Propriétaire' met à la disposition de l''Opérateur' et entretient les infrastructures d'accueil ou l'espace nécessaire (s) pour permettre l'installation des 'Lignes'. Lorsque de telles 'Infrastructures d'accueil' ne sont pas disponibles, le 'Propriétaire' en installe dans un délai maximum de 12 mois. Le 'Propriétaire' informe l''Opérateur' du délai prévisionnel de réalisation des travaux et lui notifie sans délai tout retard éventuel. Une fois ceux-ci achevés, il lui notifie, par lettre recommandée avec avis de réception ou tout autre moyen permettant d'attester de leur date de réception, y compris par voie électronique, la mise à disposition des infrastructures d'accueil et des emplacements nécessaires à l'installation, la gestion, l'entretien ou au remplacement des 'Lignes'.

Dans tous les cas, le 'Propriétaire' fait en sorte que les 'Infrastructures d'accueil' puissent être utilisées par des 'Opérateurs tiers'. Lorsque le point de mutualisation installé par l''Opérateur' se situe dans l'immeuble ou le lotissement, le 'Propriétaire' permet le raccordement des 'Opérateurs tiers', qui peuvent emprunter un accès existant sous la responsabilité de l''Opérateur'. Chaque raccordement d'un 'Opérateur tiers' fait l'objet d'une information préalable du 'Propriétaire'. Les installations et chemins de câbles respectent l'esthétique de l'immeuble ou du lotissement.

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

Article 4 – Gestion, entretien et remplacement
La gestion, l'entretien et le remplacement de l'ensemble des 'Lignes' et des 'Equipements' installés en application de l'article 3 sont assurés par l''Opérateur'. Le 'Propriétaire' autorise l''Opérateur' à mettre à disposition d''Opérateurs tiers' toutes les ressources nécessaires au titre de l'accès aux 'Lignes'. L''Opérateur' est responsable de ces opérations et en informe le 'Propriétaire'.

Article 5 – Modalités d'accès au bâtiment
L''Opérateur' respecte les modalités d'accès au bâtiment définies dans les conditions spécifiques à l'occasion de toute intervention nécessaire aux opérations d'installation, de gestion, d'entretien et de remplacement. Le 'Propriétaire' garantit cet accès à l''Opérateur', à tout tiers mandaté par lui et, à ce titre, aux 'Opérateurs tiers'.

Article 6 – Raccordement des 'Lignes' à un réseau de communications électroniques à très haut débit ouvert au public
Le raccordement des 'Lignes' à un réseau de communications électroniques à très haut débit ouvert au public interviendra dans les 3 mois suivant la fin des travaux d'installation dans l'immeuble ou le lotissement.

Article 7 – Responsabilité et assurances
L''Opérateur' est responsable des dommages tant matériels que corporels causés par les travaux ou par ses installations et équipements, tant pour lui-même que pour les tiers mandatés par lui, et ce à l'égard du 'Propriétaire', de ses ayants droits et des tiers qui se trouveraient dans la propriété privée au moment des travaux. Préalablement au commencement des travaux, il contracte les assurances nécessaires pour couvrir les éventuels dommages matériels ou corporels, dont le périmètre et le montant du plafond sont précisés dans les conditions spécifiques, et s'engage à en justifier à la première demande du 'Propriétaire'.
L''Opérateur' et le 'Propriétaire' établissent un état des lieux contradictoire, selon les modalités prévues à l'article 14.2 des conditions spécifiques avant les travaux et après achèvement des travaux d'installation. En cas de dégradations imputables aux travaux, l''Opérateur' assure, à ses frais exclusifs, la remise en état des lieux.

Article 8 – Information du 'Propriétaire', de l''Opérateur' et des 'Opérateurs tiers'
Préalablement à l'exécution des travaux, l''Opérateur' propose au 'Propriétaire' un plan d'installation des 'Lignes' et des 'Equipements'. A cette occasion, l''Opérateur' et le 'Propriétaire' dressent un constat contradictoire de l'état technique des parties communes de l'immeuble ou des voies, équipements ou espaces communs du lotissement afin de déterminer si les 'Infrastructures d'accueil' disponibles sont suffisantes pour permettre à l''Opérateur' d'installer les 'Lignes' jusqu'à chacun des logements et locaux à usage professionnel de l'immeuble ou du lotissement. L''Opérateur' transmet, le cas échéant, au 'Propriétaire' la description des caractéristiques que doivent présenter les 'Infrastructures d'accueil' pour permettre l'installation, la gestion, l'entretien et le remplacement des 'Lignes'.L''Opérateur' tient à jour ce document et le tient à disposition du 'Propriétaire' ainsi que toutes les informations utiles sur les modifications apportées aux installations établies dans le cadre de la 'Convention', selon les modalités définies dans les conditions spécifiques. Dans le mois suivant la signature de la 'Convention', l''Opérateur' en informe les 'Opérateurs tiers' conformément à l'article R. 9- 2 III du CPCE.
Le 'Propriétaire' informe l''Opérateur' de la situation et des caractéristiques de l'immeuble ou du lotissement, notamment celles liées à son environnement, à sa vétusté, à son accès, à sa fragilité et aux nuisances sonores. En particulier, le 'Propriétaire' tient à disposition de l''Opérateur' toutes les informations disponibles et nécessaires à la réalisation des travaux d'installation, notamment dans le cadre des études techniques préalables à l'installation.

Article 9 – Dispositions financières
L'autorisation accordée par le 'Propriétaire' à l''Opérateur' d'installer les 'Lignes' et les 'Equipements' et d'utiliser les 'Infrastructures d'accueil' n'est assortie d'aucune contrepartie financière. L'installation, l'entretien, le remplacement et la gestion des 'Lignes' se font aux frais de l''Opérateur'.

Article 10 – Propriété
L''Opérateur' est propriétaire des 'Lignes' et 'Equipements' qu'il a installés dans l'immeuble ou dans le lotissement et le demeure au terme de la 'Convention'.

Article 11 – Durée et renouvellement de la 'Convention'
Sauf dispositions contraires définies dans les conditions spécifiques, la 'Convention' est conclue pour une durée de 25 (vingt-cinq) ans à compter de la date de sa signature. Lorsque la 'Convention' n'est pas dénoncée par l'une ou l'autre des parties dans les conditions définies à l'article 12, elle est renouvelée tacitement pour une durée indéterminée.

Article 12 – Résiliation de la 'Convention'
À l'initiative du 'Propriétaire' : Le 'Propriétaire' peut résilier la 'Convention' par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois avant le terme de la 'Convention'. Dans ce cas, l''Opérateur' l'informe de l'identité des 'Opérateurs tiers' au plus tard dans les 90 (quatre-vingt-dix) jours suivant la date de réception de la notification de la dénonciation de la 'Convention'. Lorsque la 'Convention' est renouvelée, le 'Propriétaire' peut la résilier par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois minimum avant le terme envisagé. En cas d'inexécution des travaux d'installation des 'Lignes' dans l'immeuble ou le lotissement dans le délai de 6 (six) mois à compter de la date de mise à disposition de l''Opérateur' par le 'Propriétaire' des 'Infrastructures d'accueil' nécessaires à l'installation des 'Lignes', le 'Propriétaire' peut résilier la 'Convention' par courrier recommandé avec avis de réception, sans qu'il soit besoin de faire ordonner cette résiliation en justice.
À l'initiative de l''Opérateur' :
L''Opérateur' peut résilier la 'Convention' par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois avant le terme de la 'Convention'. À ce titre, l''Opérateur' informe le 'Propriétaire' de l'identité des 'Opérateurs tiers' dans son courrier de résiliation. Lorsque la 'Convention' est renouvelée, l'' Opérateur' peut la résilier par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois minimum avant le terme envisagé.

Article 13 – Continuité du service
En cas de changement d'opérateur d'immeuble, l''Opérateur', signataire de la 'Convention', assure la continuité du service jusqu'à ce que les opérations de gestion, d'entretien et de remplacement des équipements installés soient transférées à un nouvel opérateur d'immeuble, et ce pendant un délai maximum de 6 mois, à compter du terme de la 'Convention'.

Article 14 – Conditions spécifiques
Les conditions spécifiques précisent obligatoirement :
- le suivi et la réception des travaux ;
- les modalités d'accès aux parties communes de l'immeuble ou aux voies, équipements ou espaces communs du lotissement ;
- la police d'assurance et le montant du plafond prévus à l'article 14.4.
- les modalités d'information du 'Propriétaire' et de l''Opérateur' quant au respect de la législation sur la présence d'amiante
Les conditions spécifiques peuvent préciser :
- les engagements de qualité complémentaires éventuellement pris par l''Opérateur' ;
- les standards techniques mis en oeuvre par l''Opérateur',
- les modalités de gestion, d'entretien et de remplacement des ' Lignes' et équipements, en complément des dispositions de l'article 4 ;
- la durée de la 'Convention' et les conditions de son renouvellement si elles diffèrent de celles prévues à l'article 11;
- les procédures et les cas de résiliations ;
- les modalités d'évolution de la 'Convention'.

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

CONDITIONS SPECIFIQUES

Article 14 .1 – Documents contractuels - Hiérarchie

Les présentes conditions spécifiques relèvent et font partie intégrante des conditions générales de la 'Convention', conclue sur le fondement de l'article L. 33-6 du Code des Postes et Communications Électroniques, entre l''Opérateur' et le 'Propriétaire' de l'immeuble ou du lotissement sis à **4 Cour Marcel Baron 52000 Chaumont** relatives aux conditions d'installation, et/ou de gestion, d'entretien et de remplacement de lignes de communications électroniques à très haut débit en fibre optique.

Les documents composant la présente 'Convention' sont, par ordre de priorité décroissante :
- les conditions générales,
- les conditions spécifiques et leurs annexes
- annexe 1 : synthèse des informations sur l'accès à l'immeuble ou au lotissement.

Article 14.2 – Modalités d'exécution et de suivi des travaux d'installation

L'état des lieux contradictoire prévu à l'article 7 est effectué sur demande du 'Propriétaire'.
Pour la réalisation des travaux d'installation de la fibre à l'intérieur de l'immeuble ou du lotissement, l''Opérateur' s'engage à :
- mettre à disposition un interlocuteur unique pendant toute la phase du chantier,
- remettre un modèle de travaux à effectuer dans les parties communes,
- procéder à une ou plusieurs visites de l'immeuble ou du lotissement, après information préalable du syndic ou de l'association syndicale libre, pour effectuer l'étude décrivant les travaux de câblage vertical ou horizontal en utilisant les infrastructures existantes.

Orange ou l''Opérateur' bénéficiaire de la mutualisation utilisent exclusivement les gaines et passages existants, mais en
l'absence de gaine ou en cas de gaine saturée, le 'Propriétaire' autorise:
- la pose du câblage dans une goulotte en apparent si le cahier des clauses techniques particulières du site l'exige,
- ou la pose dans les règles de l'art du câblage en apparent sans goulotte.

Le 'Propriétaire' autorise l''Opérateur' à installer des équipements spécifiques au raccordement de locaux entreprises.

Pour respecter le droit d'accès au point d'adduction, s'il venait à être positionné en partie privative, le 'Propriétaire' s'engage à faciliter l'accord des occupants pour la mise en oeuvre par l''Opérateur' d'une solution technico-économique adaptée pour garantir la continuité du parcours de la fibre, entre la partie publique et les parties communes.
L''Opérateur' assure pendant les travaux :
- un affichage dans les parties communes ou les voies, équipements ou espaces communs du lotissement d'une information sur la durée et la nature des travaux,
- le maintien de la propreté et de l'esthétique des parties communes ou des voies, équipements ou espaces communs du lotissement,
- le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

A la fin des travaux l''Opérateur' pose une plaque dans les parties communes de l'immeuble ou les espaces communs du lotissement afin d'informer les résidents que
l'immeuble ou le lotissement est équipé par Orange d'un réseau fibre optique très haut débit.

Date
Signature du 'Propriétaire' :

Article 14.3 – Modalités d'informations du 'Propriétaire' et de l''Opérateur' - Amiante

Le 'Propriétaire' et l''Opérateur' conviennent que la communication relative aux conditions d'exécution des travaux ou d'exécution de la présente convention notamment sur les conditions d'accès à l'immeuble ou au lotissement pour la maintenance ou la mise en place d'un câblage d'étage, s'effectueront par courrier ou par échange de mails.
L''Opérateur' informera le 'Propriétaire' avec un préavis raisonnable des interventions dans l'immeuble ou le lotissement pour effectuer les études ou procéder aux travaux d'installation des lignes de communications électroniques, exception faite des câblages d'étage destinés au raccordement des 'Clients finals'.
A titre indicatif les délais d'information préalables sont de 3 jours ouvrables pour l'étude et de 5 jours ouvrables pour les travaux. Le 'Propriétaire' s'engage à :
- adresser à l''Opérateur' les informations figurant en annexe 1 selon la périodicité mentionnée dans cette annexe
- informer l''Opérateur' de tout changement de syndic.

Dans l'hypothèse où l'immeuble ou le lotissement est soumis à la réglementation sur la protection contre les risques liés à une exposition à l'amiante, le 'Propriétaire' fournit à l''Opérateur', avant tous travaux, le dossier technique sur ce sujet.

Article 14.4 – Plafonnement de responsabilité et d'assurance

Le plafonnement de responsabilité et d'assurance prévu à l'article 7 des conditions générales est fixé comme suit :
- 7 000 000 € pour les dommages corporels,
- 1 500 000 € pour les dommages matériels et immatériels directs,
- 1 500 000 € contre les recours des voisins et des tiers.

Cette garantie est couverte par la police d'assurance souscrite par Orange. L'attestation d'assurance peut être fournie sur demande.

Article 14.5 –Durée – Résiliation – Annulation

La durée de la 'Convention', conformément aux conditions générales est de 25 ans à compter de sa signature. Elle pourra être résiliée avec un préavis de 18 mois par l'une ou l'autre des parties à l'issue de cette durée.
Elle pourra être résiliée de plein droit par anticipation par l'une ou l'autre des deux parties en cas de faute, à l'issue d'un délai de 3 mois après envoi d'un courrier recommandé avec demande d'avis de réception, visant le manquement constaté, non réparé dans le délai imparti dans ce courrier.
La 'Convention' sera résiliée en cas de destruction totale ou partielle de l'immeuble ou du lotissement rendant impossible la poursuite de l'exploitation des lignes de communications électroniques à très haut débit en fibre optique.
La 'Convention' sera annulée de plein droit en cas d'impossibilité technique d'accès à l'immeuble ou au lotissement notamment en adduction ou lorsque des travaux à la charge du 'Propriétaire' n'auront pas été effectués dans un délai raisonnable.
La partie qui souhaite effectuer la formalité de l'enregistrement de la 'Convention' en supportera les frais y afférents.

Annexe 1 : Synthèse des informations sur l'accès à l'immeuble ou au lotissement.

Date
Signature de l''Opérateur' :

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

FICHE ACCES IMMEUBLE

Référence dossier : IMB/52121/C/02WM

Interlocuteur : UTILSATEUR F STE SOGETREL

Adresse de l'immeuble : 4 Cour Marcel Baron 52000 Chaumont

Nombre de Logements (*y compris loges, chambres de bonne*) :

Syndic / Bailleur	Conseil Syndical / représentant de l'immeuble
Raison Sociale : CONSEIL DEP HAUTE MARNE Adresse : 1 Rue du Commandant Hugueny 52000 Chaumont Nom du gestionnaire ou assistante : Tel. : Fax : Email :	Nom du responsable : Tel. du responsable : Autres membres (*préciser tel.*)

Dossier Technique Amiante

Le permis de construire a-t-il été delivré avant le **1er** Juillet 1997? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de nous retourner le DTA ***(Dossier Technique Amiante)***

Ce document est ***obligatoire*** *conformément au code du travail relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation des poussières d'amiante. Nous attirons votre attention que sans la fourniture de ce document, les travaux de câblage ne pourront être réalisés par nos équipes.*

Accès Immeuble :

☐ Gardien ☐ Digicode ou interphone ☐ Habitant ☐ Clé

Nom du gardien : Tel. du gardien : Horaire du gardien :	Code 1ère porte : Code 2ème porte : Interphone :	Nom de l'habitant : Tel. de l'habitant : Appel préalable demandé avant intervention : OUI/NON

Accès au Sous-sol

L'accès au sous-sol ou locaux techniques nécessite-t-il une clé? ☐ oui ☐ non

Si oui, où récupérer la clé? ☐ Gardien ☐ Syndic ☐ Boite à clé ☐ Habitant

Autres informations utiles pour l'accès à l'immeuble

Si connu, merci d'indiquer si immeuble de type << haussmanien >> et/ou si immeuble comporte des appartements de type duplex/triplex, ou autre spécificités :

Bon pour accord	Date, cachet et signature
Autorise Orange et les sociétés qu'elle mandatera à pénétrer dans l'ensemble des parties communes de l'immeuble afin de réaliser une étude technique pour un câblage de l'immeuble en Fibre Optique.	

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

IMB/52121/C/032S

CONVENTION D'INSTALLATION, GESTION, ENTRETIEN ET REMPLACEMENT DE LIGNES DE COMMUNICATIONS ELECTRONIQUES A TRES HAUT DEBIT EN FIBRE OPTIQUE

Entre les soussignés

CONSEIL DEP HAUTE MARNE, Propriétaire du **11 Boulevard Voltaire 52000 Chaumont** domicilié au 1 Rue du Commandant Hugueny 52000 Chaumont , et représenté par ..... dûment habilité désigné ci-après sous la dénomination « le Propriétaire »

et

Orange, SA au capital de 10.640.226.396 euros dont le siège social est situé à Paris au 78, rue Olivier de Serres, 75015 Paris, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le N° 380 129 866 ; prise en son Unité de Pilotage Réseau Nord Est et représentée par son Directeur en exercice DAVY LETAILLEUR dûment habilité à cet effet et y faisant élection de domicile au 73 rue de la Cimaise 59650 Villeneuve d'Ascq désignée ci-après sous la dénomination **« l'Opérateur »**

Il est convenu ce qui suit:

Article 1 – Définitions

Le terme 'Convention' désigne ci-après la présente convention conclue sur le fondement des articles L. 33-6, R. 9-2, R. 9-3 et R. 9-4 du code des postes et des communications électroniques (CPCE).

Le terme 'Lignes' désigne ci-après le réseau de lignes de communications électroniques à très haut débit en fibre optique permettant de desservir un ou plusieurs utilisateurs finals dans les parties communes bâties et non bâties d'un immeuble de logements ou à usage mixte ou dans les voies, équipements ou espaces communs d'un lotissement en vue de fournir des services de communications électroniques. Ce réseau est constitué d'un chemin continu en fibre optique, composé d'une ou plusieurs fibres optiques, partant du point de raccordement, tiré dans la colonne montante de l'immeuble ou dans les voies équipements ou espaces communs du lotissement, et aboutissant, via un boîtier d'étage le cas échéant, à un dispositif de terminaison installé à l'intérieur de chaque logement ou local à usage professionnel.

Le terme 'Propriétaire' désigne ci-après CONSEIL DEP HAUTE MARNE

Le terme 'Opérateur' désigne l'opérateur d'immeuble signataire de la 'Convention', choisi par le 'Propriétaire' pour installer, gérer, entretenir et remplacer les 'Lignes' dans l'immeuble ou le lotissement au titre de la 'Convention'.

Le terme 'Opérateurs tiers' désigne ci-après les opérateurs ayant signé avec l''Opérateur' une convention d'accès aux Lignes au titre de l'article L. 34-8-3 du CPCE portant sur cet immeuble ou ce lotissement, afin de commercialiser leurs offres auprès des habitants de l'immeuble ou du lotissement.

Le terme 'Infrastructures d'accueil' désigne ci-après les infrastructures de génie civil et les gaines techniques installées en partie privative par le Propriétaire et nécessaires au déploiement des 'Lignes'.

Le terme 'Equipements' désigne ci-après l'ensemble des matériels installés par l''Opérateur' et nécessaires au bon fonctionnement du service sur le réseau.

Article 2 – Objet

La 'Convention', définit les conditions d'installation, de gestion, d'entretien et de remplacement des 'Lignes'. Ces conditions ne font pas obstacles et sont compatibles avec la mise en œuvre de l'accès aux 'Lignes' prévu à l'article L. 34-8-3 du CPCE. Les 'Lignes' et équipements installés par l''Opérateur' doivent faciliter cet accès.

L''Opérateur' prend en charge et est responsable vis-à-vis du 'Propriétaire' des interventions ou travaux d'installation, de gestion, d'entretien et de remplacement de l'ensemble des 'Lignes'.

L''Opérateur' peut mandater un tiers pour réaliser certaines opérations. La 'Convention' ne comporte en revanche aucune disposition fixant des conditions techniques ou tarifaires de l'accès aux 'Lignes'.

En complément du présent document, des conditions spécifiques décrivent les modalités de mise en œuvre de certaines des stipulations prévues par la 'Convention'.

Les parties peuvent, le cas échéant, s'accorder dans un document distinct de la 'Convention', sur les conditions techniques et financières de la fourniture de services de communications électroniques additionnels au bénéfice du 'Propriétaire' ou de l'ensemble des occupants.

La 'Convention' est modifiée en tant que de besoin pour tenir compte des évolutions législatives et réglementaires entrant en vigueur avant son terme.

Article 3 – Réalisation des travaux

L''Opérateur' installe une 'Ligne' pour chaque logement ou local à usage professionnel de l'immeuble ou du lotissement.

La fin des travaux d'installation dans l'immeuble ou le lotissement ne peut excéder 6 (six) mois après la date de mise à disposition de l''Opérateur' par le 'Propriétaire' des 'Infrastructures d'accueil' nécessaires à l'installation des 'Lignes'. En cas de non-respect de cette obligation, la 'Convention' peut être résiliée dans les conditions définies à l'alinéa 2 de l'article 12.

Le raccordement reliant le boîtier d'étage au dispositif de terminaison précité, dit raccordement client, peut être réalisé ultérieurement notamment pour répondre à la demande d'un opérateur tiers au titre de l'article L. 34-8-3 du CPCE, dans un délai convenu, sous réserve d'aléa opérationnel.

L''Opérateur' respecte le règlement intérieur de l'immeuble ou du lotissement ou le règlement de copropriété, ainsi que les règles applicables, notamment les règles de l'art et les règles d'hygiène et de sécurité propres à l'immeuble ou au lotissement. Les installations et chemins de câbles respectent l'esthétique de l'immeuble ou du lotissement.

Le 'Propriétaire' met à la disposition de l''Opérateur' et entretient les infrastructures d'accueil ou l'espace nécessaire (s) pour permettre l'installation des 'Lignes'. Lorsque de telles 'Infrastructures d'accueil' ne sont pas disponibles, le 'Propriétaire' en installe dans un délai maximum de 12 mois. Le 'Propriétaire' informe l''Opérateur' du délai prévisionnel de réalisation des travaux et lui notifie sans délai tout retard éventuel. Une fois ceux-ci achevés, il lui notifie, par lettre recommandée avec avis de réception ou tout autre moyen permettant d'attester de leur date de réception, y compris par voie électronique, la mise à disposition des infrastructures d'accueil et des emplacements nécessaires à l'installation, la gestion, l'entretien ou au remplacement des 'Lignes'.

Dans tous les cas, le 'Propriétaire' fait en sorte que les 'Infrastructures d'accueil' puissent être utilisées par des 'Opérateurs tiers'. Lorsque le point de mutualisation installé par l''Opérateur' se situe dans l'immeuble ou le lotissement, le 'Propriétaire' permet le raccordement des 'Opérateurs tiers', qui peuvent emprunter un accès existant sous la responsabilité de l''Opérateur'. Chaque raccordement d'un 'Opérateur tiers' fait l'objet d'une information préalable du 'Propriétaire'. Les installations et chemins de câbles respectent l'esthétique de l'immeuble ou du lotissement.

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

Article 4 – Gestion, entretien et remplacement
La gestion, l'entretien et le remplacement de l'ensemble des 'Lignes' et des 'Equipements' installés en application de l'article 3 sont assurés par l''Opérateur'. Le 'Propriétaire' autorise l''Opérateur' à mettre à disposition d''Opérateurs tiers' toutes les ressources nécessaires au titre de l'accès aux 'Lignes'. L''Opérateur' est responsable de ces opérations et en informe le 'Propriétaire'.

Article 5 – Modalités d'accès au bâtiment
L''Opérateur' respecte les modalités d'accès au bâtiment définies dans les conditions spécifiques à l'occasion de toute intervention nécessaire aux opérations d'installation, de gestion, d'entretien et de remplacement. Le 'Propriétaire' garantit cet accès à l''Opérateur', à tout tiers mandaté par lui et, à ce titre, aux 'Opérateurs tiers'.

Article 6 – Raccordement des 'Lignes' à un réseau de communications électroniques à très haut débit ouvert au public
Le raccordement des 'Lignes' à un réseau de communications électroniques à très haut débit ouvert au public interviendra dans les 3 mois suivant la fin des travaux d'installation dans l'immeuble ou le lotissement.

Article 7 – Responsabilité et assurances
L''Opérateur' est responsable des dommages tant matériels que corporels causés par les travaux ou par ses installations et équipements, tant pour lui-même que pour les tiers mandatés par lui, et ce à l'égard du 'Propriétaire', de ses ayants droits et des tiers qui se trouveraient dans la propriété privée au moment des travaux. Préalablement au commencement des travaux, il contracte les assurances nécessaires pour couvrir les éventuels dommages matériels ou corporels, dont le périmètre et le montant du plafond sont précisés dans les conditions spécifiques, et s'engage à en justifier à la première demande du 'Propriétaire'.
L''Opérateur' et le 'Propriétaire' établissent un état des lieux contradictoire, selon les modalités prévues à l'article 14.2 des conditions spécifiques avant les travaux et après achèvement des travaux d'installation. En cas de dégradations imputables aux travaux, l''Opérateur' assure, à ses frais exclusifs, la remise en état des lieux.

Article 8 – Information du 'Propriétaire', de l''Opérateur' et des 'Opérateurs tiers'
Préalablement à l'exécution des travaux, l''Opérateur' propose au 'Propriétaire' un plan d'installation des 'Lignes' et des 'Equipements'. A cette occasion, l''Opérateur' et le 'Propriétaire' dressent un constat contradictoire de l'état technique des parties communes de l'immeuble ou des voies, équipements ou espaces communs du lotissement afin de déterminer si les 'Infrastructures d'accueil' disponibles sont suffisantes pour permettre à l''Opérateur' d'installer les 'Lignes' jusqu'à chacun des logements et locaux à usage professionnel de l'immeuble ou du lotissement. L''Opérateur' transmet, le cas échéant, au 'Propriétaire' la description des caractéristiques que doivent présenter les 'Infrastructures d'accueil' pour permettre l'installation, la gestion, l'entretien et le remplacement des 'Lignes'.L''Opérateur' tient à jour ce document et le tient à disposition du 'Propriétaire' ainsi que toutes les informations utiles sur les modifications apportées aux installations établies dans le cadre de la 'Convention', selon les modalités définies dans les conditions spécifiques. Dans le mois suivant la signature de la 'Convention', l''Opérateur' en informe les 'Opérateurs tiers' conformément à l'article R. 9- 2 III du CPCE.
Le 'Propriétaire' informe l''Opérateur' de la situation et des caractéristiques de l'immeuble ou du lotissement, notamment celles liées à son environnement, à sa vétusté, à son accès, à sa fragilité et aux nuisances sonores. En particulier, le 'Propriétaire' tient à disposition de l''Opérateur' toutes les informations disponibles et nécessaires à la réalisation des travaux d'installation, notamment dans le cadre des études techniques préalables à l'installation.

Article 9 – Dispositions financières
L'autorisation accordée par le 'Propriétaire' à l''Opérateur' d'installer les 'Lignes' et les 'Equipements' et d'utiliser les 'Infrastructures d'accueil' n'est assortie d'aucune contrepartie financière. L'installation, l'entretien, le remplacement et la gestion des 'Lignes' se font aux frais de l''Opérateur'.

Article 10 – Propriété
L''Opérateur' est propriétaire des 'Lignes' et 'Equipements' qu'il a installés dans l'immeuble ou dans le lotissement et le demeure au terme de la 'Convention'.

Article 11 – Durée et renouvellement de la 'Convention'
Sauf dispositions contraires définies dans les conditions spécifiques, la 'Convention' est conclue pour une durée de 25 (vingt-cinq) ans à compter de la date de sa signature. Lorsque la 'Convention' n'est pas dénoncée par l'une ou l'autre des parties dans les conditions définies à l'article 12, elle est renouvelée tacitement pour une durée indéterminée.

Article 12 – Résiliation de la 'Convention'
À l'initiative du 'Propriétaire' : Le 'Propriétaire' peut résilier la 'Convention' par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois avant le terme de la 'Convention'. Dans ce cas, l''Opérateur' l'informe de l'identité des 'Opérateurs tiers' au plus tard dans les 90 (quatre-vingt-dix) jours suivant la date de réception de la notification de la dénonciation de la 'Convention'. Lorsque la 'Convention' est renouvelée, le 'Propriétaire' peut la résilier par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois minimum avant le terme envisagé. En cas d'inexécution des travaux d'installation des 'Lignes' dans l'immeuble ou le lotissement dans le délai de 6 (six) mois à compter de la date de mise à disposition de l''Opérateur' par le 'Propriétaire' des 'Infrastructures d'accueil' nécessaires à l'installation des 'Lignes', le 'Propriétaire' peut résilier la 'Convention' par courrier recommandé avec avis de réception, sans qu'il soit besoin de faire ordonner cette résiliation en justice.
À l'initiative de l''Opérateur' :
L''Opérateur' peut résilier la 'Convention' par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois avant le terme de la 'Convention'. À ce titre, l''Opérateur' informe le 'Propriétaire' de l'identité des 'Opérateurs tiers' dans son courrier de résiliation. Lorsque la 'Convention' est renouvelée, l'' Opérateur' peut la résilier par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de 18 (dix-huit) mois minimum avant le terme envisagé.

Article 13 – Continuité du service
En cas de changement d'opérateur d'immeuble, l''Opérateur', signataire de la 'Convention', assure la continuité du service jusqu'à ce que les opérations de gestion, d'entretien et de remplacement des équipements installés soient transférées à un nouvel opérateur d'immeuble, et ce pendant un délai maximum de 6 mois, à compter du terme de la 'Convention'.

Article 14 – Conditions spécifiques
Les conditions spécifiques précisent obligatoirement :
- le suivi et la réception des travaux ;
- les modalités d'accès aux parties communes de l'immeuble ou aux voies, équipements ou espaces communs du lotissement ;
- la police d'assurance et le montant du plafond prévus à l'article 14.4.
- les modalités d'information du 'Propriétaire' et de l''Opérateur' quant au respect de la législation sur la présence d'amiante

Les conditions spécifiques peuvent préciser :
- les engagements de qualité complémentaires éventuellement pris par l''Opérateur' ;
- les standards techniques mis en oeuvre par l''Opérateur',
- les modalités de gestion, d'entretien et de remplacement des ' Lignes' et équipements, en complément des dispositions de l'article 4 ;
- la durée de la 'Convention' et les conditions de son renouvellement si elles diffèrent de celles prévues à l'article 11;
- les procédures et les cas de résiliations ;
- les modalités d'évolution de la 'Convention'.

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

CONDITIONS SPECIFIQUES

Article 14 .1 – Documents contractuels - Hiérarchie

Les présentes conditions spécifiques relèvent et font partie intégrante des conditions générales de la 'Convention', conclue sur le fondement de l'article L. 33-6 du Code des Postes et Communications Électroniques, entre l'"Opérateur' et le 'Propriétaire' de l'immeuble ou du lotissement sis à **11 Boulevard Voltaire 52000 Chaumont** relatives aux conditions d'installation, et/ou de gestion, d'entretien et de remplacement de lignes de communications électroniques à très haut débit en fibre optique.

Les documents composant la présente 'Convention' sont, par ordre de priorité décroissante :
- les conditions générales,
- les conditions spécifiques et leurs annexes
- annexe 1 : synthèse des informations sur l'accès à l'immeuble ou au lotissement.

Article 14.2 – Modalités d'exécution et de suivi des travaux d'installation

L'état des lieux contradictoire prévu à l'article 7 est effectué sur demande du 'Propriétaire'.
Pour la réalisation des travaux d'installation de la fibre à l'intérieur de l'immeuble ou du lotissement, l'"Opérateur' s'engage à :
- mettre à disposition un interlocuteur unique pendant toute la phase du chantier,
- remettre un modèle de travaux à effectuer dans les parties communes,
- procéder à une ou plusieurs visites de l'immeuble ou du lotissement, après information préalable du syndic ou de l'association syndicale libre, pour effectuer l'étude décrivant les travaux de câblage vertical ou horizontal en utilisant les infrastructures existantes.

Orange ou l'"Opérateur' bénéficiaire de la mutualisation utilisent exclusivement les gaines et passages existants, mais en
l'absence de gaine ou en cas de gaine saturée, le 'Propriétaire' autorise:
- la pose du câblage dans une goulotte en apparent si le cahier des clauses techniques particulières du site l'exige,
- ou la pose dans les règles de l'art du câblage en apparent sans goulotte.

Le 'Propriétaire' autorise l'"Opérateur' à installer des équipements spécifiques au raccordement de locaux entreprises.

Pour respecter le droit d'accès au point d'adduction, s'il venait à être positionné en partie privative, le 'Propriétaire' s'engage à faciliter l'accord des occupants pour la mise en oeuvre par l'"Opérateur' d'une solution technico-économique adaptée pour garantir la continuité du parcours de la fibre, entre la partie publique et les parties communes.
L'"Opérateur' assure pendant les travaux :
- un affichage dans les parties communes ou les voies, équipements ou espaces communs du lotissement d'une information sur la durée et la nature des travaux,
- le maintien de la propreté et de l'esthétique des parties communes ou des voies, équipements ou espaces communs du lotissement,
- le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

A la fin des travaux l'"Opérateur' pose une plaque dans les parties communes de l'immeuble ou les espaces communs du lotissement afin d'informer les résidents que
l'immeuble ou le lotissement est équipé par Orange d'un réseau fibre optique très haut débit.

Article 14.3 – Modalités d'informations du 'Propriétaire' et de l'"Opérateur' - Amiante

Le 'Propriétaire' et l'"Opérateur' conviennent que la communication relative aux conditions d'exécution des travaux ou d'exécution de la présente convention notamment sur les conditions d'accès à l'immeuble ou au lotissement pour la maintenance ou la mise en place d'un câblage d'étage, s'effectueront par courrier ou par échange de mails.
L'"Opérateur' informera le 'Propriétaire' avec un préavis raisonnable des interventions dans l'immeuble ou le lotissement pour effectuer les études ou procéder aux travaux d'installation des lignes de communications électroniques, exception faite des câblages d'étage destinés au raccordement des 'Clients finals'.
A titre indicatif les délais d'information préalables sont de 3 jours ouvrables pour l'étude et de 5 jours ouvrables pour les travaux. Le 'Propriétaire' s'engage à :
- adresser à l'"Opérateur' les informations figurant en annexe 1 selon la périodicité mentionnée dans cette annexe
- informer l'"Opérateur' de tout changement de syndic.

Dans l'hypothèse où l'immeuble ou le lotissement est soumis à la réglementation sur la protection contre les risques liés à une exposition à l'amiante, le 'Propriétaire' fournit à l'"Opérateur', avant tous travaux, le dossier technique sur ce sujet.

Article 14.4 – Plafonnement de responsabilité et d'assurance

Le plafonnement de responsabilité et d'assurance prévu à l'article 7 des conditions générales est fixé comme suit :
- 7 000 000 € pour les dommages corporels,
- 1 500 000 € pour les dommages matériels et immatériels directs,
- 1 500 000 € contre les recours des voisins et des tiers.

Cette garantie est couverte par la police d'assurance souscrite par Orange. L'attestation d'assurance peut être fournie sur demande.

Article 14.5 –Durée – Résiliation – Annulation

La durée de la 'Convention', conformément aux conditions générales est de 25 ans à compter de sa signature. Elle pourra être résiliée avec un préavis de 18 mois par l'une ou l'autre des parties à l'issue de cette durée.
Elle pourra être résiliée de plein droit par anticipation par l'une ou l'autre des deux parties en cas de faute, à l'issue d'un délai de 3 mois après envoi d'un courrier recommandé avec demande d'avis de réception, visant le manquement constaté, non réparé dans le délai imparti dans ce courrier.
La 'Convention' sera résiliée en cas de destruction totale ou partielle de l'immeuble ou du lotissement rendant impossible la poursuite de l'exploitation des lignes de communications électroniques à très haut débit en fibre optique.
La 'Convention' sera annulée de plein droit en cas d'impossibilité technique d'accès à l'immeuble ou au lotissement notamment en adduction ou lorsque des travaux à la charge du 'Propriétaire' n'auront pas été effectués dans un délai raisonnable.
La partie qui souhaite effectuer la formalité de l'enregistrement de la 'Convention' en supportera les frais y afférents.

Annexe 1 : Synthèse des informations sur l'accès à l'immeuble ou au lotissement.

Date
Signature du 'Propriétaire' :

Date
Signature de l'"Opérateur' :

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

FICHE ACCES IMMEUBLE

Référence dossier : IMB/52121/C/032S

Interlocuteur : UTILSATEUR F STE SOGETREL

Adresse de l'immeuble : 11 Boulevard Voltaire 52000 Chaumont

Nombre de Logements (*y compris loges, chambres de bonne*) :

Syndic / Bailleur	Conseil Syndical / représentant de l'immeuble
Raison Sociale : CONSEIL DEP HAUTE MARNE	Nom du responsable :
Adresse : 1 Rue du Commandant Hugueny 52000 Chaumont	Tel. du responsable :
Nom du gestionnaire ou assistante :	Autres membres (*préciser tel.*)
Tel. : Fax :	
Email :	

Dossier Technique Amiante

Le permis de construire a-t-il été delivré avant le **1er** Juillet 1997? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de nous retourner le DTA ***(Dossier Technique Amiante)***

Ce document est ***obligatoire*** *conformément au code du travail relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation des poussières d'amiante. Nous attirons votre attention que sans la fourniture de ce document, les travaux de câblage ne pourront être réalisés par nos équipes.*

Accès Immeuble :

☐ Gardien ☐ Digicode ou interphone ☐ Habitant ☐ Clé

Nom du gardien :	Code 1ère porte :	Nom de l'habitant :
Tel. du gardien :	Code 2ème porte :	Tel. de l'habitant :
Horaire du gardien :	Interphone :	Appel préalable demandé avant intervention : OUI/NON

Accès au Sous-sol

L'accès au sous-sol ou locaux techniques nécessite-t-il une clé? ☐ oui ☐ non

Si oui, où récupérer la clé? ☐ Gardien ☐ Syndic ☐ Boite à clé ☐ Habitant

Autres informations utiles pour l'accès à l'immeuble

Si connu, merci d'indiquer si immeuble de type << haussmanien >> et/ou si immeuble comporte des appartements de type duplex/triplex, ou autre spécificités :

Bon pour accord	Date, cachet et signature
Autorise Orange et les sociétés qu'elle mandatera à pénétrer dans l'ensemble des parties communes de l'immeuble afin de réaliser une étude technique pour un câblage de l'immeuble en Fibre Optique.	

Orange – SA au capital de 10 640 226 396 € - 78 rue Olivier de Serres - 75015 Paris - 380 129 866 RCS Paris

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-6-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Finances et du Secrétariat Général	**N° 2019.09.6**

OBJET :

Désignation de représentants du Conseil départemental au sein des Conseils de discipline de recours (fonctionnaires et agents contractuels)

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le décret n°89-677 du 18 septembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires territoriaux,

Vu le décret n°2016-1858 du 23 décembre 2016 relatif aux commissions consultatives paritaires et aux conseils de discipline de recours des agents contractuels de la fonction publique territoriale,

Vu la délibération du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant qu'à la suite des élections professionnelles du 6 décembre 2018, il est nécessaire de mettre en place les conseils de discipline de recours couvrant le territoire de la Région Grand Est, l'un dédié aux fonctionnaires, l'autre aux agents contractuels,

Considérant que le collèges des représentants des collectivités territoriales de ces conseils comportent parmi ses membres deux conseillers départementaux choisis sur une liste comportant les noms de trois conseillers départementaux de chacun des départements situés dans le ressort du conseil de discipline de recours et désignés par l'assemblée dont ils font partie,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- de désigner :

  - Monsieur Gérard GROSLAMBERT,
  - Monsieur Bernard GENDROT,
  - Monsieur Stéphane MARTINELLI.

pour représenter le Conseil départemental de la Haute-Marne dans le cadre des listes dressées pour procéder au tirage au sort des membres du conseil de discipline de recours représentant les collectivités territoriales et leurs établissements publics.

Ces désignations sont valables pour le conseil de discipline de recours dédié aux fonctionnaires et le conseil de discipline de recours dédié aux agents contractuels.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-7-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.7**
OBJET : **Actualisation du modèle de convention "de stage découverte de nouveaux métiers" pour les agents du Conseil départemental**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

Vu la délibération du 11 décembre 2009 relative au modèle type de convention de stage pratique de formation professionnelle en dehors de la collectivité,

Vu la délibération du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu l'avis favorable du comité technique du 25 juin 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil Départemental,

Considérant que dans le cadre de stages de découverte effectués par les agents du Conseil départemental dans des structures extérieures, il est nécessaire de compléter le dispositif existant en détaillant les engagements de chaque partie et le statut de l'agent,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes du modèle de convention de stage découverte en dehors des services du Département, ci-joint,

- d'autoriser le Président du Conseil Départemental à signer les conventions qui seront prises sur la base de ce modèle.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-7-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Haute Marne le Département

CONVENTION DE STAGE DÉCOUVERTE EN DEHORS DU DÉPARTEMENT

DE LA HAUTE-MARNE

Entre le Département de la Haute-Marne,
1 rue du commandant Hugueny – 52000 CHAUMONT
Représenté par Nicolas LACROIX en sa qualité de Président, dûment habilité par délibération de la commission permanente en date du 20 septembre 2019,

Et
LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Et
L'AGENT

Article 1 : objet de la convention
La présente convention a pour objet de déterminer les modalités d'organisation du stage découverte au cours duquel M/Mme XX sera accueilli au sein de XX.
Lors du stage découverte, M/Mme XX sera encadré(e) par XX (nom, prénom, fonction, coordonnées).

Article 2 : objectifs du stage découverte
Lors du stage découverte, M/Mme XX doit découvrir l'emploi de XX.
Le stage découverte doit permettre à M/Mme XX d'être placé(e) en situation réelle de travail et de participer à la vie quotidienne du service d'accueil, de découvrir l'environnement, les activités et les conditions d'exercice du service d'accueil.

Article 3 : période du stage découverte
La période de stage découverte se déroule du XX au XX soit une durée de XX.
Lors de cette période l'agent effectuera les horaires suivants XX.

Article 4 : engagements de l'agent bénéficiaire du stage découverte.
M/Mme XX s'engage à se conformer aux dispositions du règlement intérieur de la structure d'accueil, notamment en ce qui concerne les horaires et les règles d'hygiène et de sécurité en vigueur.
M/Mme XX se conformera aux instructions de son tuteur.
M/Mme XX s'engage à ne pas divulguer les informations et les documents dont il aura connaissance, sauf autorisation expresse de la structure d'accueil.

Article 5 : engagements de la structure d'accueil
La structure d'accueil s'engage à accueillir l'agent sous la responsabilité d'un tuteur, chargé d'accompagner l'agent pendant la durée du stage découverte.

En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'article 4 par l'agent, la structure d'accueil informera sans délai le Département de la Haute-Marne des manquements constatés et pourra mettre fin au stage découverte.

À l'issue du stage découverte, la structure d'accueil délivre une attestation de présence à l'agent.

Article 6 : statut de l'agent en période de stage découverte
Le Département de la Haute-Marne conserve l'autorité hiérarchique pendant toute la durée du stage découverte. L'agent est considéré comme étant en position d'activité au sein du Département de la Haute-Marne ; cette période est considérée comme du temps de travail effectif et rémunéré.
Les frais de déplacement liés au stage découverte sont supportés par le Département de la Haute-Marne.

Article 7 : responsabilité civile, accident de travail
Lors de la période de stage découverte, l'agent est couvert par l'assurance de responsabilité civile du conseil départemental.
En cas d'accident survenant à l'agent pendant la période du stage découverte, la structure d'accueil transmet par écrit sous 48 heures toutes les informations utiles au conseil départemental de la Haute-Marne.

Article 8 : absence, interruption de la période de stage découverte
L'agent devra informer sans délai la structure d'accueil et le conseil départemental de toute interruption de la période de stage découverte (maladie, autorisations d'absence etc.).
La structure d'accueil devra informer le Département de toute absence de l'agent.

Article 9 : fin de la période de stage découverte
La période de stage découverte prend fin à la date prévue à l'article 3 de la présente convention.
La présente convention pourra être résiliée de plein droit par l'une des parties en cas de non-exécution de l'un de ses articles, après mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception, restée infructueuse pendant un délai de 15 jours.

Article 10 : règlement des litiges
En cas de litige survenant entre les parties relatif à l'exécution de présente convention, celles-ci s'engagent à la résoudre à l'amiable, préalablement à la saisine du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, qui serait alors seul compétent pour en connaître.

Fait en trois exemplaires à Chaumont le XX

Le Département La structure d'accueil L'agent

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-8-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.8**

OBJET :

Mise à disposition de personnel du Département de la Haute-Marne pour le compte du Groupement d'Intérêt Publique (GIP) Haute-Marne

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

Vu le décret n°2008-580 du 18 juin 2008 modifié relatif au régime de la mise à disposition applicable aux collectivités territoriales et aux établissements publics administratifs locaux,

Vu la convention constitutive du GIP Haute-Marne du 2 mai 2007, notamment ses articles 11 et 14 en ce qu'ils prévoient que le Département puisse mettre à disposition du personnel à son profit,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du conseil départemental,

Considérant la nécessité de contribuer à la poursuite des missions liées au développement des politiques contractuelles et des partenariats du GIP Haute-Marne,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition de personnel du Département de la Haute-Marne pour le compte du groupement d'intérêt public (GIP) Haute-Marne,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer cette convention annexée à la présente délibération.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-8-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONVENTION DE MISE À DISPOSITION DE PERSONNEL DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL (DIRECTION GÉNÉRALE) POUR LE COMPTE DU GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC (GIP) HAUTE-MARNE

Entre, d'une part,

Le Département de la Haute-Marne,
représenté par Monsieur Nicolas LACROIX, président, dûment habilité à cet effet par délibération de la commission permanente du 20 septembre 2019,

Et, d'autre part,

Le groupement d'intérêt public (GIP) Haute-Marne,
représenté par Monsieur Jean MASSON, directeur, dûment habilité à cet effet conformément à l'article 18 du règlement intérieur adopté par le conseil d'administration du GIP Haute-Marne le 1er décembre 2014,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

Vu le décret n° 2008-580 du 18 juin 2008 modifié relatif au régime de la mise à disposition applicable aux collectivités territoriales et aux établissements publics administratifs locaux,

Vu la convention constitutive du GIP Haute-Marne en date du 2 avril 2007, et notamment son article 14,

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

Le Département de la Haute-Marne met à la disposition du GIP Haute-Marne un agent du cadre d'emplois des attachés territoriaux à raison de 90 % d'un temps plein.

ARTICLE 2 : NATURE DES FONCTIONS

Dans le cadre des activités dévolues au GIP Haute-Marne, l'agent exercera les fonctions de chargé de développement des politiques contractuelles et des partenariats du GIP Haute-Marne.

ARTICLE 3 : DURÉE DE LA MISE À DISPOSITION

Cette mise à disposition prend effet à la date de notification et pour une durée de trois ans reconductible tacitement pour la même durée.

Elle peut prendre fin sur décision dûment motivée du conseil départemental de la Haute-Marne ou du GIP Haute-Marne sous réserve d'un préavis de trois mois notifié par courrier.

L'agent concerné est mis à disposition du GIP Haute-Marne, avec son accord, après avoir recueilli l'avis de la commission administrative paritaire compétente.

Cette mise à disposition fera l'objet d'un arrêté individuel signé par le Président du Conseil départemental qui sera annexé à la présente convention.

ARTICLE 4 : RÉMUNERATIONS ET REMBOURSEMENTS

La rémunération de l'agent continuera à être versée par le Département de la Haute-Marne dans des conditions identiques à celles antérieures à la mise à disposition.

Le GIP Haute-Marne remboursera au Département de la Haute-Marne les montants relatifs à la rémunération de l'agent mis à disposition en fonction de la quotité de temps de travail, les cotisations et contributions s'y rapportant, sur la base de la présentation d'un titre de paiement. Ce remboursement s'effectuera annuellement, à terme échu.

À titre indicatif, au sein de la collectivité départementale, en 2014, la masse salariale moyenne s'élevait pour un attaché principal territorial à temps plein à 64 000 €.

ARTICLE 5 : DROITS ET OBLIGATIONS DES AGENTS

L'agent est placé sous l'autorité fonctionnelle du président du conseil d'administration du GIP Haute-Marne pour exercer les missions citées à l'article 2. Il demeure sous l'autorité administrative du Président du Conseil départemental de la Haute-Marne.

En particulier, l'agent est soumis aux dispositions du statut de la fonction publique territoriale relatif à son cadre d'emplois et bénéficie en matière d'assurance et d'accident du travail des mêmes conditions que le personnel du Département de la Haute-Marne.

Les droits à congés sont identiques à ceux des agents du Département de la Haute-Marne.

En ce qui concerne le pouvoir disciplinaire l'agent relève du Département de la Haute-Marne, le GIP Haute-Marne est consulté pour avis.

ARTICLE 6 : CONDITIONS D'EMPLOI

Le Département continue de gérer la situation administrative de l'agent.

Toute modification sur les conditions d'emploi fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

ARTICLE 7 : ÉVALUATION

Le GIP Haute-Marne communiquera chaque année au Département de la Haute-Marne un rapport sur la manière de servir de l'agent mis à disposition.

ARTICLE 8 : LITIGES

En cas de litige, les parties s'engagent à rechercher toute voie amiable de règlement avant de soumettre tout différend devant une instance juridictionnelle. En cas d'échec, tout contentieux sera porté devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne.

Fait à Chaumont, le

Pour le Département de la Haute-Marne, Le Président	Pour le Groupement d'Intérêt Public (GIP) Haute-Marne, Le Directeur du GIP,
Nicolas LACROIX	Jean MASSON

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-9-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.9**

OBJET :

Convention de mise à disposition d'agents du Département au profit de la Région Grand Est afin de préparer les repas destinés à la restauration scolaire du collège de Joinville

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions relatives à la fonction publique territoriale,

Vu le décret n°2008-580 du 18 juin 2008 relatif au régime de la mise à disposition applicable aux collectivités territoriales et aux établissements publics administratifs locaux,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que le collège de Joinville ne dispose pas de cuisine et que les repas des élèves du collège sont confectionnés à compter de cette année par la Région Grand Est, dans les locaux du lycée de Joinville,

Considérant que la mise à disposition de deux agents du Département à la Région est nécessaire afin de confectionner et de livrer les repas des élèves du collège,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition de deux agents du Département au profil de la Région Grand Est, ci-jointe,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne à signer cette convention

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-9-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONVENTION RELATIVE A LA MISE A DISPOSITION DE DEUX AGENTS PAR LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE MARNE AUPRES DE LA REGION GRAND EST

VU la loi n° 82-213 modifiée du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions,

VU la loi n° 83-634 modifiée du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

VU les articles 61 à 63 de la loi n° 84-53 modifiée du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

VU le décret n° 2008-580 modifié du 18 juin 2008 relatif au régime de la mise à disposition applicable aux collectivités territoriales et aux établissements publics administratifs locaux,

VU la délibération de la Commission permanente du Conseil départemental de la Haute Marne en date du 20 septembre 2019 ,

VU la délibération du Conseil régional Grand Est en date du 11 octobre 2019,

Il est convenu,

Entre

Le **Département de la Haute-Marne**, représenté par son Président, Monsieur Nicolas LACROIX,

Et

La **Région Grand Est**, représenté par son Président, Monsieur Jean ROTTNER

Article 1er : Objet et durée de la mise à disposition

Le Département de la Haute-Marne met à disposition auprès de la Région Grand Est au Lycée Philippe Lebon :

- [redacted], à compter du 26 aout 2019, pour une durée d'un an renouvelable, à raison de 100% du temps de travail réglementaire,
- [redacted], à compter du 26 aout 2019, pour une durée d'un an renouvelable, à raison de 100% du temps de travail réglementaire.

Article 2 : Missions

Les deux agents mis à disposition sont chargés d'exercer les fonctions de cuisinier. Les missions et activités principales sont détaillées dans la fiche de fonction correspondante.

Article 3 : Conditions de travail

La résidence administrative de l'agent est fixée au Lycée Philippe Lebon.

Les agents mis à disposition exercent leur activité sous l'autorité fonctionnelle du Proviseur du Lycée Philippe Lebon qui s'assure de la réalisation des tâches qui leurs sont confiées, et sous l'autorité hiérarchique du Président du Conseil départemental de la Haute Marne.

La durée hebdomadaire de travail est fixée dans des conditions identiques à celles applicables aux agents de la Région Grand Est, tout comme pour le bénéfice des droits à congés et autres absences réglementées.

S'agissant de personnels œuvrant en restauration, et afin de garantir une continuité du service, en cas d'absence d'un des personnels mis à disposition, la Région Grand Est procédera, à titre accessoire et après accord du Département, au remplacement dans les meilleurs délais. Ces remplacements feront l'objet d'un remboursement par émission d'un titre annuel de recettes à la Région Grand Est de la part du Département de la Haute-Marne.

Article 4 : Evaluation et notation de l'agent – Déroulement de carrière

Le Département de la Haute Marne mettra en œuvre la procédure d'évaluation des agents mis à disposition selon les règles en vigueur. Les agents mis à disposition seront évalués lors d'un entretien individuel annuel, organisé par la Région Grand Est.

En outre, le déroulement de carrière (avancements d'échelons, avancements de grades ou promotions internes) est organisé par le Département de la Haute-Marne selon les règles statutaires en vigueur, l'avis du Président du Conseil régional étant systématiquement sollicité afin notamment, d'évaluer la manière de servir de l'agent et les conséquences éventuelles d'une évolution de grade sur les missions qui lui sont confiées.

Article 5 : Gestion statutaire

La situation administrative (avancement, autorisation de travail à temps partiel, gestion des congés, demande de cumul d'activité,..) des agents mis à disposition, reste gérée par le Département de la Haute-Marne, tout comme la formation professionnelle et l'octroi des prestations sociales à titre collectif et individuel.

Le Président du Conseil régional est compétent dans les domaines suivants pour délivrer, le cas échéant, les actes de gestion qui en découlent :

- les missions ;
- les droits à congé annuel et les autorisations d'absence ;
- les congés de maladie (congé de maladie, autorisation spéciale d'absence, longue maladie, longue durée, maladie professionnelle, accident du travail ou de service, temps partiel thérapeutique) ;
- l'organisation du temps de travail (y compris l'astreinte, les heures supplémentaires et les repos compensateurs) et les conditions de travail ;
- les autorisations de conduite des véhicules de service ;
- la médecine du travail, la médecine de prévention et la médecine de contrôle des arrêts de travail pour maladie ;
- les règles de prévention en matière d'hygiène et de sécurité ;

Article 6 : Conditions de rémunération et bénéfices des prestations sociales

Le Département de la Haute-Marne verse aux agents mis à disposition, une rémunération comprenant :

- Le traitement indiciaire
- l'indemnité de résidence
- Le supplément familial de traitement
- Le régime indemnitaire statutaire de l'agent
- Le cas échéant, l'indemnisation au titre des heures supplémentaires

Les conditions de paiement des rémunérations et de remise des fiches de paie sont celles de tout agent en activité au sein du Département de la Haute Marne.

En outre, les agents mis à disposition sont susceptibles de bénéficier des prestations d'action sociale servies par la collectivité départementale.

Article 7 : Prise en charge du personnel mis à disposition

Le cout du personnel mis à disposition par le Département de la Haute-Marne vient en déduction du cout de la prestation, arrêté par la convention de fournitures de repas établie entre les deux collectivités.

Article 8 : Exercice du pouvoir disciplinaire

Les agents mis à disposition sont placés sous l'autorité hiérarchique du Président du Conseil départemental qui exerce le pouvoir disciplinaire. Dans ce cadre, il peut être saisi par le Président du Conseil régional des fautes reprochées à l'agent. Pour ce faire, le Président du Conseil régional établit un rapport circonstancié qu'il adresse au Département.

Article 9 : Durée de la convention – Conditions de résiliation

La présente convention prend effet le 26 aout 2019, pour une durée d'un an renouvelable tacitement jusqu'à la livraison du collège de Joinville par le Département. Elle peut être résiliée avant son terme, à la demande du Département de la Haute-Marne, de la Région

Grand Est ou des agents mis à disposition, au moins 3 mois avant la date de prise d'effet de la dénonciation.

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant.

Article 10 : Cessation de la convention

Il peut être mis fin sans préavis à la convention notamment dans les cas suivants :

- démission de l'agent dûment acceptée,
- abandon de poste,
- licenciement pour insuffisance professionnelle,
- révocation,
- retraite.

Il peut en outre être mis fin à la convention en cas de faute disciplinaire après accord entre la Région Grand Est et le Département de la Haute Marne.

Article 11 : règlement des litiges

En cas de litige survenant entre les parties et relatif à l'exécution de la présente convention, celles-ci s'engagent à chercher une résolution amiable au litige préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne, qui sera alors seul compétent pour en connaître.

Fait en trois exemplaires,

Le

Nicolas LACROIX	**Jean ROTTNER**
Président du Conseil départemental	Président du Conseil régional

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_A-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.A**
OBJET : **Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel : puéricultrice de protection maternelle infantile (PMI)**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 28 mai 2019,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de puéricultrice de protection maternelle et infantile à la circonscription d'action sociale de Joinville (poste n°529).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Au sein de la circonscription d'action sociale, dans une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité hiérarchique administrative du responsable de circonscription, et sous la responsabilité technique du médecin de protection maternelle et infantile, l'infirmier(ère) de PMI exerce des missions médico-sociales de protection et promotion de la santé, de la famille et de l'enfance (enfants de 0 à 6 ans).

Niveau de recrutement

Catégorie A
L'agent recruté doit être titulaire du diplôme d'État d'infirmier(e) ou de puéricultrice.

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire de l'un des cadres d'emplois de catégorie A de la filière sociale et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. Le cadre d'emplois sera déterminé en fonction du diplôme de l'agent et l'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_B-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.B**

OBJET :

Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel :
médecin coordinateur de protection maternelle infantile (PMI)

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 7 février 2019,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de médecin coordinateur de protection maternelle et infantile à la circonscription d'action sociale de Joinville (poste n°526).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Sous l'autorité du directeur enfance, insertion et accompagnement social et en coordination avec les responsables des circonscriptions de Chaumont et Joinville, le médecin de PMI coordonnateur participe à la mise en place des missions de protection maternelle et infantile sur les deux CAS et assure pour le Département les missions de coordination PMI. Il/Elle met en œuvre les objectifs du projet politique autour de la transversalité des actions et leur inscription en territoire et contribue, dans ses missions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de services des circonscriptions d'action sociale de Chaumont et Joinville. Dans ce cadre, il/elle :

- anime et encadre l'équipe des trois médecins de PMI,
- anime le partenariat départemental et représente le Département dans les instances départementales et régionales, notamment des réseaux de périnatalité (Champagne-Ardenne et Bourgogne),
- rend compte de l'activité PMI départementale (statistiques, rapport d'activité),
- gère les moyens de fonctionnement de la mission PMI (commandes de fournitures, vaccins, etc.),
- est référent médical sur le parcours de santé des mineurs non accompagnés.

Niveau de recrutement

Catégorie A

L'agent recruté doit être titulaire du diplôme d'État de Docteur en médecine

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des médecins territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_C-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.C**

OBJET :

Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel : contrôleur(euse) de gestion

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacances de poste en date du 18 décembre 2018,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de contrôleur(euse) de gestion du service administratif et financier du pôle solidarités (poste n° 411).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Le/la contrôleur(euse) de gestion est chargé du contrôle budgétaire et de l'analyse financière de la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il/Elle participe à la contractualisation entre le Département et les établissements et services sociaux et médico-sociaux, il/elle participe au dialogue de gestion, il/elle met en œuvre, suivi et contrôle la tarification.

Il/elle instruit les demandes d'autorisation de ces établissements, contrôle la qualité et la prise en charge des établissements.

Il/elle construit, élabore et suit les tableaux de bords et les indicateurs, notamment pour l'alimentation de l'observation des solidarités.

Niveau de recrutement

Catégorie A

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des attachés territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_D-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.D**

OBJET :

Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel :
chargé(e) d'expertise et de conseil juridique

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 10 mai 2019,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de chargé(e) d'expertise et de conseil juridique au sein du service affaires juridiques et vie institutionnelle (poste n°706).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Placé(e) sous l'autorité hiérarchique du responsable du service « affaires juridiques et vie institutionnelle », le/la chargé(e) d'expertise et de conseil juridique est chargé(e) de :

- garantir la sécurité juridique des actes et des projets de la collectivité,
- assurer un rôle d'expertise et de conseil auprès de l'ensemble des services dans l'élaboration et le suivi des projets,
- analyser les contrats, règlements et documents juridiques engageant la collectivité,
- participer à la diffusion d'une culture juridique,
- alerter sur les risques juridiques encourus par la collectivité,
- gérer les dossiers contentieux et précontentieux : instruire les dossiers devant les juridictions, représenter la collectivité en justice, gérer les aspects comptables et budgétaires liés aux contentieux
- participer aux activités du secrétariat de séances : participer à l'élaboration des projets de rapports et délibérations, sécuriser les rapports et délibérations.

Niveau de recrutement

Catégorie A

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des attachés territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_E-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.E**
OBJET : **Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel : médecin de prévention**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 24 mai 2018,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de médecin de prévention au sein du pôle prévention santé de la direction des ressources humaines (poste n°690).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Au sein de la direction des ressources humaines, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le médecin de prévention est chargé de :

- de conduire l'action et de piloter l'équipe du pôle prévention santé, d'assurer les liens stratégiques au sein de la direction des ressources humaines et les échanges médico-administratifs avec les autres pôles de la DRH,
- d'assurer la surveillance médicale des agents de la collectivité (compatibilité des missions avec l'état de santé de l'agent, visite de reprise, surveillance particulière, activité en milieu de travail…),
- de mettre en œuvre l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail, notamment au travers de la démarche d'évaluation des risques (« document unique »),
- de participer à la mise à jour du « document unique » en lien avec le conseiller en prévention,
- de procéder à l'analyse des accidents et des maladies professionnelles, en lien avec le conseiller en prévention,
- de participer aux actions d'information ou de formation dans les domaines de la prévention et de la santé,
- d'assurer la veille sanitaire,
- d'assurer la préparation, le suivi des dossiers présentés au C.H.S.C.T (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail) et d'y participer.

Niveau de recrutement

Catégorie A
L'agent recruté doit être titulaire d'un CES ou DES de Médecine du travail

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des médecins territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_F-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.F**
OBJET : **Recrutements de cadres en qualité d'agents contractuels : assistants socio-éducatifs**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour les postes d'assistants socio-éducatifs suivants :
  - référents aide sociale à l'enfance au sein des circonscriptions d'action sociale (postes n°572, 617, 615, 534),
  - référents revenu de solidarité active au sein des circonscriptions d'action sociale (postes n°606, 564, 361),
  - assistants de service social (postes n°625, 595, 597, 591, 521, 545, 546, 589),
  - conseiller en économie sociale et familiale (poste n° 525).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Niveau de recrutement

Catégorie A

L'agent recruté doit être titulaire soit du diplôme d'État d'assistant de service social, soit du diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé, soit du diplôme d'État de conseiller en économie sociale et familiale ou de titres ou de diplômes reconnus équivalents.

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emploi des assistants socio-éducatifs territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Nature des fonctions des référents aide sociale à l'enfance

Placé(e) sous l'autorité hiérarchique du responsable de la circonscription d'action sociale le/la référent(e) aide sociale à l'enfance intervient auprès des enfants confiés et de leurs familles dans le cadre des mesures suivantes :

- les mesures de placement en application d'une décision de justice, les accueils provisoires en accord avec les parents ou les mesures d'aide et suivi à domicile (ASD) : le/la référent(e) ASE est chargé(e) d'organiser la prise en charge de l'enfant sur son lieu de placement et dans sa famille, d'élaborer et de mettre en œuvre le projet pour l'enfant (PPE) en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la circonscription.

- les mesures d'aide éducative à domicile (AED), suite à un placement à l'ASE (judiciaire ou administrative) et dans l'intérêt pour l'enfant d'un maintien de référent : en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la circonscription, le/la référent(e) ASE assure l'accompagnement de l'enfant dans sa famille et la mise en œuvre de son projet individuel.

- Les contrats jeunes majeurs ; le/la référent(e) ASE intervient dans la préparation et le suivi du projet d'autonomisation en lien avec les professionnels de la circonscription d'action sociale (CESF, …) et les partenaires.

Nature des fonctions des référents revenu de solidarité active

Sous l'autorité hiérarchique du responsable de circonscription d'action sociale, mais également du responsable du service insertion sur un plan fonctionnel, le/la référent(e) RSA a pour mission l'accompagnement des bénéficiaires du RSA dans le but de lever les freins à leur insertion sociale et professionnelle dans le cadre des dispositifs d'insertion.

Nature des fonctions des assistants de service social

Placé(e) sous l'autorité hiérarchique du responsable de circonscription, l'assistant(e) de service social intervient, au sein de l'équipe cohésion sociale sur une aire géographique déterminée. Le titulaire du poste accompagne les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie.

Nature des fonctions des conseillers en économie sociale et familiale

Sous l'autorité hiérarchique du responsable de circonscription d'action sociale, le/la conseiller(ère) en économie sociale et familiale (CESF) intervient auprès des familles dans les domaines suivants : budget, habitat, environnement et cadre de vie, santé, alimentation et hygiène de vie.

Durée

Les agents ainsi recrutés sont engagés par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ces contrats sont renouvelables par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ces contrats sont reconduits, ils ne peuvent l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_G-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.G**

OBJET :

Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel : responsable adjoint en charge de la tarification

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 21 mars 2019,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de responsable adjoint en charge de la tarification au sein du service administratif et financier du pôle Solidarités (poste n°410).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Placé(e) sous l'autorité hiérarchique du responsable du service administratif et financier, le/ la responsable adjoint en charge de la tarification, en lien avec l'agence régionale de santé et les établissements et services pour personnes âgées et handicapées, élabore et suit les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le cadre d'un dialogue de gestion.

Il/elle met en œuvre et contrôle la tarification.

Il/elle analyse les états prévisionnels des recettes et des dépenses et les états réalisés des recettes et des dépenses.

Il/elle gère le contentieux de la tarification.

Niveau de recrutement

Catégorie A

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des attachés territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_H-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.H**

OBJET :

Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel :
responsable chargé(e) de la fonction observation et évaluation

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 3 juillet 2019,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agents contractuels sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de responsable chargé(e) de la fonction observation évaluation (poste n°453).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Le/la titulaire du poste est placé sous l'autorité hiérarchique du responsable du service enfance-jeunesse. Il/elle intervient en soutien éducatif, technique et juridique des circonscriptions d'action sociale afin d'optimiser la prise en charge des jeunes confiés ou susceptibles d'être confiés au Président du Conseil départemental dans le cadre du dispositif de l'aide sociale à l'enfance.

Il assure :

-la structuration d'un réseau d'analyse et de travail sur les informations préoccupantes,

-la réalisation d'études qualitatives et quantitatives relatives aux informations préoccupantes et aux dispositifs de prise en charge de l'aide sociale à l'enfance,

-le suivi individuel des informations préoccupantes,

-l'encadrement relatif aux mineurs non accompagnés.

Niveau de recrutement

Catégorie A

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des attachés territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_I-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.I**
OBJET : **Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel : chef/ cheffe de projet de prévention de la perte d'autonomie**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 3 juillet 2019,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste chef/cheffe de projet de prévention de la perte d'autonomie (poste n°437).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Dans le cadre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le Département doit mettre en place une politique coordonnée de prévention de la perte d'autonomie au titre de la conférence des financeurs.

Placé(e) sous l'autorité du responsable du service des aides et d'accès à l'autonomie, le/la chef/cheffe de projet assure les missions suivantes :

- élaboration du diagnostic des besoins des personnes âgées et de leurs aidants et recensement des initiatives,
- élaboration d'un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention,
- définition des modalités de mise en œuvre et de pilotage du programme,
- suivi de la mise en œuvre et instruction des dossiers, activation des crédits de la conférence des financeurs et des crédits de la section IV de la CNSA.

Niveau de recrutement :

Catégorie A. Il sera fait référence au cadre d'emplois des attachés territoriaux.

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des attachés territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-10_J-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction des Ressources Humaines	**N° 2019.09.10.J**
OBJET : **Recrutement de cadre en qualité d'agent contractuel : psychologue**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment ses articles 3-3 2° et 34,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des fonctionnaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels pour les emplois du niveau de catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et, sous réserve, qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté,

Considérant que malgré la déclaration de vacances de poste, il n'a pas été possible de recruter un fonctionnaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu la déclaration de vacance de poste en date du 24 juin 2019,

- d'autoriser, en cas d'impossibilité de recruter un fonctionnaire, le recrutement d'agent contractuel sur le fondement de l'article 3-3-2° de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique, pour le poste de psychologue de la circonscription d'action sociale de Joinville (poste n°535).

Motif du recrutement

Sauf dérogation prévue par la législation, les emplois permanents des collectivités territoriales sont occupés par des titulaires. Par dérogation à ce principe, ces emplois peuvent être occupés de manière permanente par des agents contractuels notamment pour les emplois du niveau de catégorie A, lorsque les besoins des services ou que la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté.

Nature des fonctions

Au sein de la circonscription d'action sociale, dans une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité hiérarchique administrative du responsable de circonscription, le/la psychologue participe à l'élaboration des projets d'aide éducative à domicile et d'accueil provisoire.

Dans le cadre du placement, le/la psychologue assure une préparation de la famille au placement, un suivi de l'enfant placé, une guidance de la famille d'accueil et un accompagnement de la famille d'origine. Il/elle peut médiatiser les droits de visite et participer à des audiences.

Il/elle accompagne des majeurs ou des mineurs qui souhaitent consulter leur dossier aide sociale à l'enfance

Le/la psychologue assure un soutien à la parentalité pour les parents d'enfants de moins de six ans, il/elle peut recevoir des enfants de moins de six ans dans le cadre de l'accompagnement individualisé.

Le/la psychologue assure un soutien ponctuel et/ou oriente les usagers du service social et effectue une guidance de l'équipe.

Le/la psychologue intervient soit en individuel (bilan - orientation) soit en collectif (groupes de parole - actions collectives).

Il/elle participe aux réunions de synthèse et travaille en liaison avec les travailleurs sociaux des services internes et les partenaires extérieurs.

Il/elle assure un soutien de l'équipe de circonscription. Il/elle rédige des rapports. Il/elle intervient en circonscription d'action sociale ou à domicile.

Niveau de recrutement

Catégorie A

L'agent recruté doit être titulaire d'un master professionnel (DESS psychologie) et/ou master de recherche (DEA de psychologie) avec stage professionnel réglementaire

Niveau de rémunération

L'agent sera rémunéré au regard de la grille indiciaire du cadre d'emplois des psychologues territoriaux et du régime indemnitaire en vigueur dans la collectivité. L'indice sera déterminé au regard de l'expérience professionnelle de l'agent sur des missions de même nature.

Durée

L'agent est engagé par contrat à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. Ce contrat est renouvelable par reconduction expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

Si, à l'issue de cette durée, ce contrat est reconduit, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:09
Référence technique : 052-225200013-20190920-11-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction du Patrimoine et des Bâtiments	**N° 2019.09.11**
OBJET : **Frampas (RD 153) : acquisition de deux parcelles suite de la mise à l'alignement**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment l'article L.1311-13,

Vu le code de la propriété des personnes publiques,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu le plan d'alignement de la route départementale n° 153 à Frampas homologué le 21 avril 1903,

Vu l'avis favorable émis par la IIIe commission lors de sa réunion du 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver l'acquisition de deux parcelles cadastrées section ZB n°30 (5 m²) et ZB n°31 (8 m²) à Frampas suite à la mise à l'alignement (plan d'alignement homologué le 21 avril 1903),

- d'indemniser le propriétaire pour un montant de 39 €,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer au nom et pour le compte du Département, l'acte notarié à intervenir,

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-12_A-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction du Patrimoine et des Bâtiments	**N° 2019.09.12.A**
OBJET : **Illoud - cession de deux parcelles départementales au profit de la Communauté de Communes Meuse Rognon (CCMR)**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

N'a pas participé au vote :
M. Nicolas LACROIX

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment l'article L.1311-13,

Vu le code général de la propriété des personnes publiques,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

Vu la délibération du conseil communautaire de la communauté de communes Meuse Rognon du 9 juillet 2019 approuvant l'acquisition des parcelles A 1132 et A 1134,

Vu l'estimation de la direction départementale des finances publiques des Vosges en date du 5 avril 2019,

Vu l'avis favorable de la III^{e} commission réunie le 27 août 2019,

- d'approuver la cession de deux parcelles cadastrées section A n° 1132 (917 m²) et A n° 1134 (932 m²) à Illoud et au profit de la Communauté de communes Meuse Rognon, pour un montant de 9 000 €,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à recevoir l'acte sous la forme administrative à intervenir,

- de donner pouvoir à Madame la première vice-présidente du Conseil départemental, à l'effet de signer au nom et pour le compte du Département, l'acte administratif à intervenir.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-12_B-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction du Patrimoine et des Bâtiments	**N° 2019.09.12.B**
OBJET : **Rachecourt-Sur-Marne : cession d'une parcelle privée départementale**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment l'article L.1311-13,

Vu le code général de la propriété des personnes publiques,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu l'estimation établie par la Direction de l'immobilier de l'Etat en date du 15 février 2019,

Vu l'avis favorable de la III^{e} commission réunie le 14 janvier 2019,

Considérant la demande de cession faite au Département afin de permettre la mise à l'alignement de la propriété du demandeur,

- d'approuver la cession à la SCI MELIDICE de la parcelle sise à Rachecourt-sur-Marne cadastrée section AB n°408 pour une surface de 895 m² au prix de 1 709,45€,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à recevoir l'acte sous la forme administrative à intervenir,

- de donner pouvoir à Madame la première vice-présidente du Conseil départemental, à l'effet de signer au nom et pour le compte du Département, l'acte administratif à intervenir.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-12_C-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction du Patrimoine et des Bâtiments	**N° 2019.09.12.C**
OBJET : **RD 24 à Eclaron-Braucourt-Sainte -Livière : cession d'un terrain privé départemental suite à la mise à l'alignement**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment l'article L.1311-13,

Vu le code général de la propriété des personnes publiques,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

Vu l'estimation établie par la Direction de l'immobilier de l'Etat le 14 février 2019,

Vu l'avis favorable émis par la III^{e} commission le 14 janvier 2019,

Considérant la demande de cession faite au Département afin de permettre la mise à l'alignement de la propriété du demandeur,

- d'approuver la cession à la SCI PELA de la parcelle sise à Eclaron-Braucourt-Sainte-Livière cadastrée section AE n°176 pour une surface de 276 m² au prix de 400 €,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à recevoir l'acte sous la forme administrative à intervenir,

- de donner pouvoir à Madame la première vice-présidente du Conseil départemental, à l'effet de signer au nom et pour le compte du Département, l'acte administratif à intervenir.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-13-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction du Patrimoine et des Bâtiments	**N° 2019.09.13**
OBJET : **RD 13A à Rouvroy-sur-Marne et Donjeux : déclassement et incorporation des délaissés dans le domaine public des deux communes**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la propriété des personnes publiques,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu l'avis favorable émis par la IIIe commission le 29 avril 2019,

Vu la délibération de la commune de Rouvroy-Sur-Marne du 1er juillet 2019 en ce qu'elle émet un avis favorable à la rétrocession dans le domaine public communal de delaissés de route,

Vu la délibération de la commune de Donjeux du 19 juin 2019 en ce qu'elle émet un avis favorable à la rétrocession dans le domaine public communal de delaissés de route,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil Départemental,

Considérant que la démolition du pont-route situé sur la RD13A a généré des délaissés de routes,

Considérant que ces délaissés n'ont plus d'utilités pour le Département,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver le déclassement des parties délaissées de l'ancienne route départementale n °13A cadastré section YC n°102 pour 17 ares 48 centiares, ainsi que la rue des Tilleuls à Rouvroy-sur-Marne et cadastré section G n°55 pour 4 ares 74 centiares à Donjeux,

- d'approuver les rétrocessions à titre gracieux des terrains déclassés et de leur intégration dans le domaine public respectif des deux communes,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer les actes de transfert à intervenir.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-14-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction du Patrimoine et des Bâtiments	**N° 2019.09.14**
OBJET : **Approbation des avants-projets définitifs des centres d'exploitation de Bourg-Sainte-Marie et de Rimaucourt**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu l'avis favorable de la IIIe commission réunie le 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant la nécessité de bâtir de nouveaux bâtiments afin d'accueillir les centres d'exploitations de Bourg-Sainte-Marie et de Rimaucourt, conformément au plan de modernisation des centres d'exploitation routiers approuvé par le Conseil général le 27 mars 2009,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les avants-projets définitifs des opérations de construction de deux centres d'exploitation de Bourg-Sainte-Marie et de Rimaucourt pour un coût total de travaux évalué à 1 768 508,62 € HT, soit 2 122 210,34 € TTC pour le centre d'exploitation de Bourg-Sainte-Marie et à 1 706 912,85 € HT, soit 2 048 295,42 € TTC, pour le centre d'exploitation de Rimaucourt.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:36:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-15_1-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE
Réunion du 20 septembre 2019

Direction des Infrastructures du Territoire	N° 2019.09.15

OBJET :

Avenant n°1 à la convention relative à la constitution d'un groupement de commandes pour la fourniture de prévisions météorologiques

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code des collectivités territoriales,

Vu la délibération du conseil départemental du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu la convention relative à la constitution d'un groupement de commandes pour la fourniture de prévisions météorologiques signée le 18 septembre 2017,

Vu la délibération de la Communauté d'agglomération de Chaumont en date du 18 décembre 2018 relative à la restitution de compétences facultatives à la suite de la fusion des communautés,

Vu l'avis favorable émis par la IIIe commission lors de sa réunion du 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant la nécessité d'établir un avenant à la convention constitutive du groupement de commandes afin d'y inclure les Villes de Nogent et de Chaumont,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de l'avenant n°1 à la convention relative à la constitution d'un groupement de commandes entre le Conseil départemental de la Haute-Marne, la Communauté d'agglomération de Chaumont, du bassin nogentais et du bassin de Bologne Vignory et Froncles, et la Ville de Langres pour la fourniture de prévisions météorologiques, ci-joint,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer cet avenant à la convention.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:36:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-15_1-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

AVENANT n°1
à la convention relative à la constitution d'un groupement de commandes pour la fourniture de prévisions météorologiques

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu l'article 28 de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics,

Vu la convention relative à la constitution d'un groupement de commandes pour la fourniture de prévisions météorologiques signée le 18 septembre 2017,

Vu la délibération de la Communauté d'agglomération de Chaumont n°2018/240 en date du 18 décembre 2018 relative à la restitution des compétences facultatives à la suite de la fusion des communautés,

Entre :

Le Conseil départemental de la Haute-Marne, représenté par son Président, Monsieur Nicolas LACROIX, dûment habilité par délibération de la Commission permanente en date du 20 septembre 2019,

Et
La Ville de Chaumont, représentée par son Premier Adjoint, Monsieur Gérard GROSLAMBERT, dûment habilité par délibération du Conseil municipal en date du XX XX 2019,

Et
La Ville de Nogent représentée par sa Maire, Madame Anne-Marie-NEDELEC, dûment habilitée par délibération du Conseil municipal en date du XX XX 2019,

Et
La Ville de Langres représentée par sa Maire, Madame Sophie DELONG, dûment habilitée par délibération du Conseil municipal en date du XX XX 2019,

Et
La Communauté d'agglomération de Chaumont, du Bassin Nogentais et du Bassin de Bologne Vignory Froncles représentée par sa Présidente, Madame Christine GUILLEMY, dûment habilitée par délibération du Conseil municipal du XX XX 2019,

Il est arrêté ce qui suit :

Article 1 – Objet de l'avenant

Par la délibération n°2018/240 en date du 18 décembre 2018 relative à la restitution des compétences facultatives à la suite de la fusion des communautés, la Communauté d'agglomération de Chaumont a restitué à ses communes-membres la compétence « déneigement, balayage et marquage au sol ».

Ainsi, la Communauté d'Agglomération de Chaumont reste membre du groupement, ayant toujours un besoin de prévisions météorologiques, notamment pour la viabilité hivernale, sur les zones d'activité ou l'aire d'accueil des gens du voyage.

PROJET

Toutefois, notamment pour ce qui est de la viabilité hivernale sur les communes de Chaumont et de Nogent auparavant assurée par la Communauté d'agglomération, la compétence leur a été restituée. Ainsi, ces deux communes se substituent à la Communauté d'agglomération de Chaumont en ses droits et obligations au sein du groupement, pour cette part des prestations.

Le Conseil départemental de la Haute-Marne, la Ville de Chaumont, la Ville de Nogent, la Ville de Langres et la Communauté d'agglomération de Chaumont conviennent de s'associer pour grouper leurs commandes de fourniture de prévisions météorologiques, notamment dans le cadre de la viabilité hivernale.

Le présent avenant a pour objet de prendre acte de cette substitution partielle et d'en tirer les conséquences quant aux modalités de fonctionnement du groupement.

Article 2 – Modifications apportées à la convention

Pour l'ensemble des dispositions de la convention, la Ville de Chaumont et la Ville de Nogent se substituent **pour partie** à la Communauté d'agglomération de Chaumont.

- **L'article 2 de la convention** est modifié comme suit :

« Article 2 – Modalités de fonctionnement du groupement

[…]

Le Conseil départemental de la Haute-Marne, coordonnateur du groupement, est mandaté par les membres du groupement pour signer, notifier et exécuter le marché de fourniture de prévisions météorologiques dans le respect des règles de la commande publique en vigueur.

[…]

Le coordonnateur signera avec le prestataire retenu un marché répondant aux besoins préalablement déterminés par les membres du groupement dans le tableau joint en annexe 1. »

- **L'article 3 de la convention** est modifié comme suit :

« *Article 3 – Passation et attribution des marchés*

[…]

- *Rédige le dossier de consultation et le transmet pour validation aux membres du groupement,*

[…]

A l'issue des procédures de sélection, le coordonnateur remet une copie du marché aux membres du groupement.

[…] »

PROJET

- **L'article 4 de la convention** est modifié comme suit :

« *Article 4 – Durée d'exécution et reconduction au marché*

[…]

Le Conseil départemental, coordonnateur du groupement, est tenu d'obtenir l'accord préalable des membres du groupement avant de prendre la décision de reconduire ce marché. »

- **L'article 5 de la convention** est modifié comme suit :

« *Article 5 – Dispositions financières*

Le Conseil Départemental de la Haute-Marne s'engage à financer 85 % du coût total TTC du marché.

La Ville de Chaumont, s'engage à rembourser le conseil départemental de la Haute-Marne à hauteur de 5,7 % du coût total TTC du marché.

La Ville de Nogent, s'engage à rembourser le conseil départemental de la Haute-Marne à hauteur de 4 % du coût total TTC du marché.

La Ville de Langres, s'engage à rembourser le conseil départemental de la Haute-Marne à hauteur de 5 % du coût total TTC du marché.

La Communauté d'agglomération de Chaumont s'engage à rembourser le conseil départemental de la Haute-Marne à hauteur de 0,3 % du coût total TTC du marché.

La participation financière des membres du groupement sera appelée sous forme de titres de paiement émis par le Conseil départemental à la notification du marché et à chaque notification de reconduction du marché. »

Les autres clauses de la convention constitutive demeurent inchangées et applicables.

PROJET

Article 6 – Date d'effet de l'avenant

Le présent avenant prend effet à compter de sa notification.

À Chaumont, le

Le Président
du Conseil départemental de la Haute-Marne,

Nicolas LACROIX

Le Premier Adjoint
de la Ville de Chaumont

Gérard GROSLAMBERT

La Maire
de la Ville de Nogent

Anne-Marie NEDELEC

La Maire
de la Ville de Langres

Sophie DELONG

La Présidente
de la Communauté d'agglomération de Chaumont, du Bassin Nogentais et de Bologne Vignory Froncles

Christine GUILLEMY

PROJET

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-16-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.16**

OBJET :

Fonds d'aménagement local (FAL)

- cantons de Bologne, Châteauvillain, Chaumont 1, Chaumont 2, Langres, Saint-Dizier 1, Saint-Dizier 3, Villegusien-le-Lac,

- modification de règlement

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales notamment les articles L.3211-1 et L.3232-1,

Vu les délibérations du Conseil général en date des 11 octobre et 9 décembre 1996 créant le fonds d'aménagement local (FAL),

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 15 mars 2019 approuvant les nouveaux règlements du fonds d'aménagement local (FAL) et du fonds des travaux structurants (FTS),

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 28 juin 2019 portant modification des règlements du FAL et du FTS,

Vu l'avis favorable de la IVe commission émis lors de sa réunion du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

CONSIDÉRANT les dossiers de travaux des collectivités locales parvenus au Conseil départemental et ayant fait l'objet d'un accord préalable conjoint des conseillers départementaux concernés,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les modifications du règlement du FAL relatives à l'accompagnement financier des communes et syndicats de communes dans leurs opérations d'investissement en matière de matériel roulant (cf. règlement modifié ci-joint),

- d'attribuer, au titre du fonds d'aménagement local (FAL) de l'année 2019, les subventions figurant sur les tableaux ci-annexés pour un montant total de **327 287 €** à imputer sur le chapitre 204 du budget départemental.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-16-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

ENVELOPPE FAL 2019	**221 267 €**
ENGAGEMENTS	121 858 €
DISPONIBLE	99 409 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**98 640 €**
RESTE DISPONIBLE	769 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Andelot-Blancheville	Aménagement de la zone du char Édith	**18 960 €**	**18 960 €**	**30%**	**5 688 €**	Équipements communaux	204142//74
Cerisières	Réfection du pilier, du seuil de l'église et du mur du cimetière	**11 835 €**	**11 835 €**	**40%**	**4 734 €**	Équipements communaux	204142//74
Cerisières	Réfection du mur arrière du bâtiment mairie	**4 684 €**	**4 684 €**	**40%**	**1 873 €**	Équipements communaux	204142//74
Chantraines	Aménagement sécuritaire et mise en accessibilité de la rue de la gare menant au cyclo-rail - complément FAL à la suite du financement au titre des amendes des police	**254 875 €**	**254 875 €**	**10%**	**25 487 €**	Équipements communaux	204142//74
Froncles	Équipement en informatique de la médiathèque	**7 837 €**	**7 837 €**	**30%**	**2 351 €**	Équipements communaux	204142//74

Froncles	Aménagement d'un parc de loisirs	**35 088 €**	**35 088 €**	**25%**	**8 772 €**	Équipements communaux	204142//74
Froncles	Réfection des chemins de Provenchères, de la Raule et Latéral	**14 024 €**	**14 024 €**	**30%**	**4 207 €**	Équipements communaux	204142//74
Mareilles	Réaménagement du bâtiment mairie-logement 2 rue des Charmilles - complément FAL à la suite du financement au titre du FTS	**339 888 €**	**324 400 €**	**10%**	**32 440 €**	Équipements communaux	204142//74
Meures	Remplacement des 2 portes de la salle polyvalente	**5 228 €**	**5 228 €**	**30%**	**1 568 €**	Équipements communaux	204142//74
Roches-Bettaincourt	Fourniture et pose de volets roulants à la mairie	**6 832 €**	**6 832 €**	**20%**	**1 366 €**	Équipements communaux	204142//74
Vignes-La-Côte	Remise en état d'un mur de soutènement au cimetière	**20 309 €**	**20 309 €**	**50%**	**10 154 €**	Équipements communaux	204142//74
				TOTAL	**98 640 €**		

ENVELOPPE FAL 2019	**215 694 €**
ENGAGEMENTS	79 806 €
DISPONIBLE	135 888 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**19 580 €**
RESTE DISPONIBLE	116 308 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Autreville-Sur-La-Renne	Acquisition d'équipements informatiques dans le cadre du projet ENIR	**5 515 €**	**5 515 €**	**30%**	**1 654 €**	Équipements communaux	204141//74
Bugnières	Remplacement des volets de la salle polyvalente	**9 445 €**	**9 445 €**	**30%**	**2 833 €**	Équipements communaux	204142//74
Châteauvillain	Sécurisation à l'école maternelle "Claude Monet" par le contrôle d'accès au portillon	**5 139 €**	**5 139 €**	**30%**	**1 541 €**	Équipements communaux	204141//74
Châteauvillain	Construction d'un columbarium dans les cimetières d'Essey-les-Ponts et de Marmesse	**5 450 €**	**5 450 €**	**30%**	**1 635 €**	Équipements communaux	204142//74
Giey-Sur-Aujon	Réfection des chemins de la Stèle et du Pigeonnier	**13 326 €**	**13 326 €**	**30%**	**3 997 €**	Équipements communaux	204142//74
Orges	Aménagements extérieurs autour de la salle de la Dhuy	**13 180 €**	**13 180 €**	**30%**	**3 954 €**	Équipements communaux	204142//74

Syndicat Des Eaux D'Orges	Réfection du bâtiment de la station de pompage - complément FAL à la suite du financement au titre du FDE	**10 021 €**	**10 021 €**	**10%**	**1 002 €**	AEP & assainissement	204142//61
Syndicat Des Eaux D'Orges	Remplacement des installations d'exploitation de l'eau potable - complément FAL à la suite du financement au titre du FDE	**16 345 €**	**16 345 €**	**10%**	**1 634 €**	AEP & assainissement	204142//61
Villars-En-Azois	Sécurisation de la traverse et des entrées d'agglomération (RD 11) - complément FAL à la suite du financement au titre des amendes de police	**8 870 €**	**8 870 €**	**15%**	**1 330 €**	Équipements communaux	204142//74
				TOTAL	**19 580 €**		

ENVELOPPE FAL 2019	**64 759 €**
ENGAGEMENTS	28 403 €
DISPONIBLE	36 356 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**36 266 €**
RESTE DISPONIBLE	90 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Condes	Réhabilitation des vestiaires du foot - complément FAL à la suite du financement au titre du FDES	**24 989 €**	**24 989 €**	**10%**	**2 498 €**	Équipements communaux	204142//74
Jonchery	Réhabilitation de l'école élémentaire	**112 673 €**	**112 673 €**	**25%**	**28 168 €**	Équipements communaux	204142//74
Jonchery	Réhabilitation du cimetière - 3ème et dernière phase de travaux	**18 668 €**	**18 668 €**	**30%**	**5 600 €**	Équipements communaux	204142//74
				TOTAL	**36 266 €**		

ENVELOPPE FAL 2019	**57 264 €**
ENGAGEMENTS	32 719 €
DISPONIBLE	24 545 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**24 545 €**
RESTE DISPONIBLE	0 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Buxières-Les-Villiers	Sécurisation de la rue du Baron de Beine devant le bâtiment de la mairie-école - complément FAL à la suite du financement au titre du fonds d'appui exceptionnel aux fonds d'État	**10 927 €**	**10 927 €**	**10%**	**1 092 €**	Équipements communaux	204142//74
Chamarandes-Choignes	Création d'un réseau d'eaux usées et mise aux normes des branchements des particuliers - complément FAL à la suite du financement au titre du FDE	**47 251 €**	**45 277 €**	**10%**	**4 527 €**	AEP & assainissement	204142//61
Villiers-Le-Sec	Mise en accessibilité du cimetière - 1ère tranche de financement	**34 592 €**	**33 015 €**	**30%**	**9 904 €**	Équipements communaux	204142//74
Villiers-Le-Sec	Réfection de la salle de réunion du lavoir nord (toiture, EP, fenêtre)	**16 633 €**	**16 633 €**	**30%**	**4 989 €**	Équipements communaux	204142//74
Villiers-Le-Sec	Aménagement de la place du Chêne	**13 445 €**	**13 445 €**	**30%**	**4 033 €**	Équipements communaux	204142//74
				TOTAL	**24 545 €**		

ENVELOPPE FAL 2019	**94 443 €**
ENGAGEMENTS	88 266 €
DISPONIBLE	6 177 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**6 177 €**
RESTE DISPONIBLE	0 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Lecey	Réfection de la toiture de l'atelier public de distillation	**6 456 €**	**6 456 €**	**30%**	**1 936 €**	Équipements communaux	204142//74
Peigney	Restauration de la brèche du fort - 1ère tranche de financement	**20 000 €**	**16 964 €**	**25%**	**4 241 €**	Équipements communaux	204142//74
				TOTAL	**6 177 €**		

ENVELOPPE FAL 2019	**125 286 €**
ENGAGEMENTS	47 402 €
DISPONIBLE	77 884 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**47 626 €**
RESTE DISPONIBLE	30 258 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Eclaron-Braucourt-Sainte-Livière	Création d'un terrain pour l'équipe féminine de football - complément FAL à la suite du financement au titre du FDES	**53 551 €**	**53 551 €**	**10%**	**5 355 €**	Équipements communaux	204142//74
Eclaron-Braucourt-Sainte-Livière	Réfection de la clôture du cimetière	**8 419 €**	**8 419 €**	**30%**	**2 525 €**	Équipements communaux	204142//74
Louvemont	Réhabilitation du groupe scolaire - 1ère phase de travaux (changement des menuiseries)	**40 342 €**	**40 342 €**	**30%**	**12 102 €**	Équipements communaux	204142//74
Perthes	Aménagement d'un terrain afin de créer un espace vert rue de l'Europe - 1ère phase de travaux	**25 814 €**	**25 814 €**	**30%**	**7 744 €**	Équipements communaux	204142//74
Valcourt	Réfection de la toiture de la salle polyvalente	**9 456 €**	**9 456 €**	**25%**	**2 364 €**	Équipements communaux	204142//74
Valcourt	Construction d'un mur entre l'école et une propriété privée	**6 285 €**	**6 285 €**	**25%**	**1 571 €**	Équipements communaux	204142//74

Villiers-En-Lieu	Installation d'une classe mobile à l'école primaire	**3 873 €**	**3 873 €**	**30%**	**1 161 €**	Équipements communaux	204141//74
Villiers-En-Lieu	Extension de la cantine scolaire et mise aux normes accessibilité de la salle des fêtes	**53 800 €**	**53 800 €**	**20%**	**10 760 €**	Équipements communaux	204142//74
Villiers-En-Lieu	Pose de stores sur les façades vitrées du groupe scolaire	**20 220 €**	**20 220 €**	**20%**	**4 044 €**	Équipements communaux	204142//74
				TOTAL	**47 626 €**		

ENVELOPPE FAL 2019	**53 845 €**
ENGAGEMENTS	25 846 €
DISPONIBLE	27 999 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**6 874 €**
RESTE DISPONIBLE	21 125 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Bettancourt-La-Ferrée	Réfection de chauffage et de plomberie dans divers bâtiments communaux	**18 061 €**	**18 061 €**	**30%**	**5 418 €**	Équipements Communaux	204142//74
Chancenay	Restauration d'un monument commémoratif - complément de travaux	**4 854 €**	**4 854 €**	**30%**	**1 456 €**	Équipements Communaux	204142//74
				TOTAL	**6 874 €**		

ENVELOPPE FAL 2019	**249 189 €**
ENGAGEMENTS	91 190 €
DISPONIBLE	157 999 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**87 579 €**
RESTE DISPONIBLE	70 420 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Choilley-Dardenay	Extension et isolation extérieure de la salle de convivialité	**48 485 €**	**48 485 €**	**30%**	**14 545 €**	Équipements communaux	204142//74
Choilley-Dardenay	Création d'un WC et d'un assainissement non collectif au musée école de Dardenay	**3 866 €**	**3 866 €**	**50%**	**1 933 €**	Équipements communaux	204142//74
Cohons	Réfection du chemin de Champ Loué	**13 860 €**	**13 860 €**	**30%**	**4 158 €**	Équipements communaux	204142//74
Courcelles-En-Montagne	Peinture du couloir et des WC du bâtiment communal	**4 205 €**	**4 205 €**	**50%**	**2 102 €**	Équipements communaux	204142//74
Orcevaux	Réaménagement du préau jouxtant la salle des fêtes et la halle	**16 824 €**	**16 824 €**	**20%**	**3 364 €**	Équipements communaux	204142//74
Perrogney-Les-Fontaines	Installation d'une cuve pour la défense incendie - complément FAL à la suite du financement au titre du FDE	**45 386 €**	**45 386 €**	**10%**	**4 538 €**	Équipements communaux	204142//74
Poinsenot	Remplacement du joug de la cloche 2 et travaux divers sur le clocher	**2 732 €**	**2 732 €**	**50%**	**1 366 €**	Équipements communaux	204142//74

Rouvres-Sur-Aube	Mise aux normes de l'éclairage des terrains principal et annexe du stade de football - complément FAL à la suite du financement au titre du FDES	**16 684 €**	**16 684 €**	**10%**	**1 668 €**	Équipements communaux	204142//74
Vesvres-Sous-Chalancey	Réfection de la clôture de la décharge municipale	**6 561 €**	**6 561 €**	**50%**	**3 280 €**	Équipements communaux	204142//74
Vesvres-Sous-Chalancey	Mise en conformité électrique de la salle des fêtes	**2 726 €**	**2 726 €**	**50%**	**1 363 €**	Équipements communaux	204142//74
Vesvres-Sous-Chalancey	Création d'une réserve incendie - complément FAL à la suite du financement au titre du FDE	**31 182 €**	**31 182 €**	**5%**	**1 559 €**	Équipements communaux	204142//74
Villegusien-Le-Lac	Création du lotissement communal "Champ Devant II" (11 lots) - complément FAL à la suite du financement au titre du FTS	**434 337 €**	**280 557 €**	**10%**	**28 055 €**	Équipements communaux	204142//74
Villiers-Les-Aprey	Réfection du chemin rural de Villiers-les-Aprey à la ferme de Servin	**8 680 €**	**8 680 €**	**50%**	**4 340 €**	Équipements communaux	204142//74
Vitry-En-Montagne	Réfection du chemin des Cerisiers	**20 160 €**	**20 160 €**	**50%**	**10 080 €**	Équipements communaux	204142//74
Vivey	Aménagement de l'accès à la station de pompage et à l'atelier de distillation	**3 186 €**	**3 186 €**	**50%**	**1 593 €**	Équipements communaux	204142//74
Vivey	Rénovation du monument aux morts	**7 270 €**	**7 270 €**	**50%**	**3 635 €**	Équipements communaux	204142//74
				TOTAL	**87 579 €**		

Guide des aides départementales

Fonds d'aménagement local (FAL)

Dispositions complémentaires aux principes généraux

Le Conseil départemental fixe chaque année au budget primitif le montant global de l'autorisation de programme du fonds d'aménagement local (FAL) et sa répartition par canton.

L'avis conjoint des deux conseillers départementaux du canton concerné par l'opération sera sollicité sur tous les projets préalablement à leur programmation en commission permanente.
L'attribution de l'aide au titre du fonds d'aménagement local (FAL) se fait en une seule fois (pas de complément d'aide ultérieur possible)

Le projet doit respecter les exigences et les normes règlementaires et techniques (accessibilité des personnes à mobilité réduite aux espaces et équipements publics,…).

Le projet est étudié **dans sa globalité.** Les dépenses d'études, de maitrise d'œuvre et d'acquisitions foncières et immobilières doivent être incluses dans le coût total du projet.

Bénéficiaires

- communes (hors communes éligibles aux contrats locaux et contrats territoriaux) et syndicats de communes

Opérations d'investissement éligibles

- Construction, création, extension, réhabilitation ou mise aux normes de **bâtiments communaux** et de leurs abords immédiats : administratif, technique, socioculturel, associatif, archives, structure d'accueil petite enfance, halles, salles polyvalentes, maisons de santé pluri professionnelles, logements communaux, groupes scolaires et regroupements pédagogiques intercommunaux maternels et élémentaires, cantines scolaires, accueils périscolaires et de loisirs,

  Sont exclus les travaux sur les logements communaux d'un montant inférieur à 20 000 €,
- Création de **lotissements communaux** (d'un minimum de 3 lots destinés à des particuliers) : acquisitions de terrains et travaux de viabilisation (réseaux d'eau potable et d'assainissement, voirie interne, réseaux divers), *à l'exclusion des lots non destinés à des particuliers,*
- Réhabilitation ou mise aux normes de **monuments non classés et non inscrits** et de leurs abords immédiats, y compris le **patrimoine rural non protégé**. L'avis du conservateur des antiquités et objets d'art pourra le cas échéant être sollicité selon la nature de l'opération,
- **Équipements sportifs non structurants** et de loisirs,
- Aménagement de **chemins communaux, chemins d'accès, chemins forestiers, murs de soutènement,**
- Aménagement d'**espaces publics urbains et paysagers, vidéoprotection** et sécurisation des sites,
- Aménagement d'**emplacements de stationnement liés à un bâtiment,**
- Aménagement de **cimetières** et **monuments aux morts,**
- Acquisition de **matériels roulants autotractés de motoculture destinés exclusivement et directement à l'entretien du paysage et des espaces verts** (matériel de tonte et outils motorisés),

- Acquisition de **matériel informatique des écoles** (classes mobiles, TBI et ordinateurs associés, vidéoprojecteurs),
- Acquisition d'**équipements des bibliothèques/médiathèques** des communes du réseau de la Médiathèque Départementale de la Haute-Marne (MDHM) :
    - mobilier spécialisé de bibliothèque,
    - matériel informatique (y compris tablettes numériques) pour une mise à disposition publique de cet outil,
    - logiciel de gestion de bibliothèque compatible avec la constitution d'une base bibliographique départementale, logiciels courants destinés à la formation des publics aux nouvelles technologies de l'information et de la communication,
- Acquisition de **matériels et mobiliers inamovibles intégrés au projet**, uniquement dans le cadre d'un projet global de création, extension ou réhabilitation, ainsi que les défibrillateurs,
- Acquisition **foncières ou immobilières**, et opérations de démolition, uniquement dans le cadre d'un projet global de création, extension ou réhabilitation, dans la limite de l'estimation de la Direction de l'Immobilier de l'État,
- Études dans le cadre des sites patrimoniaux remarquables (**SPR**), aires de mise en valeur de l'architecture et du patrimoine (**AVAP**), …
- Dépenses d'études et de maitrise d'œuvre incluses dans le coût du projet.

Condition d'attribution

- *Pour les groupes scolaires et regroupements pédagogiques intercommunaux maternels et élémentaires (bâtiments et matériels)* : avis favorable et sans réserve de la direction départementale des services de l'Éducation nationale (DSDEN),
- *Pour les maisons de santé pluri professionnelles* : avis favorable et sans réserve de l'Agence Régionale de Santé (ARS),
- *Pour les lieux d'archives* : avis favorable et sans réserve du directeur des Archives départementales de la Haute-Marne (ADHM),
- *Pour les bibliothèques/médiathèques (bâtiments et matériels)* : avis favorable et sans réserve du directeur de la Médiathèque Départementale de la Haute-Marne (MDHM).

  Les aides seront accordées aux communes n'ayant pas bénéficié de subventions pour ce type d'achat dans les cinq dernières années, sauf en cas d'extension de la bibliothèque ou de mise à disposition de nouveaux services informatiques au public. La bibliothèque devra répondre aux critères de surface définis dans les conditions d'intervention de la MDHM : surface minimum de 0,07 m²/habitant et supérieur ou égale à 30 m². L'acquisition doit concerner du mobilier ou du matériel informatique spécifiquement dédié au fonctionnement de la bibliothèque et intégré exclusivement dans l'enceinte de la bibliothèque. La commande se fera en concertation avec la MDHM. Les équipements informatiques doivent être maintenus dans le bâtiment de la bibliothèque et être mis à disposition du public gratuitement.

  L'acquisition de tablettes doit respecter les conditions suivantes :

Catégories de bibliothèques	**Nombre minimum subventionné**	**Nombre maximum subventionné**
Médiathèques Tête de Réseau	5	10
Cat 1 et 2	4	8
Cat 3 et 4	3	6

Nature et montant de l'aide

	Communes de moins de 100 habitants	Communes de 100 habitants et plus
Montant plancher de la dépense éligible HT	2 000 €	3 500 €
Taux d'aide plancher	15%	
Bonification possible	5% selon étude pré-opérationnelle du Conseil d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement (CAUE)	
Majoration des conseillers départementaux possible (par palier de 5%)	de 5% à 35%	de 5% à 15%
Taux d'aide plafond (majorations et bonifications comprises)	50%	30%
Montant maximal de subvention	50 000 €	

- ***Le complément « FAL »***

Dans le but d'optimiser le plan de financement des opérations soutenues au titre d'un fonds thématique (FMHCI, FDES, FDE, fonds voirie) ou du fonds des travaux structurants (FTS), les conseillers départementaux du canton concerné par l'opération pourront proposer une subvention sur le fonds d'aménagement local (FAL) par palier de 5%, en complément et à la suite du fonds thématique mobilisé, dans la limite d'un taux d'aide de :

- 30% tous fonds confondus, bonifications comprises, pour les communes de 100 habitants et plus,
- 50% tous fonds confondus, bonifications comprises, pour les communes de moins de 100 habitants.

Ce complément est mobilisable la même année d'attribution que le fonds thématique, sur la même dépense éligible.

- ***Bâtiments communaux***

- *Plancher de dépense éligible :*
  - *Logements communaux : 20 000 €*
- *Plafond de dépense éligible :*
  - *Construction – création – extension : 1 600 € HT/m2*
  - *Réhabilitation – mise aux normes : 1 000 € HT/ m2*
- *Plafond de surface éligible :*
  - *Logements communaux : 120 m2 par logement*
  - *Salles polyvalentes (communes de moins de 100 habitants) : 150 m2*
  - *Salles polyvalentes (communes de 100 habitants et plus) : 250 m2*
  - *Autres bâtiments communaux : 400 m2*

- ***Matériel roulant***

- *Plancher de dépense éligible : 5 000 € HT par équipement*
- *Plafond de dépense éligible : 20 000 € HT par équipement*

Direction de l'aménagement du territoire

➔ **Service aides et partenariats avec les collectivités**

Centre administratif départemental
Cours Marcel Baron
52000 CHAUMONT
https://haute-marne.fr/guidedesaides/

Tél : 03.25.32.86.16
Mail : serviceddat-aidesauxcommunes@haute-marne.fr

Toute correspondance doit être adressée à :

Monsieur le Président du Conseil départemental
1 rue du Commandant Hugueny
CS 62127
52905 CHAUMONT Cedex 9

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-17-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.17**
OBJET : **Fonds des travaux structurants (FTS) - Attribution de subventions**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu les articles L.3211-1 et L.3232-1 du code général des collectivités locales,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 15 mars 2019 approuvant le règlement du fonds des travaux structurants (FTS) et décidant l'inscription d'une autorisation de programme pour l'année 2019 de 1 000 000 € au titre de ce fonds,

Vu l'avis favorable de la IVe commission émis lors de sa réunion du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant les dossiers de travaux parvenus au Conseil départemental,

Considérant l'intérêt départemental des travaux à réaliser,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver la modification du règlement du FTS, ci-joint, selon laquelle les opérations d'acquisition de matériel roulant sont supprimées de la liste des opérations éligibles au titre de ce fonds,

- d'attribuer, au titre du fonds des travaux structurants (FTS) de l'année 2019, les subventions figurant sur le tableau ci-annexé pour un montant total de **396 731 €** à imputer sur la ligne budgétaire 204142//74 du budget départemental.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-17-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

FONDS DES TRAVAUX STRUCTURANTS

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	CANTON	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
CHALVRAINES	POISSONS	Aménagement du lotissement communal du Paquis (4 lots)	**150 279 €**	**150 279 €**	**20%**	**30 055 €**	103 - Subv Equip Communaux (bâtiments et installations)	204142//74
LATRECEY-ORMOY-SUR-AUBE	CHÂTEAUVILLAIN	Réfection de la toiture de l'église d'Ormoy-sur-Aube avec mise en place de panneaux photovoltaïques	**280 243 €**	**280 243 €**	**20%**	**56 048 €**	103 - Subv Equip Communaux (bâtiments et installations)	204142//74
MONTREUIL-SUR-THONNANCE	POISSONS	Aménagement de quatre logements communaux	**967 889 €**	**562 909 €**	**20%**	**112 581 €**	103 - Subv Equip Communaux (bâtiments et installations)	204142//74
SAINTS-GEOSMES	LANGRES	Construction d'un pôle social et culturel intergénérationnel - 1ère tranche de financement	**2 401 126 €**	**536 108 €**	**20%**	**107 222 €**	103 - Subv Equip Communaux (bâtiments et installations)	204142//74
VILLEGUSIEN-LE-LAC	VILLEGUSIEN-LE-LAC	Création d'une salle multi-activités à Heuilley-Cotton	**611 349 €**	**454 129 €**	**20%**	**90 825 €**	103 - Subv Equip Communaux (bâtiments et installations)	204142//74
TOTAL						**396 731 €**		

Guide des aides départementales

Fonds des Travaux Structurants (FTS)

Dispositions complémentaires aux principes généraux

Le Département accompagne financièrement les communes dans leurs projets d'investissement structurants, d'un montant supérieur à 150 000 € HT de dépenses éligibles.

Le projet doit respecter les exigences et les normes règlementaires et techniques (accessibilité des personnes à mobilité réduite aux espaces et équipements publics,…).

Le projet est étudié **dans sa globalité.** Les dépenses d'études, de maitrise d'œuvre et d'acquisitions foncières et immobilières doivent être incluses dans le coût total du projet.

Bénéficiaires

- communes (hors communes éligibles aux contrats locaux et contrats territoriaux) et syndicats de communes

Opérations d'investissement éligibles

- Construction, création, extension, réhabilitation ou mise aux normes de **bâtiments communaux** et de leurs abords immédiats : administratif, technique, socioculturel, associatif, archives, structure d'accueil petite enfance, halles, salles polyvalentes, maisons de santé pluri professionnelles, logements communaux, groupes scolaires et regroupements pédagogiques intercommunaux maternels et élémentaires, cantines scolaires, accueils périscolaires et de loisirs,
- Création de **lotissements communaux** (d'un minimum de 3 lots destinés à des particuliers) : acquisitions de terrains et travaux de viabilisation (réseaux d'eau potable et d'assainissement, voirie interne, réseaux divers), *à l'exclusion des lots non destinés à des particuliers,*
- Réhabilitation ou mise aux normes de **monuments non classés et non inscrits** et de leurs abords immédiats, y compris le **patrimoine rural non protégé**. L'avis du conservateur des antiquités et objets d'art pourra, le cas échéant, être sollicité selon la nature de l'opération,
- **Équipements sportifs non structurants** et de loisirs,
- Aménagement de **chemins communaux, chemins d'accès, chemins forestiers, murs de soutènement,**
- Aménagement d'**espaces publics urbains et paysagers, vidéoprotection** et sécurisation des sites,
- Aménagement d'**emplacements de stationnement liés à un bâtiment,**
- Aménagement de **cimetières** et **monuments aux morts,**
- Acquisition de **matériel informatique des écoles** (classes mobiles, TBI et ordinateurs associés, vidéoprojecteurs),

- Acquisition **d'équipements des bibliothèques/médiathèques** des communes du réseau de la Médiathèque Départementale de la Haute-Marne (MDHM) :
    - Mobilier spécialisé de bibliothèque,
    - Matériel informatique (y compris tablettes numériques) pour une mise à disposition publique de cet outil,
    - Logiciel de gestion de bibliothèque compatible avec la constitution d'une base bibliographique départementale, logiciels courants destinés à la formation des publics aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.
- Acquisition de **matériels et mobiliers inamovibles intégrés au projet**, uniquement dans le cadre d'un projet global de création, extension ou réhabilitation, ainsi que les défibrillateurs,
- Acquisition **foncières ou immobilières** et opérations de démolition, uniquement dans le cadre d'un projet global de création, extension ou réhabilitation, dans la limite de l'estimation de la Direction de l'Immobilier de l'État,
- Études dans le cadre des sites patrimoniaux remarquables (**SPR**), aires de mise en valeur de l'architecture et du patrimoine (**AVAP**), …
- Dépenses d'études et de maitrise d'œuvre incluses dans le coût du projet.

Condition d'attribution

- *Pour les groupes scolaires et regroupements pédagogiques intercommunaux maternels et élémentaires (bâtiments et matériels)* : avis favorable et sans réserve de la direction départementale des services de l'Éducation nationale (DSDEN),
- *Pour les maisons de santé pluri professionnelles* : avis favorable et sans réserve de l'Agence Régionale de Santé (ARS),
- *Pour les lieux d'archives* : avis favorable et sans réserve du directeur des Archives départementales de la Haute-Marne (ADHM),
- *Pour les bibliothèques/médiathèques (bâtiments et matériels)* : avis favorable et sans réserve du directeur de la Médiathèque Départementale de la Haute-Marne (MDHM).

  Les aides seront accordées aux communes n'ayant pas bénéficié de subventions pour ce type d'achat dans les cinq dernières années, sauf en cas d'extension de la bibliothèque ou de mise à disposition de nouveaux services informatiques au public. La bibliothèque devra répondre aux critères de surface définis dans les conditions d'intervention de la MDHM : surface minimum de 0,07 m²/habitant et supérieur ou égale à 30 m². L'acquisition doit concerner du mobilier ou du matériel informatique spécifiquement dédié au fonctionnement de la bibliothèque et intégré exclusivement dans l'enceinte de la bibliothèque. La commande se fera en concertation avec la MDHM. Les équipements informatiques doivent être maintenus dans le bâtiment de la bibliothèque et être mis à disposition du public gratuitement.

  L'acquisition de tablettes doit respecter les conditions suivantes :

Catégories de bibliothèques	Nombre minimum subventionné	Nombre maximum subventionné
Médiathèques Tête de Réseau	5	10
Cat 1 et 2	4	8
Cat 3 et 4	3	6

Nature et montant de l'aide

Montant plancher de dépenses éligibles HT	150 000 €
Taux d'aide	20%

- ***Bonification possible***

Taux d'aide	5%
Condition	selon étude pré-opérationnelle du Conseil d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement (CAUE)

- ***Complément possible***

Fonds	Fonds d'aménagement local (FAL)
Taux d'aide	par palier de 5%, dans la limite de : - 30% tous fonds confondus, bonifications comprises, pour les communes de 100 habitants et plus, - 50% tous fonds confondus, bonifications comprises, pour les communes de moins de 100 habitants.

- ***Bâtiments communaux***

- *Plafond de dépense éligible :*
    - *Construction – création – extension : 1 600 € HT/m2,*
    - *Réhabilitation – mise aux normes : 1 000 € HT/ m2.*
- *Plafond de surface éligible :*
    - *Logements communaux : 120 m2 par logement,*
    - *Salles polyvalentes (communes de moins de 100 habitants) : 150 m2,*
    - *Salles polyvalentes (communes de 100 habitants et plus) : 250 m2,*
    - *Autres bâtiments communaux : 400 m2.*

Direction de l'aménagement du territoire

➔ **Service aides et partenariats avec les collectivités**

Centre administratif départemental
Cours Marcel Baron
52000 CHAUMONT
https://haute-marne.fr/guidedesaides/

Tél : 03.25.32.86.16
Mail : serviceddat-aidesauxcommunes@haute-marne.fr

Toute correspondance doit être adressée à :

Monsieur le Président du Conseil départemental
1 rue du Commandant Hugueny
CS 62127
52905 CHAUMONT Cedex 9

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:04:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-18-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.18**

OBJET :

Fonds d'aide aux villes moyennes (FAVIM) -
Attribution d'une subvention à la Ville de Bourbonne-les-Bains

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu les articles L.3211-1 et L.3232-1 du code général des collectivités locales,

Vu la délibération du Conseil général en date des 16 et 17 décembre 1999 créant le fonds d'aide aux villes moyennes (FAVIM),

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 18 décembre 2015 approuvant le règlement du FAVIM,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 9 février 2018 inscrivant une autorisation de programme de 621 604 €, pour l'année 2018 au titre du FAVIM, avec répartition entre les villes de Bourbonne-les-Bains, Chalindrey, Joinville, Nogent et Wassy,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 en ce qu'elle approuve, à titre exceptionnel, la possibilité d'examiner en 2019 des dossiers déposés en 2018 par la Ville de Bourbonne-les-Bains,

Vu l'avis favorable de la IVe commission émis lors de sa réunion du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que suite à un changement de municipalité en 2018, la Ville de Bourbonne-les-Bains n'a pas pu déposer ses dossiers dans les délais et que la part du FAVIM qui lui est réservée n'a pas pu être consommée,

Considérant la demande de subvention présentée par la Ville de Bourbonne-les-Bains,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer à la **Ville de Bourbonne-les-Bains**, au titre du FAVIM de l'année 2018, une subvention d'un montant de **108 365 €** pour l'opération dont les caractéristiques sont détaillées dans le tableau ci-annexé (imputation budgétaire : 204142//74 – subventions ville de Bourbonne-les-Bains).

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:04:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-18-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

ENVELOPPE FAVIM 2018	**108 365 €**
ENGAGEMENTS	0 €
DISPONIBLE	108 365 €
INCIDENCE FINANCIÈRE	**108 365 €**
RESTE DISPONIBLE	0 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

COLLECTIVITÉ	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Bourbonne-Les-Bains	Réfection de voirie, création et rénovation de parkings, aménagement d'un chemin piétonnier et d'une dalle pour le columbarium	**356 758 €**	**356 758 €**	**30,37%**	**108 365 €**	952 - Subv ville de Bourbonne-les-Bains (bâtiments et installations)	204142//74
				TOTAL	**108 365 €**		

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-19-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.19**
OBJET : **Fonds départemental de péréquation de la taxe professionnelle Répartition du produit de l'année 2019**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général des impôts, notamment l'article 1648 A,

Vu le décret n° 88-988 du 17 octobre 1988 relatif au fonds départemental de la taxe professionnelle,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commissions permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 15 mars 2019 portant modification des règlements des aides aux communes et communautés de communes,

Vu le courrier de Madame le Préfet de la Haute-Marne en date du 9 août 2019 notifiant le produit du fonds départemental de péréquation de la taxe professionnelle au titre de l'année 2019,

Vu l'avis favorable de la IVe commission,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant les dossiers de demandes de subventions présentés par les communes et leurs groupements répondant aux critères fixés par le conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- de répartir la somme de **537 020,14 €**, réservée dans le cadre de la dotation 2019 du fonds départemental de péréquation de la taxe professionnelle, en faveur des projets détaillés dans le tableau ci-annexé, réalisés par des communes défavorisées par la faiblesse de leur potentiel fiscal.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-19-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

DE PEREQUATION DE LA TAXE PROFESSIONNELLE

Commission permanente du 20 septembre 2019

N°	COLLECTIVITÉ	CANTON	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION
1	**ALLICHAMPS**	SAINT-DIZIER-1	Aménagements de voirie rues des Lilas, de la République, du Cavée et impasse de la Fontaine	**228 605 €**	**228 605 €**	**20%**	**45 721,00 €**
2	**ANDELOT-BLANCHEVILLE**	BOLOGNE	Réfection de voirie et mise en accessibilité des trottoirs dans diverses rues	**81 018 €**	**81 018 €**	**20%**	**16 203,00 €**
3	**ANNONVILLE**	POISSONS	Réfection des trottoirs de la rue principale et de la place du village	**7 619 €**	**7 619 €**	**20%**	**1 523,00 €**
4	**ARC-EN-BARROIS**	CHATEAUVILLAIN	Voirie 2019 : réhabilitation de cinq voies communales	**74 364 €**	**74 364 €**	**20%**	**14 872,00 €**
5	**AUTIGNY-LE-GRAND**	JOINVILLE	Aménagement de trottoirs et remise en état de caniveaux rue Fontaine Saint-Pierre	**35 314 €**	**35 314 €**	**20%**	**7 062,00 €**
6	**BRENNES**	VILLEGUSIEN-LE-LAC	Aménagements de voirie et gestion des eaux pluviales	**89 935 €**	**89 935 €**	**20%**	**17 987,00 €**
7	**BRETHENAY**	CHAUMONT-1	Réfection de la rue du Bois "partie haute"	**23 743 €**	**23 743 €**	**20%**	**4 748,00 €**
8	**CHAMBRONCOURT**	POISSONS	Réalisation d'une couche de roulement rue de l'Étang	**6 085 €**	**6 085 €**	**20%**	**1 217,00 €**
9	**CHAMPSEVRAINE**	CHALINDREY	Rénovation de chaussées sur Bussières-les-Belmont	**34 874 €**	**34 874 €**	**20%**	**6 974,00 €**
10	**CHARMES-LA-GRANDE**	JOINVILLE	Réfection de trottoirs rue Masson et drainage rue des Vannes	**28 518 €**	**28 518 €**	**20%**	**5 703,00 €**
11	**CHATEAUVILLAIN**	CHATEAUVILLAIN	Voirie 2019	**139 020 €**	**139 020 €**	**20%**	**27 804,00 €**
12	**CHATENAY-MACHERON**	LANGRES	Reprise de la couche de roulement rue des Loges	**12 253 €**	**12 253 €**	**20%**	**2 450,00 €**
13	**CHATONRUPT-SOMMERMONT**	JOINVILLE	Réfection de voirie rue de l'Église	**35 831 €**	**35 831 €**	**20%**	**7 166,00 €**
14	**CHAUFFOURT**	BOURBONNE-LES-BAINS	Création d'un parking public	**29 549 €**	**29 549 €**	**20%**	**5 909,00 €**
15	**CHAUFFOURT**	BOURBONNE-LES-BAINS	Renforcement de la voirie et réfection des bordures de trottoirs rue de la Vallée	**23 820 €**	**23 820 €**	**20%**	**4 764,00 €**
16	**CHEZEAUX**	CHALINDREY	Réfection de voirie d'une ruelle et de la rue Neuve	**9 310 €**	**9 310 €**	**20%**	**1 862,00 €**
17	**CIREY-SUR-BLAISE**	JOINVILLE	Voirie 2017	**25 737 €**	**25 737 €**	**20%**	**5 147,00 €**
18	**COIFFY-LE-HAUT**	BOURBONNE-LES-BAINS	Réfection de la voirie rue du cimetière et du parking de la salle des fêtes	**20 636 €**	**20 636 €**	**20%**	**4 127,00 €**
19	**CONDES**	CHAUMONT-1	Réfection de diverses voies communales	**20 927 €**	**20 927 €**	**20%**	**4 185,00 €**
20	**CUVES**	NOGENT	Réfection de voirie rue de la Chapelle	**10 120 €**	**10 120 €**	**20%**	**2 024,00 €**
21	**CUVES**	NOGENT	Réfection de voirie route de Mennouveaux	**20 890 €**	**20 890 €**	**20%**	**4 178,00 €**
22	**DAILLANCOURT**	BOLOGNE	Réfection de voirie rue de l'Arboyon	**13 738 €**	**13 738 €**	**20%**	**2 747,00 €**

RÉPARTITION DU PRODUIT 2019 DU FONDS DÉPARTEMENTAL DE PÉRÉQUATION DE LA TAXE PROFESSIONNELLE

Commission permanente du 20 septembre 2019

N°	COLLECTIVITÉ	CANTON	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION
23	**DONJEUX**	JOINVILLE	Réfection de voirie rue Henry de Gestas et aux abords de la mairie	**14 535 €**	**14 535 €**	**20%**	**2 907,00 €**
24	**DOULEVANT-LE-CHÂTEAU**	JOINVILLE	Aménagement des trottoirs rue de la Gare - côté local Scoditti	**27 797 €**	**27 797 €**	**20%**	**5 559,00 €**
25	**DOULEVANT-LE-CHÂTEAU**	JOINVILLE	Aménagement des trottoirs rue de la Gare - côté salle des fêtes	**32 496 €**	**32 496 €**	**20%**	**6 499,00 €**
26	**DOULEVANT-LE-CHÂTEAU**	JOINVILLE	Relèvement des tampons de voirie sur la RD60 et RD2	**37 170 €**	**37 710 €**	**20%**	**7 542,00 €**
27	**GENEVRIERES**	CHALINDREY	Réfection de voirie rue du Cabaret et chemin des Écoliers et remplacement de trottoirs rue de Belin	**16 539 €**	**16 539 €**	**20%**	**3 307,00 €**
28	**GILLEY**	CHALINDREY	Réfection des routes communales reliant Gilley à Savigny et à Tornay	**25 966 €**	**25 966 €**	**20%**	**5 193,00 €**
29	**GUINDRECOURT-AUX-ORMES**	JOINVILLE	Réfection de voirie route de Chatonrupt	**12 787 €**	**12 787 €**	**20%**	**2 557,00 €**
30	**HAUTE-AMANCE**	CHALINDREY	Réfection de voirie rue de la Croisette à Troischamps	**9 830 €**	**9 830 €**	**20%**	**1 966,00 €**
31	**HEUILLEY-LE-GRAND**	CHALINDREY	Voirie 2019	**14 758 €**	**14 758 €**	**20%**	**2 951,00 €**
32	**HUILLIECOURT**	POISSONS	Création de voirie au lotissement du champ Marion	**21 721 €**	**21 721 €**	**20%**	**4 344,00 €**
33	**LAFERTE-SUR-AMANCE**	CHALINDREY	Réfection de voirie rue du Chemin de Ronde et rue Saint-Bernard	**18 215 €**	**18 215 €**	**20%**	**3 643,00 €**
34	**LAMANCINE**	BOLOGNE	Réfection de voirie rue du Charmoy	**8 296 €**	**8 296 €**	**20%**	**1 659,00 €**
35	**LANQUES-SUR-ROGNON**	NOGENT	Réfection de voirie route de Donnemarie (route communale C4)	**48 749 €**	**48 749 €**	**20%**	**9 749,00 €**
36	**MAIZIERES-SUR-AMANCE**	CHALINDREY	Renouvellement de la bande de roulement rues de la Brosse et de la Chaînée	**16 197 €**	**16 197 €**	**20%**	**3 239,00 €**
37	**MARNAY-SUR-MARNE**	NOGENT	Rénovation des voies communales rue de la Pommeraie et rue de la Potesse	**7 800 €**	**7 800 €**	**20%**	**1 560,00 €**
38	**MATHONS**	JOINVILLE	Aménagement des trottoirs de la Grande Rue et de la rue du Lac devant le n°2	**21 100 €**	**21 100 €**	**20%**	**4 220,00 €**
39	**MERTRUD**	JOINVILLE	Aménagement des trottoirs aux abords de la mairie	**28 315 €**	**28 315 €**	**20%**	**5 663,00 €**
40	**NEUILLY-L'EVEQUE**	NOGENT	Renforcement de la rue de la Vieille Pérouse	**204 530 €**	**204 530 €**	**20%**	**40 906,00 €**
41	**NONCOURT-SUR-LE-RONGEANT**	POISSONS	Réfection de voirie rue de la Castelle, rue de l'Église et création d'un regard étanche	**21 976 €**	**21 976 €**	**20%**	**4 395,00 €**
42	**NONCOURT-SUR-LE-RONGEANT**	POISSONS	Réfection voirie rue Basse et du parking de la salle de convivialité	**18 757 €**	**18 757 €**	**20%**	**3 751,00 €**
43	**PIERREMONT-SUR-AMANCE**	CHALINDREY	Réfection de voirie rue de Plantemont et route de la Prairie	**23 787 €**	**23 787 €**	**20%**	**4 757,00 €**
44	**POINSON-LES-FAYL**	CHALINDREY	Voirie 2018	**15 747 €**	**15 747 €**	**20%**	**3 149,00 €**
45	**POISSONS**	POISSONS	Aménagement urbain du quartier de l'église - RD 16 - phase 3 - 1ère tranche de financement	**1 100 705 €**	**777 540 €**	**20%**	**155 508,00 €**

RÉPARTITION DU PRODUIT 2019 DU FONDS DÉPARTEMENTAL DE PÉRÉQUATION DE LA TAXE PROFESSIONNELLE

Commission permanente du 20 septembre 2019

N°	COLLECTIVITÉ	CANTON	NATURE DE L'OPÉRATION	MONTANT TRAVAUX HT	DÉPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION
46	**PREZ-SOUS-LAFAUCHE**	POISSONS	Aménagement de cheminements piétons sur la traverse du village (RD 674) - phase 2	**46 835 €**	**46 835 €**	**20%**	**9 367,00 €**
47	**ROUGEUX**	CHALINDREY	Création de bordures rues du Champ du Moulin et de la Haie de Langres	**22 265 €**	**22 265 €**	**20%**	**4 453,00 €**
48	**SAINT-URBAIN-MACONCOURT**	JOINVILLE	Voirie 2018	**13 813 €**	**13 813 €**	**20%**	**2 762,00 €**
49	**SAINT-URBAIN-MACONCOURT**	JOINVILLE	Voirie 2019	**6 633 €**	**6 633 €**	**20%**	**1 326,00 €**
50	**SARCEY**	NOGENT	Réfection de la voie communale n°3	**12 932 €**	**12 932 €**	**20%**	**2 586,00 €**
51	**SEXFONTAINES**	BOLOGNE	Réfection de diverses voies communales	**11 037 €**	**11 037 €**	**20%**	**2 207,00 €**
52	**TORCENAY**	CHALINDREY	Réfection de trottoirs rue Curie (RD 26) - 1ère tranche de travaux	**25 187 €**	**25 187 €**	**20%**	**5 037,00 €**
53	**TORCENAY**	CHALINDREY	Réfection de trottoirs rue Curie (RD 26) - 2ème tranche de travaux	**28 350 €**	**28 350 €**	**20%**	**5 670,00 €**
54	**TREMILLY**	JOINVILLE	Élargissement de la chaussée et d'un passage busé	**6 912 €**	**6 912 €**	**20%**	**1 382,00 €**
55	**VALLEROY**	CHALINDREY	Réfection de voirie rue de la Côte et des fils d'eau rue Vallée du Roi (RD 306)	**19 540 €**	**19 540 €**	**20%**	**3 908,00 €**
56	**VAUX-SUR-SAINT-URBAIN**	JOINVILLE	Exécution d'un enduit monocouche sur la route de Maconcourt	**17 652 €**	**17 652 €**	**20%**	**3 530,00 €**
57	**VESAIGNES-SOUS-LAFAUCHE**	POISSONS	Création d'un fossé et renforcement de la chaussée sur la route de Saint-Blin	**16 801 €**	**16 801 €**	**20%**	**3 360,00 €**
58	**VILLEGUSIEN-LE-LAC**	VILLEGUSIEN-LE-LAC	Voirie 2018	**28 521 €**	**28 521 €**	**20%**	**5 704,00 €**
59	**VILLIERS-LE-SEC**	CHAUMONT-2	Reprofilage de chaussée et réfection de la rue Chaude	**19 047 €**	**19 047 €**	**20%**	**3 809,00 €**
60	**VILLIERS-LE-SEC**	CHAUMONT-2	Voirie 2019	**12 612 €**	**12 612 €**	**20%**	**2 522,14 €**
TOTAL							**537 020,14 €**

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-20-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.20**
OBJET : **Annexes techniques et financières à la convention de revitalisation avec la commune de Bologne**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental du 23 novembre 2018 approuvant les termes de la convention de revitalisation avec la commune de Bologne et créant une autorisation de programme de 700 000 €,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu les demandes de subvention déposées par la commune de Bologne le 25 mai et le 14 juin 2018,

Vu l'avis favorable de la IVe commission émis lors de sa réunion du 30 août 2019,

Considérant le programme pluriannuel d'investissement de la commune de Bologne à travers lequel la commune souhaite concentrer au centre-ville les services et les commerces,

Considérant le soutien du Département à ce projet de territoire, par la convention de revitalisation du 12 février 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer à la commune de Bologne, en application de la convention de revitalisation conclue le 12 février 2019, une subvention de 270 000 € pour l'opération de réhabilitation de l'hôtel restaurant « Le Commerce » et 91 000 € pour l'opération de construction d'une maison des associations,

- d'approuver les deux annexes techniques et financières correspondantes, ci-jointes, qui complèteront ladite convention.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-20-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Annexe n°1

Réhabilitation de l'hôtel – restaurant « Le Commerce » à Bologne

Nature de l'opération :

La commune de Bologne a procédé à l'acquisition et à la réhabilitation d'un bâtiment à vocation touristique (hôtel – restaurant) en vue de dynamiser le centre ville de Bologne et renforcer l'attractivité du territoire.
Elle a souhaité engager elle-même un projet de rachat et d'aménagement de ce type d'équipement, en raison de l'impact sur les commerces et les activités économiques existants, mais aussi de sa stratégie de requalification du centre ville.

Montant total prévisionnel de l'opération et postes de dépenses : 1 173 794,43 € HT (dont acquisition – travaux - frais annexes pour 1 061 754,43 € et acquisition éléments de cuisine et désamiantage pour 112 000 €).

Postes de dépenses retenus	Montant HT
Acquisition et Licence IV	158 544,43 €
Travaux (11 lots)	800 700,00 €
Frais annexes	102 550,00 €
TOTAL GÉNÉRAL	**1 061 794,43 €**

Plan de financement prévisionnel de l'opération :

Partenaires	Taux	Montant sollicité
État	25%	265 448,60 €
GIP Haute-Marne	20%	206 154,00 €
Conseil départemental	20%	206 154,00 €
Maître d'ouvrage	35 %	384 037,83 €
TOTAL	**100 %**	**1 061 794,43 €**

SUBVENTION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL POUR L'OPÉRATION	
Dépense subventionnable HT (sur opération totale)	1 035 559 €
Taux	26,07%
Montant de la subvention accordée	**270 000 €**

Annexe n°2

Construction d'une maison des associations à Bologne

Nature de l'opération :

La commune de Bologne a procédé à la réhabilitation d'une ancienne maison inhabitée depuis plus de 30 ans, dont la commune a fait l'acquisition en 2014.
L'objectif est de pouvoir y accueillir plusieurs associations demandeuses, la commune comprenant environ 25 associations.

Montant total prévisionnel de l'opération et postes de dépenses : 534 546,06 € HT.

Postes de dépenses retenus	Montant HT
Travaux	506 321,06 €
Bureau de contrôle	2 350,00 €
Coordinateur SPS	1 875,00 €
Maître d'œuvre	22 000,00 €
Autres frais annexes	2 000,00 €
TOTAL GÉNÉRAL	**534 546,06 €**

Plan de financement prévisionnel de l'opération :

Partenaires	Taux	Montant sollicité
État	20,00%	106 909,21 €
Région	22,45%	120 000,00 €
Conseil départemental	20,00%	106 909,21 €
Maître d'ouvrage	37,55 %	200 727,64 €
TOTAL	**100 %**	**534 546,06 €**

SUBVENTION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL POUR L'OPÉRATION	
Dépense subventionnable HT (sur opération totale)	383 000 €
Taux	23,76%
Montant de la subvention accordée	**91 000 €**

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:03
Référence technique : 052-225200013-20190920-21-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.21**
OBJET : **Avenant n°2 à la convention de mandat pour l'aménagement urbain et paysager de l'Avenue Turenne à Langres**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le contrat de redynamisation du site de Défense de Langres signé le 12 février 2010 et ses 3 avenants,

Vu la convention de mandat signée le 30 mars 2015, relative à l'aménagement urbain et paysager de l'avenue Turenne à Langres et son avenant n°1,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu l'avis favorable de la IVe commission émis lors de sa réunion du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant la nécessité de conclure un second avenant à la convention de mandat afin de prendre en compte l'augmentation du coût des travaux supplémentaires et arrêter le reste à charge pour la Ville de Langres et le Département de la Haute-Marne,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de l'avenant n°2 à la convention de mandat pour l'aménagement urbain et paysager de l'avenue Turenne à Langres, ci-joint,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à le signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:03
Référence technique : 052-225200013-20190920-21-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

1 rue du Commandant Hugueny – CS 62127
52905 CHAUMONT Cedex 9

Direction de l'aménagement du territoire
Service coopérations territoriales, ingénierie financière et tourisme

AVENANT N°2 À LA CONVENTION DE MANDAT POUR L'AMENAGEMENT URBAIN ET PAYSAGER DE L'AVENUE TURENNE À LANGRES

ENTRE : **la Ville de Langres**, Place de l'Hôtel de Ville – 52200 Langres, représentée par Madame Sophie DELONG, Maire, agissant en vertu des pouvoirs qui lui ont été délégué par délibération en date du xxx,
ci-après dénommée « le maître d'ouvrage »,

d'une part,

ET : **le Département de la Haute-Marne**, 1 rue du Commandant Hugueny - CS 62127 - Chaumont cedex 9, représenté par son Président, Monsieur Nicolas LACROIX, dûment habilité par délibération de la commission permanente en date du 20 septembre 2019,
ci-après dénommé « le Département »,

, d'autre part,

IL EST CONVENU CE QUI SUIT

ARTICLE 1 - Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet d'actualiser et arrêter le coût des travaux prévus dans la convention conclue le 30 mars 2015 et dans l'avenant n°1 signé le 21 juillet 2017.

ARTICLE 2

L'annexe 2 est remplacée par une nouvelle annexe rédigée comme suit :

Annexe n° 2 : Enveloppe financière – plan de financement

Dépenses	Montant	Recettes	Montant	%
Lot n°1 – Terrassement, voirie et signalisation	695 329,00 €	Mandataire (Maître d'Ouvrage Délégué) – dont 168 512,96 € affectés sur le fonds d'aide aux villes (FAV) de la commune de Langres	366 798,66 €	32,21%

Lot n°2 – Eaux pluviales, eaux usées et réseaux secs	311 218,95 €	Europe		
Lot n°3 – Espaces verts et mobiliers	85 013,49 €	État (FNADT)	401 934,75 €	35,29%
Prestations externes (maîtrise d'œuvre, publication coordination SPS…)	47 377,16 €	Conseil Régional		
		GIP52	286 380,00 €	25,14%
		Ville de Langres	83 825,19 €	7,36%
		Autre		
Total HT	1 138 938,60 €	Total HT	1 138 938,60 €	100%
Total TTC	1 366 726,32 €			

ARTICLE 3

L'annexe 3 est supprimée.

ARTICLE 4

Les autres termes de la convention demeurent applicables dans la mesure où ils n'ont pas été modifiés par le présent avenant.

ARTICLE 5

Le présent avenant prend effet à compter de sa notification.

Fait à Chaumont, le

Le Maire de Langres — **Le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne**

Sophie DELONG — **Nicolas LACROIX**

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-22-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.22**
OBJET : **Projet de développement du territoire pour l'accompagnement de CIGEO**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu l'avis favorable de la IVe commission émis lors de sa réunion du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant la volonté du Département de s'engager pour un aménagement et un développement économique exemplaire du territoire concerné par le projet CIGEO,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver le projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo, ci-joint,
- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer ce projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo et l'ensemble des documents s'y rapportant.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-22-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

05 juillet 2019

PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE CIGÉO

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA MEUSE

PRÉFET COORDONNATEUR
DU PROJET CIGEO

PROPOS INTRODUCTIFS

Par lettre de mission en date du 9 juin 2016, le Premier Ministre a confié au Préfet de la Meuse, Préfet coordonnateur pour le projet Cigéo, la mission d'engager les travaux permettant l'élaboration d'un contrat de développement du territoire, dont l'objet consiste à profiter de l'opportunité de la création d'un centre de stockage des déchets radioactifs à haute ou moyenne activité à vie longue (HA et MA-VL) pour mettre en place une stratégie ambitieuse, partagée avec l'ensemble des forces vives du territoire, d'aménagement et de développement économique au bénéfice progressif des deux départements de la Meuse et de la Haute-Marne.

Cette démarche contractuelle a été engagée à partir de juillet 2016, avec la mise en place d'un comité de pilotage chargé de la gouvernance de ce projet de ce contrat de territoire, présidé par le Préfet coordonnateur pour Cigéo et réunissant les acteurs locaux et nationaux impliqués dans sa réalisation: région, départements de Meuse et de Haute-Marne, intercommunalités de la zone de proximité, communes d'accueil de Cigéo, groupements d'intérêt public de Meuse et de Haute-Marne, ANDRA, opérateurs de la filière nucléaire (EDF, Orano, CEA), chambres consulaires. Les parlementaires des deux départements ont été également associés à cette démarche.

Le mode opératoire retenu durant près de deux ans s'est traduit par un cycle de réunions thématiques et de conférences financières destinées à identifier les opérations les plus structurantes pour le territoire, qu'elles relèvent ou non d'une mise en œuvre à échéance rapprochée.

Devant la difficulté objective, pour chacun des signataires, de pouvoir s'engager à porter ou participer au financement de certaines opérations nécessitant un degré de maturation complémentaire, le parti a été pris de faire évoluer le « contrat » en « projet » de territoire : le projet de développement du territoire comporte ainsi un premier périmètre d'actions sujettes à contractualisation et un second constitué d'orientations qui constituent des priorités d'intervention pour lesquelles un approfondissement de leur mise en œuvre doit être poursuivi.

Le « projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo » (PDT) a ensuite fait l'objet de présentations successives au comité de pilotage du 6 juillet 2018 puis au comité de haut niveau ministériel (CHN) du 20 septembre 2018. Cette étape a permis de valider collectivement les orientations et la structuration thématique et calendaire du PDT. Une version encore plus aboutie du PDT a ensuite été présentée au CHN du 6 mars 2019 à l'issue duquel il a été décidé de sa signature prochaine.

Le « projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo » (PDT) traduit la volonté de ses signataires de s'engager, au-delà du seul accompagnement du projet industriel, dans un aménagement et un développement économique exemplaire des territoires meusien et haut-marnais. Il est également le reflet concret d'une méthode de travail, celle de la concertation, qui a prévalu à son élaboration et va se poursuivre pour sa mise en œuvre.

LA STRUCTURATION DU PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE

Le « projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo » repose sur quatre axes d'intervention autour desquels s'agrègent, selon une temporalité variable, les 64 projets les plus pertinents pour sa stratégie de développement.

La structuration du PDT répond à une double logique :
- une logique calendaire établie au regard du calendrier de réalisation du projet industriel Cigéo
- une logique géographique destinée à concentrer initialement les actions du PDT au bénéfice du territoire d'accueil du projet industriel, avant que ne soit élargi son intervention à l'échelle des deux départements tout entiers.

Les axes 1 et 2 du PDT comportent, à la date de sa signature, 38 actions destinées à créer les conditions les plus favorables pour l'accueil du projet Cigéo. Elles s'inscrivent dans une perspective de réalisation rapprochée et ont vocation à être mises en œuvre dès la signature du PDT. Elles sont suffisamment abouties, tant dans l'identification de leur portage que leur plan de financement, pour pouvoir faire dès à présent l'objet d'une contractualisation.
Certaines actions ont vocation à démarrer sans qu'il ne soit nécessaire de les subordonner à la déclaration d'utilité publique du projet. D'autres, en revanche, ne pourront débuter qu'à la condition de la déclaration préalable d'utilité publique du projet.
Elles pourront faire l'objet de conventions d'application spécifiques, permettant de confirmer les responsabilités opérationnelles des maîtres d'ouvrage et les conditions de leur financement.

Les dépenses réelles de fonctionnement supportées par les Départements de la Meuse et de la Haute-Marne au titre des actions inscrites dans les axes 1 et 2 du PDT seront éligibles à un retraitement dans le cadre du contrôle de la trajectoire de leurs dépenses réelles de fonctionnement.

Les axes 3 et 4 du PDT comportent 26 orientations s'inscrivant dans une perspective de plus long terme. Elles ont vocation à dessiner les contours d'une stratégie de développement économique et d'aménagement à l'échelle des deux départements tout entiers. Elles traduisent à ce stade les priorités d'intervention qui ont émergé des réunions de travail organisées en 2017 et en 2018.
Elles permettent de déterminer la feuille de route d'un développement ambitieux au bénéfice des deux départements de la Meuse et de la Haute-Marne. Elles devront faire l'objet de travaux complémentaires destinés à définir plus précisément leur contour, préciser leur portage, leurs financements et leur calendrier de mise en œuvre.
Elles feront donc l'objet d'une contractualisation ultérieure, qui pourra intervenir vraisemblablement à compter de l'autorisation de création de Cigéo. Cette échéance sera fixée par le CHN.

LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE

La stratégie d'aménagement et de développement économique contenue dans le PDT doit s'inscrire dans la durée. Les orientations du PDT qui ont pu émerger des travaux préparatoires conduits depuis la mi-2016 doivent pouvoir être complétées, avant de se traduire en actions. Les actions du PDT qui intègrent dès à présent le périmètre de la contractualisation (axes 1 et 2) doivent faire l'objet d'un suivi de leur réalisation. La qualité de la gouvernance du PDT permettra de garantir le succès de cette démarche et d'atteindre ce double objectif.

Ce sera la responsabilité du comité de pilotage du « projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo ». Le comité de pilotage du PDT associera, sous la présidence du préfet coordonnateur, l'ensemble des acteurs qui ont lancé son élaboration: les parlementaires des deux départements, les collectivités territoriales, les deux groupements d'intérêt public « Objectif Meuse » et « Haute-Marne », les partenaires économiques locaux, les acteurs de la filière nucléaire (ANDRA, EDF, Orano, CEA).

Il enregistrera d'une part le bilan de la réalisation des actions des axes 1 et 2 du PDT. Il validera progressivement la formalisation en actions des orientations des axes 3 et 4 du présent projet, autorisant ainsi une contractualisation complémentaire.

Au regard de sa composition et de ses missions, le comité de pilotage du PDT constitue l'instance de référence territoriale pour la mise en œuvre du projet de territoire.

A l'occasion des comités ministériels de haut niveau des 20 septembre 2018 et 6 mars 2019, les collectivités territoriales engagées dans la réalisation des actions du projet de développement du territoire ont manifesté leur volonté de structurer, au regard des compétences respectives et complémentaires de chacune, une gouvernance commune destinée à permettre le développement du territoire sur le long terme. Sur proposition de la région Grand-Est, une étude prospective destinée à faire émerger cette gouvernance, à partir d'objectifs de développement et d'aménagement partagés, a été lancée au printemps 2019. Cette démarche complémentaire traduit une volonté forte de l'ensemble des collectivités associées à la réalisation du PDT d'oeuvrer de façon complémentaire et simultanée pour le développement de la Meuse et de la Haute-Marne.

La conférence des financeurs est également pérennisée et appelée à confirmer, chaque fois que nécessaire, les conditions de financement des actions du PDT. Elle rassemble, sous la présidence du préfet coordonnateur, outre les administrations de l'État, agences ou établissements associés au financement de certaines actions, les collectivités régionale et départementales, les intercommunalités associées à leur réalisation, les deux groupements d'intérêt public, les opérateurs de la filière nucléaire. Elle se réunit en tant que de besoin et permet notamment au comité de pilotage du PDT de valider ultérieurement ses travaux.

Pour asseoir les démarches de communication et de transparence sur le PDT, une démarche d'appropriation citoyenne portant sur les objectifs et le contenu du projet de territoire sera lancée à compter de la signature du PDT, conformément aux conclusions du comité ministériel de haut niveau du 20 septembre 2018 : « le projet de territoire va maintenant être porté par les acteurs du territoire aux habitants de la Meuse et de la Haute-Marne afin qu'ils puissent se l'approprier et réagir ». Le comité de pilotage du PDT constituera l'instance de référence appropriée pour valider le contenu de la ligne éditoriale de cette stratégie pluri-annuelle de communication.

*

Le « projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo » va ainsi permettre, non seulement de réaliser et d'accompagner un projet industriel majeur pour la filière électro-nucléaire, mais également de créer les conditions d'un développement centré sur la transition énergétique, le soutien aux entreprises, la création d'emplois qualifiés et la valorisation patrimoniale. A ce titre, le PDT s'inscrit en complète cohérence avec les démarches contractuelles ou sectorielles déjà lancées ou prochainement mises en œuvre telles que « Territoires d'industrie », « Cœur de ville » et les contrats de transition écologique (CTE).

* * *

Les 4 axes d'intervention, qui permettent d'organiser dans le temps et l'espace les 64 actions et orientations du projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo, sont les suivants :

1. Réaliser les aménagements qui permettront ou accompagneront la construction et l'exploitation de Cigéo

Il s'agira, au travers des 18 actions de cet axe, de réaliser des aménagements en infrastructures au bénéfice du territoire d'accueil du projet industriel, sans attendre qu'il ne soit nécessaire d'attendre l'autorisation de création de Cigéo.

Certains de ces aménagements permettent la construction et l'exploitation ultérieures de Cigéo (contournement routier de la future la zone descenderie, régénération des infrastructures ferroviaires, acheminement des réseaux). Ils constituent un préalable indispensable à la réalisation du projet industriel et sont intégrés dans le périmètre d'étude du projet industriel. Leur démarrage est subordonné à la reconnaissance préalable de leur caractère d'utilité publique.

Les autres aménagements inscrits à l'axe 1 améliorent la structuration et l'attractivité du territoire d'accueil du projet, par la mise à niveau complémentaire des infrastructures. Ils constituent des opportunités d'accompagnement du projet Cigéo.

2. Dynamiser le potentiel socio-économique de la zone de proximité

Il s'agira, au travers des 20 actions de cet axe qui peuvent connaître un début de réalisation sans qu'il ne soit nécessaire de les subordonner à la déclaration d'utilité publique du projet Cigéo, de flécher les dispositifs, ressources et compétences institutionnelles recensées dans les deux départements vers la zone de proximité. Ces actions ont vocation à anticiper une augmentation prévisible de l'activité économique liée au démarrage des travaux d'aménagement sur le territoire d'accueil.

Elles se traduisent par des actions de préparation de la zone de proximité à l'accueil de Cigéo, dans les domaines des services à la population, de la rénovation de l'habitat, de préparation à l'insertion dans l'emploi, de densification prévisible du tissu entrepreneurial.

Une gouvernance adaptée en matière d'aménagement et de développement économique se constituera dès le lancement des aménagements préalables. Sa stratégie d'intervention et ses moyens d'action se poursuivront dans le temps, au-delà de la phase de réalisation des aménagements préalables, et dans l'espace, au-delà de la zone de proximité du projet.

3. Renforcer l'attractivité de la Meuse et de la Haute-Marne par des mesures d'aménagement structurantes

Il s'agira, au travers des 13 orientations de cet axe, de concrétiser des projets d'aménagement complémentaires à ceux qui auront pu débuter avant que ne soit délivrée l'autorisation de création de Cigéo, de conforter l'attractivité territoriale de la Meuse et de la Haute-Marne. Elles auront vocation à se réaliser sur les deux départements.

Elles concerneront tout autant la poursuite du maillage territorial en infrastructures que le développement des transports collectifs et la mobilité douce, de façon à contribuer à la réduction des émissions de gaz à effet de serre. Elles permettront la poursuite d'un déploiement équilibré et objectivé en équipements de services à la population. Elles s'inscriront notamment dans le cadre des schémas départementaux d'accessibilité aux services publics.

Ces orientations ne sont pas incluses dans le périmètre de la contractualisation car elles doivent d'abord être précisées et confirmées pour pouvoir entrer dans une phase opérationnelle. Elles pourront de même être complétées dans le cadre des réflexions sur une stratégie coordonnée de développement et d'aménagement du territoire.

4. Pérenniser l'excellence économique et environnementale de la Meuse et de la Haute-Marne

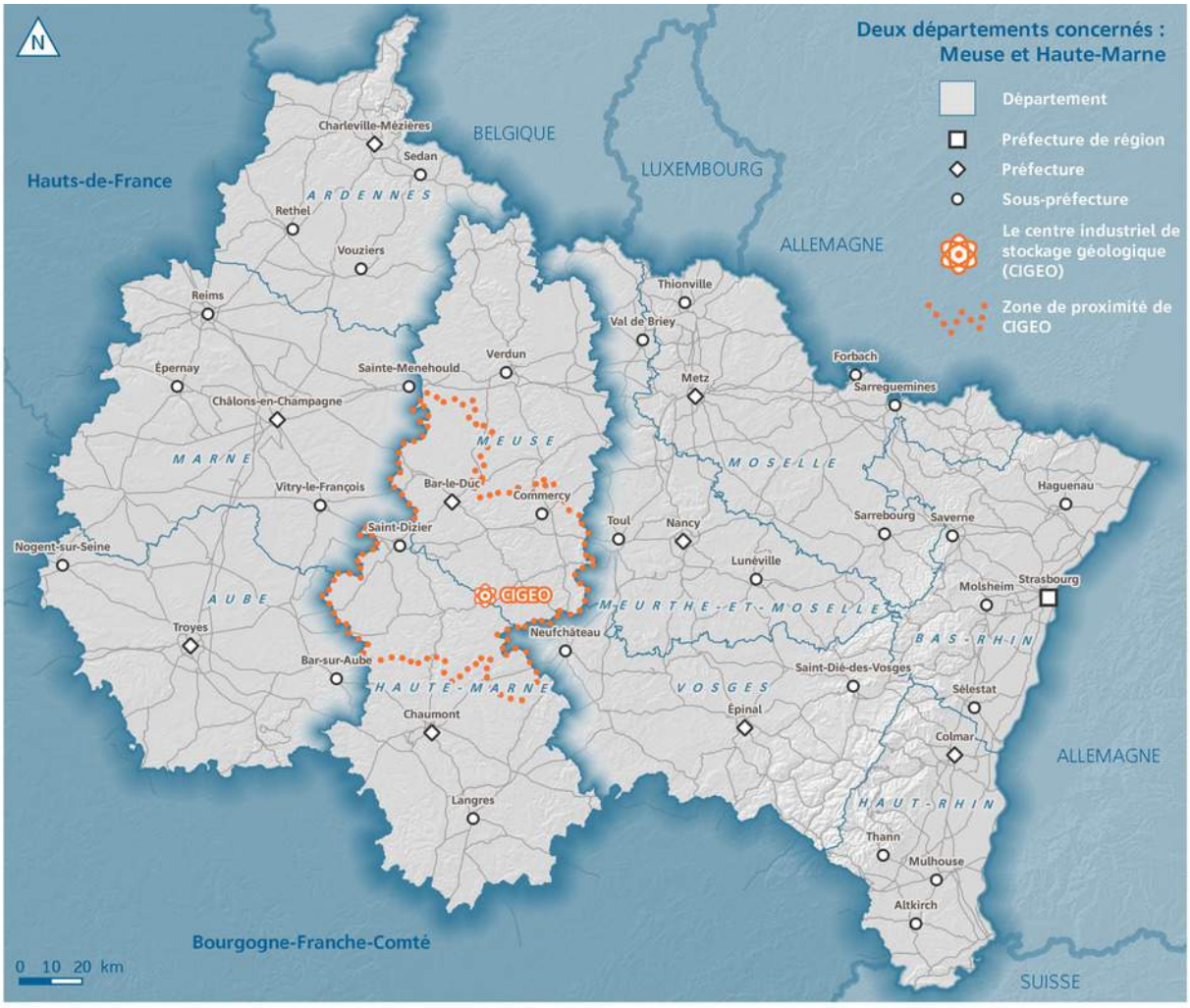
Il s'agira, au travers des 13 orientations de cet axe, de créer les conditions d'une excellence territoriale fondée sur ses réussites entrepreneuriales, ses partenariats économiques, universitaires ou de recherche, la structuration progressive de ses filières, la qualité de son cadre de vie, la valorisation de son patrimoine culturel et environnemental.

Cette excellence se traduira par sa pleine participation à la filière électronucléaire (production électrique, maintenance industrielle, recherches de laboratoire et universitaire), par la valorisation de son patrimoine agricole et sylvicole et sa capacité à développer des unités de valorisation énergétique de la biomasse, par la revitalisation de sa filière de transformation des métaux, par la mise en place de pôles de compétences (par exemple en génie civil spécialisé dans l'intervention en environnement souterrain).

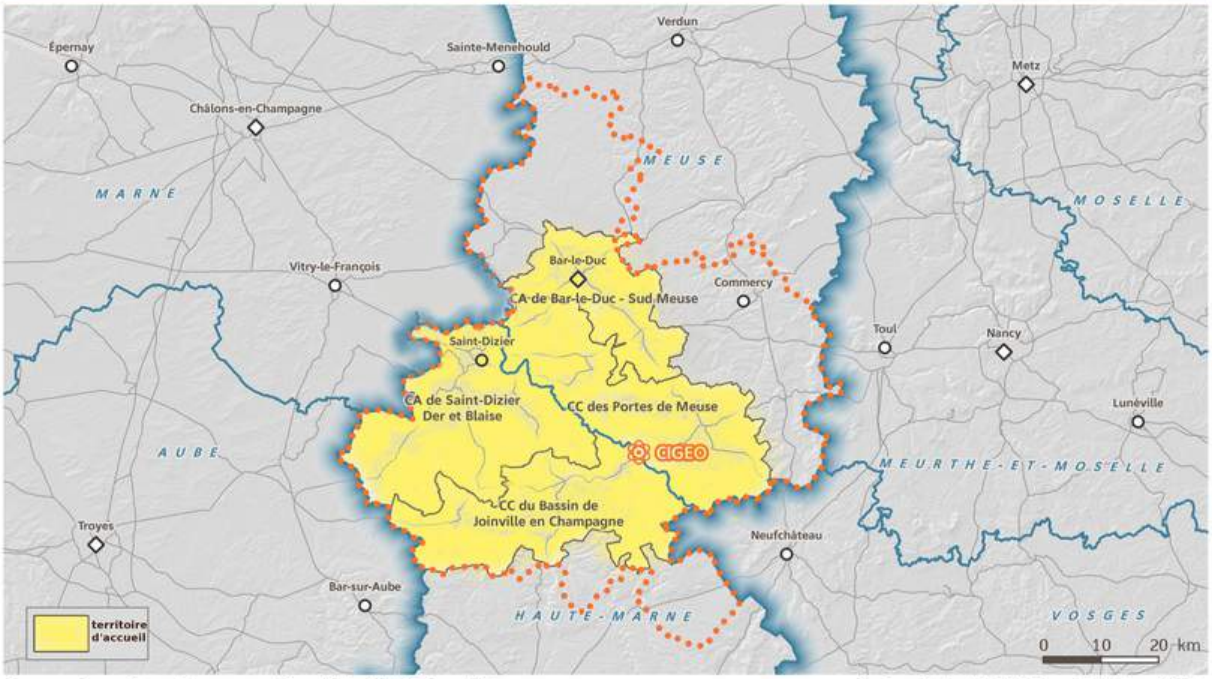
Elle s'appuiera également sur une intervention volontariste en faveur du cadre de vie par la préservation et la promotion de son patrimoine paysager, patrimonial et culturel.

Ces orientations ne sont pas incluses dans le périmètre de la contractualisation, devront d'abord être précisées et confirmées pour pouvoir entrer dans une phase opérationnelle. Elles pourront être complétées dans le cadre des réflexions sur une stratégie coordonnée de développement et d'aménagement du territoire et à l'analyse des démarches contractuelles de valorisation des territoires.

Le centre industriel de stockage géologique (Cigéo) et sa zone de proximité



Le centre industriel de stockage géologique (Cigéo) et son territoire d'accueil



Sources : Copernicus - Eurogeographics - IGN - SGARE Grand Est

Service études SGARE Grand Est, Mars 2019

LE PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE CIGEO

Support nécessaire pour la réussite d'un projet industriel majeur pour la filière électro-nucléaire

Vecteur d'un développement économique innovant et d'un aménagement structurant pour la Meuse et la Haute-Marne

* * *

En présence de Madame Emmanuelle WARGON

Secrétaire d'État, auprès du Ministre d'État,
Ministre de la transition écologique et solidaire

Préfet de la Région Grand-Est
Jean-Luc Marx

Préfet de la Meuse, préfet coordonnateur Cigéo
Alexandre Rochatte

Région Grand-Est
Jean Rottner, Président

Département de la Haute-Marne
Nicolas Lacroix, Président

Département de la Meuse
Claude Léonard, Président

Communauté de communes des Portes de Meuse
Stéphane Martin, Président

Communauté de commune du Bassin de Joinville-en-Champagne
Jean-Marc Fèvre, Président

Communauté d'agglomération de Bar-le-Duc Sud Meuse
Martine Joly, Présidente

Communauté d'agglomération de Saint-Dizier, Der et Blaise
Philippe Bossois, Président

Commune de Bure
Gérard Antoine, Maire

Commune de Mandres-en-Barrois
Xavier Levet, Maire

Commune de Saudron
Jean-François Maréchal, Maire

GIP Haute-Marne
Bruno Sido, Président

ANDRA
Pierre-Marie Abadie, Directeur général

GIP Objectif Meuse
Claude Léonard, Président

EDF
Jean-Bernard Lévy, Président directeur général

ORANO
Philippe Knoche, Directeur général

CEA
François Jacq, Administrateur général

Association Inter-consulaire Meuse
Philippe Tournois, Président

Chambre de commerce et d'industrie Meuse – Haute-Marne
Jean-Paul Hasseler, Président

Chambre d'agriculture Haute-Marne
Marc Poulot, Président

Chambre des métiers Haute-Marne
Jean-Louis Mouton, Président

PROJET DE
DEVELOPPEMENT DU TERRITOIRE
POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE
CIGEO

Mise en œuvre des axes 1 et 2

1. Réaliser les aménagements qui permettront ou accompagneront la construction et l'exploitation de Cigéo

2. Dynamiser le potentiel socio-économique de la zone de proximité

1. REALISER LES AMENAGEMENTS QUI PERMETTRONT OU ACCOMPAGNERONT LA CONSTRUCTION ET L'EXPLOITATION DE CIGEO (18 ACTIONS)

Mesure 1.1 Densifier la desserte routière de proximité autour de Cigéo (12 actions)

1.1.1 Déviation des sections des routes départementales RD 960 et RD 60
1.1.2 Desserte routière de la zone puits par le sud
1.1.3 Desserte routière de la zone puits par le nord
1.1.4 Desserte routière entre la vallée de la Saulx et la zone descenderie
1.1.5 Desserte routière entre Gondrecourt-le-Château et la zone descenderie
1.1.6 Adaptation de l'itinéraire routier (RD 960 - RD 60 – RD 10) en direction et en provenance de Cigéo
1.1.7 Aménagement de la RN 135 : déviation de Velaines et nouvel échangeur RN4-RN135 de Ligny-en-Barrois
1.1.8 Amélioration des conditions de traversée de Ligny-en-Barrois
1.1.9 Réalisation d'une étude préalable aux confortements de l'itinéraire de transports exceptionnels
1.1.10 Réalisation d'un diagnostic pour l'adaptation de la RD 966 entre Ligny-en-Barrois et Houdelaincourt
1.1.11 Aménagement du contournement de Saint-Dizier: protections phoniques et doublement d'une section de la RN4
1.1.12 Aménagements de sécurisation de la RN67 entre Semoutiers et Saint-Dizier

Mesure 1.2 Réactiver une liaison ferroviaire jusqu'à Cigéo (3 actions)

1.2.1 Réaménagement de la voie ferrée depuis la gare SNCF de Nançois-Tronville jusqu'à Gondrecourt-le-Château
1.2.2. Construction de l'installation terminale embranchée (ITE) depuis Gondrecourt-le-Château jusqu'à la zone descenderie
1.2.3 Réalisation des travaux de réservation sur l'installation terminale embranchée (ITE) pour permettre d'autres usages économiques

Mesure 1.3 Acheminer les fluides par le déploiement des réseaux (3 actions)

1.3.1 Réalisation des travaux d'alimentation en eau potable
1.3.2 Alimentation électrique
1.3.3 Desserte par la fibre optique

2. DYNAMISER LE POTENTIEL SOCIO-ECONOMIQUE DE LA ZONE DE PROXIMITE (20 ACTIONS)

Mesure 2.1. Créer les conditions d'un développement économique équilibré dès les aménagements préalables (3 actions)

2.1.1 Proposer une offre foncière et immobilière d'hyper proximité pour l'accueil des entreprises

2.1.2. Accompagner les entreprises dans leurs projets d'installation et de développement

2.1.3 Opérer le réaménagement routier en proximité des zones d'activité économique de Saint-Dizier

Mesure 2.2. Mobiliser les outils susceptibles d'avoir un effet levier sur l'emploi (8 actions)

2.2.1 Disposer des compétences métiers nécessaires pour Cigéo

2.2.2 Pérenniser l'existence du pôle de compétences en environnement souterrain (PoCES)

2.2.3 Mettre en place un service intégré de recrutement

2.2.4. Apporter aux demandeurs d'emploi les compétences nécessaires aux besoins de Cigéo et sécuriser leur parcours pour une insertion durable

2.2.5 Construire des parcours d'accompagnement renforcé pour les publics en insertion afin qu'ils bénéficient des offres d'emplois liées à Cigéo

2.2.6 Mettre en œuvre la clause sociale dans les marchés liés à Cigéo

2.2.7 Accompagner les entreprises

2.2.8. Déployer une communication institutionnelle sur les métiers de la métallurgie, du BTP et sur les contenus et lieux des formations

Mesure 2.3. Offrir un habitat de proximité et énergétiquement performant (4 actions)

2.3.1. Adapter l'offre d'habitat

2.3.2 Proposer une offre d'hébergement de proximité

2.3.3 Constituer un pôle d'accueil pour accompagner les salariés dans leurs démarches d'installation

2.3.4 Réhabiliter les logements avec une haute exigence de performance énergétique

Mesure 2.4. Réinvestir l'accompagnement des populations (5 actions)

2.4.1 Déployer une offre de santé pluridisciplinaire

2.4.2 Innover avec E Meuse Santé

2.4.3 Mettre en place un système d'observation de l'état de la santé et garantir un degré élevé de protection sanitaire

2.4.4 Offrir des équipements scolaires ou périscolaires et de garde de la petite enfance

2.4.5 Calibrer l'offre en équipements culturels, sportifs et de loisirs

PROJET DE DEVELOPPEMENT DU TERRITOIRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE CIGEO

Axe 1

Réaliser les aménagements qui permettront et accompagneront la construction et l'exploitation de Cigéo

1. REALISER LES AMENAGEMENTS QUI PERMETTRONT OU ACCOMPAGNERONT LA CONSTRUCTION ET L'EXPLOITATION DE CIGEO (18 ACTIONS)

Il s'agit de programmer les aménagements qui, soit sont indispensables à la construction et l'exploitation ultérieure de Cigéo (à compter de la délivrance de l'autorisation de sa création), soit constituent des opportunités d'accompagnement de Cigéo susceptibles de dynamiser son territoire d'accueil.

Ces aménagements sont nécessaires au regard de la caractérisation d'un espace situé à la frontière des départements de Meuse et de Haute-Marne et dépourvu d'infrastructures à la hauteur des enjeux du projet industriel et du développement économique de la zone de proximité (insuffisance en desserte routière, ferroviaire et en réseaux : eau, électricité, fibre optique).

Les aménagements préalables se concentrent sur le territoire des quatre intercommunalités du territoire d'accueil du projet : communautés de communes des Portes de Meuse et du Bassin de Joinville-en-Champagne, communautés d'agglomération de Bar-le-Duc-Sud Meuse et de Saint-Dizier Der et Blaise.

Les financements publics prévisionnels mobilisés pour la réalisation de cet axe sont les suivants :

- l'ANDRA à hauteur de 198,2M€
- les 2 GIP « Objectif Meuse » et « Haute-Marne » à hauteur de 45,6M€ (28,4M€ et 17,2M€)
- l'Etat à hauteur de 39,7M€
- la Région Grand-Est à hauteur de 16,4M€
- les 2 Départements de Meuse et de Haute-Marne à hauteur de 15,7M€ (9,5M€ et 6,2M€)
- les Etablissements publics de coopération intercommunale à hauteur de 5 ,1M€
- les Fonds européens (FEDER) à hauteur de 1,6M€

Ces aménagements sont prévus en amont de l'autorisation de création. Certains d'entre eux nécessiteront au préalable une déclaration d'utilité publique. Ils permettront donc, soit de créer les conditions de la future construction du centre de stockage, soit de faciliter les déplacements et le développement économique.

Mesure 1.1 Densifier la desserte routière de proximité autour de Cigéo (12 actions)

Le territoire de projet est éloigné des axes autoroutiers. La zone de proximité est desservie par la RN 4, axe structurant du réseau routier national reliant Paris et Strasbourg. Les RN 135 et RD 966 d'une part, RN 67 et RD 960/60 d'autre part participent au maillage routier autour de Cigéo.

Les actions retenues doivent permettre, soit de réaliser les modifications de réseau routier indispensables à la construction et l'exploitation future de Cigéo, soit de sécuriser et faciliter les déplacements sur le territoire d'accueil de Cigéo. Sont ainsi améliorées les liaisons entre les différents pôles urbains ou secondaires (notamment Joinville, Ligny-en-Barrois, Saint-Dizier, Bar-le-Duc) ainsi qu'avec le réseau routier national de proximité (RN135, RN4 et RN67), ainsi que les conditions de circulation des véhicules légers et des poids lourds.

1.1.1 Déviation des sections des routes départementales RD 960 et RD 60

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement préalable et indispensable pour le projet Cigéo : il est nécessaire de dévier les sections de RD 960 (Meuse) et 60 (Haute-Marne) qui sont incluses dans le périmètre des futures installations de Cigéo, et qui traversent la future zone de la descenderie. La déviation de ces deux sections conditionnera la réalisation ultérieure des travaux de construction de Cigéo. Les sections touchées seront déclassées et une nouvelle route sera réalisée en dehors du périmètre de Cigéo, de façon à remplacer ces sections. La convention d'application pour la réalisation de cette action incontournable pour Cigéo, définissant les responsabilités de l'ANDRA et des deux conseils départementaux ainsi que son coût financier a été signée en octobre 2018.
Maître d'ouvrage	Départements de la Meuse et de la Haute-Marne avec maîtrise d'ouvrage assurée par le Département de la Haute-Marne
Coût total	5,6M€
Plan financement	ANDRA 100 %

1.1.2 Desserte routière de la zone puits par le sud

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement préalable et indispensable pour le projet Cigéo :l'axe RD 960-RD 60 constitue l'accès principal PL et VL à la zone puits de Cigéo. Pour desservir la zone puits par le Sud depuis la RD 960, l'action vise à mettre en place une liaison routière vers la zone puits, à réaliser le long du tracé de la liaison inter-sites. Cette action se traduit par deux opérations : - (1) création de 3 km de voirie au Sud-Sud Est de la zone puits - (2) réalisation d'un carrefour/giratoire pour permettre l'embranchement des 3 km de voirie à la RD960. L'ANDRA assure la maîtrise d'ouvrage de l'opération selon des dispositions conventionnelles qui prévoient l'intégration ultérieure de cette liaison, au moment de sa mise en service, au domaine public routier du Département de la Meuse.
Maître d'ouvrage	ANDRA
Coût total	6M€
Plan financement	ANDRA 100 %

1.1.3 Desserte routière de la zone puits par le nord

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement d'accompagnement : la RD 127 constitue l'un des accès privilégiés à la zone puits de Cigéo à partir du réseau routier national (RN 135) situé en Meuse.

	L'action vise à créer une route au gabarit VL, située au Nord - Nord-Ouest de la zone puits, de façon à relier la RD 127 à la zone puits.
Maître d'ouvrage	Département Meuse
Coût total	3 M€
Plan financement	Département Meuse 20% / GIP Objectif Meuse 80%

1.1.4 Desserte routière entre la vallée de la Saulx et la zone descenderie

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement d'accompagnement : cette action vise à faciliter la circulation des véhicules entre la vallée de la Saulx et les installations de surface (zone descenderie) par un aménagement routier qui concerne potentiellement les 2 axes suivants : - (1) la RD 132 qui relie Montiers-sur-Saulx à Bure, située en Meuse - (2) les sections de RD 132A, située en Meuse, et de RD 175, située en Haute-Marne, qui relient Montiers-sur-Saulx à Saudron. Une étude de faisabilité doit permettre de confirmer l'option de référence, à savoir l'aménagement de la section de RD 132A ainsi que les aménagements à réaliser sur cet itinéraire. Cette option de référence permet de prendre en compte le projet de zone d'activité économique porté par les communautés de communes des Portes de Meuse et du bassin de Joinville-en-Champagne (*cf action 2.1.1 infra*). Le Département de la Haute-Marne s'assurera, au regard de l'option de référence retenue, de l'achèvement de l'aménagement de la section de RD175 concernée.
Maître d'ouvrage	Département Meuse
Coût total	5M€ (hors achèvement section RD 175 Haute-Marne)
Plan financement	Département Meuse 20 % / GIP Objectif Meuse 80 %

1.1.5 Desserte routière entre Gondrecourt-le-Château et la zone descenderie

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement d'accompagnement : cette action vise à faciliter la circulation des véhicules entre Gondrecourt-le-Château et les installations de surface (zone descenderie) par la RD 32 (jusqu'à Luméville-en-Ornois) puis la RD 138 (entre Luméville-en-Ornois et Mandres-en-Barrois). Cet aménagement routier comporte deux opérations : - (1) un aménagement de 4 kms de la RD138 - (2) le contournement de Mandres-en-Barrois par l'Ouest et son raccordement à la RD960, au regard des aménagements rendus nécessaires par le projet de zone d'activité économique de la communauté de communes des Portes de Meuse.

	Dans l'hypothèse de la réalisation du projet de carrière de Chassey-Beaupré, dont l'exploitation pourrait bénéficier à Cigéo et à l'activité économique environnante, une étude spécifique portera sur la déviation de Luméville-en-Ornois et la mise au gabarit PL de la RD 138.
Maître d'ouvrage	Département Meuse (hors aménagements de voirie à finalité économique)
Coût total	5,5 M€
Plan financement	Département Meuse 20 % / GIP « Objectif Meuse » 80%

1.1.6 Adaptation de l'itinéraire routier (RD 60 - RD 960 - RD10) en direction et en provenance de Cigéo

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement d'accompagnement pour l'itinéraire privilégié de desserte des installations de Cigéo depuis le réseau routier national, qui est constitué : - à partir de la RN 67 (au niveau de Joinville) : de la RD 60 jusqu'à Saudron - à partir de la RN 4 (au niveau de Void-Vacon) : de la RD 10 jusqu'à Mauvages puis la RD 960 jusqu'à Saudron. L'adaptation de cet itinéraire inclura notamment la déviation de Mauvages, le calibrage de la RD 10 et l'aménagement du carrefour RD 10 – RD 964 au niveau de Void-Vacon. Un diagnostic préalable ciblera les renforcements nécessaires pour adapter cet itinéraire à la circulation des PL. L'analyse des conditions de traversée des villages par ce diagnostic permettra, le cas échéant, de mener des aménagements spécifiques. Les conclusions du diagnostic pourront de déterminer les conditions d'un appui éventuel de l'ANDRA.
Maître d'ouvrage	Départements Meuse et Haute-Marne
Coût total	25,7M€ (en Meuse 8,5 M€ / en Haute-Marne 17,2M€)
Plan financement	Département Meuse 20 % / GIP « Objectif Meuse » 80 % Département Haute-Marne 20 % / GIP « Haute-Marne » 80% (Appui éventuel ANDRA à l'analyse des restitutions du diagnostic préalable)

1.1.7 Aménagement de la RN 135 : déviation de Velaines et nouvel échangeur RN4-RN135 de Ligny-en-Barrois

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement d'accompagnement. Cette action vise à poursuivre l'aménagement de la RN 135 pour fluidifier un trafic dense entre Bar-le-Duc et Ligny-en-Barrois (entre 6 200 jusqu'à 14 000 véhicules/jour selon les sections dont un millier de PL), qui est appelé à supporter une augmentation progressive de circulation induite par le projet Cigéo. Cette action est inscrite au CPER 2015-2020 au titre des travaux. Elle se traduit par trois aménagements liés :

	- (1) la réalisation d'un nouvel échangeur entre la RN4 et la RN135 au niveau de Ligny-en-Barrois - (2) la réalisation d'une section de près de 4 km qui contourne Velaines par le Nord - (3) la création d'un giratoire au niveau de Tronville-en-Barrois pour embrancher cette nouvelle section. La convention d'application financière pour sa réalisation a été signée en janvier 2018. Les premières opérations (fouilles archéologiques et déplacement des réseaux) débutent en 2019. Il est prévu l'achèvement des travaux en 2024.
Maître d'ouvrage	Etat
Coût total	48 M€
Plan financement	Etat 27,4M€ / Région Grand Est 10,1M€ / Département Meuse 4M€ / GIP « Objectif Meuse » 5M€ / Communauté d'agglomération Bar-le-Duc Sud-Meuse 1,5M€

1.1.8 Amélioration des conditions de traversée de Ligny-en-Barrois

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement d'accompagnement. Cette action vise à éviter la traversée PL – VL du centre-ville de Ligny-en-Barrois, au regard d'un trafic dense en heures de pointe, estimé à 10 000 véhicules/jour (avec des pointes à 14 000 véhicules/jour) et appelé à s'intensifier avec les activités liées à Cigéo. Une première étude de faisabilité, commandée par le Département de la Meuse, a été réalisée en 2007 et a proposé plusieurs variantes de contournement du centre-ville de Ligny-en-Barrois. Le contournement du centre-ville nécessite, quelle que soit la variante retenue, le déplacement préalable de la voie ferrée 27 000. La faisabilité de cette action dépendra des conditions dans lesquelles le tracé ferroviaire pourra être déplacé dans le cadre de sa réactivation *(cf action 1.2.1 infra*).
Maître d'ouvrage	Département Meuse
Coût total	5 M€ (hors coût du déplacement de la voie ferrée dans le cadre de sa réactivation *cf infra 1.2.1*)
Plan financement	Département Meuse 20% / GIP « Objectif Meuse» 80%

1.1.9 Réalisation d'une étude préalable aux confortements de l'itinéraire de transports exceptionnels

Descriptif	Il s'agit de réaliser une étude permettant des aménagements d'accompagnement car le projet Cigéo sera générateur de transports exceptionnels dimensionnants. Un des premiers transports exceptionnels concerne l'acheminement des

	transformateurs pour l'alimentation électrique de la zone d'implantation de Cigéo, notamment le transformateur 400kV / 90kV. Ces transformateurs doivent arriver par voie fluviale jusqu'à Houdelaincourt. L'étude visera à confirmer ou non une première analyse de praticabilité réalisée par RTE en 2018, entre Houdelaincourt et le lieu d'implantation des transformateurs, qui n'identifiait pas de besoin de confortement. Pour le cas où des confortements seraient nécessaires, ils seront réalisés au titre de l'action 1.1.6. (*cf supra*). Cette étude préalable sera lancée dès que la concertation préalable que mène RTE sur le lieu d'implantation des transformateurs aura été menée à son terme que les démarches administratives pour leur installation auront été engagées.
Maître d'ouvrage	Département Meuse
Coût total	Sera déterminé à l'issue de la concertation préalable menée par RTE sur le lieu d'implantation des transformateurs électriques
Plan financement	Département Meuse

1.1.10 Réalisation d'un diagnostic pour l'adaptation de la RD 966 entre Ligny-en-Barrois et Houdelaincourt

Descriptif	Il s'agit de réaliser un diagnostic en vue d'une action d'accompagnement. L'itinéraire Ligny-en-Barrois – Houdelaincourt par la RD 966 constitue un itinéraire structurant de desserte de Cigéo pour la circulation VL et PL, depuis la RN4 et la RN 135. Le tracé de la RD 966 s'inscrit le long d'une partie du tronçon ferré SNCF 27 000. Le diagnostic d'itinéraire mettra en lumière les éventuelles adaptations à réaliser sur cette portion de RD 966. Il permettra, à leur analyse, de déterminer le coût et le plan de financement de futurs travaux d'adaptation.
Maître d'ouvrage	Département Meuse
Coût total	40K€
Plan financement	Département Meuse 20 % / GIP « Objectif Meuse » 80 %

1.1.11 Aménagement du contournement de Saint-Dizier : protections phoniques et doublement d'une section de la RN4

Descriptif	Il s'agit d'une action d'accompagnement : la RN4 constitue un axe routier structurant pour le territoire, depuis Saint-Dizier (et sa jonction avec la RN67) jusqu'à Void (et sa jonction avec la RD10-RD960) via Ligny-en-Barrois (et sa jonction avec la RN 135). Le trafic recensé au niveau de Saint-Dizier (jonction avec la RN67) est de 20 000 véhicules jours dont 1/3 de PL. Une première tranche de travaux de terrassement, de chaussée et de construction

	d'écrans acoustiques a eu lieu en 2014-2015. Les travaux de protection phonique complémentaire et de doublement d'une section de la RN4 d'environ 2 km sont inscrits dans le CPER 2015-2020. La pose des écrans phoniques va permettre d'améliorer la qualité de vie des riverains situés à proximité. Une mise à 2 fois 2 voies de cette portion de 2 km, sur laquelle les emprises foncières sont acquises, va améliorer la fonctionnalité de la RN4.
Maître d'ouvrage	Etat
Coût total	10M€
Plan financement	Etat 5M€ / Région Grand Est 2,5M€ / GIP « Haute Marne » (sous réserve de confirmation) 1,25M€ / Autres partenaires 1,25M€

1.1.12 Aménagements de sécurisation de la RN 67 entre Semoutiers et Saint-Dizier

Descriptif	Il s'agit d'une action d'accompagnement qui consiste à sécuriser l'axe RN 67 entre Saint-Dizier et Semoutiers. Dans le prolongement du lancement des travaux du giratoire de Semoutiers (dont la convention de financement a été signée le 18 juin 2019), le CEREMA (Centre d'études et d'expertise sur les risques l'environnement, la mobilité et l'aménagement) a identifié, à partir des diagnostics d'itinéraire et de sécurité, plusieurs carrefours dont le caractère accidentogène justifie des aménagements de sécurité. Il s'agit notamment des carrefours de Roches/Marne, Mussey/Marne, Rouécourt, Vraincourt et Brottes. Le diagnostic conduit par le CEREMA a identifié de façon prioritaire le carrefour de Roches/Marne. Une opération de sécurité permettra de définir les choix techniques à retenir et procéder aux travaux. Dans le cadre de cette opération, cofinancée par les collectivités, un comité de pilotage constitué de représentants de l'État et des cofinanceurs sera constitué afin de valider les choix et les priorités techniques à retenir pour respecter le montant de l'opération et prioriser l'ordre d'intervention en phase travaux.
Maître d'ouvrage	Etat ou Département Haute-Marne selon les travaux
Coût total	7,3M€ (dont 1,3M€ pour Semoutiers et 6M€ pour les autres aménagements)
Plan financement	Etat 3,11M€ / Département Haute-Marne 1,66M€ / GIP « Haute-Marne » 1,185M€ / Région Grand Est 1M€ / société APRR 0,345M€

Mesure 1.2 Réactiver une liaison ferroviaire jusqu'à Cigéo (3 actions)

La décision prise par l'ANDRA de réactiver une liaison ferroviaire s'inscrit dans le cadre des conclusions du débat public de 2013. La réactivation de cette ligne permettra d'assurer, une fois la construction de Cigéo achevée, l'acheminement des colis par voie ferrée plutôt que par la route, pour éviter les ruptures de charge et réduire le trafic PL. A plus court terme, elle doit permettre d'acheminer, après la délivrance de l'autorisation de création, les matériels et matériaux nécessaires à la construction de Cigéo. Sa réalisation doit donc être anticipée.

La réactivation de cette liaison ferroviaire suppose deux actions qui sont incontournables pour la réalisation de Cigéo dès la phase des aménagements préalables :
- la remise en circulation d'une ligne ferrée existante du réseau national sous maîtrise d'ouvrage de SNCF-Réseau pour la phase d'études initiée fin 2018, depuis la gare de Nançois-Tronville jusqu'à Gondrecourt-le-Château (sur la ligne existante Paris-Vitry-le-François-Bar-le-Duc-Nancy) ;
- la création d'une installation terminale embranchée depuis Gondrecourt-le-Château jusqu'à la zone descenderie, sous maîtrise d'ouvrage de l'ANDRA.

Par ailleurs, une troisième action sera réalisée concomitamment pour permettre des réservations sur l'installation terminale embranchée en vue d'autres usages économiques de proximité qui devront être préalablement confirmés.

1.2.1 Réaménagement de la voie ferrée depuis la gare SNCF de Nançois-Tronville jusqu'à Gondrecourt-le-Château

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement préalable et indispensable pour le projet Cigéo : cette action vise à réaménager le tronçon ferré SNCF n° 27 000 (situé sur la ligne Paris-Vitry-le-François-Bar-le-Duc-Nancy) à partir de la gare de Nançois-Tronville jusqu'à Gondrecourt-le-Château. Il s'agit de réhabiliter une voie unique de 36 km, qui comporte 59 passages à niveau (PN), pour permettre un trafic prévisionnel réduit. La remise en service de la voie 27 000 impliquera de réduire de façon optimale le nombre des PN pour ceux dont l'utilité n'est pas avérée, soit par des suppressions « sèches », soit par des suppressions avec déport de voirie vers un autre PN de proximité. L'étude de faisabilité préalable au réaménagement de la voie ferrée réalisée par SNCF réseau intégrera les conditions de libération de l'emprise nécessaire pour permettre le contournement du centre-ville de Ligny-en-Barrois (*cf supra action 1.1.8*).

Maître d'ouvrage	SNCF réseau (convention ANDRA-SNCF de novembre 2018)
Coût total	70M€ en base + 20M€ d'aléas identifiés (hors remise en service des PN)
Plan financement	ANDRA 100 %

1.2.2. Construction de l'installation terminale embranchée (ITE) depuis Gondrecourt-le-Château jusqu'à la descenderie

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement préalable et indispensable pour le projet Cigéo: cette action s'inscrit dans le prolongement du réaménagement du tronçon ferré SNCF n° 27 000 (*cf action 1.2.1 supra*) et doit permettre la desserte ferroviaire de la future zone descenderie de Cigéo à partir de Gondrecourt-le-Château : il s'agit de construire une installation terminale embranchée (ITE) de 14 km (voie ferrée hors domaine public ferroviaire). Elle aura vocation, dans un premier temps, à permettre l'acheminement et la réception des matériels et des matériaux nécessaires à la construction de Cigéo depuis les sites des fournisseurs. Elle inclut la réalisation du terminal ferroviaire.
Maître d'ouvrage	ANDRA
Coût total	55 M€
Plan financement	ANDRA 100 %

1.2.3 Réalisation des travaux de réservation sur l'installation terminale embranchée (ITE) pour permettre d'autres usages économiques

Descriptif	Il s'agit d'une action d'accompagnement : cette action vise à effectuer en même temps des travaux de réservation permettant de dédier l'ITE à d'autres usages que ceux exclusivement prévus pour Cigéo (*cf action 1.2.2 supra*). Cette réservation garantit la possibilité d'un aménagement ultérieur au bénéfice de projets industriels de proximité susceptibles d'avoir recours au fret. La réalisation ultérieure de cette réservation susciterait une perturbation forte de l'exploitation si elle n'était pas réalisée concomitamment à la construction de l'ITE. Cette action comprend notamment les réservations nécessaires à l'intégration d'une signalisation adaptée à ces usages complémentaires (*cf infra action 3.1.1*).
Maître d'ouvrage	ANDRA
Coût total	*Intégré dans l'action 1.2.2*
Plan financement	ANDRA 100 %

Mesure 1.3 Acheminer les fluides par le déploiement des réseaux (3 actions)

Le projet Cigéo nécessite de disposer d'une ressource en eau potable insuffisamment disponible à ce jour. Les travaux d'acheminement de l'eau potable, conformément aux diagnostics réalisés entre 2013 et 2016, doivent donc être réalisés avant le début de la construction de Cigéo. Ces travaux doivent permettre aussi de répondre aux besoins du territoire d'accueil dans la perspective de son développement socio-économique.

Par ailleurs, Cigéo induit une alimentation électrique dimensionnée aux enjeux du chantier et du développement économique de la zone d'hyper proximité.

Enfin, la couverture en très haut débit (par le déploiement de la fibre optique) doit être réalisée pour permettre le déroulement optimal de la construction de Cigéo, conditionner l'activité économique complémentaire, permettre le développement de services à la personne, favoriser la sédentarisation des populations.

1.3.1 Réalisation des travaux d'alimentation en eau potable

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement préalable et indispensable à la construction de Cigéo. Le SIAEP d'Echenay alimente en eau potable le laboratoire de recherches de l'ANDRA. Les besoins en eau vont cependant considérablement augmenter avec Cigéo. L'ANDRA estime le volume maximal d'alimentation en eau potable nécessaire pour le chantier de construction à 500m^3/jour (travaux de bétonnage), une fois l'autorisation de création acquise. Ce volume devrait être ensuite de 200m^3/jour à compter de la phase d'exploitation. Les besoins du territoire étant estimés à 900m^3/jour dans la perspective d'une augmentation prévisible et progressive de l'activité, il convient dans ce cadre de restructurer le réseau d'acheminement en eau potable à partir des ressources exploitées par le SIVU du Haut-Ornain (Meuse), le SIAEP d'Echenay (Haute-Marne) et le syndicat des eaux de Thonnance-Suzannecourt (Haute-Marne). La restructuration devrait permettre de réduire le nombre de captages et de réaliser une interconnexion entre les réseaux.
Maître d'ouvrage	SIAEP Echenay et SIVU Haut-Ornain
Coût total	9,1M€ (5,7M€ en MO SIVU Haut-Ornain [*étude 2017*] / 3,4M€ en MO SIAEP d'Echenay [*étude 2018*].

Plan financement	Syndicats intercommunaux 20% / ANDRA 66 % / Agence de l'eau Seine-Normandie (11ème programme d'intervention 2018-2024 : desserte des collectivités) / GIP Haute-Marne (taux d'intervention relevant de son programme d'activités) / GIP Objectif Meuse (taux d'intervention relevant de son programme d'activité)

1.3.2 Alimentation électrique

Descriptif	Il s'agit d'un aménagement préalable et indispensable à la construction de Cigéo. L'alimentation en énergie électrique du projet Cigéo nécessite notamment la création d'un poste principal de transformation 400 kV / 90 kV à partir de la ligne de très haute tension de proximité qui traverse d'Ouest en Est le sud meusien à hauteur de la commune de Bure. Outre l'alimentation électrique pour les besoins de Cigéo, qui sera assurée par des liaisons souterraines aboutissant à 2 postes de transformation (un situé sur la zone puits et un situé en zone descenderies), le futur poste principal 400 kV / 90 kV pourra permettre de raccorder de nouveaux clients industriels appelés à s'implanter pour y développer leur activité (*cf action 2.1.1 infra*). Le tissu économique de proximité devrait bénéficier d'une part non négligeable des travaux liés à la mise en place de cette alimentation électrique, par la décomposition du chantier de raccordements en lots permettant le soumissionnement d'entreprises locales (entre 10 % et 20 % du coût total du projet). Un Forum inter-entreprises préalable au démarrage des travaux permettra aux entreprises mandatées par RTE de rencontrer les entreprises locales environ 6 mois avant le démarrage des travaux, prévus à l'issue de la déclaration d'utilité publique au bénéfice de RTE.
Maître d'ouvrage	RTE
Coût total	43M€
Plan financement	ANDRA 83 % / RTE 17 %

1.3.3 Desserte par la fibre optique

Descriptif	Il s'agit d'une action d'accompagnement du projet Cigéo: cette action s'appuie sur le « Plan Losange » du Conseil régional Grand Est . Il s'agit du plan de raccordement des communes à la fibre optique, par voie de délégation de service public concessive accordée en juillet 2017. Cette initiative publique, déployée sur les territoires où l'initiative privée fait défaut, concerne, au niveau régional, 7 départements pour un coût total de près de 1,5Mds €. Le « Plan Losange » permet de raccorder 74 802 prises en Haute-Marne et 79 754 prises en Meuse. L'action va permettre d'achever la couverture en fibre optique des 312 communes de la zone de proximité. 132 communes de cette zone bénéficieront de ce raccordement en 2021.

	La couverture du territoire d'accueil sera achevée avant que ne débutent les travaux de construction de Cigéo.
Maître d'ouvrage	Région Grand Est
Coût total	99,4M€ (pour la zone de proximité / estimation faite sur la base d'un coût de 277M€ pour la couverture des 2 départements)
Plan financement	Etat (Plan « France THD » / « Fonds national pour la société numérique ») : 4,2M€ / Feder 1,6M€ / Région Grand-Est 2,8M€ / Département Meuse 0,1M€ / Département Haute-Marne 1,1M€ / Intercommunalités Meuse: 1,8M€ / GIP « Objectif Meuse » : 1,8M€ / GIP « Haute-Marne » : 1M€ Concessionnaire : 85M€

PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE CIGÉO

Axe 2

Dynamiser le potentiel socio-économique de la zone de proximité

Il s'agit, sans qu'il ne soit nécessaire d'attendre la déclaration d'utilité publique de Cigéo, de flécher au mieux les dispositifs, les ressources et les compétences institutionnelles de manière à offrir les meilleures conditions de développement économique du territoire d'accueil du projet. Le renforcement du potentiel de la zone de proximité conditionne la bonne réalisation des aménagements préalables.

Les actions prévues au titre de cet axe relèvent, pour certaines d'entre elles, des compétences ou des financements de droit commun. A ce titre, elles n'interviennent pas de façon exclusive au bénéfice du territoire d'accueil de Cigéo, constitué des communautés de communes des Portes de Meuse et du Bassin de Joinville-en-Champagne ainsi que des communautés d'agglomération de Bar-le-Duc-Sud Meuse et de Saint-Dizier Der et Blaise.
Le fléchage des compétences et des financements doit contribuer néanmoins à créer les conditions optimales de l'accueil du projet Cigéo. Une stratégie d'aménagement et de développement économique concertée, se traduisant par la mobilisation des outils et des ressources au bénéfice de la zone de proximité, et plus spécifiquement du territoire d'accueil du projet Cigéo, permettra d'atteindre cet objectif.

Les actions au titre de cet axe ont, pour certaines d'entre elles, déjà été éprouvées : par exemple les dispositifs d'embauche et d'insertion dans l'emploi. Elles se concentreront au bénéfice de Cigéo et de l'activité économique environnante. Elles doivent aussi permettre de créer les conditions d'accueil de nouvelles entreprises, par exemple dans les domaines du génie civil, de la métallurgie, des bio-ressources ou du nucléaire, sous-traitantes ou non de Cigéo. Elles ont vocation à se poursuivre après l'autorisation de création de Cigéo. Certaines d'entre elles vont alimenter la stratégie d'accompagnement industrielle voulue par l'initiative gouvernementale de soutien aux « Territoire d'industrie ».

Mesure 2.1. Créer les conditions d'un développement économique équilibré dès les aménagements préalables (3 actions)

Le territoire d'accueil de Cigéo doit pouvoir disposer, en plus d'infrastructures et de réseaux à la mesure des enjeux (*cf supra AXE 1*), d'un potentiel foncier et immobilier attractif pour les entreprises et susceptible de générer de l'activité économique. Les interventions de l'Agence « Meuse Attractivité » et de la Chambre de commerce et d'industrie territoriale de Meuse-Haute Marne permettront d'y contribuer.
Ce développement économique doit être équilibré. Les prescriptions des documents de planification, en cours d'élaboration ou déjà réalisés, y contribuent naturellement. La structuration d'une gouvernance de territoire permettra de garantir cet équilibre. L'étude réalisée conjointement par les agences d'urbanisme et de développement des territoires AUDC et SCALEN, attendues courant 2019, permettront de proposer un cadre global pour cette gouvernance et de compléter les initiatives locales lancées depuis 2017-2018 .

2.1.1 Proposer une offre foncière et immobilière d'hyper proximité pour l'accueil des entreprises

Descriptif	Une étude de faisabilité économique et juridique pour la réalisation d'une zone d'activité économique interdépartementale en hyper proximité de Cigéo, a été réalisée en 2018 et a permis d'identifier le montage juridique permettant la création d'un parc d'activités technologique et industriel situé sur Bure et Saudron. L'objectif de ce parc d'activités consiste à créer un éco-système interdépartemental concentré sur les thématiques des bio-ressources, de la métallurgie du futur. Cette étude permet d'envisager l'installation d'une entreprise engagée dans un partenariat de recherche et de développement avec le CEA et susceptible de s'intégrer au système d'alimentation énergétique du projet Cigéo, ainsi que l'implantation du projet Ciceron que porte le CEA (métallurgie des poudres : pôle d'innovation de compression isostatique à chaud). Les deux communautés de communes des Portes de Meuse et du Bassin de Joinville-en-Champagne ont engagé les démarches d'acquisition foncière des parcelles concernées par ce projet de parc d'activités. L'offre de foncier viabilisé et d'immobilier d'entreprise doit favoriser la constitution de réseaux d'entreprises et de filières ou spécialisations *(cf infra, orientations 4.1.1 et suivantes)*. Il en est de même du projet de reconversion de la friche industrielle située sur le ressort de la commune de Tronville-en-Barrois, qu'engage la communauté d'agglomération de Bar-le-Duc Sud Meuse et qui permettra de créer un pôle de développement économique adossé au cluster EDF de Velaines. Ces opérations s'inscrivent dans le contexte de la nécessaire préservation des équilibres en matière d'offre foncière et immobilière sur le territoire d'accueil de Cigéo, que les documents de planification (réalisés ou en cours) sont amenés à garantir. Plus largement, les conclusions de l'étude réalisée conjointement par SCALEN et AUDC permettront de proposer les bases d'une gouvernance de territoire équilibré pour son aménagement et son développement économique et de compléter ces initiatives.
Maître d'ouvrage	Communauté de communes Portes de Meuse / Communauté de communes Bassin de Joinville-en-Champagne pour la réalisation du parc d'activités de Bure-Saudron Communauté d'agglomération de Bar-le-Duc Sud Meuse pour la reconversion de la friche industrielle de Tronville-en-Barrois
Coût total	Sera déterminé à l'analyse des projets
Plan financement	Communauté de commune Portes de Meuse / Communauté de communes Bassin de Joinville-en-Champagne / Communauté d'agglomération de Bar-le-

	Duc Sud Meuse / Autres partenaires

2.1.2. Accompagner les entreprises dans leurs projets d'installation et de développement

Descriptif	En complémentarité de la structuration d'une offre foncière et immobilière sur le ressort de la zone de proximité, et plus spécifiquement sur le territoire d'accueil de Cigéo, l'action consiste à créer les outils de la prospection et de l'accompagnement des entreprises dans leurs projets d'installation et de développement. Pour la Meuse, une agence d'attractivité se constitue en 2019 pour contribuer à la compétitivité économique de son périmètre d'intervention. Elle permet de mettre en commun les compétences de la Région Grand-Est et des intercommunalités, du GIP « Objectif Meuse » et de la Chambre de commerce et d'industrie territoriale Meuse-Haute Marne. L'agence « Meuse Attractivité » est le résultat d'une réflexion menée par les structures intercommunales, le GIP « Objectif Meuse », le Département de la Meuse, la Région Grand-Est et les chambres consulaires débouchant sur l'objectif de créer une ressource mutualisée à l'échelle départementale sur toutes les problématiques de développement et d'attractivité du territoire : elle aura ainsi la charge, d'une part d'accompagner les entreprises dans leurs projets d'installation et de développement *(« pôle développement économique »)*, d'autre part de conduire des actions de promotion et de marketing territorial *(« pôle fonctionnel »)*. L'agence « Meuse Attractivité » inscrira sa démarche en déclinaison des orientations du Schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII), qui détermine une stratégie économique quinquennale, et dans le cadre des orientations et prescriptions des documents de planification et d'urbanisme (SCOT et PLUi). Elle pourra favoriser la structuration de filières (nucléaire, métallurgie par exemple) de façon à permettre l'émergence de pôles attractifs (*cf infra, action 4.1.3)*. L'intervention de l'agence « Meuse Attractivité » s'inscrit dans la durée et prévoit d'ailleurs, par ses statuts, de favoriser une dynamique, non seulement départementale en créant des synergies avec le nord meusien, mais également intercommunautaire par son ouverture au nord haut-marnais. Pour la Haute-Marne, l'accompagnement des entreprises dans leurs projets d'installation est effectué dans le cadre du réseau RPI (réseau prospection implantation) qui rassemble les acteurs du développement économique (intercommunalités) et l'équipe « Haute-Marne Expansion » (5 chargés de prospection-implantation dans le cadre d'une convention triennale GIP Haute-Marne-CCIT). Ces 5 collaborateurs interviennent en conseil et en accompagnement pour la localisation, l'identification du foncier ou des locaux disponibles, le montage juridique et financier des projets économiques (90%

	des aides du GIP Haute-Marne sont préparées par l'intervention de Haute-Marne Expansion), l'identification des sous-traitants ou prestataires, de montage juridique ou financier.
Maître d'ouvrage	Agence « Meuse Attractivité » Agence de développement « Haute Marne Expansion »
Coût total	4,8M€ sur 3 ans (1,9 M€ pour « Meuse Attractivité » / 2,9 M€ en 2019 pour « Haute-Marne Expansion »)
Plan financement	Pour 2019 : Agence « Meuse Attractivité » : Région Grand-Est 14 % / Département Meuse 8,5 % / GIP « Objectif Meuse » 6,5 % / Intercommunalités 71 % Agence « Haute-Marne Expansion » : Chambre de commerce et d'industrie territoriale 46% / GIP « Haute-Marne » 45% / Entreprises 9%

2.1.3 Opérer le réaménagement routier en proximité des zones d'activité économique de Saint-Dizier

Descriptif	L'action consiste à réaménager la voirie desservant les zones d'activité de Saint-Dizier tout en supprimant le PN 22 classé dangereux et « prioritaire » par SNCF réseau eu égard au trafic journalier et à la hauteur maximale à respecter du fait de caténaires abaissés. Aujourd'hui, le franchissement du PN 22 et le passage simultané sous le pont qui supporte la RD 635 sont nécessaires pour se rendre sur les quatre zones d'activité (Trois Fontaines, Clos Saint-Jean, Tambourine, Jeanne d'Arc) et notamment à la base de maintenance « BAMAS » d'EDF. La circulation quotidienne de 5000 véhicules dont 350 PL en raison de l'accès direct aux 4 zones d'activité, la proximité d'un carrefour à haute densité circulatoire et la hauteur maximale réduite à 3,70m (due aux caténaires abaissés et à la faible hauteur du pont qui enjambe la voie ferrée) constituent des contraintes structurelles potentiellement accidentogènes qui nécessitent (1) la suppression du PN 22, (2) le renforcement du pont de la RD 635 de façon à supporter des tonnages supérieurs à 12 tonnes, (3) le réaménagement des voiries pour rabattre les circulations de part et d'autre de la voie ferrée.
Maître d'ouvrage	Département Haute-Marne pour le renforcement du pont de la RD 635 / SNCF-Réseau pour la suppression du PN 22 / Communauté d'agglomération Saint-Dizier Der et Blaise et Ville de Saint-Dizier pour les aménagements de voirie
Coût total	15M€ (1M€ pour la suppression du PN22, 14M€ le renforcement du pont de la RD635 et les aménagements de voirie)
Plan financement	Pour le renforcement du pont de la RD 635 et les aménagements de voirie : Communauté d'agglomération de Saint-Dizier Der et Blaise 0,75M€ / Ville de Saint-Dizier 0,75M€ / Autres partenaires 12,5M€ Pour la suppression du PN : Etat (AFITF) 0,5M€ / SNCF-R 0,5M€

Mesure 2.2. Mobiliser les outils susceptibles d'avoir un effet levier sur l'emploi (8 actions)

Sans attendre l'autorisation de création de Cigéo, il s'agit de recenser tous les outils et dispositifs permettant des embauches dès le démarrage des chantiers liés aux aménagements préalables. Il s'agit donc de préparer dès à présent les entreprises locales à l'augmentation prévisible de l'activité économique liée à cette première phase, et de leur permettre de l'anticiper par l'embauche de publics répondant aux besoins de ces chantiers.
Dans ce cadre, les actions visent à bénéficier d'une cartographie précise des compétences métiers et des volumes en emploi nécessaires dès la phase préalable pour la réalisation de Cigéo, et d'en tirer les conséquences en matière de formation et de retour dans l'emploi des publics qui en sont éloignés.

La multiplicité des acteurs de la politique de l'emploi, de la formation et de l'insertion nécessitera la tenue d'un service public de l'emploi dédié au projet Cigéo, qui s'est réuni à deux reprises en 2018, dont la composition pourra évoluer au regard des sujets traités, et qui tiendra compte des travaux pilotés par la Région Grand-Est dans le cadre du comité territorial de développement des compétences (CTDC).

2.2.1 Disposer des compétences métiers nécessaires pour Cigéo

Descriptif	L'objectif de cette action consiste à s'assurer que le territoire dispose des compétences nécessaires à la réalisation de Cigéo dès la phase des aménagements préalables. Sa mise en place repose sur une cartographie des métiers réalisée le cabinet Katalyse (étude GPECT) puis complétée par les «Données d'entrée pour les acteurs du territoire» de l'ANDRA. La Maison de l'emploi Meusienne y contribuera. La réactualisation de cette cartographie va permettre de couvrir également les phases de construction et d'exploitation de Cigéo. Les fiches métiers, élaborées sur la base de cette cartographie et validées par les branches professionnelles (BTP, énergie et métallurgie), permettront de cibler les métiers et les volumes d'embauche, et identifier les besoins de formation initiale ou continue. L'offre de formation des établissements d'enseignement situés à Bar-le-Duc (lycée professionnel Ligier-Richier et CFA industriel) et Saint-Dizier (lycée professionnel Blaise Pascal) doit constituer le socle d'un pôle d'excellence pour les professionnels appelés à travailler pour la filière électro-nucléaire *(cf infra mesure 4.1)*. La Région Grand-Est fera évoluer une offre de formation continue adaptée à ces besoins, qui pourront s'intégrer dans le Pacte régional d'investissement dans les

	compétences 2019-2022 pour lequel la Région Grand-Est mobilise 556M€ sur 4 ans, en vue d'assurer la montée en compétences et l'orientation vers l'emploi des jeunes et des demandeurs d'emploi peu qualifiés. Il sera procédé à l'étude des conditions d'intégration du réseau des Maisons familiales rurales dans les actions de formation aux métiers de Cigéo, avec l'appui du « Centre de formation et de promotion des maisons familiales et rurales » installé sur le territoire de la communauté de communes des Portes de Meuse, à Montiers-sur-Saulx. La mise en œuvre de cette action correspond par ailleurs à l'enjeu de « recrutement et de formation » priorisé au titre des « Territoires d'industrie ».
Maître d'ouvrage	ANDRA et Maison de l'emploi Meusienne pour la constitution des « données d'entrée » / Pôle Emploi et fédérations professionnelles (énergie, métallurgie et BTP) pour la traduction en fiches métiers / Région Grand Est pour le calibrage de l'offre de formation
Coût total	Cette action relève du cadre d'intervention de chaque partenaire
Plan financement	Sans objet

2.2.2 Pérenniser l'existence du pôle de compétences en environnement souterrain (PoCES)

Descriptif	Le PoCES (« pôle de compétences en environnement souterrain ») a débuté en phase pilote à l'automne 2017 pour mettre à disposition des connaissances et des savoir-faire en environnement souterrain. Appuyé par des financements du GIP « Objectif Meuse », le PoCES consiste à accueillir des salariés en formation continue, dans le cadre d'un partenariat conclu entre l'ANDRA, le GIP « Objectif Meuse », la Codecom des Portes de Meuse et l'Université de Lorraine (via l'Ecole nationale supérieure des Mines de Nancy et de géologie de Nancy, qui portent le projet pédagogique). Le PoCES offre des formations en environnement souterrain, avec une mise en situation au sein du laboratoire. Les stagiaires sont accueillis sur le site d'Ecurey pour les cours et pour l'hébergement. La pérennisation de ce dispositif de formation « in situ » doit permettre d'engager des partenariats avec des entreprises ou autres acteurs intéressés à financer des actions de formation continue permettant l'immersion de leurs salariés en environnement souterrain (chantier du « Grand Paris Express », réalisation future du « Lyon-Turin »). Ce pôle a d'autant plus vocation à devenir un acteur incontournable pour les entreprises des métiers du « souterrain », pour les universités et les chercheurs qu'il constitue un dispositif non réplicable du fait du recours aux infrastructures de l'ANDRA. Au-delà de sa vocation de centre de formation, d'échanges et de retour

	d'expériences, le PoCES a vocation à être un centre de veille sur l'évolution des métiers liés aux travaux souterrains et sur les compétences requises. Le PoCES doit favoriser la constitution d'une filière en génie civil spécialisée dans les travaux souterrains (*cf infra orientation 4.1.1*)
Maître d'ouvrage	Ecole nationale supérieure des Mines de Nancy et Ecole nationale supérieure de géologie de Nancy pour la réalisation du programme pédagogique / Communauté de communes des Portes de Meuse pour la mise à disposition de l'infrastructure de formation / ANDRA pour la mise à disposition des infrastructures souterraines
Coût total	1M€ en 2019 soit 3M€ sur 3 ans
Plan financement	Pour 2019 : GIP « Objectif Meuse » 61 % / Université de Lorraine 29 % / ANDRA 10 % / Communauté de communes pour la mise à disposition des locaux d'Ecurey

2.2.3 Mettre en place un service intégré de recrutement

Descriptif	Cette action vise à disposer d'une offre de service dédiée au recrutement, permettant de répondre aux besoins des entreprises concernées par Cigéo dès les aménagements préalables, et de recruter les publics locaux, y inclus ceux en recherche d'emploi. Le service intégré de recrutement (SIR) s'appuiera sur les expériences précédemment réussies pour la construction du laboratoire de l'ANDRA et l'installation sur Commercy des entreprises Safran, Albany et Concordia. Il sera confié à Pôle Emploi qui constitue l'interlocuteur recrutement habituel pour les entreprises et accompagne les demandeurs d'emploi. Un protocole d'intervention ou une convention de coopération déterminera les modalités de travail avec le réseau des agences d'intérim. Le SIR aura un lieu d'implantation sur le site même du chantier, dans des locaux que l'ANDRA mettra à sa disposition. La période des aménagements préalables à la construction de Cigéo sera propice à la montée en professionnalisation de ce service intégré qui dégage les complémentarités utiles avec les autres acteurs de l'emploi (Conseils régional et départementaux, Missions locales et Cap Emploi). Le SIR aura également vocation à faciliter les démarches de recherche d'emploi pour les conjoints de ces salariés. Une fois son fonctionnement expérimenté en phase d'aménagements préalables, le SIR poursuivra naturellement son action en phase de construction de Cigéo. Il pourra le cas échéant prolonger son action en répondant aux besoins de recrutement d'autres entreprises dont EDF et Orano. Cette démarche permettra de répondre à l'enjeu du « recrutement » qu'identifie prioritairement l'initiative gouvernementale des « Territoires d'industrie ».

	Il sera envisagé de localiser le SIR à proximité du pôle d'accueil hébergement et logement (*cf action 2.3.3 infra*) pour constituer un lieu unique de services pour les entreprises du chantier (hébergements et recrutements).
Maître d'ouvrage	Pôle Emploi (coopération formalisée avec les agences d'intérim)
Coût total	0,6M€ sur 3 ans pour (1) le fonctionnement du SIR, (2) la réalisation des évaluations préalables des compétences et (3) la formation-action permettant aux acteurs institutionnels de l'insertion (missions locales, SIAE) d'appréhender les compétences détenues par leur public cible (bénéficiaires des minima sociaux et jeunes non demandeurs d'emploi et sortis du système éducatif sans diplôme ou qualification)
Plan financement	Etat 100%

2.2.4 Apporter aux demandeurs d'emploi les compétences nécessaires aux besoins de Cigéo et sécuriser leur parcours pour une insertion durable

Descriptif	Un des enjeux consiste à faire en sorte que Cigéo bénéficie au mieux au territoire, ce qui passe par une mobilisation de la main-d'œuvre disponible en proximité. Dans ce cadre, la Région Grand-Est, en sa qualité de chef de file sur la formation professionnelle des demandeurs d'emploi, déclinera, au titre de cette action, 2 des 3 priorités de son contrat de plan régional de développement de la formation et l'orientation professionnelles (CPRDFOP) : - *Priorité « Analyser et anticiper » :* la Région Grand-Est mobilisera l'Observatoire régional de l'emploi et de la formation (OREF) pour la mise à disposition d'informations sur l'offre de formation (cartographies) mobilisable sur le territoire Grand Est. La Maison de la Région sera chargée de tenir à jour un diagnostic « emploi/formation » partagé notamment avec l'ANDRA et Pôle Emploi, en vue d'anticiper les besoins de compétences et en s'appuyant sur les fiches métiers (*cf. supra action 2.2.1*). Cette mise à jour conditionne la capacité de l'appareil de formation à s'adapter au regard des spécialités « métier » recherchées, qui peuvent évoluer, et des profils des demandeurs d'emploi. Le cadre de suivi de cette priorité est le Comité Territorial de Développement des Compétences (CTDC). - *Priorité « Former et insérer » :* les conditions de réussite des actions de formation reposent sur l'articulation avec la promotion des métiers (*cf infra action 2.2.8*), le service intégré de recrutement / SIR (*cf supra action 2.2.3*) et l'implication du tissu entrepreneurial. La Région Grand-Est mettra en place les actions de formation nécessaires pour la montée en compétences des demandeurs d'emploi, en inscrivant ces actions dans le Plan Régional de formation (PRDF), le Programme régional de formation au bénéfice des salariés de l'insertion par l'activité économique (PRIAE) ou en montant également des actions spécifiques.

	Le cadre de suivi de cette priorité est le Comité Territorial de Développement des Compétences (CTDC).
Maître d'ouvrage	Région Grand-Est (déclinaison du contrat de plan régional de développement de la formation et de l'orientation professionnelle (CPRDFOP) et de la convention de partenariat Région / Pôle emploi)
Coût total	Cette action relève du cadre d'intervention de la Région Grand Est
Plan financement	Plan Régional de Formation des demandeurs d'emploi, élargi avec le Pacte 2019-2022 dans lequel peuvent s'inscrire des expérimentations / Fonds d'Intervention Formation Emploi (FIFE) pour des actions conjoncturelles / PRIAE / Formations Pôle emploi

2.2.5 Construire des parcours d'accompagnement renforcé pour les publics en insertion afin qu'ils bénéficient des offres d'emploi liées à Cigéo

Descriptif	L'accompagnement personnalisé vise à tirer profit de l'augmentation prévisible de l'activité économique dès les aménagements préalables pour améliorer les conditions d'accompagnement renforcé des publics les plus éloignés de l'emploi et notamment les bénéficiaires des minima sociaux (près de 10 000 en Meuse et en Haute-Marne, et près de 11 500 sur le ressort de la zone de proximité, cf *données diagnostic INSEE janvier 2019*). Il s'agira de leur permettre, à l'issue d'un suivi renforcé et personnalisé d'une durée de 6 à 18 mois (outils de remobilisation et de levée des freins), de retrouver un emploi durable avec l'appui ultérieur du service de recrutement intégré (*cf action 2.2.3 infra*), du dispositif des clauses sociales (*cf action 2.2.6 infra*), de l'appui des groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ) déjà existants, de la mobilisation des dispositifs de formation de la région et de Pôle Emploi pour les parcours de professionnalisation et/ou qualification (en vue d'une adaptation des compétences aux besoins des entreprises). La réussite de cette action d'insertion durable dans l'emploi, à partir des opportunités économiques liées à Cigéo, induit le recrutement courant 2019 de 3 conseillers référents d'insertion professionnelle (en nombre équivalent pour chaque département), qui auront la responsabilité d'identifier et d'accompagner les publics cibles. Cette action va se poursuivre en phase de construction de Cigéo.
Maître d'ouvrage	Département Meuse et Département Haute-Marne
Coût total	0,7M€ en 2019 soit 2,1M€ sur 3 ans (sur une base de 3 conseillers référents pour chaque département, soit 6 référents)
Plan financement	Fonds Social Européen 50% / Départements Meuse et Haute-Marne 50 %

2.2.6 Mettre en œuvre la clause sociale dans les marchés liés à Cigéo

Descriptif	Cette action vise à notamment à recourir aux clauses sociales d'insertion de façon à permettre aux personnes en parcours d'insertion de bénéficier d'une partie des créations d'emplois liées à Cigéo. Les clauses sociales sont déjà éprouvées à travers les marchés ou partenariats passés par l'ANDRA, ou dans le cadre du déploiement de la fibre optique. Leur mise en œuvre pourra se traduire par un engagement des différents maîtres d'ouvrage impliqués dans les chantiers d'aménagements préalables (ANDRA, RTE, SNCF-R notamment), par la détermination d'un pourcentage chiffré et réaliste d'emplois réservés à ces publics. Les travaux préparatoires au projet de développement du territoire ont permis de converger vers un objectif de 15 %. La Maison de l'emploi Meusienne aura la double mission d'accompagner, en tant que de besoin, les maîtres d'ouvrage dans la rédaction de leurs appels d'offre, ainsi que de proposer aux entreprises retenues dans ce cadre les publics bénéficiaires (demandeurs d'emploi, minima sociaux, personnes en situation de handicap, jeunes en difficulté de recherche d'emploi 6 mois après leur sortie du système scolaire) ou cibler les SIAE/ESAT susceptibles de participer aux chantiers. Une convention spécifique et triennale, liée à la mise en œuvre de la clause sociale, fixe le cadre unifié de la démarche de commande publique et détermine les engagements respectifs des Départements de la Meuse, de la Haute-Marne et de la Maison de l'emploi Meusienne. Un engagement contractuel complémentaire annuel précise l'engagement financier du Département de la Haute-Marne.
Maître d'ouvrage	Maison de l'emploi Meusienne
Coût total	0,12M€ en 2019 soit 0,36M€ sur 3 ans
Plan financement	Pour 2019 : Département de la Meuse 22K€ / Département de la Haute-Marne 15K€ / GIP « Objectif Meuse » 47K€ / Fonds social européen 19K€ / Région Grand Est 8K€ / Etat-Direccte 3K€

2.2.7 Accompagner les entreprises

Descriptif	Le tissu entrepreneurial doit pouvoir satisfaire aux exigences liées aux deux spécificités de Cigéo : la construction d'une installation nucléaire de base d'une part, un chantier prévu sur environ une décennie d'autre part. Un accompagnement des entreprises doit donc être organisé dès la phase des aménagements préalables et sans attendre l'autorisation de création. Energic ST 52-55, reconnue « Grappe d'entreprises » par la DATAR dès 2011, a une légitimité à intervenir au bénéfice de ses 97 entreprises adhérentes des secteurs de l'industrie de la mécanique et de la métallurgie, du bâtiment et

	travaux publics, des services, des transferts de technologie et de formation (données 2018). Energic ST 52-55 a par ailleurs noué des partenariats avec EDF, Orano, le CEA et avec l'ANDRA ou développé des actions conjointes avec le Centre régional d'innovation et de transfert de technologie (CRITT) spécialisé dans les techniques « jet fluide et usinage » (TJFU). Energic ST 52-55 pourra intervenir sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPECT) et sur les démarches de certification et de labellisation obligatoires pour pouvoir intervenir sur le chantier Cigéo. L'intervention des opérateurs de compétence pilotés par France Compétences permettra par ailleurs de prendre en compte la démarche de GPECT des entreprises. Par ailleurs, l'accompagnement des entreprises relève des compétences de la Chambre de commerce et d'industrie territoriale Meuse-Haute Marne au regard de sa connaissance du tissu économique local. L'encouragement à la constitution des « clubs d'entreprises » s'intègre dans la dynamique d'innovation recherchée par l'intiative gouvernementale des « Territoires d'industrie ». Enfin, des stratégies de regroupement (permanent ou momentané) d'entreprises pourront être poursuivies à l'occasion des commandes de prestations, sur le modèle de celles déjà réalisées au bénéfice d'EDF et d'Orano. Il pourra dans ce cadre être étudié les conditions de partage de salariés sur des fonctions et un temps de travail partagés : le dispositif du groupement d'employeurs permettra de mutualiser la ressource, par exemple sur des fonctions support : RH, comptabilité, suivi des marchés.
Maître d'ouvrage	Energic ST 52/55 Chambre de commerce et d'industrie territoriale Meuse – Haute Marne
Coût total	0,2M€ en 2019 pour Energic ST 52/55 soit 0,6M€ sur 3 ans
Plan financement	Pour 2019 : GIP « Objectif Meuse » 0,1M€ / GIP « Haute-Marne » 0,1M€ pour l'accompagnement d'Energic ST 52/55

2.2.8. Déployer une communication institutionnelle sur les métiers de la métallurgie, du BTP et sur les contenus et lieux des formations

Descriptif	L'image technologique de Cigéo doit être mise à profit pour communiquer sur les compétences métiers et les filières de formation initiale et professionnelle des secteurs d'activité de la métallurgie et du BTP. Dans le cadre de cette démarche et forte de sa compétence en matière d'organisation d'information sur les métiers et les formations pour tous les publics, la région Grand-Est planifiera une communication ciblée avec les acteurs du territoire, les branches professionnelles concernées, les entreprises,

	sur les métiers de la métallurgie et du BTP. Les membres locaux du service public régional de l'orientation (SPRO) se mobiliseront sur ces opérations coordonnées par la région Grand-Est. Par ailleurs, la région Grand-Est mobilisera tous ses outils pour diffuser une information complète sur les métiers et les formations : « Agenda de l'orientation » *[http://agenda.lorfolio.fr/]* mis à disposition pour promouvoir les différentes opérations programmées, vidéos et forums virtuels sur les métiers, outils financés et soutenus dans le cadre des COT Industries et BTP. Dans le cadre sa nouvelle compétence depuis septembre 2018, la région Grand Est construira avec les autorités académiques une information adaptée aux établissements scolaires : collèges, lycées (enseignement généraliste ou professionnel), centres de formation d'apprentis, Ecole de la deuxième chance. Elle permettra également la participation des établissements d'enseignement supérieur de façon à témoigner d'expériences réussies. Elle se traduira par des visites du site de l'ANDRA ou des entreprises partenaires, avec une présentation ciblée sur les métiers fortement impactés par le projet Cigéo.
Maître d'ouvrage	Région Grand-Est, Intercommunalités, Education nationale, Pôle Emploi, branches professionnelles (CAPEB, FFB, UIMM, FRTP) En déclinaison du contrat de plan régional de développement de la formation et de l'orientation professionnelle / CPRDFOP)
Coût total	Inclus dans le programme territorial de promotion et meilleure connaissance des métiers coordonné par la Maison de la Région de Saint-Dizier/Bar le Duc.
Plan financement	Sans objet

Mesure 2.3. Offrir un habitat de proximité et énergétiquement performant (4 actions)

Sur une zone extrêmement rurale, dont la densité démographique est d'environ 15 habitants au km², l'activité économique générée dès les chantiers préalables à la construction de Cigéo devrait impacter les besoins en logement et en hébergement.

Les « Données d'entrée pour les acteurs du territoire » réalisées par l'ANDRA en 2016 prévoient une mobilisation progressive de salariés sur le site. Le pic annuel de 2000 salariés présents sur le chantier concerne la phase de construction de Cigéo (pour les travaux à réaliser après l'autorisation de création). Le nombre de personnes mobilisées durant les aménagements préalables devrait être supérieur à 500.
Une partie des salariés mobilisés pourrait concerner des personnes extérieures au territoire. Dès lors, Cigéo constitue l'opportunité d'améliorer les conditions d'habitat sur le territoire et ainsi, dès les aménagements préalables, de favoriser l'installation de nouveaux salariés pour une période variant de quelques mois à plusieurs années. L'enjeu des interventions au titre de cette mesure consiste à développer une offre permettant de répondre au pic des besoins du territoire d'accueil de Cigéo liés à sa construction.

Les actions à réaliser s'articulent autour de deux axes :
- la mobilisation du patrimoine bâti existant
- l'amélioration de la performance énergétique.

Les actions portées s'inscrivent en cohérence avec les démarches et contractualisations déjà engagées en faveur de la revitalisation des centre-bourgs et centre-villes, avec le programme d'action « Coeur de Ville » et l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) « Centre-Bourg », ainsi que les opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH) que portent les intercommunalités. Elles soutiennent la transition écologique par l'amélioration des performances énergétiques de l'habitat.

La multiplicité des acteurs de la politique de l'habitat, la diversité des sources de financement mobilisables justifieront, comme pour le suivi thématique des actions dans le domaine de l'emploi-formation-insertion (*cf supra mesure 2.2.*) un comité de pilotage dédié au suivi de cette mesure.

2.3.1. Adapter l'offre d'habitat

Descriptif	Cette action vise à répondre aux besoins de Cigéo et du territoire d'accueil par des interventions pertinentes et efficaces en faveur d'un habitat adapté aux besoins. Pour cela, elle nécessite de connaître l'offre et de mettre en place les démarches de planification permettant de l'adapter aux besoins. A court terme, cette action repose sur une étude de vacance du parc de logements autour de Cigéo avec pour double objectif (1) d'identifier les gisements d'habitat de proximité et (2) de définir les conditions de leur mobilisation et de leur mise à disposition des entreprises ou des salariés. Action Logement Services (ALS), qui souhaite se mobiliser pour l'accès au logement des salariés des chantiers de Cigéo (constitution du pôle d'accueil, *cf action 2.3.3. infra*), se propose de piloter et financer cette étude sur la base d'un cahier des charges partagé avec les intercommunalités porteuses d'interventions en faveur de l'habitat ainsi que l'Observatoire départemental des territoires piloté et géré par le Département de la Meuse. A moyen terme, cette action s'appuie sur une incitation financière complémentaire des dispositifs de droit commun, au bénéfice des intercommunalités concernées pour qu'elles se dotent de documents de planification en aménagement et habitat (SCoT, PLUi et PLH) ou les ajustent, afin de créer les conditions nécessaires au développement et à l'adaptation de l'offre. Elle vise également à inciter les collectivités à développer une politique d'intervention foncière, en s'appuyant sur les outils existants tels que l'établissement public foncier de Lorraine. Cette action a vocation à s'inscrire dans la durée, de façon à construire un observatoire de l'habitat et du foncier sur un périmètre cohérent avec la future gouvernance en matière d'aménagement du territoire.
Maître d'ouvrage	Action Logement Services pour la réalisation de l'étude sur la vacance de proximité EPCI engagés dans une démarche de planification (SCoT, PLH, PLUi)
Coût total	0,1M€ pour l'étude sur la vacance
Plan financement	Etat : Dotation globale de décentralisation « urbanisme » / GIP « Haute-Marne » et GIP « Objectif Meuse » pour l'élaboration et révision des SCoT-PLUi-PLH (taux de cofinancement à déterminer) Action Logement Services 0,1M€

2.3.2 Proposer une offre d'hébergement de proximité

Descriptif	Dès la phase des aménagements préalables à la construction de Cigéo, il est utile de disposer d'une offre d'hébergement de proximité (jusqu'à 30 minutes du chantier de Cigéo). Il est proposé d'encourager la constitution d'une première offre d'hébergement

	temporaire, par le soutien à des démarches permettant de mobiliser les collectivités ou les particuliers : sites d'accueil de résidences mobiles adaptés au volume des salariés et hébergement diffus dans le tissu résidentiel. Les conditions de la reconversion de ces équipements à l'issue de la phase de construction de Cigéo devront être envisagées dès leur réalisation.
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal pour la réalisation d'équipements d'accueil Bailleurs sociaux
Coût total	3M€
Plan financement	Etat (DETR 30 % en moyenne) / GIP « Objectif Meuse » / GIP « Haute-Marne »

2.3.3 Constituer un pôle d'accueil pour accompagner les salariés dans leurs démarches d'installation

Descriptif	Cette action vise à faciliter l'installation des salariés et de leur famille, notamment par la mise en place d'une intermédiation destinée à faciliter les recherches de logement ou d'hébergement au bénéfice des salariés et leur famille intervenant pour le compte de Cigéo (accueil, information sur l'offre et sur les dispositifs d'accompagnement individuel) et à accompagner les particuliers propriétaires (gestion locative). La constitution d'un pôle d'accueil permet la réalisation de cette action. Le pôle d'accueil est composé d'animateurs appelés à identifier auprès des collectivités locales, acteurs économiques (y inclus les maîtres d'ouvrage de la phase chantier, réseau consulaire, notaires et agents immobiliers) les offres d'hébergement/logement et de services au regard des besoins des salariés et leur famille. Il se met en place pendant la phase des aménagements préalables de façon à pouvoir répondre à la demande générée par le flux de nouveaux salariés au moment de la construction de Cigéo. Il peut impliquer la création d'un numéro vert et d'un site internet La réussite du pôle d'accueil implique de connaître précisément le volume et l'état de la vacance sur le territoire d'accueil (*cf action 2.3.1 supra*). Ce pôle pourra être développé en synergie avec le service intégré de recrutement (*cf action 2.2.3. supra*) puis la conciergerie d'entreprises (*cf action 3.3.1. infra).*
Maître d'ouvrage	Action Logement Services
Coût total	0,7M€ sur une durée prévisionnelle de 3 ans (0,3M€ pour la première année de constitution du pôle d'accueil) et hors travaux éventuels d'investissement
Plan financement	Etat / Département Meuse (20 % sur les éventuels travaux d'investissement) / Bloc intercommunal / Action Logement Services

2.3.4 Réhabiliter les logements avec une haute exigence de performance énergétique

Descriptif	Cette action vise à améliorer la performance énergétique des logements (privés, sociaux, publics) dans le cadre des réhabilitations sur le bâti. Elle intègre les enjeux de revitalisation des centre-bourgs et urbains dont certains relèvent du programme « Action Coeur de Ville » (Bar-le-Duc, Saint-Dizier, Joinville, Commercy pour la zone de proximité / Langres, Chaumont et Verdun hors zone de proximité). En ce qui concerne le parc public, la promotion des opérations d'acquisition et amélioration de logements sociaux est essentielle pour limiter l'étalement urbain et développer l'offre en centralité. EDF apportera son appui au bénéfice des logements sociaux par le biais de son dispositif « *bâtiment basse consommation* ». En ce qui concerne le parc privé, il s'agira d'inciter les propriétaires à rénover les habitations pour les rendre énergétiquement performantes et attractives. Le pôle d'accueil (*cf action 2.3.3 supra*) porté par Action logement services appuiera cette démarche. EDF apportera une contribution à la rénovation thermique des logements privés par le développement, en intelligence avec les fédérations du bâtiment, d'offres spécifiques et attractives (existence à date de l'offre de « rénovation basse consommation » ou prise en charge des intérêts des emprunts contractés par les particuliers). Action Logement Services souhaite s'impliquer dans le financement des opérations de réhabilitation du parc existant social ou privé par la mobilisation de ses outils financiers (prêts travaux, prêts à la rénovation énergétique, prêts aux bailleurs sociaux), en complément ou en substitution des autres aides mobilisables (Agence nationale de l'habitat par exemple). La rénovation et la mise aux normes techniques des locaux destinés à l'habitat locatif dont disposent les communes et les intercommunalités est également programmée au titre de cette action et pourra bénéficier des crédits de la DETR (avec un taux de cofinancement préférentiel pour l'utilisation de matériaux biosourcés).
Maître d'ouvrage	Action logement services pour l'accompagnement des propriétaires privés Collectivités territoriales au regard de leurs compétences en matière de politique du logement Bailleurs sociaux
Coût total	11,4M€ (7,2M€ pour l'intervention sur le parc public et 4,2M€ pour l'intervention sur le parc privé)
Plan financement	Bloc intercommunal / Etat (dans le cadre des dotations régionales) / Région Grand Est (programme « Climaxion » pour l'aide à la transition énergétique publique) / Départements / GIP « Haute Marne » / GIP « Objectif Meuse» sur le parc public sous réserve de confirmation / EDF / Action logement services / ANAH

Mesure 2.4. Réinvestir l'accompagnement des populations (5 actions)

Cigéo constitue une opportunité pour le territoire d'inverser sa tendance à la baisse démographique. La reconquête des territoires par les services à la population répond à cet objectif. Il s'agit donc, dès la phase des aménagements préalables à la construction de Cigéo, d'offrir une gamme et un niveau de services attractifs, en matière d'offre de soins, de garde d'enfants en bas âge ou scolaire et péri-scolaire, d'équipements culturels, sportifs et de loisirs.

Les financements de droit commun de l'État (DETR, FNADT notamment) viennent abonder les actions relevant de cette mesure, au regard de leur éligibilité et de leur taux d'intervention, ainsi que des disponibilités en crédits budgétaires.

2.4.1 Mise en place d'une offre de santé pluridisciplinaire sur la zone de proximité

Descriptif	La démographie médicale constitue une préoccupation réelle, au regard d'un taux de médecins généralistes et spécialistes inférieur à la moyenne nationale : 49 spécialistes pour 100 000 habitants en Meuse contre 94 au niveau national). Cette action vise donc à poursuivre le maillage des maisons de santé en zone de proximité, afin de mettre en cohérence l'offre de santé avec la population pressentie dans le cadre du projet. Plusieurs maisons de santé ont été créées au cours des dernières années à Dammarie-sur-Saulx, L'Isle-en-Rigault, Ancerville, Cousances-les-Forges, Gondrecourt-le-Château (avec une annexe à Tréveray) et Vaucouleurs. Des professionnels du secteur se coordonnent en « comités territoriaux professionnels de santé » (CTPS) de façon à poursuivre le maillage de l'offre de santé. Dans un souci d'amélioration de l'accès aux soins et de création d'un réseau de soins polyvalents de proximité, l'action intègre les projets communautaires suivants, sous réserve de validation préalable par l'agence régionale de santé du Grand-Est: - la mise en réseau des MSP existantes sur le ressort de la Communauté de communes des Portes de Meuse (*cf supra*) - l'ouverture de nouvelles MSP sur le ressort de l'agglomération de Bar-le-Duc (Ligny-en-Barrois, Tronville-en-Barrois, Bar-le-Duc « côte Sainte-Catherine », Bar-le-Duc « centre-ville », Bar-le-Duc « ville haute », Fains-Véel) - la création d'une maison des internes sur Bar-le-Duc « côte Sainte-Catherine » - la réalisation de MSP sur le ressort de la Communauté de communes du bassin de Joinville-en-Champagne (Joinville) et de la Communauté d'agglomération de Saint-Dizier Der et Blaise (Wassy, Saint-Dizier « centre- ville », Eclaron) - l'ouverture de 3 cabinets de télémédecine sur le ressort de la communauté

	professionnelle de territoire de santé (CPTS) du Vert-Bois à Saint-Dizier Enfin, la dynamique de conclusion des contrats locaux de santé est poursuivie sous la maîtrise d'ouvrage des directions territoriales des agences de santé.
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal
Coût total	18M€
Plan financement	Bloc intercommunal 20 % / Etat (DETR-DSIL) 30 % en moyenne / GIP « Objectif Meuse » (taux de cofinancement en fonction du projet) / Département Meuse (56K€ par projet) / GIP « Haute-Marne » (1,1M€ pour MSP Joinville et 0,75M€ pour MSP Wassy) / Département Haute-Marne 20 % (MSP de Wassy), Région Grand-Est (150K€ par projet)

2.4.2. Innover avec E Meuse Santé

Description	Le Département de la Meuse a répondu en septembre 2017 à l'appel à manifestation d'intérêt « territoires d'innovation de grande ambition » (TIGA) organisé dans le cadre du programme d'investissement d'avenir entre l'État et la Caisse des dépôts et consignations, par le dépôt du projet pilote « E Meuse santé ». « E Meuse Santé » permet de réinvestir les services de proximité. Il consiste à répondre aux enjeux d'accès aux soins, au bénéfice d'une population rurale qui subit les conséquences de la raréfaction médicale. « E Meuse Santé » permet d'offrir une télémédecine de proximité. Il transforme les usages et les pratiques médicales par l'apport d'infrastructures et de services numériques innovants. Il améliore les prises en charge par l'intégration des technologies du numérique (télé-consultations et télé-expertise, télé-surveillance et produits connectés). Il optimise ainsi les parcours de prise en charge médicaux et médico-sociaux et complète utilement l'infrastructure en maisons de santé pluridisciplinaires *(cf supra action 2.4.1)*. « E-Meuse Santé » a pour ambition de constituer une approche innovante et réplicable sur d'autres territoires ayant les mêmes caractéristiques démographiques : le Département de la Haute-Marne est associé pour participer au déploiement de ce projet innovant sur son territoire, sans préjudice d'une extension au bénéfice du territoire meurthe-et-mosellan.
Maître d'ouvrage	Région Grand-Est / Département de la Meuse / Département de la Haute-Marne / Département de Meurthe-et-Moselle / Agence régionale de santé Grand Est/ Assurance-maladie
Coût total	9,5M€
Plan financement	En cours de constitution Participation financière des grands groupes industriels, partenaires mutualistes et assurantiels privés.

2.4.3 Mettre en place un système d'observation de l'état de la santé et garantir un degré élevé de protection sanitaire

Descriptif	C'est une priorité de l'État que de prévoir une surveillance sanitaire au bénéfice des populations résidant à proximité de Cigéo. Dans ce cadre, il importe de créer les conditions d'un suivi sanitaire à long terme de la population, en commençant par l'élaboration d'un « état sanitaire de référence ». Les travaux relatifs à cette action seront développés sous maîtrise d'ouvrage du « Comité local d'information et de suivi du laboratoire de Bure » (CLIS). Cette démarche partenariale associe, outre le CLIS en tant que maître d'ouvrage, l'Etat, Santé Publique France, l'IRSN, l'Observatoire régional de santé, ainsi que l'INSEE. Le CLIS réalisera un cahier des charges pour identifier le partage des missions et la méthodologie de travail (identification des bases de données anonymisées pour l'étude, détermination des périmètres géographiques pour le suivi des données sanitaires). Au regard de la faible densité démographique autour de Cigéo, la méthodologie d'observation de la santé consiste à : - exploiter les données sanitaires, démographiques et socio-économiques dans les communes comprises dans 2 rayons de 25 km et de 50 km autour du projet, en exploitant notamment les données du Système national des données de santé (SNDS) sur un grand nombre de pathologies et en les comparant dans le temps et dans l'espace avec les périmètres de droits communs tels le national, la région, le département, voire d'autres périmètres présentant les mêmes caractéristiques ; - réaliser une enquête de « santé perçue » sur ces 2 périmètres qui se fonde sur une méthodologie déployée dans le cadre du 3ème Programme régional santé environnement (PRSE). L'état de référence portera sur les données 2010-2014. La collecte des données et leur exploitation seront confiées à Santé Publique France et à l'Observatoire régional de santé. La restitution de l'état sanitaire de référence devrait intervenir au printemps 2020. Cet état sanitaire sera renouvelé périodiquement (tous les 5 ans) pour observer les tendances. Tant dans le cadre des activités d'information du CLIS qu'au titre des missions de l'État et de ses agences, ces études sont destinées à informer le public et permettre de prendre toutes les mesures adaptées de protection sanitaire.
Maître d'ouvrage	Comité local d'information et de suivi du laboratoire de Bure
Coût total	0,1M€ pour la réalisation de l'état sanitaire de référence
Plan financement	Etat /Agence régionale de santé 80% / CLIS 20%

2.4.4 Offrir des équipements scolaires ou périscolaires et de garde de la petite enfance

Descriptif	Cette action vise à offrir des équipements scolaires avec notamment des services périscolaires (cantines et garderies), ainsi que des solutions d'accueil et de garde de la petite enfance adaptées (temps de travail, âge des enfants). Dans le domaine scolaire ou péri-scolaire, les 5 opérations identifiées sont les suivantes : -construction de 3 groupes scolaires (classes et services administratifs/logistiques) sur la communauté de communes du bassin de Joinville en Champagne - reconstruction du groupe scolaire Langevin-Wallon sur la communauté d'agglomération de Saint-Dizier - rénovation de l'école primaire de Gondrecourt-le-Château sur la communauté de communes des Portes de Meuse - construction d'une école sur Bar-le-Duc « quartier Saint-Jean », bénéficiant d'un plateau technique pour l'accueil des enfants en situation de handicap - réhabilitation ou reconstruction des autres sites scolaires sur Bar-le-Duc En matière de prise en charge de la petite enfance, les 4 opérations identifiées sont les suivantes : - réalisation d'une structure d'accueil de la petite enfance à Vaucouleurs (sur la communauté de communes de Commercy-Void-Vaucouleurs - création d'une micro-crèche à Demange-Baudignécourt (sur la communauté de communes des Portes de Meuse) - reprise en gestion directe des crèches associatives ou gérées par la caisse d'allocations familiales par la communauté d'agglomération de Saint-Dizier - réorganisation du réseau des assistantes maternelles agréées par la communauté d'agglomération de Saint-Dizier
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal
Coût total	28M€
Plan financement	Bloc intercommunal 20% / Etat / DETR (30 % en moyenne) DSIL pour les équipements scolaires (30 % en moyenne) / GIP « Objectif Meuse » (taux de cofinancement à déterminer), GIP « Haute-Marne » (taux de cofinancement à déterminer ; 6,4M€ pour les 3 groupes scolaires de Joinville)

2.4.5 Calibrer l'offre en équipements culturels, sportifs et de loisirs

Descriptif	Cette action vise à développer et structurer une offre de services en matières d'infrastructures de loisirs et sportifs, par des investissements dimensionnés et cohérents au regard des prévisions de croissance démographique. La communauté d'agglomération de Bar-le-Duc objectivera ses équipements par la réalisation en 2019 d'un schéma communautaire du sport pour les travaux de rénovation et mise aux normes, de spécialisation de certains équipements et de construction éventuelle de nouveaux équipements. D'ores et déjà, la priorité est donnée aux équipements sportifs dont le rayonnement dépasse les limites communautaires (construction d'un hall bouliste, requalification des gymnases

	Bradfer de Bar-le-Duc et Vernet de Ligny-en-Barrois) ou dont la localisation se situe en quartier prioritaire au titre de la politique de la ville. La communauté de communes des Portes de Meuse porte le projet de construction d'un gymnase à Haironville et d'un bassin d'eau vive à Ancerville. La communauté d'agglomération de Saint-Dizier Der et Blaise est maître d'ouvrage pour l'extension et la rénovation du centre nautique de Saint-Dizier, la construction d'un complexe sportif, la construction d'un pôle d'athlétisme. La communauté de communes du bassin de Joinville en Champagne est maître d'ouvrage pour la réalisation d'un complexe sportif et nautique. Concernant les équipements culturels, la communauté d'agglomération de Bar-le-Duc Sud Meuse porte le projet de requalification des bâtiments accueillant le Musée Barrois et la Médiathèque Jean Jeukens.
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal
Coût total	57,7M€ (Communauté d'agglomération de Saint-Dizier Der et Blaise : 8,9M€ / Communauté de communes du bassin de Joinville en Champagne : 14M€ / Communauté de communes des Portes de Meuse : 6,3M€ / Communauté d'agglomération de Bar-le-Duc Sud Meuse : 28,5M€)
Plan financement	Bloc intercommunal 20% / Etat (DETR 20 % a minima) / GIP « Objectif Meuse » (sous réserve de confirmation) / GIP « Haute-Marne » (30% pour le projet porté par la CA de Saint-Dizier Der et Blaise ; 50 % pour le projet porté par la Codecom du Bassin de Joinville en Champagne) / Département de Haute-Marne (14 % pour le projet porté par la Codecom du Bassin de Joinville en Champagne)

PROJET DE
DEVELOPPEMENT DU TERRITOIRE
POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE
CIGEO

Orientations des axes 3 et 4

3. Renforcer l’attractivité de la Meuse et de la Haute-Marne par des mesures d’aménagement structurantes

4. Pérenniser l’excellence économique et environnementale de la Meuse et de la Haute-Marne

3. RENFORCER L'ATTRACTIVITE DE LA MEUSE ET DE LA HAUTE-MARNE PAR DES MESURES D'AMENAGEMENT STRUCTURANTES (13 ORIENTATIONS)

Mesure 3.1. Permettre le développement d'alternatives au tout routier pour les déplacements et le fret (4 orientations)

3.1.1 Favoriser le développement de zones d'activité bénéficiant d'une desserte multimodale

3.1.2 S'appuyer sur la gare Meuse TGV pour le développement d'activités

3.1.3 Organiser et faciliter les déplacements professionnels ou domicile-services

3.1.4 Amplifier le recours à la mobilité électrique

Mesure 3.2. Sécuriser et améliorer les itinéraires de transport (6 orientations)

3.2.1 Analyser et améliorer les conditions de circulation et de sécurité sur le réseau routier national

3.2.2 Aménagements de la RD 9

3.2.3 Aménagements de la RD 151

3.2.4 Réalisation de diagnostics d'itinéraire et de sécurité complémentaires

3.2.5 Etudes et acquisitions foncières pour le contournement de Langres par la RN 19

3.2.6 Facilitation des déplacements Nord-Sud en Meuse

Mesure 3.3. Compléter progressivement la gamme des services à la population (3 orientations)

3.3.1 Création de conciergeries d'entreprises

3.3.2 Equipements éducatifs, sociaux, culturels, sportifs et touristiques

3.3.3 Equipements commerciaux et de déplacement

4. PERENNISER L'EXCELLENCE ECONOMIQUE ET ENVIRONNEMENTALE DE LA MEUSE ET DE LA HAUTE-MARNE (13 ORIENTATIONS)

Mesure 4.1. Faire émerger des filières économiques d'excellence (6 orientations)

4.1.1 Permettre l'émergence d'une filière du génie civil spécialisée dans les travaux souterrains

4.1.2 Créer un cluster du nucléaire

4.1.3 Renouer avec la filière métallurgique par des programmes de recherche et développement

4.1.4 Accompagner la transition agricole-sylvicole à partir des opportunités qu'induit le projet Cigéo

4.1.5 Valoriser les productions agricoles et forestières

4.1.6 Mettre en place une gestion durable de la ressource forestière

Mesure 4.2 Valoriser les paysages et le patrimoine naturel (3 orientations

4.2.1 Connaître et préserver le patrimoine géologique

4.2.2 Améliorer l'état des cours d'eau et des zones humides et accompagner le développement de la petite hydroélectricité

4.2.3 Traduire la stratégie paysagère à travers les plans de paysage triennaux

Mesure 4.3 Mettre en valeur le patrimoine bâti (2 orientations)

4.3.1 Valoriser les sites emblématiques et leur périphérie

4.3.2 Valoriser le patrimoine bâti agricole et favoriser son intégration paysagère

Mesure 4.4. Faire émerger des centres de diffusion de la connaissance scientifique (2 orientations)

4.4.1 Création d'un centre de diffusion de la connaissance liée aux activités de l'ANDRA

4.4.2 Création d'un centre de la culture scientifique et technique dans la continuité de l'aménagement du collège Gilles de Trèves

PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE CIGÉO

Axe 3

Renforcer l'attractivité de la Meuse et de la Haute-Marne par des mesures d'aménagement structurantes

La construction de Cigéo, à compter de l'autorisation de création, va nécessiter, eu égard aux retombées socio-économiques positives pour les deux départements (attractivité territoriale renforcée, forte augmentation de l'activité économique, installation de populations) des investissements complémentaires structurants.

Les orientations prévues au titre de cet axe constituent, à la date de signature du PDT, les priorités d'intervention qui ont émergé des réflexions partenariales conduites depuis juillet 2016, et pour lesquelles un approfondissement de leur mise en œuvre doit être poursuivi. Elles pourront intégrer le périmètre d'une contractualisation ultérieure sous réserve de leur soutenabilité budgétaire. Certaines des actions pourront être proposées à la programmation d'un prochain CPER.

L'échéance pour cette seconde étape de la contractualisation sera fixé par le CHN.

Mesure 3.1. Permettre le développement d'alternatives au tout routier pour les déplacements et le fret (4 orientations)

Afin de favoriser le développement des deux départements, il est nécessaire d'améliorer la connexion entre les différents espaces économiques, les lieux de vie ou de consommation et les espaces de travail. Cela ne passe pas uniquement par la densification du maillage routier ou les investissements destinés à fluidifier les trafics, mais également par le recours à d'autres modes de déplacement.

Dans ce cadre, il s'agira de permettre le développement de zones d'activités mieux desservies par une offre de transport multimodale. Il s'agira également d'installer une offre de transport permettant de faciliter les déplacements quotidiens.

Une démarche environnementalement vertueuse, visant à réduire la part des émissions de gaz à effet de serre, justifie que soit facilité l'usage de véhicules et de moyens de transport collectifs propres.

3.1.1 Favoriser le développement de zones d'activité bénéficiant d'une desserte multimodale

Descriptif	Dans le prolongement de l'opération de réaménagement de la voie ferrée nécessaire à l'acheminement des matériels et matériaux nécessaires à la construction de Cigéo (*cf action 1.2.1 supra*), il s'agit de permettre une circulation quotidienne au-delà de 8 trains de fret sur cette voie unique par la réalisation de travaux de signalisation correspondant à la mise en place d'une commande centralisée de voie banalisée. Il est rappelé que les seuls besoins de Cigéo, que ce soit en approvisionnement

	de matériaux ou en transports de déchets, resteront toujours inférieurs à ce seuil de 8 trains par jour. Aussi, les études et les travaux permettant d'aller au-delà de cette capacité pourraient être envisagés en fonction des besoins économiques supplémentaires. Par ailleurs, l'opportunité de développement de zones d'activité bénéficiant d'une desserte fluviale pourra être étudiée.
Maître d'ouvrage	SNCF réseau
Coût total	Renforcement des capacités de la voie 027000 : 20 M€ (2 M€ pour la phase études et 18 M€ pour les travaux)
Plan financement	À déterminer avec les futurs acteurs économiques locaux (dès que la fréquence quotidienne sera supérieure à 8 trains)

3.1.2 S'appuyer sur la gare Meuse TGV pour le développement d'activités

Descriptif	La gare Meuse TGV constitue un atout important en reliant le territoire en 1 h à Paris et l'aéroport de Roissy-Charles De Gaulle, en 50 minutes à Strasbourg capitale européenne et de région. Elle représente donc une opportunité de désenclavement et ses dessertes devront donc être développées. Le Centre d'affaires « Coeur de Meuse », construit par la Chambre de commerce et d'industrie territoriale Meuse-Haute Marne dans le cadre de l'aménagement de la zone d'intérêt départementale « Meuse TGV », offre des espaces de bureau, de réunion et co-working à des entreprises. L'ANDRA utilise une partie des espaces créés pour répondre à ses besoins. De fait, la gare TGV et sa zone d'activités constituent un équipement structurant pour le territoire. Ses confortement et développement s'inscriront dans un schéma directeur global afin d'en faire un pôle multi-services, ce qui offre deux opportunités : - développer de l'activité économique : faire vivre et renforcer les aménagements périphériques tels que le Centre d'Affaires « Cœur de Meuse », par des démarches de marketing territorial permettant l'implantation d'entreprises et le développement de services aux entreprises et leurs salariés (points de restauration et commerces) - réduire le recours au véhicule individuel: mettre en œuvre une offre multi-modale permettant d'interconnecter la gare (bornes électriques, nouvelles mobilités, taxis, transports collectifs, mise à disposition de véhicules en location)
Maître d'ouvrage	Chambre de commerce et d'industrie territoriale Meuse - Haute Marne Agence « Meuse Attractivité »
Coût total	A déterminer
Plan financement	A déterminer

3.1.3 Organiser et faciliter les déplacements professionnels ou domicile-services

Descriptif	Il s'agit de renforcer l'accessibilité aux différents sites d'activités économiques, en offrant des alternatives à l'utilisation du véhicule individuel: facilitation de l'intermodalité, développement de nouvelles mobilités. Afin de permettre la mise en place de ces différents services, un plan de déplacement d'entreprise, porté par l'ANDRA et articulé avec un plan de déplacement inter-entreprises (que porterait l'association inter-entreprise) seront réalisés. Une étude préalable à la définition de ce plan sera engagée. En complément de ces démarches, les collectivités et autorités organisatrices des transports s'engageront à mener des démarches facilitant les déplacements quotidiens.
Maître d'ouvrage	ANDRA
Coût total	A déterminer
Plan financement	ANDRA

3.1.4 Amplifier le recours à la mobilité électrique

Descriptif	L'objectif de réduction des émissions de gaz à effet de serre justifie l'amplification du recours à la mobilité électrique et constitue une perspective adaptée aux besoins du territoire. Cette orientation s'inscrit dans le prolongement de l'action en cours de réalisation par les deux syndicats départementaux compétents en matière de déploiement des « infrastructures de recharge pour les véhicules électriques » (IRVE), avec le concours d'EDF qui a apporté son expertise technique et a également pris en charge l'étude de définition des besoins en 2016. L'action en cours, qui pourrait trouver un prolongement, consiste à implanter 74 bornes électriques sur les deux départements de la Meuse et de la Haute-Marne (44 bornes en Meuse et 30 bornes en Haute-Marne) : pas seulement autour de Cigéo et des zones économiques périphériques, mais également à proximité d'autres lieux d'activité professionnelle (y inclus les gares TER/TGV/Meuse TGV), en centre bourgs et en zones touristiques.
Maître d'ouvrage	Syndicat départemental des énergies de la Meuse (FUCLEM) pour la Meuse et Syndicat départemental Energie et Déchets (SDED) pour la Haute-Marne
Coût total	1 M€ (estimation 2019) : 0,5M€ en Meuse et 0,5M€ en Haute-Marne, incluant les travaux de pose des bornes de recharge, le raccordement électrique et la maintenance sur 3 ans
Plan financement	Pour la Meuse : ADEME 183 K€, Etat/FNADT 152 K€, FUCLEM 165K€ Pour la Haute-Marne : SDED 250K€, communes bénéficiaires et GIP « Haute-Marne » 250K€

Mesure 3.2. Sécuriser et améliorer les itinéraires de transport (6 orientations)

La densité du maillage routier constitue un élément impactant pour le développement de l'activité économique et les conditions de vie des populations.

Dans le prolongement des actions de densification et de sécurisation du réseau routier lancées en phase d'aménagements préalables, les orientations inscrites au titre de cette mesure répondent à deux objectifs :
- poursuivre l'amélioration de la desserte de Cigéo depuis les pôles urbains ou secondaires et les zones d'activité existantes ou en devenir,
- sécuriser et améliorer les conditions de circulation et éviter que l'augmentation de trafic ne crée des points de saturation ou ne génère des accidents.

3.2.1 Analyser et améliorer les conditions de circulation et de sécurité sur le réseau routier national

Descriptif	Il s'agit de déterminer les aménagements supplémentaires du réseau routier national nécessaires pour assurer des conditions de circulation satisfaisantes. Les diagnostics conduits par le CEREMA permettraient de cibler des aménagements de tronçons complémentaires de ceux qui sont programmés au titre de l'axe 1 du PDT, sur la RN67, sur la RN 19 entre Rolampont et Fayl-Billot et sur la RN 135 entre Bar-le-Duc et la déviation de Velaines (*cf supra action 1.1.7)*, incluant le contournement de Tronville-en-Barrois Les aménagements proposés dans le cadre de ces diagnostics pourront relever du CPER ou de financements nationaux SURE selon les priorités de sécurisation du réseau établies par la DIR Est.
Maître d'ouvrage	Etat
Coût total	À déterminer au regard des aménagements qui seront programmés en comité de pilotage du réseau routier national
Plan financement	A déterminer

3.2.2 Aménagements de la RD 9

Descriptif	La RD 9 permet de relier Cigéo depuis la RN 67. L'aménagement de la portion de RD9 entre Chevillon et la limite départementale permettra d'améliorer, en Haute-Marne, les conditions de déplacement domicile-travail entre la vallée de la Marne et Cigéo. Son prolongement en Meuse serait également à étudier, en complément des aménagements déjà réalisés (*cf supra action 1.1.4*).
Maître d'ouvrage	Département de la Haute-Marne / Département de la Meuse
Coût total	Pour la Haute-Marne : 2,3M€ (estimation 2019 sous réserve des études d'avant-projet)
Plan financement	GIP « Haute-Marne » / Département Haute-Marne

3.2.3 Aménagements de la RD 151

Descriptif	L'objectif de ce projet consiste à améliorer les conditions de déplacement domicile-travail, en priorisant la section de RD 151 comprise entre Germay et la RD 60, d'une distance de près de 10 km, sans préjudice d'autres aménagements éventuels.
Maître d'ouvrage	Département Haute-Marne
Coût total	2,8M€ (estimation 2019 sous réserve des études d'avant-projet)
Plan financement	GIP « Haute-Marne » 80 % / Département Haute-Marne 20 %

3.2.4 Réalisation de diagnostics d'itinéraire et de sécurité complémentaires

Descriptif	Plusieurs itinéraires peuvent être potentiellement ciblés pour les déplacements domicile-travail depuis les pôles urbains, secondaires ou d'appui des deux départements. Sur ces itinéraires non encore ciblés par une action, une augmentation de trafic quotidien liée à Cigéo et plus largement à l'accroissement de l'activité économique est envisageable. Sans préjudice de la confirmation et de l'objectivation de ce constat, le principe de programmer des diagnostics supplémentaires est arrêtée au titre de cette action.
Maître d'ouvrage	Gestionnaires de voirie
Coût total	A déterminer
Plan financement	A déterminer

3.2.5. Etudes et acquisitions foncières pour le contournement de Langres par la RN 19

Descriptif	Le projet de contournement de Langres fait suite à l'abandon du projet autoroutier entre Langres et Vesoul. Dans ce cadre, il s'agirait, après avoir diligenté les études sur le contournement de Langres et programmé les acquisitions foncières qui en découlent (lancées à compter du rendu des travaux en cours au sein du conseil d'orientation des infrastructures, concernant la liaison Langres-Vesoul), de proposer les travaux en découlant.
Maître d'ouvrage	Etat_
Coût total	5 M€
Plan financement	Etat 60 % / Région Grand-Est / Département Haute-Marne

3.2.6 Facilitation des déplacements Nord - Sud en Meuse

Descriptif	Le projet de contournement Est de Verdun consiste à réaliser 3,5 km de route, depuis la RD 603 jusqu'au giratoire de l'Europe (sur les emprises des communes de Verdun, Belrupt et Haudainville), pour permettre le rabattement du secteur Nord-Est du département vers la gare Meuse TGV. Ce projet permettra de générer des gains de temps pour les transports routiers et l'économie locale, de dévier la circulation des PL de la partie Nord Est de l'agglomération de Verdun vers le sud du département. Cette route devrait accueillir environ 10 000 véhicules par jour. Les études techniques et les acquisitions foncières préalables sont inscrites à l'avenant du CPER 2015-2020 (une des 3 opérations sur le Grand-Est, pour un montant de 2,5M€). Les travaux qui en découleront pourraient faire l'objet d'une contractualisation. Un axe routier rapide Nord-Sud pour le développement du département reste une condition essentielle notamment pour que les opérateurs économiques du nord meusien puissent participer au projet Cigéo.
Maître d'ouvrage	Département de la Meuse
Coût total	11M€ (estimation 2019 sous réserve des études d'avant-projet complémentaires).
Plan financement	A déterminer

Mesure 3.3. Compléter progressivement la gamme des services à la population (3 orientations)

La couverture territoriale en services à la population sera densifiée conformément aux orientations des schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services aux publics, afin d'aboutir à une offre de services cohérente et complémentaire des actions qui auront été engagées dès la phase des aménagements préalables (*cf supra mesures 2.3. et 2.4*). En particulier, des projets éducatifs (écoles et centre de formation) sur les deux géographies départementales auront vocation à être portés dans le PDT.

Il s'agit de projets portés essentiellement par des maîtrises d'ouvrage publiques, correspondant à des besoins d'équipements objectivés à l'analyse des évolutions démographiques et des perspectives de développement économique. Un soutien marqué sera apporté aux projets à performance énergétique élevée, dans le cadre d'une politique publique de maîtrise de l'énergie.

3.3.1 Création de conciergeries d'entreprises

Descriptif	Cette orientation vise à créer une ou plusieurs conciergeries d'entreprises permettant d'offrir un ensemble de prestations de service du quotidien aux salariés sur leur lieu de travail (pressing, repassage ou retouche de vêtements, cordonnerie, réception de colis personnel, entretien des véhicules personnels, restauration ou autres commerces de détail). En effet, dans le cadre de Cigéo, l'ANDRA a estimé le nombre de personnes sur site directement affectées au projet à 500 à compter des premières autorisations de travaux issues de la déclaration d'utilité publique, avec un pic à 2000 à compter de l'autorisation de création, avant de retomber à 600 en phase d'exploitation courante. Ces salariés auront besoin de disposer de services situés à proximité de leur lieu de travail. Cela suppose l'implantation d'une conciergerie d'entreprises en proximité, non seulement de Cigéo, mais des autres entreprises susceptibles de venir s'implanter. Une conciergerie d'entreprises pourrait également trouver place en proximité de la gare Meuse TGV(*cf supra orientation 3.1.2*). La conciergerie d'entreprise pourra prendre la forme d'une plate-forme dématérialisée de services à la personne, à mettre en place pour recueillir les demandes des salariés dans leurs démarches extra-professionnelles et y répondre dans des délais très courts. En proximité de Cigéo, elle pourrait utilement regrouper les services d'intermédiation pour l'embauche ou la recherche de logement respectivement mis en place par Pôle Emploi et Action logement services (*cf supra actions 2.2.3 et 2.3.3*)
Maître d'ouvrage	ANDRA / Chambre de commerce et d'industrie territoriale Meuse - Haute-

	Marne
Coût total	Selon projet
Plan financement	A déterminer

3.3.2 Équipements éducatifs, sociaux, culturels, sportifs et touristiques

Descriptif	L'objectif de cette orientation consiste à poursuivre le maillage territorial de la zone de proximité (*cf supra mesure 2.4*) par la réalisation de différents équipements publics ou privés ayant vocation à proposer une offre enrichie de formation, de loisirs et de culture, d'information et d'activités sportives, portés par les intercommunalités. Il reviendra à chaque maître d'ouvrage, dans le cadre de priorités d'aménagement concertées, d'effectuer une revue des projets initialement recensés de façon à en confirmer l'objectivité et en arrêter le calendrier et le plan de financement.
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal
Coût total	Selon projet
Plan financement	A déterminer

3.3.3 Equipements commerciaux et de déplacement

Descriptif	Cette orientation vise à améliorer l'attractivité commerciale des centre-villes (pôles urbains et secondaires notamment) et se traduira par des projets de requalification de centre-ville, de création de salles multifonctions pour salons, foires ou expositions, de bâtiments commerciaux relais, d'un pôle d'échange multimodal. Chaque maître d'ouvrage sera amené, au regard de priorités d'aménagement concertées, d'effectuer une revue des projets initialement recensés de façon à confirmer l'objectivité et en arrêter le calendrier et le plan de financement.
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal
Coût total	Selon projet
Plan financement	A déterminer

PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE CIGÉO

Axe 4

Pérenniser l'excellence économique et environnementale de la Meuse et de la Haute-Marne

Cigéo va permettre de conforter progressivement les conditions d'une excellence territoriale fondée sur des savoir-faire innovants, notamment dans les domaines de la transition énergétique, de la maintenance industrielle et métallurgique, du génie civil en environnement souterrain, au bénéfice de la filière agricole-sylvicole.

Cigéo permettra de faire venir et ancrer durablement les entreprises sur le territoire. La construction sur la durée de clubs d'entreprises et de partenariats avec le monde de l'enseignement supérieur et de la recherche permettra de stimuler l'expérimentation et la mise en place de procédés industriels ou agricoles innovants. L'initiative gouvernementale « Territoires d'industrie » donne un autre cadre contractuel à cette dynamique.

La volonté de préserver les espaces naturels et le patrimoine bâti qui composent aussi l'identité des deux départements, symbolise la dynamique environnementale et écologique vertueuse du PDT.

Enfin, il est essentiel d'installer durablement la Haute-Marne et la Meuse dans la transition énergétique et de s'appuyer sur les dynamiques engagées pour en faire un territoire d'avenir. Le projet de développement du territoire pour l'accompagnement de Cigéo pourra ainsi présenter et accompagner des projets de développement des énergies renouvelables (fermes solaires, méthanisation, centres de recherche sur le stockage etc) et pour lesquels l'opérateur qu'est EDF est en capacité de participer à travers son savoir-faire et ses technologies.

Mesure 4.1. Faire émerger des filières économiques d'excellence (6 orientations)

Afin de permettre à la population de profiter des opportunités d'emploi liées à Cigéo et à l'installation d'autres entreprises, un travail de structuration et d'appui au développement des filières stratégiques doit être progressivement réalisé. Deux types de filières ont été retenues : les filières directement impactées par l'installation de Cigéo et les filières pré-existantes à Cigéo.

L'émergence d'une filière électro-nucléaire est directement liée à Cigéo car la mise en œuvre de ce projet devrait avoir un effet accélérateur pour l'implantation d'autres entreprises. Elle recrute des emplois hautement qualifiés et justifierait des partenariats avec les universités, les centres de recherche, les établissements scolaires et les centres ou instituts de formation professionnelle. Il en est de même de la filière du génie civil dans sa spécialisation des travaux en milieu souterrain : les coopérations universitaires déjà conclues (notamment pour l'expérimentation d'un pôle de compétences en environnement souterrain) devraient être poursuivis et élargis à d'autres universités, établissements scolaires (lycées professionnels, maison familiale rurale) ou des centres de recherche.

Le développement d'une spécialisation territoriale en lien avec les opérations actuelles et futures de démantèlement du parc nucléaire constituerait une opportunité porteuse et cohérente avec le projet Cigéo.

Concernant les filières existantes, deux autres filières sont également prioritaires, compte tenu des spécificités du territoire : la filière agricole-sylvicole (à travers la modernisation et optimisation des exploitations, le développement des circuits courts, l'adaptation du modèle économique et la diversification des sources de revenus avec le soutien des projets de méthanisation) et la filière de la transformation des matériaux ferreux, héritage de la tradition industrielle des deux départements, avec la mise au point de procédés d'usinage et de maintenance innovants, la conception de procédés de recyclage des métaux issus notamment de la filière nucléaire et à très faible activité.

4.1.1 Permettre l'émergence d'une filière en génie civil spécialisée dans les travaux souterrains

Descriptif	Il s'agit de s'appuyer sur un diagnostic permettant d'établir de manière précise la liste des compétences et entreprises des départements de la Meuse et de la Haute-Marne aptes à répondre, dans la durée, aux spécifications fixées par l'ANDRA pour l'intervention en milieu nucléaire sous-terrain et aux contrôles réalisés par l'Autorité de sûreté nucléaire. Ce diagnostic s'inscrirait dans la continuité de l'étude CAESAAR et de l'engagement de développement en faveur de l'emploi et des compétences (EDEC) dans le BTP mis en place à compter de 2018. La durée très longue de construction de Cigéo, les contraintes techniques et réglementaires de ce chantier (combattre les risques d'infiltration des eaux, assurer la ventilation des puits ou la récupérabilité des colis, sécuriser les alvéoles), la prise en compte des résultats des contrôles qualité des travaux permettront l'émergence progressive d'une filière du génie civil spécialisée dans les travaux souterrains. Cette filière tire profit de la mis en place du PoCES expérimenté depuis 2018 (*cf supra action 2.2.2.*).
Maître d'ouvrage	A déterminer
Coût total	A déterminer
Plan financement	A déterminer

4.1.2 Créer un cluster du nucléaire

Descriptif	Il s'agit de porter une dynamique industrielle de formation, de recherche, de maintenance et de logistique dédiée à la filière électro-nucléaire. La création d'un cluster dédié à la filière nucléaire s'inscrit dans le cadre de la présence des opérateurs historiques de la filière : implantations (TNI à Void-Vacon, EDF à Velaines ou Bure), formation continue des salariés d'EDF au centre de formation « essais non destructifs » de Saint-Dizier, partenariat avec le lycée Blaise Pascal de Saint-Dizier pour les étudiants en BTS. La mise en service de la base de maintenance de Saint-Dizier (gérée par SOCODEI, filiale d'EDF) constitue un autre exemple de coopération avec des entreprises locales appelées à intervenir pour le compte des sous-traitants de rang 1 d'EDF. Le service proposé par Energic ST 52/55 pour le fonctionnement de la BAMAS permet de faire le lien avec les entreprises locales. Le retour d'expérience, à 18 ou 24 mois à compter de la mise en service, permettra d'en répliquer le principe avec la mise en place d'un « bureau de service industriel » pour le compte ultérieur de Cigéo. Le recours aux plate-formes de formation sera poursuivi et enrichi, sur la base des partenariats actuels avec les lycées professionnels Ligier Richier de Bar-le-Duc et Blaise Pascal de Saint-Dizier, de façon à enrichir le catalogue et le contenu des formations proposées. Parallèlement, un focus destiné à cartographier les besoins quantitatifs et qualitatifs pour la maintenance nucléaire viendra compléter le contrat d'études prospective régional (CEP) réalisé par la Direccte en 2017-2018 sur la filière nucléaire Grand-Est.
Maître d'ouvrage	EDF / Orano / CEA / Agences « Meuse Attractivité » et « Haute-Marne expansion » / Chambre de commerce et d'industrie territoriale Meuse – Haute-Marne / Lycées professionnels / réseau des Maisons familiales et rurales
Coût total	A déterminer
Plan financement	A déterminer

4.1.3 Renouer avec la filière métallurgique par des programmes de recherche et développement

Descriptif	Cette orientation vise à s'appuyer sur le potentiel de la filière traditionnelle de transformation des matériaux ferreux et la diversifier en lui permettant d'avoir accès à des procédés innovants pour l'élaboration de matériaux durables du futur (réalisation de pièces en alliage léger pour l'industrie automobile, aéronautique ou énergétique) ou le traitement des matériaux (décontamination de pièces liées au démantèlement nucléaire, nettoyage des échangeurs de centrales). La recherche et développement sur ces procédés doit permettre aux entreprises

	locales de monter en compétences et capter de nouveaux marchés, sur la base des projets en cours : - le développement d'une filière de valorisation des déchets métalliques TFA portés par Orano et EDF, ce qui permettrait d'utiliser des lingots d'acier banalisés dans un domaine conventionnel, en partenariat avec les fondeurs du territoire et avec l'appui du GIP « Objectif Meuse » - le démonstrateur de funiculaire pour la descenderie de Cigéo développé par POMA, avec l'appui du GIP « Haute-Marne » - le projet « Cicéron 1600 » porté par le CEA et des partenaires académiqes et industriels, qui consiste à concevoir, réaliser et exploiter un pôle d'innovation de compression iso-statique à chaud (CIC) pour le développement des marchés de la métallurgie des poudres en particulier L'action permet de soutenir les activités de recherche des laboratoires industriels (Centres régionaux d'innovation et de transfert de technologies, mention « Techniques de jet de fluides pour l'usinage » de Bar-le-Duc ou mention « Matériaux, dépôts et traitement de surface » de Nogent-en-Bassigny) qui sont appuyés par les 2 GIP « Objectif Meuse » et « Haute-Marne ».
Maître d'ouvrage	Les opérateurs de la filière (ANDRA pour le démonstrateur du funiculaire, société CICERON à créer pour la plate-forme de compression isostatique à chaud, Orano et EDF pour la filière de valorisation des déchets métalliques, EDF)
Coût total	9,73M€ pour le démonstrateur du funiculaire
Plan financement	ANDRA / GIP « Haute-Marne » pour le démonstrateur du funiculaire (10%) / GIP « Objectif Meuse »

4.1.4 Accompagner la transition agricole-sylvicole à partir des opportunités qu'induit le projet Cigéo

Descriptif	Les constats dressés par l'observatoire pérenne de l'environnement de Cigéo doivent permettre aux exploitants agricoles d'avoir recours à de nouvelles technologies dans les exploitations par l'équipement numérique et robotique, pour améliorer la productivité et la qualité de vie des exploitants. L'enjeu du volet agricole de l'OPE consiste donc à développer des pratiques agricoles vertueuses au plan environnemental, tout en maintenant, voire en développant le revenu agricole. Il est proposé, dans cette perspective, de créer un réseau de fermes de référence spécifiques, les fermes de référence étant aussi des espaces test, et donc des fermes pilotes pour de nouvelles pratiques et de nouvelles technologies. Par ailleurs, et sans préjudice de la première orientation au bénéfice des fermes pilote, l'ANDRA et les chambres d'agriculture ont entamé une série de

	consultations destinées à déterminer les modalités de prise en compte de la compensation collective agricole due au regard de Cigéo. L'animation conduite dans le cadre du dispositif de ces compensations économiques a permis de dégager à ce stade un premier axe d'intervention au bénéfice de projets de méthanisation pour disposer de compléments de revenu. Le soutien aux projets de méthanisation bénéficie d'ores et déjà d'un appui d'EDF, en lien avec les chambres professionnelles, à travers les bonifications de prêts sur les investissements des agriculteurs (près de 2M€ de bonifications entre 2013 et 2018 inclus), d'un appui du GIP « Haute-Marne » (près de 2M€ entre 2013 et 2018 inclus). Les GIP « Haute-Marne » et « Objectif Meuse » auraient vocation à soutenir, outre les réalisations d'unités de méthanisation, les projets de réseaux de chaleur biomasse. Les orientations dégagées des travaux que conduit l'OPE d'une part, le groupe de travail sur la mise en œuvre des compensations collectives agricoles d'autre part, ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Elles visent à accompagner la filière agricole-sylvicole et à constituer un territoire d'excellence et d'innovations.
Maître d'ouvrage	Chambres d'agriculture de Meuse et de Haute-Marne
Coût total	A déterminer
Plan financement	GIP « Objectif Meuse » / GIP « Haute-Marne » / Fonds de compensation collective agricole / EDF

4.1.5 Valoriser les productions agricoles et forestières

Descriptif	Cette orientation vise à valoriser les productions agricoles et forestières pour y créer de la valeur ajoutée et des emplois : il s'agira de soutenir financièrement les investissements matériels et immatériels nécessaires à la transformation et à la commercialisation des produits agricoles et forestiers, à l'agritourisme, à la diversification des productions agricoles (filières végétales ou animales spécialisées) et à la valorisation des filières bois innovantes. Le GIP « Haute-Marne » accompagne les investissements forestiers en améliorant les dessertes forestières et soutenant les investissements en sylviculture (plantation et régénération). Il accompagne la modernisation des entreprises de travaux forestiers et les entreprises de transformation. EDF a fait part de son souhait de s'engager dans un programme d'accompagnement. Le CEA contribue à l'activité économique de fabrication et de commercialisation du charbon de bois à travers l'accord de partenariat en recherche et développement conclu avec Carbo France (premier producteur de charbon de bois) pour développer un procédé innovant de carbonisation permettant de rallonger la durée de vie des fours de production et contribuant à

	l'activité économique de fabrication et commercialisation du charbon de bois, source de revenu de la filière forestière.
Maître d'ouvrage	Propriétaires forestiers privés et communes forestières, entreprises de la filière bois
Coût total	10M€ sur une durée prévisionnelle de 10 ans (estimation 2019)
Plan financement	GIP « Haute-Marne »

4.1.6 Mettre en place une gestion durable de la ressource forestière

Descriptif	Cette orientation vise à optimiser la ressource forestière privée en perfectionnant les conditions de sa gestion et de son exploitation. La Meuse et la Haute-Marne comptent environ 48 000 propriétaires dont 42 000 possèdent moins de 2 ha de forêt. Les 20 000 petits propriétaires de la zone de proximité seront encouragés à s'engager dans des documents de gestion durable (DGD), l'objectif étant de réaliser 200 DGD annuels. Ces petits propriétaires forestiers et les élus des communes forestières de la zone de proximité bénéficieront de formations dispensées par les établissements de formation agricoles (gestion durable, plans de coupe, apprentissage du numérique, connaissance de la réglementation).
Maître d'ouvrage	Chambres d'agriculture de la Haute-Marne et de la Meuse / Syndicats des sylviculteurs et producteurs / Etat / Direccte la réalisation d'un EDEC « bois » et d'un contrat d'objectif territorial (COT) « bois ».
Coût total	1,3M€ sur une durée prévisionnelle de 5 ans (estimation 2019)
Plan financement	A finaliser

Mesure 4.2 Valoriser les paysages et le patrimoine naturel (3 orientations)

La valorisation du paysage et des milieux naturels fera également l'objet d'une attention particulière. En effet, le paysage fait l'originalité et la richesse d'un territoire, tout en étant porteur de sens pour les populations. C'est un élément important de la qualité du cadre de vie.

Aussi, il est nécessaire que les collectivités locales anticipent les changements induits par le projet et mettent en valeur leur territoire à travers la définition d'une stratégie paysagère partagée. De même, différentes mesures permettant d'améliorer la connaissance du patrimoine naturel sont prévues, afin de mettre en place des mesures de protection et de valorisation adaptées. Il s'agit de mesures concernant la connaissance des forêts, du patrimoine géologique et des cours d'eau. Certaines de ces mesures s'appuieront sur les connaissances acquises sur l'environnement local depuis 2007 par l'Observatoire Pérenne de l'Environnement (OPE).

4.2.1 Connaître et préserver le patrimoine géologique

Descriptif	Le projet Cigéo impactera plus particulièrement le sol et le sous-sol situés sur le site de la descenderie à Saudron. Les richesses géologiques faisant partie intégrante du patrimoine naturel, cette action vise à faire du territoire de Cigéo un secteur pilote de la préservation et la valorisation du patrimoine géologique. Parallèlement, cette action permettra de mutualiser la préservation et la connaissance des géologies de proximité (carrières du Perthois, site Natura 2000 « Le cul du cerf à Orquevaux ») lorrain et champardennais. La diffusion de cette connaissance se traduit par un programme pluriannuel de valorisation pédagogique des différents sites géologiques et une valorisation pédagogique annuelle par le biais des visites de scolaires.
Maître d'ouvrage	- Etat pour la phase préliminaire d'amélioration de la connaissance (inventaire national du patrimoine géologique) - partenarial pour la phase de protection et de valorisation des sites d'intérêt géologiques : multiple (Etat, collectivités, ANDRA, associations de géologie).
Coût total	50K€ pour la phase préliminaire d'amélioration de la connaissance. A déterminer en phase 2
Plan financement	À définir

4.2.2 Améliorer l'état des cours d'eau et des zones humides et accompagner le développement de la petite hydroélectricité

Descriptif	Les rejets de Cigéo seront limités aux rejets d'eaux usées des installations (zone descenderie et zone puits) et seront conformes à la réglementation.

	Pour autant, l'état hydromorphologique de la Marne, de l'Ornain et de la Saulx et leurs affluents n'est pas de qualité suffisante au regard de la directive cadre sur l'eau de 2000 et justifie une programmation annuelle de restauration (entretien, renaturation, rétablissement de la continuité écologique) conformément aux axes du Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux (SDAGE) du bassin de la Seine. Cette restauration concerne à la fois les cours d'eau et les zones humides. Par ailleurs, le développement de la petite hydroélectricité pourrait être soutenu via la mise en place de subventions pour la réalisation d'études de potentiel ou d'études de faisabilité pour les porteurs de projets qui souhaiteraient s'inscrire dans la dynamique d'appel d'offres lancée par le ministère de la transition écologique et solidaire. Les Chambres d'agriculture ont vocation à être associées à ces réflexions.
Maître d'ouvrage	Agence de l'eau Seine-Normandie / Communauté de communes des Portes de Meuse / Communauté de communes du bassin de Joinville-en-Champagne / Chambres d'agriculture
Coût total	A déterminer
Plan financement	Agence de l'eau Seine-Normandie / ANDRA (au titre des compensations environnementales) / ADEME / Intercommunalités / GIP « Haute-Marne » (à hauteur maximale de 30 % du CT de chaque projet)

4.2.3 Traduire la stratégie paysagère à travers les plans de paysage triennaux

Descriptif	Cigéo devrait impacter les paysages. La définition d'une stratégie paysagère doit permettre d'intégrer au mieux le projet Cigéo dans son environnement et d'accompagner le développement de l'urbanisme avec l'arrivée de nouvelles populations et activités. Le plan de paysage triennal doit être mené dans une démarche concertée avec les différents acteurs (collectivités, habitants, tissu économique dont ANDRA, chambres consulaires, Etat). L'association des habitants sera essentielle. L'atelier piloté par l'ANDRA dans le cadre de la concertation publique liée au « cadre de vie » servira d'élément structurant pour la conception de ce plan de paysage. Il pourra aboutir à la signature de contrats de paysage entre l'État (préfets de la Meuse et de la Haute-Marne) et les collectivités maîtres d'ouvrage.
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal / ANDRA
Coût total	0,3 M€ (estimations 2019)
Plan financement	À déterminer

Mesure 4.3 Mettre en valeur le patrimoine bâti (2 orientations)

Si l'incidence environnementale de Cigéo sur le patrimoine existant devrait rester limitée, les incidences financières liées aux retombées de l'activité économique vont représenter une opportunité pour se saisir de la question de la mise en valeur du patrimoine bâti.

Dans cette perspective, plusieurs sites d'importance majeure peuvent être pris en considération sur le territoire : Joinville, Gondrecourt, Ecurey, Chevillon par exemple. Outre les monuments dont certains peuvent bénéficier d'un classement au titre des monuments historiques, le patrimoine meusien et haut-marnais peut également s'enrichir par une mise en valeur des alentours (abords, entrées de village, place centrale, façades).

L'objectif est donc de donner un meilleur « cachet » au territoire pour renforcer son attractivité touristique et, ce faisant, concourir au développement du tissu économique local fondé sur le tourisme.

4.3.1 Valoriser les sites emblématiques et leur périphérie

Descriptif	Il s'agit de valoriser le patrimoine meusien et haut-marnais, notamment plusieurs sites d'importance majeure : ses lavoirs, ses châteaux avec l'ouverture au tourisme du château du grand jardin de Joinville, l'aménagement du collège Gilles de Trèves à Bar-le-Duc, la réhabilitation du couvent des Annonciades célestes à Joinville, l'abbaye d'Écurey, le site Natura 2000 du Cul du Cerf à Orquevaux.
Maître d'ouvrage	Bloc intercommunal
Coût total	Selon projet
Plan financement	Etat (DETR / P 175 : crédits régionalisés « monuments historiques ») / Bloc intercommunal / GIP sous réserve de confirmation

4.3.2 Valoriser le patrimoine bâti agricole et favoriser son intégration paysagère

Descriptif	Il s'agit d'assurer un développement maîtrisé des villages en préservant les exploitations agricoles et en répondant aux besoins d'aménagements urbanistiques à l'intérieur des villages. L'objectif de cette orientation consiste à encourager les éleveurs de la zone de proximité à relocaliser leurs installations d'élevage en dehors des cœurs de bourg et en améliorer l'intégration paysagère, ainsi que d'inciter les agriculteurs propriétaires à investir dans des logements locatifs et dans des meublés. Les démarches de planification (SCOT, PLUI) pourront permettre de recenser les installations à relocaliser et le bâti réaffectable. Ces documents seront de véritables outils d'incitation à l'intégration paysagère, voire à la relocalisation

	au travers des zonages et des règlements. La majeure partie des coûts concernerait le soutien à l'investissement de relocalisation (600K€ en moyenne par relocalisation).
Maître d'ouvrage	Chambres d'agriculture de la Haute-Marne et de la Meuse
Coût total	13,7M€ (dont 12M€ pour la relocalisation, 1,4M€ pour l'aménagement destiné à une réaffectation, 0,3M€ pour le soutien à l'insertion paysagère)
Plan financement	A déterminer

Mesure 4.4. Faire émerger des centres de diffusion de la connaissance scientifique (2 orientations)

Cigéo constitue un moyen de mettre en valeur des biens patrimoniaux, en leur donnant une nouvelle vocation culturelle et scientifique. Cela répond en outre aux enjeux de diffusion des savoirs et de la mémoire, de façon à maintenir sur le long terme un niveau élevé de connaissance du projet. Dans ce cadre, la création de deux équipements culturels sont envisagés à Bar-le-Duc et à Joinville.

4.4.1 Création d'un centre de diffusion de la connaissance liée aux activités de l'ANDRA

Descriptif	Il s'agit de créer un centre d'archives et de mémoire à vocation pédagogique et académique sur tous les sujets liés aux activités de l'ANDRA. Cela passerait par la réhabilitation du bâtiment historique du couvent des Annonciades célestes et de ses espaces périphériques, ainsi que la construction d'un bâtiment d'archives supplémentaires de 2000m2.
Maître d'ouvrage	Commune de Joinville
Coût total	6 M€.
Plan financement	A déterminer (État, ANDRA, GIP « Haute Marne », Département, autres)

4.4.2 Création d'un centre de diffusion de la culture scientifique et technique dans la continuité de l'aménagement du collège Gilles de Trèves

Descriptif	Il s'agit de valoriser le collège Gilles de Trèves de Bar le Duc (architecture civile de la Renaissance) dont le programme de restauration du clos et du couvert s'achèvera courant 2019. La réflexion sur la vocation future de ce bâtiment conduirait à en faire un centre de culture scientifique, technique et industrielle (CCSTI) mettant en valeur les collections et les patrimoines scientifique et industriels des territoires, y inclus Cigéo. Cette évolution devrait permettre de réemployer ce site de qualité pour en faire un lieu de vie et d'activité moteur pour le développement toursitisque du territoire. L'étude de définition, préalable à l'étude de faisabilité, devrat permettre de confirmer cette option.
Maître d'ouvrage	Commune de Bar-le-Duc.
Coût total	À définir
Plan financement	Commune de Bar-le-Duc

GLOSSAIRE

Abréviations	Définitions
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ALS	Action logement services
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANDRA	Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs
AUDC	Agence d'urbanisme et de développement de l'agglomération et du pays de Châlons-en-Champagne
BAMAS	Base de maintenance de Saint-Dizier
BSI	Bureau de service industriel
CAESAAR	Centre de réalisation de prestations d'expertise et d'assistance aux actions du ministère dans le domaine du développement économique
CAPEB	Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment
CCSTI	Centre de culture scientifique, technique et industrielle
COT	Contrat d'objectif territorial
CTDC	Comité territorial de développement des compétences
CPRDFOP	Contrat de plan régional de développement de la formation et l'orientation professionnelles
CPER	Contrat de plan état-région
CRITT	Centre régional d'innovation et de transfert de technologie
CTE	Contrats de transition écologique
CTPS	Comités territoriaux professionnels de santé
DGD	Documents de gestion durable de la ressource forestière
EDEC	Engagement de développement de l'emploi et des compétences
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
FFB	Fédération française du bâtiment

GLOSSAIRE

FIFE	Fonds d'Intervention Formation Emploi
FRTP	Fédération Nationale des Travaux Publics
FUCLEM	Fédération Unifiée des Collectivités Locales pour l'Électricité en Meuse
GEIQ	Groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification
GPECT	Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
IRVE	Infrastructures de recharge pour les véhicules électriques
ITE	Installation terminale embranchée
OPAH	Opération programmée d'amélioration de l'habitat
OPE	Observatoire pérenne de l'environnement
OREF	Observatoire régional de l'emploi et de la formation
ORS	Observatoire régional de santé
PRIAE	Programme régional de formation au bénéfice des salariés en insertion par l'activité économique
PRSE	Programme régional santé environnement
SCALEN	Agence de développement métropole Grand Nancy Sud Lorraine
SDAGE	Schéma directeur d'aménagement et de gestion des eaux
SDED	Syndicat départemental énergie et déchets
SIR	Service intégré de recrutement
SIAE	Structures d'insertion par l'activité économique
SNDS	Système national des données de santé
SPRO	Service public régional de l'orientation
TIGA	Territoires d'innovation de grande ambition
UIMM	Union des industries et métiers de la métallurgie

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-23-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Environnement et de l'Ingénierie du Territoire	**N° 2019.09.23**
OBJET : **Institution de la commission communale d'aménagement foncier de Leurville**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code rural et de la pêche maritime, livre 1er, titre II, traitant de l'aménagement foncier rural, et notamment son article L. 121-2,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil municipal de Leurville du 3 juin 2019 acceptant que l'association foncière fasse faire le remembrement de son territoire,

Vu l'avis favorable de la Ve commission émis le 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant le morcellement des propriétés agricoles de la commune de Leurville et l'existence de nombreux chemins ruraux non utilisés et la nécessité de procéder à un aménagement foncier et rural,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'instituer la commission communale d'aménagement foncier de Leurville afin de permettre la définition d'un projet d'opération d'aménagement foncier rural et de se prononcer sur l'opportunité de sa mise en œuvre,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer les pièces relatives à cette décision.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:11
Référence technique : 052-225200013-20190920-24-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Environnement et de l'Ingénierie du Territoire	**N° 2019.09.24**
OBJET : **Fonds Départemental pour l'Environnement (FDE) - Attribution de subventions**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental n° V - 1 en date du 14 décembre 2018 relative au budget primitif 2019 et décidant de l'inscription d'une autorisation de programme de 2 000 000 € pour l'instruction des demandes de subvention au titre du fonds départemental pour l'environnement,

Vu la délibération du Conseil départemental n°IV-1 en date du 15 mars 2019 approuvant le règlement modifié du fonds départemental pour l'environnement,

Vu la délibération du Conseil départemental n°I - 3 en date du 15 mars 2019 relative à la décision modificative n°1 et décidant de l'augmentation de l'autorisation de programme de 2 400 000 € pour l'instruction des demandes de subvention au titre du fonds départemental pour l'environnement,

Vu l'avis favorable de la Ve commission émis le 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer sur le FDE les subventions détaillées dans le tableau ci-annexé, qui représentent un engagement financier de **234 352,00 €**.

L'inscription des crédits de paiement nécessaires à ces engagements sera proposée au vote de l'assemblée au fur et à mesure de la réalisation des travaux.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:11
Référence technique : 052-225200013-20190920-24-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

FONDS DEPARTEMENTAL POUR L'ENVIRONNEMENT (FDE)

FDE 2019	
Crédits inscrits	2 400 000,00 €
Engagements	1 342 813,00 €
Disponible	1 057 187,00 €
INCIDENCE FINANCIERE	**234 352,00 €**
Reste disponible	822 835,00 €

Commission permanente du 20 septembre 2019

Canton	COLLECTIVITE	NATURE DES TRAVAUX *(libellé de la tranche)*	MONTANT DES TRAVAUX HT	DEPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Châteauvillain	ARC-EN-BARROIS	Etude diagnostic du réseau d'Arc en Barrois et schéma directeur d'assainissement des écarts ou habitations non raccordées avec frais annexes	77 601,14 €	77 601,14 €	10%	**7 760,00 €**	Assainissement collectif	204141//61
Châteauvillain	AUTREVILLE SUR LA RENNE	Création d'un fossé pour canaliser les eaux de ruissellement	6 650,00 €	6 650,00 €	20%	**1 330,00 €**	Eaux pluviales	204142//74
Chalindrey	BIZE	Travaux de changement et déplacement des branchements des compteurs d'eau potable - dernière tranche	12 880,00 €	12 880,00 €	20%	**2 576,00 €**	Eau potable	204142//61
Saint-Dizier 3	CHANCENAY	Réfection du réseau d'eaux pluviales rue de la Vivarde	14 939,31 €	14 939,31 €	20%	**2 988,00 €**	Eaux pluviales	204142//74
Châteauvillain	CHATEAUVILLAIN	Installation de compteurs de sectorisation dans le cadre du schéma directeur AEP	7 562,66 €	7 562,66 €	20%	**1 513,00 €**	Eau potable	204142//61
Chalindrey	CHAUDENAY	Remplacement du réseau AEP rue des Bruyères et frais annexes	32 131,44 €	32 131,44 €	20%	**6 426,00 €**	Eau potable	204142//61
Eurville-Bienville	CHEVILLON	Création d'une réserve incendie à Breuil-sur-Marne	13 837,02 €	13 837,02 €	20%	**2 767,00 €**	Défense incendie	204142//74
Nogent	DAMPIERRE	Renforcement de l'approvisionnement en eau du GAEC Chapelle Saint Pierre	23 115,48 €	23 115,48 €	20%	**4 623,00 €**	Eau potable	204142//61
Eurville-Bienville	FAYS	Réfection du château d'eau	13 967,50 €	13 967,50 €	20%	**2 794,00 €**	Eau potable	204142//61
Poissons	GRAFFIGNY-CHEMIN	Extension du réseau d'eau potable Chemin de la petite côte et création d'une commande à la station de pompage	17 379,40 €	17 379,40 €	20%	**3 476,00 €**	Eau potable	204142//61
Chaumont 1	JONCHERY	Installation d'un poteau incendie et d'une crépine pour matérialisation d'une aire de pompage à Sarcicourt	7 123,30 €	7 123,30 €	20%	**1 425,00 €**	Défense incendie	204142//74
Chalindrey	LAFERTE-SUR-AMANCE	Travaux d'amélioration de la qualité de l'eau distribuée : remplacement des branchements en plomb 1ère tranche	17 245,00 €	17 245,00 €	20%	**3 449,00 €**	Eau potable	204142//61
Villegusien	LE MONTSAUGEONNAIS	Remplacement des pompes de la station de pompage et réfection de la couverture du château d'eau	9 830,94 €	9 830,94 €	20%	**1 966,00 €**	Eau potable	204142//61
Villegusien	LE MONTSAUGEONNAIS	Interconnexion des réseaux d'eau : Syndicat des Eaux de la Haute-Vingeanne - Vaux sous Aubigny - 1ère tranche (entre le hameau de Couzon sur Coulange et Vaux sous Aubigny) et frais annexes	185 674,11 €	183 181,44 €	20%	**36 636,00 €**	Eau potable	204142//61
Chalindrey	LE PAILLY	Construction d'un réservoir semi-enterré et d'un réseau AEP de liaison et frais annexes	287 485,97 €	287 485,97 €	20%	**57 497,00 €**	Eau potable	204142//61
Chalindrey	MAIZIERES-SUR-AMANCE	Mise en limite de propriété des compteurs rues du Carnot, de la Chaînée, de la Gare, Petite Rue et la Ruelle - 2nde tranche	17 150,00 €	17 150,00 €	20%	**3 430,00 €**	Eau potable	204142//61

Commission permanente du 20 septembre 2019

Canton	COLLECTIVITE	NATURE DES TRAVAUX *(libellé de la tranche)*	MONTANT DES TRAVAUX HT	DEPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Langres	MARAC	Etude préalable à l'épandage des boues du lagunage	4 992,90 €	4 992,90 €	20%	**999,00 €**	Assainissement collectif	204141//61
Châteauvillain	MARANVILLE	Travaux de réfection de la voirie et de l'assainissement du lotissement des Varennes et frais annexes	224 046,64 €	157 565,34 €	20%	**31 513,00 €**	Assainissement collectif	204142//61
Villegusien	ORCEVAUX	Mise en œuvre des prescriptions de la DUP	10 919,00 €	10 919,00 €	20%	**2 184,00 €**	Eau potable	204142//61
Chalindrey	PIERREMONT-SUR-AMANCE	Extension de réseaux et renforcement incendie	22 860,70 €	14 918,00 €	20%	**2 984,00 €**	Eau potable	204142//61
Villegusien	POINSON-LES-GRANCEY	Raccordement électrique du château d'eau + changement de conduites et vannes	16 319,92 €	16 319,92 €	20%	**3 264,00 €**	Eau potable	204142//61
Châteauvillain	RENNEPONT	Remplacement de 3 poteaux incendie	6 350,00 €	6 350,00 €	20%	**1 270,00 €**	Défense incendie	204142//74
Villegusien	ROUVRES-SUR-AUBE	Pose de compteurs en limite de propriété - phase 2	8 700,00 €	8 700,00 €	20%	**1 740,00 €**	Eau potable	204142//61
Poissons	SAILLY	Mise aux normes électriques à la station de pompage	5 437,00 €	5 437,00 €	20%	**1 087,00 €**	Eau potable	204142//61
Chalindrey	SAINT-BROINGT-LE-BOIS	Travaux sur le réseau d'eau potable	8 545,50 €	8 545,50 €	20%	**1 709,00 €**	Eau potable	204142//61
Langres	SAINT-MAURICE	Remplacement des branchements avec déport sur le domaine public - opération unique	47 650,00 €	47 650,00 €	20%	**9 530,00 €**	Eau potable	204142//61
Poissons	SOULAUCOURT-SUR-MOUZON	Rénovation du système de vannes du réservoir au château d'eau	12 081,00 €	12 081,00 €	20%	**2 416,00 €**	Eau potable	204142//61
Joinville	Syndicat d'Alimentation en Eau Potable de Mathons	Installation d'une réserve incendie à Ferrière et La Folie (Ferme de la Rendue)	17 490,00 €	17 490,00 €	20%	**3 498,00 €**	Défense incendie	204142//74
Joinville	Syndicat d'Alimentation en Eau Potable de Mathons	Installation d'une réserve incendie à Mathons (Ferme des Bonshommes)	17 890,00 €	17 890,00 €	20%	**3 578,00 €**	Défense incendie	204142//74
Châteauvillain	Syndicat d'eau de COUR L'EVEQUE	Remplacement d'une pompe de forage à Créancey et reprise de réseaux attenants	3 766,55 €	3 766,55 €	20%	**753,00 €**	Eau potable	204142//61
Chaumont 1_2_3	Syndicat départemental d'énergie et des déchets Haute-Marne	Commune d'Epizon : éclairage public du parking de la salle de convivialité de Bettoncourt-le-Haut	9 240,20 €	6 231,00 €	10%	**623,00 €**	Eclairage public	204142//74
Chaumont 1_2_3	Syndicat départemental d'énergie et des déchets Haute-Marne	Commune de Marac : Effacement des réseaux aériens et changement des luminaires par des LED	249 200,00 €	55 745,00 €	10%	**5 575,00 €**	Eclairage public	204142//74
Chaumont 1_2_3	Syndicat départemental d'énergie et des déchets Haute-Marne	Commune de Merrey : éclairage public	273 000,00 €	29 818,00 €	10%	**2 982,00 €**	Eclairage public	204142//74

FONDS DEPARTEMENTAL POUR L'ENVIRONNEMENT (FDE)

Commission permanente du 20 septembre 2019

Canton	COLLECTIVITE	NATURE DES TRAVAUX *(libellé de la tranche)*	MONTANT DES TRAVAUX HT	DEPENSE SUBVENTIONNABLE HT	TAUX	MONTANT SUBVENTION	NATURE ANALYTIQUE	IMPUTATION
Chaumont 1_2_3	Syndicat départemental d'énergie et des déchets Haute-Marne	Commune de Pierremont-sur-Amance : extension de réseaux - partie éclairage public	22 860,70 €	1 609,00 €	10%	**161,00 €**	Eclairage public	204142//74
Wassy	VAUX-SUR-BLAISE	Remplacement des branchements d'eau potable - 1ère tranche	72 270,00 €	72 270,00 €	20%	**14 454,00 €**	Eau potable	204142//61
Villegusien	VERSEILLES-LE-BAS	Renouvellement des équipements à la station de pompage	14 587,00 €	14 587,00 €	20%	**2 917,00 €**	Eau potable	204142//61
Villegusien	VERSEILLES-LE-HAUT	Remplacement d'une pompe immergée	2 293,00 €	2 293,00 €	20%	**459,00 €**	Eau potable	204142//61
				INCIDENCE TOTALE		**234 352,00 €**		

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-25-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Environnement et de l'Ingénierie du Territoire	**N° 2019.09.25**

OBJET :

Soutien départemental à la réhabilitation du potentiel de production des élevages haut-marnais endommagés par la sécheresse 2018 - attribution de subventions

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment l'article L.3232-1-2,

Vu la convention d'autorisation de financements complémentaires des conseils départementaux du Grand Est dans le champ des filières agricoles et forestières signée le 8 février 2018 entre le Département de la Haute-Marne et la Région Grand Est,

Vu le régime cadre notifié N°SA.50388 (2018/N) relatif aux aides à l'investissement dans les exploitations agricoles liés à la production primaire,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu la délibération du conseil départemental N°V-3 du 15 mars 2019 relative à la mise en place du soutien départemental à la réhabilitation du potentiel de production des élevages haut-marnais endommagés par la sécheresse 2018 et inscrivant les crédits nécessaires sur l'exercice budgétaire 2019,

Vu l'avis favorable rendu par la Ve commission lors de sa réunion du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que la sécheresse de 2018 a endommagé le potentiel de production des élevages haut-marnais,

Considérant la nécessité d'un soutien du Département aux élevages haut-marnais, en complément de celui mis en place par la Région Grand Est,

Considérant les dossiers de demande d'aide adressés par les éleveurs au Département,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer une aide de 60 087,20 € aux éleveurs haut-marnais dont le potentiel de production a été endommagé par la sécheresse de 2018, selon la répartition reprise dans le tableau annexé.

Il est ici rappelé que cette aide est allouée sur la base du régime cadre notifié N°SA.50388 (2018/N) relatif aux aides à l'investissement dans les exploitations agricoles liés à la production primaire.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:04
Référence technique : 052-225200013-20190920-25-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Tableau des bénéf

Numéro d'ordre	CP	Ville	Canton	TOTAL GENERAL UGB	Montant
25	52360	ANDILLY EN BASSIGNY	NOGENT	166,42	832,10 €
57	52130	ATTANCOURT	WASSY	123,56	617,80 €
95	52250	BAISSEY	VILLEGUSIEN LE LAC	139,66	698,30 €
118	52160	BAY SUR AUBE	VILLEGUSIEN LE LAC	70,35	351,75 €
157	52300	BLECOURT	JOINVILLE	40,23	201,15 €
158	52300	FERRIERE ET LAFOLIE	JOINVILLE	59,96	299,80 €
174	52400	BOURBONNE LES BAINS	BOURBONNE	50,96	254,80 €
191	52110	BOUZANCOURT	JOINVILLE	188,55	942,75 €
210	52240	BREUVANNES EN BASSIGNY	POISSONS	85,31	426,55 €
235	52500	CHAMPSEVRAINE	CHALINDREY	229,8	1 149,00 €
242	52320	FRONCLES	BOLOGNE	80,01	400,05 €
247	52220	CEFFONDS	WASSY	304,55	1 200,00 €
286	52400	CHAMPIGNY SOUS VARENNES	CHALINDREY	41,25	206,25 €
288	52400	CHAMPIGNY SOUS VARENNES	CHALINDREY	53,79	268,95 €
297	52360	CHANGEY	NOGENT	66,95	334,75 €
324	52190	CHASSIGNY AISEY	VILLEGUSIEN LE LAC	237,21	1 186,05 €
325	52190	CHASSIGNY AISEY	VILLEGUSIEN LE LAC	135,6	678,00 €
333	52360	CHATENAY VAUDIN	LANGRES	90,48	452,40 €
342	52600	CHAUDENAY	CHALINDREY	50,25	251,25 €
350	52150	CHAUMONT LA VILLE	POISSONS	491,13	1 200,00 €
351	52150	CHAUMONT LA VILLE	POISSONS	46,84	234,20 €
360	52400	CHEZEAUX	CHALINDREY	49,01	245,05 €
367	52240	CHOISEUL	BOURBONNE	56,76	283,80 €
385	52600	HEUILLEY COTTON	VILLEGUSIEN LE LAC	85,65	428,25 €
386	52600	COHONS	VILLEGUSIEN LE LAC	82,95	414,75 €
388	52400	COIFFY LE HAUT	BOURBONNE	212,25	1 061,25 €
406	52240	COLOMBEY LES CHOISEUL	POISSONS	119,83	599,15 €
418	52200	CORLEE	LANGRES	79,68	398,40 €
462	52140	DAMMARTIN SUR MEUSE	BOURBONNE	233,58	1 167,90 €
477	52210	DANCEVOIR	CHÂTEAUVILLAIN	79,05	395,25 €
492	52110	DOMMARTIN LE FRANC	WASSY	40,12	200,60 €
508	52800	LANQUES SUR ROGNON	NOGENT	40,35	201,75 €
525	52220	DROYES	WASSY	109,83	549,15 €
539	52300	EFFINCOURT	POISSONS	182,85	914,25 €
566	52340	ESNOUVEAUX	NOGENT	76,2	381,00 €
596	52250	FLAGEY	VILLEGUSIEN LE LAC	136,99	684,95 €
604	52700	FORCEY	NOGENT	46,61	233,05 €
658	52230	GERMAY	POISSONS	55,17	275,85 €
673	52500	GILLEY	CHALINDREY	276,17	1 200,00 €
678	52150	GONCOURT	POISSONS	44,94	224,70 €
714	52600	HEUILLEY COTTON	VILLEGUSIEN LE LAC	188,34	941,70 €
725	52600	HORTES	CHALINDREY	235,13	1 175,65 €
727	52600	HORTES	CHALINDREY	101,51	507,55 €
746	52150	ILLOUD	POISSONS	42	210,00 €
775	52000	LAHARMAND	CHAUMONT 1	56,4	282,00 €

Annexe :

Tableau des bénéficiaires du soutien départemental à la réhabilitation du potentiel de production des élevages haut-marnais endommagés par la sécheresse de 2018 (2)

Numéro d'ordre	CP	Ville	Canton	TOTAL GENERAL UGB	Montant
806	52800	LANQUES SUR ROGNON	NOGENT	75,3	376,50 €
814	52140	DAMMARTIN SUR MEUSE	BOURBONNE	217,3	1 086,50 €
820	52140	LAVERNOY	BOURBONNE	53,35	266,75 €
827	52360	LECEY	LANGRES	50,46	252,30 €
833	52210	LEFFONDS	CHÂTEAUVILLAIN	53,36	266,80 €
847	52190	LEUCHEY	VILLEGUSIEN LE LAC	155,31	776,55 €
863	52700	LAFAUCHE	POISSONS	54,01	270,05 €
919	52800	ESSEY LES EAUX	NOGENT	78,28	391,40 €
954	52360	MARCILLY EN BASSIGNY	BOURBONNE	73,5	367,50 €
960	52360	MARCILLY EN BASSIGNY	BOURBONNE	99	495,00 €
1017	52220	MONTIER EN DER	WASSY	317,13	1 200,00 €
1034	52600	MONTLANDON	CHALINDREY	198,28	991,40 €
1054	52160	PRASLAY	VILLEGUSIEN LE LAC	160,23	801,15 €
1064	52170	NARCY	EURVILLE-BIENVILLE	160,38	801,90 €
1092	52800	NOGENT	NOGENT	174,75	873,75 €
1101	52230	NONCOURT SUR LE RONGEANT	POISSONS	83,5	417,50 €
1112	52110	NULLY	JOINVILLE	203,85	1 019,25 €
1151	52310	OUDINCOURT	BOLOGNE	72,04	360,20 €
1158	52150	OUTREMECOURT	POISSONS	311,6	1 200,00 €
1164	52600	LE PAILLY	CHALINDREY	87,3	436,50 €
1196	52500	PIERREMONT SUR AMANCE	CHALINDREY	104,1	520,50 €
1199	52500	PIERREMONT SUR AMANCE	CHALINDREY	194,1	970,50 €
1218	52160	POINSON LES GRANCEY	VILLEGUSIEN LE LAC	120,44	602,20 €
1221	52800	POINSON LES NOGENT	NOGENT	113,66	568,30 €
1228	52360	POISEUL	NOGENT	404,09	1 200,00 €
1230	52360	POISEUL	NOGENT	82,51	412,55 €
1238	52400	LE CHATELET-SUR-MEUSE	BOURBONNE	395,06	1 200,00 €
1244	52190	PRANGEY	VILLEGUSIEN LE LAC	68,99	344,95 €
1251	52330	PRATZ	CHÂTEAUVILLAIN	89,06	445,30 €
1255	52500	PRESSIGNY	CHALINDREY	283,3	1 200,00 €
1280	52220	PUELLEMONTIER	WASSY	118,93	594,65 €
1290	52140	RANCONNIERES	BOURBONNE	94,93	474,65 €
1293	52140	RANCONNIERES	BOURBONNE	126	630,00 €
1298	52140	RANGECOURT	BOURBONNE	66,86	334,30 €
1308	52370	RENNEPONT	CHÂTEAUVILLAIN	108,45	542,25 €
1309	52330	MONTHERIES	CHÂTEAUVILLAIN	77,85	389,25 €
1314	52000	RIAUCOURT	CHAUMONT 1	79,28	396,40 €
1324	52190	RIVIERE LES FOSSES	VILLEGUSIEN LE LAC	43,8	219,00 €
1344	52260	ROLAMPONT	NOGENT	44,41	222,05 €
1349	52150	ROMAIN SUR MEUSE	POISSONS	229,56	1 147,80 €
1355	52600	ROSOY SUR AMANCE	CHALINDREY	233,79	1 168,95 €
1356	52600	ROSOY SUR AMANCE	CHALINDREY	82,5	412,50 €
1379	52300	VECQUEVILLE	JOINVILLE	44,47	222,35 €
1397	52100	ST DIZIER	SAINT DIZIER 1	233,02	1 165,10 €
1416	52150	ILLOUD	POISSONS	69,93	349,65 €
1418	52300	ST URBAIN MACONCOURT	JOINVILLE	50,83	254,15 €
1428	52200	ST VALLIER SUR MARNE	CHALINDREY	281,27	1 200,00 €
1431	52160	VILLARS SANTENOGE	VILLEGUSIEN LE LAC	107,65	538,25 €
1436	52000	SARCICOURT	CHAUMONT 1	474,91	1 200,00 €
1468	52400	SERQUEUX	BOURBONNE	97,5	487,50 €
1472	52400	SERQUEUX	BOURBONNE	53,97	269,85 €
1525	52500	TORNAY	CHALINDREY	47,55	237,75 €
1536	52160	VAILLANT	VILLEGUSIEN LE LAC	85,05	425,25 €
1582	52190	VESVRES SOUS CHALANCEY	VILLEGUSIEN LE LAC	145,67	728,35 €
1599	52400	VILLARS ST MARCELLIN	BOURBONNE	493,58	1 200,00 €

TOTAL UGB : 13 410,23

Montant total : 60 087,20 €

Total bénéficiaires : 100

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-26-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE
Réunion du 20 septembre 2019

Direction de l'Aménagement du Territoire	N° 2019.09.26

OBJET :

Pôle d'Equilibre territorial et rural (PETR) du Pays de Langres - Programme d'investissement 2019

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental du 21 octobre 2016 approuvant la convention de partenariat avec le PETR du Pays de Langres, fixant, notamment, les conditions d'utilisation de l'excédent d'investissement,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu le programme d'investissement 2019 du PETR du Pays de Langres transmis par courrier en date du 5 avril 2019,

Vu l'avis favorable de la Ve commission en date du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que le Pôle d'Equilibre territorial et Rural (PETR) du Pays de Langres, syndicat mixte fermé, succède au Syndicat Langres Développement, auquel le Département était adhérent, et que la forme du PETR n'autorise pas le Département à y adhérer,

Considérant l'excédent d'investissement imputable au Département issu de l'arrêté des comptes du Syndicat Langres Développement et affecté au PETR,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver le programme d'investissement touristique, ci-après, du PETR du Pays de Langres pour l'année 2019, pour un montant de 122 643,58 €, soit le solde de l'excédent d'investissement imputable au Département :

Opérations proposées pour 2019	Montant HT prévisionnel	Autofinancement		Excédent		Subventions diverses	
		Montant	Taux	Montant	Taux	Montant	Taux
Aménagement des cheminements et espaces publics de la Liez	112 500,00 €	22 500,00 €	20%	45 000,00 €	40%	45 000,00 €	40 %
Labellisation Handiplage base nautique de Changey	39 000,00 €	7 800,00 €	20%	15 600,00 €	40%	15 600,00 €	40 %
Création d'un espace de stationnement à Changey	10 000,00 €	2 000,00 €	20%	8 000,00 €	80%	/	/
Aménagement des espaces de loisirs de la Vingeanne	100 200,00 €	20 076,42 €	20,04%	40 043,58 €	39,96%	40 080,00 €	40 %
Plan d'interprétation du patrimoine (PIP) phase 3	70 000,00 €	14 000,00 €	20%	14 000,00 €	20%	42 000,00 €	60 %
TOTAL	331 700,00 €	66 376,42 €		**122 643,58 €**		142 680,00 €	

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-27-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Aménagement du Territoire	**N° 2019.09.27**

OBJET :

Convention de partenariat 2019 entre les conseils départementaux de la Côte d'Or et de la Haute-Marne et le GIP du futur Parc National des forêts de Champagne et Bourgogne

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération de la commission permanente du 8 février 2019 relative à la convention-cadre de partenariat entre les Départements de la Haute-Marne et de la Côte d'Or et le GIP du futur Parc National des forêts de Champagne Bourgogne,

Vu l'avis favorable de la Ve commission émis lors de sa réunion du 30 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que la convention-cadre de partenariat prévoit qu'une convention d'application est adoptée chaque année pour déterminer un programme d'actions,

Considérant les observations de Madame la Préfète de la Haute-Marne, en sa qualité de Commissaire du Gouvernement du GIP du futur Parc National des forêts de Champagne Bourgogne,

Considérant le choix des Départements de la Haute-Marne et de Côte d'or et du GIP d'établir, en 2019, une convention de partenariat en lieu et place d'une convention d'application, en tenant compte des observations des services de l'Etat,

Considérant que ces actions visent à renforcer la cohérence des politiques menées sur le territoire du Parc National,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 32 voix Pour, 2 abstentions

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention de partenariat 2019, entre les conseils départementaux de la Côte d'Or et de la Haute-Marne, et le GIP du futur Parc National des forêts de Champagne et Bourgogne, ci-jointe,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer cette convention.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

2 abstentions : M. Nicolas CONVOLTE, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-27-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

PARTENARIAT
CONVENTION 2019

Entre :

Le Département de la Côte-d'Or, domicilié Hôtel du Département, 53 bis rue de la Préfecture, CS 13501 - 21000 Dijon, représenté par le Président du Conseil Départemental en exercice, autorisé à signer la présente, par délibération de la Commission Permanente du Conseil Départemental du 9 septembre 2019,

Le Département de la Haute-Marne, domicilié Hôtel du Département, 1 rue du Commandant Hugueny, 52000 Chaumont, représenté par le Président du Conseil Départemental en exercice, autorisé à signer la présente, par délibération du 20 septembre 2019.

Désignés ci-après « les Conseils Départementaux »

et

Le GIP du futur Parc national des forêts de Champagne et Bourgogne, domicilié 4 ruelle du Monument, 21290 Leuglay, représenté par le Président du Conseil d'Administration et le Directeur en qualité d'ordonnateur en exercice, autorisé à signer la présente par délibération du 9 septembre 2019,

Désigné ci-après « le GIP»

Il est convenu ce qui suit :

Préambule :

En créant le 11ème Parc national dans un territoire rural où l'économie locale est basée sur la gestion et la valorisation des ressources naturelles, l'État complète le panel des Parcs Nationaux.

Les Conseils Départementaux mènent une politique active d'aménagement du territoire. Elle porte notamment sur la préservation des milieux naturels et des espèces sensibles et sur l'animation territoriale. Ils ont donc souhaité se mobiliser autour de ce projet dans le cadre de leurs compétences.

La création du Parc national est une opportunité pour décliner prioritairement ces politiques publiques et promouvoir un modèle de développement durable et reproductible, générateur de plus-value pour améliorer la qualité de vie dans ce territoire, en réponse aux enjeux planétaires liés au changement climatique et aux évolutions sociétales.

Tout au long du processus de création du Parc national conduit par le GIP, les Départements de Côte-d'Or et de Haute-Marne, ont affiché leur soutien au projet et leur souhait de pouvoir mener des actions démonstratives illustrant les plus-values à attendre pour les 127 communes concernées.

La présente convention formalise la recherche de cohérence des politiques territoriales menées par les Conseils Départementaux à l'échelle du territoire du Parc national, visant à renforcer les actions publiques de ces derniers en adéquation avec les objectifs du projet de Charte du Parc national.

ARTICLE 1 : **Objet de la convention :**

La présente convention a pour objet de définir le programme d'actions pour l'année 2019 à travers sept axes d'intervention.

ARTICLE 2 : **Engagements des cocontractants :**

Au titre de l'exercice 2019, les cocontractants s'engagent à mettre en œuvre les actions définies à l'article 3 en mobilisant leurs ressources internes.

La présente convention ne fait pas l'objet de contribution financière entre les parties. Elle est mise en œuvre par chacun des cocontractants dans le strict respect des compétences qui leurs sont dévolues et dans la limite des moyens financiers alloués lors du vote de leurs budgets respectifs.

ARTICLE 3 : Programme d'actions :

Axe 1 : Garantir et partager l'ambition de préservation des patrimoines et de la biodiversité dans un contexte d'adaptation au changement climatique :

Au regard des politiques départementales et du projet de Charte du Parc national, la convention vise les objectifs suivants :

- assurer la préservation des milieux naturels et des espèces remarquables (notamment zones humides),
- apporter de manière volontaire des réponses à la nécessaire adaptation aux effets du changement climatique,
- mobiliser les collégiens aux enjeux du changement climatique.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes seront conduites en 2019 :

- dans le cadre des réseaux de mesure de suivi quantitatif et qualitatif de la ressource en eau, portés par les Conseils Départementaux, un état des lieux des points de mesure situés sur le territoire du futur Parc national sera réalisé. Cela permettra, dans l'optique de la création de l'Observatoire de l'eau prévu dans la Charte du Parc national, de préciser les enjeux spécifiques de ce territoire, la nature et la périodicité des relevés ;
- afin de finaliser la délimitation du cœur, les Départements s'engagent à donner au GIP une autorisation d'accès aux données relatives aux parcelles cadastrales en leur possession, dans le respect des règles en vigueur et selon les procédures en place dans chaque département ;
- une rencontre des personnels des implantations territoriales départementales situées sur le territoire du Parc national sera organisée afin de faciliter les échanges, développer la connaissance mutuelle des politiques mises en œuvre, et valoriser les actions conduites. Cette rencontre pourra prendre la forme d'un temps d'échange commun entre les services des deux Départements autour des enjeux du Parc national.

Axe 2 : Développer un modèle agricole résilient et à forte valeur ajoutée locale :

Au regard des politiques départementales et du projet de Charte du Parc national, la convention vise les objectifs suivants :

- accompagner l'évolution des pratiques agricoles pour conserver une agriculture durable en zone intermédiaire dans un contexte de changement climatique,
- valoriser les aménités de l'agro-écologie,
- accompagner le développement de filières agricoles génératrices de valeurs ajoutées locales.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes seront conduites en 2019 :

- les Services Départementaux participeront aux études portées par le GIP (stratégie agricole du Parc national, étude eau et agriculture durable du Châtillonnais, …). Le GIP sera quant à lui associé aux études menées par les Conseils Départementaux, et notamment, s'agissant du Département de la Côte-d'Or, à l'étude réalisée sur la

fragilité des exploitations agricoles du Montbardois et du Châtillonnais dans la poursuite du « Portrait social du monde agricole en Côte-d'Or » adopté en 2018.

- l'action « expérimentation et suivi de mise en place de bandes enherbées en lisière de grandes cultures » conduite par le Conseil Départemental de Haute-Marne et le GIP fera l'objet d'un retour d'expérience dans le cadre du présent partenariat, afin d'envisager sa reproductibilité en Côte-d'Or,
- les Conseils Départementaux animent le déploiement de la plateforme Agrilocal qui met en relation les producteurs et les acheteurs, en vue de développer l'approvisionnement local dans la restauration collective. Le GIP assurera le relai de ce dispositif et participera à une action commune de promotion qui sera organisée par les deux Conseils Départementaux à destination des producteurs de Côte-d'Or et de Haute-Marne.

Axe 3 : Mieux connaître nos forêts pour renforcer l'équilibre entre préservation, accueil et production :

Au regard des politiques départementales et du projet de Charte du Parc national, l'objectif est de comprendre et suivre les effets du changement climatique en forêt, notamment à travers la création de la réserve intégrale forestière d'Arc-Châteauvillain.

Pour atteindre cet objectif, les actions suivantes seront conduites en 2019 :

- le GIP réalisera une plaquette pour favoriser l'usage du bois local dans la construction, dans le respect des règles relatives à la commande publique. Les Conseils Départementaux contribueront techniquement à la réalisation de cette action dans le cadre de leur politique de soutien à la filière bois (exemples de réalisations, diffusion de la plaquette,…),
- dans le cadre de leur offre pédagogique à destination des collégiens et du grand public, les Départements s'attacheront à accompagner et/ou organiser des projets et sorties sur le territoire du futur Parc national,
- en Côte-d'Or, dans le cadre du dispositif Futurs21, le GIP participera aux études de faisabilité des projets qui seraient déposés sur cette thématique.

Axe 4 : Faire du Parc national une destination d'écotourisme pour la découverte de la forêt et de ses bienfaits :

Au regard des politiques départementales et du projet de Charte du Parc national, la convention vise les objectifs suivants :

- structurer une offre touristique de qualité et différenciante basée sur la forêt, le bien-être et l'expérientiel,
- développer et valoriser l'offre de randonnée,
- promouvoir la destination Parc national.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes seront conduites en 2019 :

- les Conseils Départementaux animent une politique touristique afin d'accompagner la professionnalisation des acteurs locaux, de promouvoir leur territoire auprès du grand public. Dans ce cadre, les Conseil Départementaux et le GIP portent ensemble des actions visant à préparer la structuration de cette nouvelle destination touristique que constitue le Parc national. En 2019, l'accent sera mis sur la mise en place et l'animation de pôles touristiques à l'échelle du territoire du Parc national, notamment en Haute –Marne dans le cadre de l'accompagnement du projet Animal Explora ;
- les Conseils Départementaux portent les schémas départementaux d'animation culturelle et touristique sur autoroutes au travers d'une convention de partenariat signée avec APRR pour les axes concédés. Dans ce cadre, les Conseils Départementaux ont inscrit quatre panneaux signalant le Parc national, sur A5 et A31, dont ils prennent à leur charge l'intégralité du montant, à hauteur de deux panneaux chacun, selon les modalités financières définies dans leurs schémas respectifs.

Axe 5 : Préserver et valoriser nos paysages bâtis et naturels

Au regard des politiques départementales et du projet de Charte du Parc national, la convention vise les objectifs suivants :

- préserver et valoriser la qualité et les spécificités architecturales locales,
- préserver la qualité des paysages naturels.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes seront conduites en 2019 :

- le GIP mettra à jour le guide des recommandations architecturales du Pays Châtillonnais à l'échelle du territoire du Parc national. Les Conseils Départementaux contribueront techniquement à la réalisation de cette action dans le cadre de leur politique de soutien au patrimoine bâti (exemples de réalisations, diffusion du guide,…),
- depuis le 1er janvier 2019, le Conseil Départemental de la Côte-d'Or a fait évoluer son programme de soutien à l'enfouissement des réseaux de télécommunication en resserrant son champ d'action sur les territoires à fort enjeu paysager, dont celui du futur Parc national. Le Conseil Départemental de Haute-Marne poursuit, quant à lui, son soutien aux investissements locaux pour favoriser l'embellissement des cœurs de village, et en particulier dans le périmètre du Parc national.

Axe 6 : Faire de la culture un outil de médiation et de créativité pour les collégiens

Au regard des politiques départementales et du projet de Charte du Parc national, la convention vise les objectifs suivants :

- renforcer la place de la culture dans l'éducation au collège,
- valoriser le réseau des médiathèques.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes seront conduites en 2019 :

- pour l'édition 2019-2020, le Département de Haute-Marne sera l'invité de celui de la Côte-d'Or pour la programmation culturelle « Arts et Scènes »,
- les Archives Départementales de Côte-d'Or et Haute-Marne accompagnent le GIP dans le cadre de l'inventaire du patrimoine culturel en accueillant les chercheurs qui viendraient documenter l'inventaire, en fournissant les plans cadastraux napoléoniens des communes situées sur le territoire du Parc national et en aidant à la sélection des documents conservés dans les fonds et susceptibles d'illustrer des expositions.
  S'agissant des archives produites par le GIP, les Archives départementales de Côte-d'Or, dans le cadre de la compétence qui leur est dévolue par la loi, sont à sa disposition pour les examiner et en assurer le contrôle scientifique et technique, en vue d'un éventuel versement.
  Enfin, pour ce qui concerne les archives privées qui pourraient être collectées, les Archives départementales de Côte-d'Or et de Haute-Marne peuvent apporter une aide technique pour la numérisation, la mise en ligne, la mise en valeur et la conservation définitive.

Axe 7 : Développer un modèle durable d'attractivité territoriale en milieu rural :

Au regard des politiques départementales et du projet de Charte du Parc national, l'objectif est d'améliorer le service aux habitants et aux porteurs de projets.

Pour atteindre cet objectif, les actions suivantes seront conduites en 2019 :

- dans le champ de la préservation et de la valorisation des centre-bourgs, l'année 2019 permettra de rechercher une cohérence d'intervention entre les Conseils Départementaux et le GIP, au regard des outils d'intervention existant et des partenariats avec d'autres acteurs du territoire,
- concernant la mise en œuvre du SDANT, les communes les plus carencées du territoire du Parc national figurent parmi les priorités d'intervention définies par le Département de la Côte-d'Or pour le déploiement de la fibre à la maison en 2019.

Article 4 : Durée

La présente convention entre en vigueur à compter de sa signature par les parties. Elle couvre les actions engagées jusqu'au 31 décembre 2019, ou jusqu'à la date de dissolution du GIP.

Article 5 : Pilotage

Les Présidents des Conseils Départementaux et le Président du GIP de préfiguration du Parc national, ou leurs représentants, animent la mise en œuvre de la présente convention.

Pour ce faire, ils s'appuient sur un comité technique qui a pour objet de suivre et évaluer la mise en œuvre des actions programmées au titre de l'exercice 2019.

Article 6 : Communication

Les parties s'engagent à mentionner le partenariat dans les publications, manifestations ou actions d'information concernant les projets soutenus dans le cadre de la présente convention.

Elles conviennent de mener ensemble des opérations de communication afin de valoriser les différentes actions mises en œuvre.

Article 7 : Révision de la convention

Durant la période de validité de la convention et à la demande de l'une ou l'autre des parties, des aménagements nécessaires aux dispositions de la convention seront examinés conjointement par les parties et pourront faire l'objet d'avenants à la présente convention.

Article 8 : Résiliation de la convention

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Article 9 : Règlement des litiges

En cas de contentieux portant sur l'application ou l'interprétation de la présente convention, et seulement après avoir épuisé toutes les possibilités de règlement à l'amiable, les parties conviennent de s'en remettre au Tribunal compétent.

Fait en trois exemplaires originaux

A ....., le .....

François SAUVADET,
Président du Conseil Départemental
de la Côte-d'Or

Nicolas LACROIX,
Président du Conseil Départemental
de Haute-Marne

Marcel JURIEN DE LA GRAVIERE
Président du Conseil d'Administration du GIP

Hervé PARMENTIER
Directeur du GIP

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-28-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Autonomie	**N° 2019.09.28**

OBJET :

Convention entre le Département de la Haute-Marne et la chambre des notaires de la Haute-Marne relative à l'utilisation d'une plateforme de contact pour la récupération des aides sociales

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

N'a pas participé au vote :
M. Bernard GENDROT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu l'article L 132-8 du code de l'action sociale et des familles et suivants,

Vu la délibération en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu l'avis favorable émis par les membres de la VIIe commission le 27 août 2019,

Considérant le projet du Département d'établir une plateforme d'interrogation de ses services par les notaires devant connaitre l'existence d'une dette sociale lors d'une succession ou la vente d'un bien,

Considérant que la mise en place de ce projet permettrait, tant aux services du Département qu'aux notaires, d'améliorer le délai de traitement de leurs missions,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver la mise en place de cette plateforme d'échanges relatifs aux créances sociales entre le Département et les notaires,

- d'approuver les termes de la convention entre le Département et la chambre départementale des notaires de la Haute-Marne pour sa mise en œuvre, ci-jointe,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à la signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-28-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Chambre des Notaires
de la Haute-Marne

CONVENTION ENTRE LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-MARNE ET LA CHAMBRE DES NOTAIRES DE LA HAUTE-MARNE

RELATIVE A L'UTILISATION D'UNE PLATEFORME DE CONTACT POUR LA RECUPERATION DES AIDES SOCIALES

Entre

Le Département de la Haute-Marne,
dont le siège est situé à l'Hôtel du Département, 1 rue du Commandant Hugueny à CHAUMONT (52905),

Représenté par le Président du Conseil Départemental en exercice, Monsieur Nicolas LACROIX, dûment habilité par délibération de la Commission Permanente du Conseil Départemental n° en date du 20 septembre 2019,

Ci-après dénommé **« le Département »**

Et

La Chambre départementale des notaires de Haute-Marne, Etablissement d'utilité publique,
dont le siège est situé au 7 Boulevard BAROTTE à CHAUMONT (52000),

Représentée par son Président, Maître Franck HOFFMANN, dûment habilité par la délibération de l'Assemblée générale/ou du bureau ou /les statuts de l'Etablissement en date du

Ci-après dénommée **« la Chambre »**

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L.132-8, L.132-9, L 344-5, R.132-11 et R.132-12 ;

Vu la loi du 28 Ventôse an XI contenant organisation du notariat ;

Vu l'ordonnance n°45-2590 du 2 novembre 1945 modifiée relative au statut du notariat et le décret n°45-0117 du 19 décembre 1945 modifié portant règlement d'administration publique pour l'application du statut du notariat ;

Vu la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

Etant exposé :

En application du code de l'action sociale et des familles, le Président du Conseil départemental peut procéder à la récupération des aides sociales (aides ménagères et Aide Sociale à

l'Hébergement (ASH)), notamment par recours exercé sur les successions ouvertes de ses bénéficiaires. Il peut aussi récupérer des indus/trop-perçus d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et, le cas échéant, de Prestation de compensation du handicap (PCH). La récupération de ces créances est également parfois possible dans le cadre de vente immobilière s'il a été constitué une hypothèque conventionnelle ou légale sur un bien mis en vente par le bénéficiaire.

Lors du règlement d'une succession ou de l'acte de vente, le notaire en charge du dossier est ainsi conduit à interroger le Département sur l'existence d'une éventuelle créance d'aide sociale.

La Chambre des notaires, représentante de ces professionnels, a notamment pour mission l'amélioration des pratiques notariales et le développement de nouvelles techniques d'exercice de la profession.

C'est pourquoi, dans ce cadre, le Département de la Haute-Marne a présenté à la Chambre des Notaires de Haute-Marne, un outil dématérialisé d'échanges d'informations simples et succincts qui permet aux notaires d'interroger le Département sur l'existence d'une créance d'aide sociale à récupérer, soit sur la succession d'un bénéficiaire, soit sur la vente d'un bien immobilier appartenant à un bénéficiaire. Ces échanges automatisés à partir de croisement de données se substitueraient aux échanges de courriers, permettant ainsi un gain en temps partagé.

Les parties s'accordent sur l'utilisation de cet outil dans les conditions suivantes :

Il est convenu ce qui suit :

Article 1er : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de régir les conditions d'utilisation par les notaires du ressort de la Chambre du portail Internet dénommé « XORCAS ».

Un accès gratuit à cet outil est donné aux dits notaires pour faciliter l'interrogation des services départementaux en charge de l'aide sociale, sur l'existence d'une créance départementale recouvrable lors de l'ouverture des successions et des ventes immobilières.

Les créances dont il s'agit sont les suivantes :

Nature de la créance	Modalités de récupération	Fondement(s) juridique(s)
Aide Sociale à l'Hébergement	Récupérable sur successions, donations et legs Récupérable sur vente d'immeubles (hypothèque légale ou conventionnelle)	Articles L.132-8 et L132-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF) Articles L.344-5 du CASF pour les personnes en situation de handicap
Services ménagers, téléalarme, frais de repas	Récupérable sur successions, donations et legs	Articles L.132-8 et R.132-12 du CASF
Indus APA	Indus récupérables sur successions	Article L.232-25 du CASF CE, 10 mars 2010, req. n°316750
Indus PCH	Indus récupérables sur successions	CE, 10 mars 2010, req. n°316750

Cette solution de portail a été mise à disposition du Département par la société SPL-XDEMAT.

D'une part, elle offre la possibilité pour les notaires qui le souhaitent, d'avoir connaissance, en temps réel, de l'existence d'une créance du Département récupérable sur une succession ouverte ou sur la vente d'un bien immobilier. Les notaires disposeront d'une réponse fiable et instantanée du Département, accompagnée d'un justificatif qu'ils pourront télécharger et conserver pour l'accomplissement de leurs activités et missions. Ils disposeront également d'un historique de leurs demandes sur six (6) mois.

D'autre part, cette solution permet au Département de recentrer l'action de ses services en matière de recouvrement des créances. Ils seront ainsi informés des évènements qui concernent leurs allocataires et le recouvrement de leurs créances, sans être mobilisés par les réponses à apporter aux interrogations des notaires lorsqu'il n'existe pas de créance.

Article 2 : Présentation de l'outil

XORCAS est un portail uniquement consultable par le Département et par les Etudes notariales du ressort de la Chambre. Cet outil opère le croisement des données des notaires avec celles du Département sur ses bénéficiaires de l'aide sociale et génère une réponse automatique au profit des notaires.

L'utilisation de XORCAS est présentée dans la notice ci-jointe (annexe n°1).

Article 3 : Obligations réciproques

Dans ce cadre, les parties s'obligent réciproquement à respecter et à faire respecter les conditions générales d'utilisation du portail telles que présentées en annexe n°1. En outre :

3.1 : Le Département s'engage :

- à donner un accès gratuit aux notaires du ressort de la Chambre des Notaires au portail de consultation de la récupération de l'aide sociale dont l'adresse est la suivante : http://www.notaire-interrogation.fr,

- à garantir le fonctionnement du portail, notamment sa disponibilité du lundi au vendredi de 7H à 19H, en lien avec la société SPL-XDEMAT,

- à garantir la sécurité du système, en lien avec la société SPL-XDEMAT, prestataire, dans les conditions suivantes :

- Contrôle d'accès au portail : Le Département assure la gestion des autorisations d'accès en fonction des indications fournies par la Chambre des Notaires et de l'étude notariale qui le demande. Il attribue un compte sécurisé par étude. L'accès à ce compte s'effectuera à l'aide d'un identifiant (code CRPCEN) et d'un mot de passe ;

- Les interrogations par les notaires sont cryptées ;

- Les recherches effectuées sont historisées et tracées ;

- Les données de recherches sont conservées six (6) mois sur le compte de l'étude notariale concernées, puis détruites automatiquement ;

- En mode de fonctionnement normal, les réponses apportées relatives à l'existence de créance départementale seront instantanées. Elles seront de trois types :

  - ✓ ou : *« La personne n'est pas connue du Département de la Haute-Marne »,*

- ✓ ou : *« La personne n'a pu être identifiée avec certitude auprès du Département de la Haute-Marne. Le Département prendra prochainement contact avec vous pour donner de plus amples informations »,*
- ✓ ou encore : *« La personne a bénéficié de prestations d'aide sociale auprès du Département de la Haute-Marne. Le Département prendra prochainement contact avec vous pour donner de plus amples informations ».*

- à prendre en compte s'agissant de l'outil utilisé les principes de protection des données personnelles posés par le Règlement Européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, notamment le principe de minimisation des données personnelles collectées,

- à informer, sans délai, la Chambre des notaires en cas de modifications portant sur les fonctionnalités de l'outil ou sur la qualité du prestataire,

- à informer dès que possible la Chambre des notaires et les études notariales concernées en cas de problèmes techniques sérieux (défaillance grave du système, faille de sécurité …) et à y remédier dans les meilleurs délais,

  La responsabilité du Département ne saurait être recherchée à raison de ces défaillances, sauf s'il est prouvé une violation délibérée et consciente de ses obligations contractuelles de sa part,

- à assurer ou faire assurer la maintenance du site : en l'occurrence la SPL XDEMAT, prestataire du Département est chargée de cette maintenance.

3.2 : La Chambre des notaires s'engage pour sa part :

- à être le relais auprès des notaires de son ressort, de l'existence de la solution informatique proposée par le Département, et à inciter à l'usage de cet outil,

Un courriel d'information sera adressé par la Chambre des notaires à l'ensemble des études notariales pour porter cet outil à la connaissance de l'ensemble des professionnels du ressort de la Chambre. Le Département se tient à disposition pour répondre aux questions qui pourraient être posées par ces professionnels, en lien avec la Chambre.

- à transmettre au Département la liste des études notariales du ressort de la Chambre avec les informations nécessaires au fonctionnement de la plateforme pour chaque étude :
  - Raison sociale
  - Adresse postale (rue)
  - Code postal
  - Ville
  - Téléphone (facultatif)
  - Numéro SIRET
  - Adresse mail
  - Pour chaque personne pour laquelle l'étude souhaiterait donner un accès :
    - Le code CRPCEN (qui servira de code utilisateur)
    - L'adresse mail
    - Le nom et prénom
    - Téléphone (facultatif)

La Chambre des notaires apportera sa collaboration au Département pour la création des comptes des études notariales.

- à ce que, dans un délai compris entre trois et six mois à compter de la signature de la présente convention, l'ensemble des études du ressort de la Chambre procède à l'interrogation du Département au moyen du portail mis à disposition. Au-delà de cette période, plus aucune réponse par le canal actuel ne sera formulée, sauf le cas, d'une panne du système. Dans cette hypothèse, le Département devra formuler une réponse par le moyen actuellement employé dans le délai d'une semaine,

- à signaler au Département par courrier adressé à correspondance.notaires@haute-marne.fr toute modification, tout retrait d'un compte ou toute création de compte supplémentaire concernant une étude de son ressort,

- à faire respecter par l'ensemble des notaires du ressort de la Chambre, les conditions générales d'utilisation du service ci-annexées (annexe n°1 précitée).

Article 4 : Protection des données personnelles et sécurité des informations

4.1 : L'outil « XORCAS » emporte le traitement des données à caractère personnel suivantes :

- noms patronymique et d'usage, prénoms, date de naissance, date de décès des bénéficiaires de l'aide sociale et de la clientèle notariale associés à l'existence d'une succession ouverte ou d'une vente immobilière et au bénéfice d'une aide sociale ;
- nom, prénom, adresse électronique professionnelle des agents instructeurs du Département et des professionnels des études notariales dans l'historique des recherches.

Ce service est uniquement réservé à l'usage professionnel des études notariales en charge d'une succession et s'interrogeant sur l'existence d'une créance du Département au titre de l'aide sociale.

4.2 : Conformément à l'article 26 du Règlement Européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, les parties s'engagent, chacune en ce qui la concerne et pour les personnels et professionnels qu'elles représentent, à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées de manière à ce que le traitement des données à caractère personnel réponde aux exigences de ce Règlement, notamment :

- à ne pas réutiliser les données auxquelles elles auraient accès à un autre usage de celui strictement nécessaire à leurs missions liées à la présente convention,

- à informer, sensibiliser et responsabiliser ses personnels et ses professionnels à la protection des données personnelles,

- à ne pas communiquer les données personnelles à d'autres personnes morales, privées ou publiques, que celles qui ont qualité pour en connaître dans le cadre de la présente convention,

- à assurer la sécurité physique et logique des données personnelles sous sa responsabilité en les protégeant contre les risques d'accès non autorisés, de modification, de destruction, de vol ou de perte des données,

- à répondre aux demandes de leur public pour l'exercice de leurs droits, notamment le droit d'accès à leurs données personnelles,

- à notifier à l'autorité de contrôle (CNIL) toute violation de données à caractère personnel sous leur responsabilité dans un délai maximum de 72 heures après en avoir pris connaissance, et à

en informer l'autre partie.

Article 4 : Durée de la convention et résiliation

La présente convention est conclue pour une durée de quatre ans à compter de sa notification. Elle pourra être modifiée par le biais d'un avenant dument signé entre les parties.

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par courrier recommandé avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois.

Article 5 : Résolution des litiges

En cas de litige survenant entre les parties et relatif à l'exécution de la présente convention, celles-ci s'engagent à chercher une résolution amiable au litige, préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne qui sera alors seul compétent à en connaître.

Fait à CHAUMONT, le
En 2 exemplaires originaux,

Pour le Département de la Haute-Marne	Pour la Chambre départementale des Notaires
Le Président du Conseil Départemental	Le Président
Nicolas LACROIX	**Franck HOFFMANN**

Accès au service

Adresse de connexion : http://www.notaire-interrogation.fr/

A l'affichage de cet écran, il est nécessaire de saisir les identifiants de connexion qui vous ont été fournis

Les différentes fonctionnalités

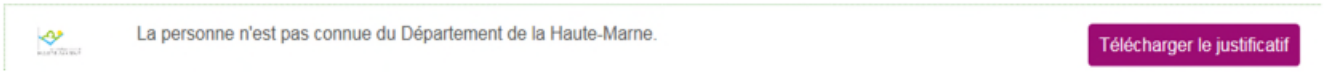
ECRAN RECHERCHER

A la connexion, l'application est positionnée sur la page de recherche. Les champs suivis d'un astérisque sont obligatoires et bloquent la recherche s'ils ne sont pas servis. La saisie ne tient pas compte de l'accentuation, ni des majuscules.

Une fois les renseignements fournis, il vous suffit de cliquer sur le bouton rechercher

Recherche négative

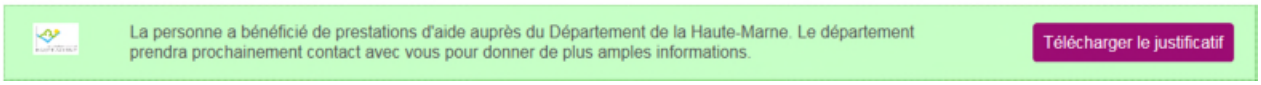
Lorsque les critères renseignés ne correspondent pas à une personne connue du département, cette information s'affiche :



Vous pouvez alors Télécharger immédiatement le justificatif attestant que cette personne est inconnue des services de Département

Recherche positive

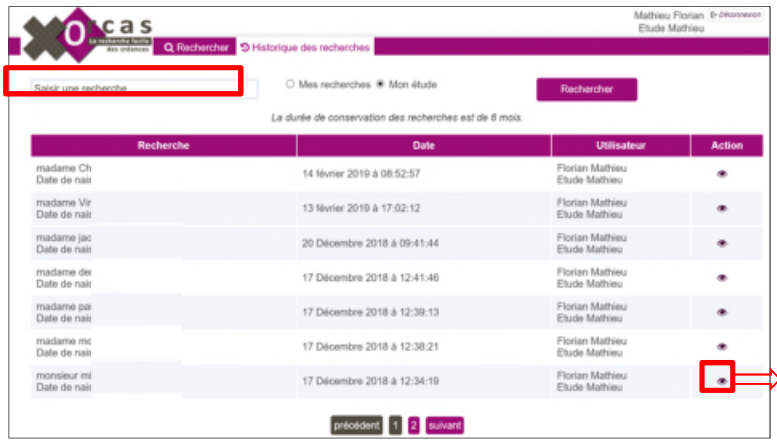
Lorsque les critères renseignés semblent correspondre à une personne connue du département, cette information s'affiche :

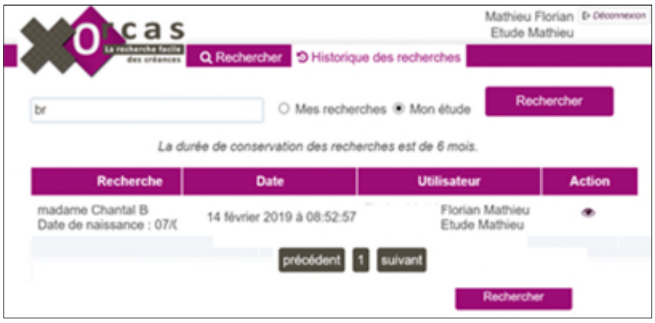


Vous pouvez alors Télécharger immédiatement le justificatif indiquant que le Département reprendra contact avec vous d'ici peu.

ECRAN HISTORIQUE DES RECHERCHES

Cet écran permet de retrouver pendant 6 mois toutes les recherches effectuées. Faire défiler les pages avec les liens en bas de l'écran. A l'ouverture, toutes les recherches sont affichées par ordre chronologique, de la plus récente à la plus ancienne puis la sélection peut se faire par nom.





Permet de télécharger à nouveau le justificatif délivré par le département.

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-29-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Autonomie	**N° 2019.09.29**

OBJET :

Bilan 2017-2019 et poursuite de l'action Habitat adapté et autonomie dans le cadre de la conférence des financeurs pour les années 2020, 2021 et 2022

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,

Vu la délibération en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu le programme d'actions adopté par l'instance plénière de la conférence des financeurs en vigueur,

Vu l'avis favorable émis par les membres de la VIIe commission le 27 août 2019,

Considérant la politique de prévention de la perte d'autonomie menée par le Département et la Conférence des financeurs et leur programme d'actions en faveur des séniors,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

✓ d'approuver la poursuite de la mise en œuvre de l'axe 1 du programme d'actions de la conférence des financeurs relatif à l'accès et aux équipements et aides techniques pour faciliter le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie, qui s'appuie sur :

- le programme d'intérêt général (PIG) conclu avec l'Anah relatif à « l'habitat adapté et l'autonomie »,

- le conventionnement avec le centre d'information et de conseil en aides techniques (CICAT),

- la convention avec la mutualité sociale agricole /mutualité sociale agricole services pour la gestion des aides techniques pour les GIR 5 et 6,

- la poursuite des tournées du bus de l'autonomie en Haute-Marne et auprès des partenaires des autres départements.

✓ d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer tous les actes nécessaires à cette mise en œuvre.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:03
Référence technique : 052-225200013-20190920-30-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Autonomie	**N° 2019.09.30**

OBJET :

Mise en place d'actions collectives de prévention à destination des seniors en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ou mises en place par un opérateur de proximité

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

N'a pas participé au vote :
M. Paul FOURNIE

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu le programme d'actions adopté par l'instance plénière de la conférence des financeurs en vigueur,

Vu l'avis favorable émis par les membres de la VIIe commission le 27 août 2019,

Considérant la politique de prévention de la perte d'autonomie menée par le Département et la Conférence des financeurs et leur programme d'action en faveur des séniors,

Considérant les actions collectives mises en place par des opérateurs de proximité ou des Ehpad,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer les subventions suivantes aux EHPAD ci-dessous au titre d'actions collectives de prévention en EHPAD à destinations des personnes âgées :

EHPAD LEGAY-COLIN à Poissons	1 025,32 €
EHPAD de Wassy	1 840,16 €
EHPAD les Myosotis à Bourmont	3 780 €
EHPAD Félix Grelot à Nogent	480 €
EHPAD de Joinville	4 550,40 €

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à verser ces subventions aux EHPAD sur lettre de notification,

- d'attribuer à l'Association de Santé, d'Education et de Prévention sur le Territoire (ASEPT) la subvention d'un montant de 19 020 € pour des actions collectives de prévention à destination des séniors,

Une convention sera signée avec l'ASEPT sur la base du modèle approuvé lors de la commission permanente du 15 décembre 2017. Monsieur le Président a été autorisé à signer cette convention lors de cette même commission permanente.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-31-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction de l'Autonomie	**N° 2019.09.31**

OBJET :

Convention relative à la Parenthèse des aidants entre le Département, la Ville de Chaumont et France Alzheimer 2019-2021

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de la santé publique,

Vu la délibération en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu le plan régional pour l'accès à la prévention et au soin,

Vu le plan Alzheimer,

Vu le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées de la Haute-Marne,

Vu l'avis favorable émis par les membres de la VIIe commission le 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'action à destination des aidants familiaux mise en œuvre depuis 2013 sur le territoire de Chaumont intitulée "la parenthèse des aidants" consistant en un temps de rencontre et permettant un échange entre les aidants,

Considérant la nécessité d'établir une nouvelle convention de partenariat pour les années 2019 à 2021,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention de partenariat relative à la Parenthèse des aidants entre le Département, la Ville de Chaumont et France Alzheimer, ci-jointe,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à la signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-31-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Animation de La Parenthèse des Aidants à Chaumont en Haute-Marne

---

CONVENTION DE PARTENARIAT précisant les modalités d'animation

ENTRE :

L'association France Alzheimer, représentée par Monsieur Jean-Marie JACQUOT, Président,

et

La Ville de Chaumont, représentée par Madame Christine GUILLEMY, Maire,

et

Le Département de la Haute-Marne, représenté par Monsieur Nicolas LACROIX, Président, dûment habilité par délibération de la commission permanente en date du 20 septembre 2019,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de la santé publique,

Vu le plan régional pour l'accès à la prévention et au soin,

Vu le plan Alzheimer,

Vu le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées de la Haute-Marne,

Vu la convention de partenariat relative à l'animation de la parenthèse des aidants signée le 9 octobre 2017,

Considérant

- l'action d'aide aux aidants mise en œuvre depuis 2013 sur le territoire de Chaumont intitulée la « Parenthèse des Aidants »,
- l'évaluation de l'action depuis sa mise en œuvre,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : objet

La présente convention a pour objet de définir les engagements respectifs de chaque signataire de la convention dans la mise en œuvre et l'animation de la Parenthèse des Aidants.

Article 2 : mission d'animation

L'association France Alzheimer, le Département de la Haute-Marne et la Ville de Chaumont assurent la mission d'animation de la Parenthèse des Aidants

Cette mission comprend :

- la constitution et le fonctionnement d'un comité de pilotage,
- la mise en place de réunions avec les partenaires du territoire afin de planifier les activités de la Parenthèse des Aidants,
- l'évaluation des actions et la détermination d'éventuels projets à développer,
- la préparation matérielle et technique des animations,
- la mise en œuvre d'une communication nécessaire au développement des activités,
- l'animation du café un après-midi par mois, avec les intervenants désignés par les signataires de la convention.

Article 3 : territoire concerné

Le territoire concerné est le territoire de l'arrondissement de Chaumont.

Article 4 : participation de France Alzheimer

L'association France Alzheimer, pour assurer cette mission, mobilise :
- une demi-journée par mois pour l'animation : un bénévole,
- des temps de préparation et de coordination entre les animateurs de l'activité.

Article 5 : participation du Département de la Haute-Marne

Le Département, pour assurer cette mission, mobilise :
- une demi-journée par mois pour l'animation : la coordinatrice gérontologique de l'arrondissement de Chaumont,
- des temps de préparation et de coordination entre les animateurs de l'activité.

Article 6 : participation de la Ville de Chaumont

La ville de Chaumont, pour assurer cette mission est mobilisée :
- une demi-journée par mois pour l'animation
- des temps de préparation et de coordination avec les animateurs de l'activité.

Article 7 : contribution financière et gestion de ces contributions

Les signataires de la convention peuvent s'engager à contribuer aux dépenses liées au fonctionnement du dispositif sur la période de la convention sur décision de leurs instances respectives

Les signataires de la convention, s'ils le décident, versent cette contribution à l'association France Alzheimer qui règle les dépenses sur présentation des factures en fonction des activités définies par le comité de pilotage et dans la limite du budget. Le solde éventuel est reporté sur le financement des actions de l'année suivante. L'association France Alzheimer rend compte de l'utilisation de ces subventions annuellement lors de la réunion bilan.

Article 8 : bilan de la mission

Les partenaires se réuniront au cours du dernier trimestre de l'année en cours pour effectuer un bilan de l'activité.
Ils produiront pour le premier trimestre de l'année N+1 un bilan de l'activité de l'année N.

Article 9 : durée de la convention et renouvellement

Cette convention est conclue à compter du 1er janvier 2019 pour une durée de 3 ans.

Article 10 : modification des termes de la convention

La présente convention pourra être modifiée, à la demande express de l'une ou l'autre des parties, par voie d'avenant.

Article 11 : résiliation de la convention

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties à la fin de chaque année civile moyennant un préavis de trois mois.

Article 12 : litiges

En cas de litige relatif à l'exécution de la présente convention, les parties s'engagent à chercher une résolution amiable du litige, préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne, qui sera alors seul compétent pour en connaître.

Fait à Chaumont en trois exemplaires,

Le

Le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne

Nicolas LACROIX

Le Président de France Alzheimer 52

Jean-Marie JACQUOT

Le Maire de Chaumont

Christine GUILLEMY

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-32-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Enfance, Insertion et Accompagnement Social	**N° 2019.09.32**
OBJET : **Subventions au titre du Fonds d'Appui aux Politiques d'Insertion (FAPI) pour l'année 2019**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu la délibération du conseil départemental du 21 janvier 2016 adoptant le plan départemental d'insertion 2016/2020,

Vu la convention relative au fonds d'appui aux politiques d'insertion signée le 25 avril 2017,

Vu l'avis favorable émis par les membres de la VIIe commission le 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant le soutien apporté par le Département aux associations permettant de compléter sa politique d'insertion de façon cohérente et utile en réponse aux besoins des habitants,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer les subventions suivantes pour un montant total de 65 484 €, ainsi réparties :
    - un montant de 13 000 € à l'UDAF pour l'action microcrédit personnel,
    - un montant plafond de 5 000 € à l'association BABEL Interprètes pour son action d'interprétariat,
    - un montant plafond de 47 484 € à la SA SCOP POINFOR pour son action collective de formation linguistique à destination des bénéficiaires du RSA qui disposent de la protection internationale.

- d'approuver les termes des conventions à intervenir avec l'association Babel Interprètes et la SA SCOP POINFOR, ci-jointes,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à les signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-32-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Haute Marne le Département

PROGRAMME DEPARTEMENTAL D'INSERTION

CONVENTION DE COLLABORATION POUR L'ACCUEIL DE BENEFICIAIRES DU REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE DANS LE CADRE DE PRESTATIONS PAYANTES D'INTERPRETARIAT DISPENSEES PAR LES BENEFICIAIRES DU REVENU DE SOLIDARITE

ENTRE le DEPARTEMENT de la HAUTE-MARNE représenté par Monsieur Nicolas LACROIX, Président du Conseil départemental, dûment habilité par délibération de la commission permanente du conseil départemental en date du 20 Septembre 2019 ;

Et l'Association Intermédiaire « BABEL Interprètes », représenté par Monsieur Franck PRODHON, Président ;

VU les articles L. 262-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles relatifs au revenu de solidarité active ;

VU le programme départemental d'Insertion 2016 – 2020 adopté par le conseil départemental en date du 21 janvier 2016 ;

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les responsabilités et les participations respectives des cosignataires pour le financement et l'organisation de prestations payantes d'interprétariat dispensées par les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).

ARTICLE 2 - DESCRIPTIF DE L'ACTION

Il s'agit d'un soutien à une démarche expérimentale pour l'insertion des étrangers bénéficiaires du RSA.
L'action se déroule du 1er janvier au 31 décembre 2019.

- Action : accompagnement socioprofessionnel des bénéficiaires du RSA autour d'un support d'activité d'interprétariat,
- Public visé : bénéficiaires du RSA,
- Base de calcul : 1 000 heures X 5,00 €,
- Montant plafonné : 5 000 €.

ARTICLE 3 : OBLIGATIONS DU PRESTATAIRE AU REGARD DE L'ACTION

- L'Association Intermédiaire est tenue de délivrer au Département le nombre de bénéficiaires du RSA ayant bénéficié de prestations payantes d'interprétariat ;
- Sur les documents produits par l'association, notamment les factures concernant la prestation d'interprétariat, devront figurer le logo du département.

A l'issue de l'exercice, un bilan sera présenté par l'Association Intermédiaire au conseil départemental. Ce bilan devra :

- fournir les justificatifs permettant de déterminer le nombre d'heures d'interprétariat dispensées par les bénéficiaires du RSA,
- fournir un bilan de l'accès à l'emploi des bénéficiaires du RSA.

ARTICLE 4 : FRAIS DE FONCTIONNEMENT ET MODALITES DE PAIEMENT

La subvention du conseil départemental attribuée à BABEL Interprètes est plafonnée à **5 000 € correspondant au nombre d'heures d'interprétariat réalisées par les bénéficiaires du RSA.**

Ce montant, qui comprend tous les frais y compris ceux de sous-traitance éventuelle que l'organisme prestataire déciderait d'engager, sera réglé de la manière suivante :

- 50 % de la somme sera versé, à la signature de la convention, soit 2 500 €,
- le solde sera versé sur présentation au conseil départemental **du bilan qualitatif, quantitatif et financier final** arrêté au 31/12/2019.

Ces versements seront effectués par virements sur le compte ouvert par l'association Intermédiaire BABEL Interprètes, sous les références suivantes :

- organisme bancaire : Caisse d'épargne
- Code banque : 15135
- Code guichet : 00460
- N° de compte : 08000110766
- clé : 92

Dans le cas ou les dispositions de l'article 2 ne sont pas respectées par l'Association Intermédiaire, le conseil départemental se réserve le droit de récupérer l'avance et/ou d'ajuster sa participation financière, après en avoir informé l'association par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, l'organisme prestataire aura 2 mois pour faire valoir ses observations auprès du conseil départemental.
Si 4 mois après la fin de l'action, aucun bilan qualitatif, quantitatif et financier n'est transmis au conseil départemental, la subvention sera considérée comme soldée.

ARTICLE 5 : CONTROLE FINANCIER, PEDAGOGIQUE ET TECHNIQUE

L'association s'engage à répondre à toutes les demandes de renseignements du Département de la Haute-Marne sur l'exécution de la présente convention dont le conseil départemental assure le contrôle pédagogique, financier et technique.
L'association s'engage à transmettre au conseil départemental le rapport du Commissaire aux Comptes agréé sur le dernier exercice budgétaire, si celui-ci est soumis à cette obligation. Sinon, il s'engage à transmettre les derniers comptes annuels attestés par le responsable légal de l'organisme prestataire.

ARTICLE 6 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est valable à compter de sa date de notification et jusqu'au 30 avril 2020. Elle peut être modifiée par voie d'avenant avant son terme.

ARTICLE 7 : RESILIATION

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par courrier recommandé avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois.

ARTICLE 8 : REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige relatif à l'exécution de la présente convention, les parties s'engagent à essayer de le résoudre à l'amiable préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne qui sera alors seul compétent pour en connaître.

CHAUMONT, le

Le Président du Conseil départemental,	**Le Président de BABEL Interprètes,**
Nicolas LACROIX	**Franck PRODHON**

Fonds d'appui aux politiques d'insertion 2017-2019

CONVENTION DE COLLABORATION

POUR L'APPRENTISSAGE DE LA LANGUE FRANCAISE

A DESTINATION DES PERSONNES BENEFICIANT DE LA PROTECTION INTERNATIONALE ET DISPOSANT DU REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE

ENTRE le DEPARTEMENT de la HAUTE-MARNE représenté par Monsieur Nicolas LACROIX, Président du conseil départemental, dûment habilité par délibération de la commission permanente du conseil départemental en date du 20 septembre 2019 ;

Et la SA SCOP POINFOR représentée par Monsieur Claude GEOFFROY, Président Directeur Général, mandataire du groupement composé de la SA SCOP POINFOR et le groupe ESC/ADPS ;

VU la loi de finances initiale pour 2017 créant le fonds d'appui aux politiques d'insertion en son article 89-II,

VU le décret n°2017-202 du 17 février 2017 relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion,

VU la délibération de la commission permanente du conseil départemental en date du 31 mars 2017 autorisant la signature de la convention d'appui aux politiques d'insertion 2017-2019 conclue entre le Département de la Haute-Marne et l'Etat représenté par le Préfet de la Haute-Marne**,**

VU l'appel à projet lancé le 25 février 2019,

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les responsabilités et les participations respectives des cosignataires pour le financement et l'organisation de missions payantes de formation linguistique à destination des bénéficiaires de la protection internationale disposant du revenu de solidarité active (RSA).

ARTICLE 2 - DESCRIPTIF DE L'ACTION

Cette aide doit être entendue comme une aide à l'insertion. Ces acquisitions fondamentales sont indispensables pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle de ce public.

La formation se décompose sur 201 h en centre comme suit :

Module 1	Accueil des bénéficiaires et positionnement
Module 2	Image de soi
Module 3	FLE à visée professionnelle et remise à niveau adaptée au projet
Module 4	Définition / Validation du projet
Module 5	TRE – Préparation à l'alternance
Module 6	Gestion du stress et sophrologie
Module 7	TCF Blanc
Module 8	Module transverses : bureautique / code de la route / accès au soin / bilan de santé
Module 9	Bilans

Et 70 h en entreprise.

Le mode collectif est privilégié. En effet, l'apprentissage en collectif permet aux personnes de se rencontrer, de confronter leurs propres préoccupations et difficultés et également de lutter contre l'isolement social. L'apprentissage se fera par groupe de 12 personnes, à une fréquence de 3 jours par semaine (6 h / jour).

Ce dispositif intervient en aval du dispositif obligatoire de renforcement linguistique OFII. Il s'agit de favoriser l'insertion professionnelle via l'individualisation des parcours par :

- la maîtrise de la langue française et le développement d'une appétence pour la formation,
- la définition / la confirmation d'un projet professionnel,
- l'immersion en entreprise et / ou plateau technique (en fonction du degré d'autonomie de la personne),
- la connaissance du bassin d'emploi et la compréhension du milieu socio professionnel environnant,
- la sécurisation du projet professionnel ou du projet de formation par l'établissement d'un plan d'action,
- la valorisation de l'acquisition linguistique au travers de l'obtention du TCF.

L'action se déroule du 1er septembre 2019 au 31 mars 2020.

- Action : missions payantes de formation linguistique en complément des heures de formation proposées par l'Office français de l'Immigration et de l'intégration (OFII) basée sur la définition d'un projet professionnel,
- Public visé : bénéficiaires du RSA,
- Base de calcul : 47 484 € pour **36 personnes.**

ARTICLE 3 : OBLIGATIONS DU PRESTATAIRE AU REGARD DE L'ACTION

- La structure est tenue de délivrer au Département le nombre de bénéficiaires du RSA ayant bénéficié de formation linguistique complémentaire.

A l'issue de chaque phase, un bilan sera présenté par la structure au conseil départemental.

Ce bilan devra fournir les justificatifs permettant de déterminer le nombre d'heures de français dispensées aux bénéficiaires du RSA.

ARTICLE 4 : FRAIS DE FONCTIONNEMENT ET MODALITES DE PAIEMENT

La participation du Département attribuée à la SA SCOP POINFOR est plafonnée à **47 484,00 €.**

Ce montant, qui comprend tous les frais y compris ceux de sous-traitance éventuelle que l'organisme prestataire déciderait d'engager, sera réglé de la manière suivante :

- Une avance de 15 828 €, **à la signature de la convention**,
- Un acompte dans la limite de 15 828 € sera versé sur présentation au conseil départemental **du bilan qualitatif, quantitatif et financier** arrêté au 31 décembre 2019,
- le solde dans la limite de 15 828 € sera versé sur présentation au conseil départemental **du bilan qualitatif, quantitatif et financier final** arrêté au 31 mars 2020.

Ces versements seront effectués par virements sur le compte ouvert par la SA SCOP POINFOR, sous les références suivantes :

- organisme bancaire : SOCIETE GENERALE
- Code banque : 30003
- Code guichet : 02153
- N° de compte : 00050091091 52

Dans le cas où les dispositions de l'article 2 ne sont pas respectées par la SA SCOP, le conseil départemental se réserve le droit de récupérer l'avance et/ ou d'ajuster sa participation financière, après en avoir informé la SA SCOP par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, l'organisme prestataire aura 2 mois pour faire valoir ses observations auprès du conseil départemental.

Si 4 mois après la fin de chaque phase, aucun bilan qualitatif, quantitatif et financier n'est transmis au conseil départemental, la subvention sera considérée comme soldée.

ARTICLE 5 : CONTROLE FINANCIER, PEDAGOGIQUE ET TECHNIQUE

La SA SCOP s'engage à répondre à toutes les demandes de renseignements du Département de la Haute-Marne sur l'exécution de la présente convention dont le Département assure le contrôle pédagogique, financier et technique.

La SA SCOP s'engage à transmettre au Département le rapport du Commissaire aux Comptes agréé sur le dernier exercice budgétaire, si celui-ci est soumis à cette obligation. Sinon, il s'engage à transmettre les derniers comptes annuels attestés par le responsable légal de l'organisme prestataire.

ARTICLE 6 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est valable à compter de sa date de notification et jusqu'au 30 avril 2020. Elle peut être modifiée par voie d'avenant avant son terme.

ARTICLE 7 : RESILIATION

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par courrier recommandé avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois.

ARTICLE 8 : REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige relatif à l'exécution de la présente convention, les parties s'engagent à essayer de le résoudre à l'amiable préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne qui sera alors seul compétent pour en connaître

CHAUMONT, le

Le Président du Conseil départemental,	**Le Président Directeur Général,** **SA SCOP POINFOR**
Nicolas LACROIX	**Claude GEOFFROY**

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:09
Référence technique : 052-225200013-20190920-33-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Enfance, Insertion et Accompagnement Social	**N° 2019.09.33**
OBJET : **Fonds de Solidarité Logement (FSL) - convention et avenant avec Engie et Electricité de France pour 2019**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi dite "Besson" n°90-449 du 31 mai 1990 modifiée notamment par la loi n°2004 809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales,

Vu le décret n°2005-212 du 2 mars 2005 relatif aux Fonds de Solidarité Logement,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu le règlement du FSL adopté suivant délibération du Conseil départemental en date du 29 juin 2018,

Vu l'avis favorable des membres de la VIIe commission le 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que le Fonds de Solidarité Logement relève de la compétence du Département,

Considérant l'intérêt départemental de soutenir l'accès ou le maintien dans le logement de personnes en difficultés,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention à intervenir avec Engie et de l'avenant à intervenir avec Electricité de France ci-joints,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à les signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:09
Référence technique : 052-225200013-20190920-33-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONVENTION DEPARTEMENTALE DE PARTENARIAT POUR LA GESTION DU DISPOSITIF « SOLIDARITE ENERGIE » DES FONDS DE SOLIDARITE POUR LE LOGEMENT

ENGIE

Année 2019

ENTRE :

Le DEPARTEMENT de la **HAUTE MARNE, 1, rue du Commandant Hugueny – 52000 CHAUMONT**, représenté par le Président du Conseil Départemental, **Monsieur Nicolas LACROIX**, dûment habilité à signer la présente Convention,

Ci-après désigné : « le Département »,

D'une part,

ET :

ENGIE, Société anonyme au capital de 2 435 285 011 euros, ayant son siège social Tour T1 - 1 place Samuel de Champlain – Faubourg de l'Arche - 92930 Paris La Défense cedex , immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 542 107 651, représentée par **Madame Solenn LE MOUEL**, Déléguée Veille et Parties Prenantes - Direction du Tarif Réglementé - Bu France BtoC, sis **17 rue de l'arrivée 75015 PARIS** , agissant en vertu des délégations de pouvoirs qui lui ont été consenties,

Ci-après désigné « ENGIE »,

D'autre part.

Considérant les dispositions suivantes :

Vu le Code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 115-3,

Vu le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données,

Vu la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

Vu la Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 modifiée visant à la mise en œuvre du droit au logement notamment à l'article 6,

Vu la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, notamment son article 65 transférant la gestion et le financement des Fonds de Solidarité pour le Logement aux départements,

Vu la Circulaire n° 2004-58 UHC/IUH 1 du 4 novembre 2004 relative aux nouvelles dispositions concernant les fonds de solidarité pour le logement (FSL) contenues dans la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (article 65),

Vu le Décret n° 2005-212 du 2 mars 2005 relatif aux Fonds de Solidarité pour le Logement,

Vu le Contrat de Service Public 2015-2018 entre l'Etat et ENGIE signé le 6 novembre 2015 et notamment son article 3.2,

Vu le Décret n° 2008-780 du 13 août 2008 modifié relatif à la procédure applicable en cas d'impayés des factures d'électricité, de gaz, de chaleur et d'eau,

Vu la Loi n° 2013-312 du 15 avril 2013 visant à préparer la transition vers un système énergétique sobre et portant diverses dispositions sur la tarification de l'eau et sur les éoliennes,

Vu la Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové,

Vu le Décret n° 2016-555 du 6 mai 2016 relatif au chèque énergie. L'article 3 précise la date d'application des dispositions du III de l'article 201 de la loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte ainsi que les modalités d'application de ces dispositions, à compter du 1er janvier 2018

Vu la Délibération du Conseil départemental en date du 9 février 2018 adoptant le Règlement Intérieur du Fonds de Solidarité pour le Logement,

Vu la Délibération du Conseil départemental en date du 20 septembre 2019 autorisant le Président du Conseil départemental à signer la présente Convention,

Vu le Règlement Intérieur du Fonds de Solidarité pour le Logement en vigueur au jour de la signature des présentes.

Il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE

« […] *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.* […]

Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Extrait du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la Nation.

Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, peut bénéficier d'une aide de la collectivité pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir, y étant inclus l'accès à un minimum d'énergies.

A cette fin, les Fonds de Solidarité pour le Logement (ci-après dénommés : « FSL ») comportent un volet « Solidarité Energie » destiné à apporter une aide aux ménages en situation de précarité, afin de préserver ou garantir leur accès à l'électricité et/ou au gaz.

En tant que fournisseur d'énergie, ENGIE contribue à ce dispositif « Solidarité Energie » au titre de ses missions de Service Public et de sa politique de Solidarité. Afin de mettre en œuvre cette contribution, la loi prévoit qu'une convention soit conclue entre le Département et les représentants des fournisseurs de gaz et d'électricité.

TITRE 1 – CADRE DE LA CONVENTION

Article 1 – Objet de la Convention

En application des textes susvisés, la présente Convention a pour objet de préciser :
- le montant et les modalités de la participation financière d'ENGIE,
- la nature et les conditions de mise en œuvre des aides aux ménages en situation de précarité et des mesures de prévention.

Cette Convention n'est pas exclusive de conventions conclues par le Département avec d'autres fournisseurs d'énergies.

Article 2 – Subsidiarité

Dans le cas d'un FSL déconcentré ou disposant de commissions déconcentrées, la présente convention s'applique de manière uniforme à tous les dispositifs institués au plan départemental, ceux-ci devant s'inscrire dans le cadre fixé par la présente Convention.

Article 3 – Compétence du FSL

Le FSL prend en compte tous les domaines de compétence que lui confère la loi et répond aux objectifs définis dans le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées.

Article 4 – Règlement Intérieur

Cette Convention est accompagnée en Annexe 1 du Règlement Intérieur (RI) du FSL, qui précise en particulier :

- Les modalités de saisine du FSL,
- Les modalités d'instruction des demandes,
- Les conditions d'octroi des aides ainsi que les critères de refus,
- La forme et le montant des aides financières et les mesures de prévention,
- L'articulation de leur action avec celle des autres organismes intervenant dans leur domaine de compétence, notamment avec celle des Commissions de surendettement.

Le Département communique à ENGIE le Règlement Intérieur avant signature des présentes.

TITRE 2 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 5 – Bénéficiaires

Le dispositif FSL s'adresse aux personnes physiques domiciliées dans le département, clientes d'ENGIE pour la fourniture d'électricité et/ou de gaz en offre de marché et/ou de GAZ TARIF REGLEMENTE pour l'offre de gaz naturel au tarif réglementé, pour le paiement des factures de consommation d'énergies de leur résidence principale (hors factures générées à la suite d'un constat de fraude) et respectant les critères d'éligibilité définis par le Règlement Intérieur du FSL. Il appartient au Département de vérifier ces points.

Article 6 – Instance de pilotage

Le Département dirige le FSL, via un Comité de pilotage auquel participe à minima un représentant d'ENGIE, qui dispose d'une voix délibérative.

Article 7 – Commissions d'attribution

Les Commissions d'attribution des FSL constituent les instances de décision. Elles disposent de la compétence entière et exclusive pour décider l'attribution d'aides financières et/ou indiquer des mesures de prévention. Elles se réunissent régulièrement afin d'assurer un traitement des demandes.

Un représentant d'ENGIE est invité à assister, à titre consultatif, aux délibérations des Commissions d'attribution lors du traitement des dossiers complexes ou dont le montant dépasse un certain seuil défini dans le Règlement Intérieur du FSL.

Article 8 – Nature des aides

Article 8.1 - Aides curatives

Le FSL apporte des aides financières d'urgence aux ménages en situation de précarité et qui sont dans l'impossibilité de régulariser leurs impayés de gaz et/ou d'électricité.
L'aide attribuée consiste en une prise en charge totale ou partielle des factures impayées. Cette prise en charge peut être effectuée sous forme de subvention et/ou de prêt, selon le choix des instances décisionnaires du FSL.

Article 8.2 - Mesures de prévention

Dans le cadre du Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées ou de leur propre initiative, les instances décisionnaires du FSL peuvent préconiser et mettre en œuvre des mesures de prévention des impayés de gaz et d'électricité, afin de permettre aux bénéficiaires de mieux maîtriser leurs usages de l'énergie et le budget correspondant, tout en garantissant le niveau de sécurité des installations : promotion de la mensualisation, travaux d'économies d'énergies via le Fonds d'Aides aux Travaux de Maîtrise et d'Economies d'Energies ou tout autre fonds, actions de sensibilisation à la maîtrise des dépenses d'énergies et d'eau, conseils en économie sociale et familiale, actions de médiation, promotion du Diagnostic Qualité Sécurité gaz, etc.

Pour sa part, ENGIE met en œuvre des mesures de prévention des impayés d'énergies et du surendettement.

Des actions de sensibilisation et d'informations sont ainsi menées et portent sur :

- la maîtrise des dépenses d'énergies et d'eau (diffusion de brochures, informations).

TITRE 3 - DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 9 – Conditions de versement

Le versement de la dotation financière d'ENGIE aux FSL est subordonné à la signature de la présente Convention.
Le versement intervient ensuite, annuellement, sur appel de fonds dûment notifié par l'organisme chargé de la collecte et de la gestion des fonds, accompagné d'un IBAN. Le courrier d'appel de fonds doit faire référence à la Convention, à l'année concernée et au montant de la subvention

Le versement sera effectué à l'organisme bénéficiaire suivant :
Conseil Départemental de la Haute-Marne– 1 rue du Commandant Hugueny – CS 62127– 52905 CHAUMONT Cedex 9

L'appel de fonds sera adressé à :

Madame Catherine BIGEY, Correspondante Solidarité et Relations Externes de la Direction du Tarif Réglementé pour le Département de la HAUTE MARNE, Conseil Départemental de la Haute-Marne– Direction enfance, insertion, accompagnement social, 1 rue du Commandant Hugueny – CS 62127– 52905 CHAUMONT Cedex 9

Article 10 – Montant des dotations

La contribution financière ENGIE pour l'année 2019 est fixée à **huit mille euros (8 000 €)**.

Article 11 – Reliquats

Le solde des sommes non engagées au terme de l'exercice en cours est reporté sur l'exercice suivant.

Article 12 – Affectation des fonds

La dotation d'ENGIE est réservée à ses clients « particuliers » titulaires d'un contrat ENGIE pour la fourniture d'électricité et/ou de gaz en offre de marché et/ou d'un contrat GAZ TARIF REGLEMENTE pour l'offre de gaz naturel au tarif réglementé et comprend sa quote-part des frais de fonctionnement.

Article 13 – Comptabilité

La comptabilité analytique du compte doit permettre un suivi spécifique des affectations par nature (curatif, préventif) et par type de contrat (Tarif réglementé ou Offre de marché) .

Article 14 – Responsabilité financière

Le Département assure intégralement la responsabilité administrative, comptable et financière de la gestion du FSL, y compris en cas de délégation de gestion de celui-ci.

TITRE 4 – ENGAGEMENTS DU DEPARTEMENT

Article 15 – Actions préalables à la saisine du FSL

Le Département s'engage à assurer la publicité des adresses et des moyens par lesquels le FSL peut être saisi ainsi que celle de son Règlement Intérieur.

Afin de permettre à ENGIE d'informer ses clients, le Département fournit les coordonnées (adresse, téléphone) du service à contacter.

Pour permettre à ENGIE de transmettre au Département les informations relatives aux clients aidés ou bénéficiaires du chèque énergie faisant l'objet d'une relance pour défaut de règlement de leur fourniture d'énergies, ou faisant l'objet d'une réduction de fourniture d'électricité ou d'une coupure pour impayé et non rétablie dans un délai de 5 (cinq) jours, Le Département doit fournir à ENGIE l'adresse courriel du service à informer (Annexe 2).
Le Département informera immédiatement par courrier l'interlocuteur d'ENGIE de toute modification de ces adresses. Afin de pérenniser la validité de cette adresse mail, l'usage d'adresse générique est à privilégier.

Article 16 – Traitement des données personnelles des clients

ENGIE met à disposition du Département et autorise ce dernier à traiter aux fins de réalisation des Services dans le cadre de la Convention des données, fichiers, etc., de quelque nature que ce soit et sous quelque forme que ce soit, constituant des Données Personnelles.

Les Parties s'engagent à agir conformément aux Lois de Protection des Données Personnelles.

Dans l'hypothèse où le Département serait amené à traiter des données, il s'engage notamment à respecter toutes les obligations stipulées à l'article 28 du « Règlement 2016/679 » et à ce que les personnes autorisées aient accès aux Données Personnelles dans la limite de l'exécution de leurs prestations et s'engage à respecter la confidentialité liée à la Convention.

En matière de sécurité le Département s'engage à mettre en place et maintenir pendant toute la durée de la Convention toutes les mesures techniques et organisationnelles, notamment toutes les mesures de sécurité adaptées à la nature des Données Personnelles traitées et aux risques présentés par les éventuels Traitements effectués.

Le Département s'engage à ne pas sous-traiter les données personnelles sans accord express de ENGIE ;

Le Département s'engage (sans répondre directement aux Personnes Concernées) à informer sans délai ENGIE de toute requête d'une Personne Concernée au titre de ses droits sur ses Données Personnelles et apporter toute l'aide nécessaire à ENGIE pour faciliter la réponse à ces demandes.

Le transfert de Données Personnelles d'ENGIE vers des pays tiers n'apportant pas un niveau de protection adéquat au sens de la Directive et du Règlement (UE) 2016/679 est soumis à l'accord préalable et exprès d'ENGIE.

Pour tout Transfert de Données Personnelles, vers un pays tiers autorisé par ENGIE (entités affiliées du Département ou Sous-Traitants ultérieurs), ENGIE donne mandat au Département de mettre en place les garanties requises par les Lois de Protection des Données Personnelles applicables.

En cas de violation des Données Personnelles, le Département doit dans les 48 (quarante-huit) heures après en avoir eu connaissance, notifier à ENGIE cette violation.

Le Département s'engage en outre à transmettre à ENGIE, au plus tard dans les 48 (quarante-huit) heures de la notification visée ci-dessus, une analyse d'impact de cette violation.

Le Département s'engage à coopérer afin de permettre à ENGIE de notifier la violation des Données Personnelles à toute autorité de contrôle compétente en conformité avec les Lois Protection des Données Personnelles.

A l'expiration de la présente Convention ou en cas de résiliation anticipée pour quelque cause que ce soit, et à tout moment sur demande d'ENGIE, le département et ses Sous-traitants Ultérieurs restitueront à ENGIE dans un délai approprié et ne pouvant excéder 1 (un) mois, l'intégralité des Données Personnelles qu'ils auraient pu être amenés à traiter, sous quelque forme que ce soit.

Article 17 – Instruction des demandes

Le Département veille à ce que le délai entre la réception d'une demande d'aide (saisine du service par le demandeur ou son représentant) et la notification de la décision ne dépasse pas 2 (deux) mois, sauf cas exceptionnels qui seront alors communiqués à ENGIE.

Toutes les correspondances relatives à l'instruction des demandes d'aides et à la préparation des commissions sont transmises à ENGIE via nos portails internet Solidarité aux adresses suivantes :

Pour les contrats d'électricité ou de gaz naturel en Offre de Marché : **https://servicessociaux.engie.fr**

Pour les contrats de gaz naturel au Tarif Réglementé **:** **https://servicessociaux.gaz-tarif-reglemente.fr.**

Le traitement des préparations d'ordre du jour de commission est automatisé, un délai de 48H est necessaire pour la mise à disposition des résultats sur nos portails internet Solidarité.

Article 18 – Après décision du FSL

Le Département est garant de la validité et du respect des décisions d'attribution des aides.
Les décisions sont notifiées dans la semaine à ENGIE via nos portails internet Solidarité.

Pour les contrats d'électricité ou de gaz naturel en Offre de Marché : **https://servicessociaux.engie.fr.**
Pour les contrats de gaz naturel au Tarif Réglementé **:** **https://servicessociaux.gaz-tarif-reglemente.fr.**

Le bordereau de décision fait apparaître :

- le nom,
- le prénom,
- La nature du contrat (Offre de Marché OU Tarif Réglementé),
- le numéro de son compte de contrat d'énergies,
- le montant de l'aide accordée,
- le motif du refus.

Le Département invite le demandeur à conserver la notification d'aides pendant 12 (douze) mois ainsi qu'à contacter rapidement ENGIE et à lui fournir une copie de la notification afin de :

- mettre en place un échéancier d'apurement du reliquat éventuel de la dette,
- effectuer si besoin un diagnostic tarifaire personnalisé,
- obtenir des conseils sur la maîtrise de l'énergie,
- mettre en place une mensualisation, ou tout autre procédé, permettant d'agir à titre préventif sur les difficultés de paiement du client,
- activer le dispositif de protection contre la réduction de la fourniture d'électricité pendant la période hivernale.

Article 19 – Mandatement

Le gestionnaire du fonds assure le mandatement des sommes allouées directement à ENGIE, à une fréquence la plus rapprochée possible des décisions des Commissions d'attribution, fréquence à minima mensuelle. Un bordereau récapitulatif des bénéficiaires est annexé à chacun des mandatements. Ce bordereau précise pour chaque bénéficiaire : son nom, prénom, adresse complète, la nature du contrat, compte de contrat et montant de l'aide.

Pour permettre la bonne affectation des aides accordées et des virements correspondants, le gestionnaire du fonds précise dans chaque mandat :

1. **Pour les virements individuels :**

- **le compte de contrat d'énergies**, entouré de la lettre « A »
- le nom,
- la mention « CD N° du Département ».
  - **exemple : A432123678A DUPONT CDXX**

2. **Pour les virements collectifs :**

- la mention « FSL CD N° du Département »,
- le numéro d'identification du bordereau transmis via nos portails internet Solidarité.

- Pour les contrats d'électricité ou de gaz naturel en Offre de Marché : **https://servicessociaux.engie.fr**
- Pour les contrats de gaz naturel au Tarif Réglementé **: https://servicessociaux.gaz-tarif-reglemente.fr**

TITRE 5 - ENGAGEMENTS D'ENGIE

Article 20 – Actions préalables à la saisine du FSL

Selon les cas, ENGIE s'engage à :

- proposer au débiteur un échelonnement de créance avant de l'orienter vers le FSL,
- accepter tout acompte proposé par les débiteurs,
- fournir au débiteur les coordonnées du service du Département à contacter (adresse, téléphone) pour l'instruction de son dossier,
- fournir au débiteur toute information utile sur le FSL et son mode de saisine,
- informer, dans son deuxième courrier de relance, les clients que :

  - la fourniture d'énergies (électricité, gaz) ne peut être interrompue dans leur résidence principale pendant la période hivernale comprise entre le 1er novembre de chaque année et le 31 mars de l'année suivante,

  - la fourniture d'électricité ne peut être réduite, durant la période hivernale comprise entre le 1er novembre de chaque année et le 31 mars de l'année suivante, pour les clients bénéficiant du chèque énergie.

- ne pas interrompre la fourniture d'énergies sans procéder à une tentative de contact préalable, à défaut de contact physique ou téléphonique, le client sera informé par courrier.

Article 21 – Instruction des demandes

ENGIE s'engage à :

- dans les limites de la Loi Informatique et libertés modifiée, fournir aux services instructeurs les éléments nécessaires au traitement des demandes d'aides,
- maintenir l'alimentation en énergie du client jusqu'à la notification de la décision du FSL,
- proposer un plan d'apurement selon les règles de gestion en vigueur d'ENGIE.

Article 22 – En cas d'interruption de fourniture

Lorsque le Client a fait l'objet d'une interruption de fourniture d'énergies ou d'une réduction de puissance électrique suite au non-paiement d'une facture, le Travailleur Social qui instruit la demande d'aide sociale peut contacter nos services via nos portails internet Solidarité (ou par téléphone) pour définir les conditions financières de rétablissement selon les règles de gestion en vigueur d'ENGIE.

Lorsqu'un accord est trouvé avec le Travailleur Social sur l'apurement de la dette, ENGIE s'engage à transmettre dans un délai de 1 (un) jour ouvré au(x) distributeur(s) d'énergies une demande pour rétablir la fourniture.

Article 23 – Après décision favorable du FSL

ENGIE s'engage à :

- proposer systématiquement à ses clients ayant bénéficié d'une aide du FSL, des modalités adaptées pour le paiement du solde éventuel de la dette (plan d'apurement), conformément au cadre règlementaire en vigueur.

- afin de sécuriser les paiements du client, le prélèvement automatique du plan d'apurement sur un compte bancaire, postal ou caisse d'épargne sera proposé en priorité. Le client, sur demande du Travailleur Social, pourra à titre d'exception, opter pour un autre mode de règlement parmi ceux proposés dans nos Conditions Générales de Ventes.

- activer le dispositif de protection contre la réduction de la fourniture d'électricité pendant la période hivernale.

Article 23bis – Cas d'une demande d'un travailleur social sans demande d'aide

ENGIE pourra proposer un plan d'apurement selon les règles de gestion en vigueur d'ENGIE. En cas de refus du client, la dette devient en totalité immédiatement exigible

Article 24 – Informations à destination du Département

ENGIE s'engage à :

- transmettre au Département la liste des clients aidés par le FSL dans les 12 (douze) derniers mois ou bénéficiaires du chèque énergie qui font l'objet d'une première relance pour défaut de règlement de leur fourniture d'énergies,

- transmettre par courriel au Département la liste des clients faisant l'objet d'une réduction de fourniture ou d'une coupure pour impayé non rétablie dans un délai de 5 (cinq) jours.

ENGIE transmet les données nécessaires à l'appréciation de la situation du Client pour une prise en charge éventuelle :

- les références de son contrat,
- son nom,
- son prénom,
- son adresse,
- le montant de la dette,
- La date de la dette,
- La date de la coupure ou de la pose du limiteur,
- Le type d'énergie.

TITRE 6 : ENGAGEMENTS COMMUNS DANS LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE ENERGETIQUE

Article 25 - Le chèque Energie

Avec le représentant local du réseau solidarité d'ENGIE, le Département pourra organiser, selon les besoins, des réunions d'information à destination des responsables de services, des travailleurs sociaux, des instances de coordination, des acteurs sociaux et des partenaires locaux de l'action sociale du Département pour l'accès au droit des bénéficiaires du Chèque Energie.

Article 26 - Maîtrise des dépenses d'énergies

Le Département et ENGIE pourront mettre en œuvre des mesures préventives afin de mieux organiser la détection et la prise en charge des familles en difficulté, telles que :

- Des conseils et mesures préventives aux Clients pour la maîtrise des consommations et l'amélioration de l'habitat,

- La promotion de « Ma conso », service accessible sur nos sites internet qui permet au Client d'analyser et d'agir sur ses consommations d'énergie,

  - Contrat Offre de Marché > https://particuliers.engie.fr
  - Contrat Tarif Réglementé > https://gaz-tarif-reglemente.fr/

- La réalisation d'un bilan tarifaire et l'optimisation du tarif à la demande du client, suite à une évolution de ses usages et / ou de ses équipements.

TITRE 7 – SUIVI ET EVALUATION DU FSL

Article 27 – Suivi de la Convention

Pour la mise en œuvre et le suivi de la présente Convention, les signataires désignent comme interlocuteurs :

- Pour le Département : **Monsieur THIRION Jean-Marie, agissant en qualité de directeur enfance, insertion, accompagnement social**

Adresse et coordonnées téléphoniques :

Conseil Départemental de la Haute-Marne

Direction enfance, insertion, accompagnement social

1 rue du Commandant Hugueny

52 000 CHAUMONT

Tél : 03 250 02 89 18

coralie.gerardin@haute-marne.fr

- **Pour ENGIE Gaz Tarif Réglementé** : **Madame Catherine BIGEY, agissant en qualité de Correspondante Solidarité et Relations Externes :**

Direction Tarif Réglementé
Place Thiers – CS 20739
54064 Nancy cedex
Mobile 06.68.17.85.08

catherine.bigey@engie.com

- **Pour ENGIE Direction Grand Public : Madame Christine CHAMU, agissant en qualité de Responsable Relations Externes - Solidarité**

@ : christine.chamu@engie.com

Article 28 – Rapport mensuel

Un rapport mensuel du volet énergie du FSL, réalisé par le gestionnaire du fonds, est établi par nature de contrat et adressé à ENGIE pour l'ensemble du Département. Il fournit une consolidation des bordereaux de versement et comporte :

- un rapport d'activité mensuel comportant a minima :
- le nombre de dossiers présentés,
- le nombre de dossiers aidés par type d'aides (subvention / prêt),
- le montant des aides accordées par type d'aides (subvention / prêt).

Article 29 – Rapport et Bilan départemental annuel

Le Comité de pilotage du FSL se réunit au minimum une fois par an afin d'effectuer une évaluation et de définir l'évolution du dispositif FSL, notamment sur les points suivants :

- la nature et les montants des aides versées,
- le délai moyen de traitement des demandes,
- les frais de fonctionnement du fonds,
- les contributions des différents partenaires,
- l'organisation du dispositif,
- le plan d'action,
- les indicateurs,
- les expérimentations locales,
- l'application des dispositions de la présente Convention et du Règlement Intérieur.

Le Département s'engage à ne pas communiquer les informations commerciales contenues dans ce bilan.

TITRE 8 - MISE EN OEUVRE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 30 – Date d'effet et durée de la Convention

La présente Convention prend effet au 1er janvier 2019 pour une durée de 1 (un) an.

A l'échéance du terme, toute prolongation du partenariat entre ENGIE et le FSL devra faire l'objet d'une nouvelle Convention signée par les Parties.

Article 31 – Avenants et révision de la Convention

Toute modification de la présente Convention, notamment suite à des modifications légales ou réglementaires ou du montant de la dotation, fera l'objet d'un avenant signé entre les Parties.

De même, une modification du Règlement Intérieur annexé à la présente Convention jugée substantielle par l'une des Parties devra faire l'objet d'un avenant signé des deux parties.

Article 32 – Résiliation de la Convention

En cas de non-respect par l'une ou l'autre des Parties de ses engagements respectifs fixés dans la présente Convention, celle-ci pourra être résiliée de plein-droit par l'une ou l'autre des Parties, à l'expiration d'un délai de 3 (trois) mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure et restée infructueuse.

En cas de résiliation, le Département reversera à ENGIE le reliquat de sa dotation.

Article 33 – Clause attributive de compétence

En cas de différend, les Parties s'attacheront à trouver un règlement amiable et n'exerceront de recours contentieux qu'en cas d'échec des tentatives de conciliation.

Les litiges nés de l'application ou de l'interprétation des clauses de la présente Convention sont de la compétence du Tribunal Administratif **de Châlons-en-Champagne.**.

Fait à Chaumont, le en 2 (deux) exemplaires originaux, les Parties déclarant avoir pris connaissance du Règlement Intérieur du FSL.

Pour ENGIE, La Déléguée Veille et Parties Prenantes	Pour le Département de la **HAUTE MARNE**, Le Président du Conseil départemental
Madame Solenn LE MOUEL,	**Monsieur Nicolas LACROIX,**

ANNEXE 1 :

Règlement Intérieur du FSL

conseil départemental
HAUTE-MARNE

Règlement intérieur du FSL de la Haute-Marne

Les textes réglementaires

- Vu la loi dite Besson n°90-449 du 31 mai 1990 modifiée notamment par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;

- Vu le Décret n°2005-212 du 2 mars 2005 relatif aux Fonds de Solidarité Logement ;

- Vu la délibération du 29 juin 2018 du conseil départemental de la Haute-Marne portant modification du règlement intérieur du FSL ;

- Après avis du comité responsable du Plan Départemental d'Action pour le Logement et d'Hébergement des Personnes Défavorisées ;

Le règlement intérieur du Fonds de Solidarité Logement de la Haute-Marne arrête les dispositions suivantes :

Première partie : dispositions générales

Objet du FSL

Le Fonds de Solidarité Logement permet d'aider les personnes à accéder à un logement locatif ou à s'y maintenir ou à assumer leurs obligations relatives au paiement des factures d'énergie, d'eau et de services téléphoniques lorsqu'elles éprouvent des difficultés particulières du fait de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence.

Public visé

Il s'agit des personnes rencontrant des difficultés liées à leurs ressources financières et / ou liées à leurs conditions d'existence qui, quel que soit leur statut au moment de la demande, vont devenir ou sont au moment de la demande :

- Locataires ou futurs locataires,
- sous-locataires ou futur sous-locataires,
- résidents en résidence autonomie ou futurs résidents,
- propriétaires occupants au sens de l'alinéa 2 de l'article L.615-4-1 du Code de la Construction et de l'Habitation,
- propriétaires occupants remplissant les conditions de l'article 1 de la loi BESSON se trouvant dans l'impossibilité d'assurer leurs obligations relatives au paiement des charges locatives ou aux remboursements d'emprunts contractés pour l'acquisition du logement dont ils ont la propriété ou la jouissance si celui-ci est dans le périmètre d'une opération programmée d'amélioration de l'habitat définie à l'article L. 303-1 du Code de la Construction et de l'Habitation.

Aucune condition de résidence préalable dans le département ne conditionne l'accès au FSL

Critères de ressources

Le Plafond d'accès au FSL est fixé comme suit

Composition	Proportion du SMIC mensuel net en vigueur
Une personne seule	**100 %**
Deux personnes	**133 %**
Un couple avec un enfant ou 3 personnes ou une famille monoparentale avec un enfant	**160 %**
Un couple avec deux enfants ou une famille monoparentale avec deux enfants ou 4 personnes	**190 %**
Un couple avec trois enfants ou une famille monoparentale avec trois enfants ou 5 personnes	**230 %**
Un couple avec 4 enfants ou une famille monoparentale avec quatre enfants ou 6 personnes	**250 %**
Par personne supplémentaire	**+22 %**

Composent le foyer les personnes à charge effective et permanente au foyer. Il sera tenu compte des enfants confiés aux deux parents par le biais de la garde alternée et des droits de visite ou d'hébergement dont certaines familles peuvent bénéficier pour des enfants mineurs.
Il sera également tenu compte des enfants placés hors du domicile des parents dans la composition de la famille.

Les ressources s'entendent ainsi : « les ressources prises en compte comprennent l'ensemble des ressources, de quelque nature qu'elles soient, de toutes les personnes composant le foyer à l'exception de l'aide personnelle au logement, de l'allocation logement, de l'allocation de rentrée scolaire, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments et des aides, allocations et prestations à caractère gracieux ».

Conditions générales d'obtention

Caractère subsidiaire
Les aides du FSL sont subsidiaires à toute autre possibilité de financement de la part du demandeur.

Conditions de salubrité ou de décence du logement
Le logement envisagé à la location ou en cours de location (ou d'accession pour les propriétaires occupants) doit être un logement décent et salubre. Si le logement est insalubre
(arrêté préfectoral pris), l'aide du FSL est refusée sauf si les travaux de résorption de l'insalubrité sont en cours de réalisation. Si aucun arrêté préfectoral n'a été pris mais, si le logement est connu pour sa situation d'insalubrité, le dossier est mis en sursis à statuer dans l'attente des résultats de l'enquête menée par l'Agence Régionale de Santé.

Modalités de versement des aides
L'aide accordée est versée directement au créancier concerné.

Seuil des demandes
Les demandes inférieures ou égales à 25 € par type d'aide ne sont pas recevables au titre du FSL.

Les aides peuvent être accordées sous forme de subventions, de garanties ou d'avances remboursables.

Durée de validité
Les aides accordées au titre du FSL ont une validité de 12 mois, mises en paiement comprises. Passé ce délai, si les aides n'ont pas été actionnées, les aides sont caduques.

Un logement adapté aux ressources de la famille
Le logement visé doit être adapté aux ressources de la famille.
L'aide peut être refusée quand « le niveau de loyer est tel que la part de dépense de logement restant, après déduction de l'aide personnelle au logement ou de l'allocation logement, à la charge de la personne ou de la famille est incompatible avec sa situation financière ».

Le calcul qui doit être fait est le suivant : $\frac{\text{loyer + charges – aides à la personne}}{\text{ressources}}$

Ce calcul est à faire par les instructeurs afin de travailler avec les familles sur l'adaptation du logement aux ressources de la famille.
Il est entendu par charges : les charges locatives du logement inscrites dans le contrat de bail et les charges d'EDF /GDF ou de chauffage sur la base d'une estimation de la consommation.
Un refus peut être prononcé quand ce taux d'effort est supérieur à 30 %.

Saisine
Le fonds peut être saisi par :

- Toute personne ou famille en difficulté et avec son accord par toute personne ou organisme y ayant intérêt ou vocation dénommé instructeur (services sociaux de droit commun ou spécialisés, les structures jeunes, services gestionnaires des mesures d'accompagnement judiciaire ou des mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial, les offices à loyer modéré, un Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile….) ;
- L'organisme payeur de l'aide au logement ;
- Le représentant de l'Etat dans le Département (Préfet ou Sous-Préfet).

Constitution du dossier
Le dossier est complété et signé par le demandeur.

Le dossier est signé par le mandataire en cas de tutelle.

Le dossier peut également être complété par un instructeur et signé par le demandeur.

Il est déposé au secrétariat du FSL à la direction de la solidarité départementale du conseil départemental (DSD/SAIL).

L'instructeur, travailleur social, joindra une évaluation sociale de la situation dans laquelle il indique son avis motivé et le montant de l'aide nécessaire au traitement de la situation qui peut être différent du montant demandé par le requérant. Si l'instructeur n'est pas un travailleur social, il devra également joindre une évaluation dans laquelle il indique son avis motivé et le montant de l'aide nécessaire au traitement de la situation qui peut être différent du montant demandé par le requérant.

La liste des pièces indispensables à la constitution du dossier complet est jointe en annexe.

La décision

La décision est prise par le Président du conseil départemental avec ouverture des voies de recours habituelles.

Fonctionnement

La gestion administrative, comptable et financière du FSL est assurée par le conseil départemental qui :

- ⇨ examine la recevabilité de la demande,
- ⇨ examine si toutes les pièces indispensables sont réunies,

La demande est examinée en commission locale mensuelle (une par circonscription d'action sociale par mois) : examen en commission de la demande pour décision du conseil départemental. La commission est présidée par un représentant de Monsieur le président du conseil départemental. Elle est composée du responsable de CAS qui présente les dossiers instruits par sa CAS ou son représentant, d'un représentant de la mairie du domicile du demandeur, d'un représentant de la CAF et du responsable du service en charge du FSL ou son adjoint. Les instructeurs des dossiers sont invités à participer à la commission pour présenter leurs demandes. L'animation de la commission est assurée par le responsable du service en charge du FSL ou son adjoint.

Le secrétariat de la commission est assuré par le conseil départemental : établissement de l'ordre du jour de la commission, invitation des membres de la commission et des instructeurs, secrétariat de la commission, rédaction du procès-verbal de la commission et saisie des décisions dans le logiciel affecté à la gestion du FSL (SOLIS).

Une fois la décision prise, le conseil départemental assure la notification. Le paiement est réalisé par le conseil départemental

Montant plafond des aides accordées au titre du FSL

L'aide accordée au titre du FSL est plafonnée à 3 000 € sur 3 ans.

Deuxième partie : l'aide à l'accès au logement

Objet de l'aide à l'accès au logement et conditions

Objet
Il s'agit d'aider les personnes définies par le règlement intérieur à accéder à un logement eu égard à leur situation familiale et matérielle.

Conditions
L'aide à l'accès doit être motivée par un changement de situation qui **devra être justifié** notamment par un des motifs suivants : logement plus abordable et/ou plus adapté à la situation financière et familiale, rapprochement du lieu de travail, changement de situation familiale ou de composition familiale, problème de voisinage confirmé par le bailleur ou par une plainte, raisons liées à la santé ou au handicap, rapprochement des services pour une personne rencontrant des difficultés de déplacement liées à son âge ou son handicap ou à des prises en charge particulières.

Les aides du FSL à l'accès pour motif de confort ou de rapprochement familial ou amical sont d'ordre personnel et feront donc l'objet d'un rejet.

Aide de principe et durée de validité
L'aide à l'accès doit être examinée avant l'entrée dans les lieux. Dans ce cas, des décisions de principe sont prises.
Les décisions de principe d'aide du FSL pour l'accès à un logement sous réserve de l'attribution d'un logement adapté à la situation de la famille sont valables 12 mois, mises en paiement comprises. Au terme de ce délai, si l'aide n'a pas été actionnée (mise en paiement comprise), l'aide est caduque.

A titre exceptionnel, une aide à l'accès peut être examinée après l'accès au logement dans un délai de 3 mois au plus tard. Cette exception devra être justifiée.

L'aide à l'accès ne peut être actionnée qu'une fois tous les vingt-quatre mois sauf circonstances exceptionnelles.

Un travail de concertation, autour de l'adaptation du logement à la situation de la famille, est mené entre le bailleur et la structure qui accompagne la famille dans son accès au logement.

Il est rappelé que l'aide peut être refusée quand "le niveau de loyer est tel que la part de dépense de logement restant, après déduction de l'aide personnelle au logement ou de l'allocation logement, à la charge de la personne ou de la famille est incompatible avec sa situation financière".
Le calcul qui doit être fait est le suivant : $\frac{\text{loyer + charges – aides à la personne}}{\text{Ressources}}$
Ce calcul est à faire par les instructeurs afin de travailler avec les familles sur l'adaptation du logement aux ressources de la famille.
Les charges sont définies ainsi : les charges locatives du logement inscrites dans le contrat de bail et les charges d'EDF /GDF ou de chauffage sur la base d'une estimation de la consommation.
Un refus peut être prononcé quand ce taux d'effort est supérieur à 30 %.

Les aides à l'accès au logement sont accordées aux familles qui s'installent dans le département ou qui déménagent dans le département. Pour les jeunes en contrat jeune majeur suivis par le département, l'aide à l'accès peut être accordée pour un accès au logement hors du département. Dans ce dernier cas, le recours au FSL du département d'accueil devra être recherché prioritairement.

Dépenses éligibles au Fonds

Les dépenses couvertes peuvent être les suivantes :

Dépôt de garantie
Le dépôt de garantie peut être accordé sous forme de subvention ou d'avance remboursable. Il est fixé à un mois de loyer pour les bailleurs privés et publics. Il peut être de deux mois de loyer pour la location d'un meublé. Lorsque le locataire quitte son logement et quand l'aide a été accordée sous

forme d'avance remboursable, le bailleur restitue le dépôt de garantie au FSL sous réserve des retenues pratiquées par le bailleur.

Cette restitution a lieu dans un délai de 1mois à compter de la restitution des clés lorsque l'état des lieux d'entrée et conforme à l'état des lieux de sortie et dans un délai de deux mois dans le cas où l'tata des lieux de sortie révèlerait des différences avec l'état des lieux d'entrée. Toutes retenues sur le dépôt de garantie devront être justifiées

En cas de mutation auprès du même bailleur, le dépôt de garantie accordé en avance remboursable sur le logement précédent est basculé sur le nouveau logement sur décision du président du conseil départemental et le différentiel est accordé en avance remboursable si il y a un motif de déménagement recevable au titre du FSL et si le logement est adapté à la situation.
En cas de dépôt de garantie dans le cadre d'un bail glissant, celui-ci est versé directement au bailleur et non à l'association d'intermédiation locative.

Le premier loyer
Le premier mois de loyer peut être accordé sous forme de subvention au prorata de la date d'entrée dans le logement. Dans la mesure du possible, les bailleurs mettront en place des baux en fonction du temps d'occupation réel du logement. Si ce premier mois de loyer ouvre droit à une allocation logement (résidence sociale, continuité d'APL etc..), un rejet de l'aide du FSL est prononcé.

Les frais d'agence
Les frais d'agence peuvent être accordés en subvention dans des conditions très exceptionnelles à justifier et dans la limite de 380 €.

L'assurance
L'assurance peut être accordée sous forme de subvention à condition qu'il s'agisse d'une première assurance et

- pour un F1/F3 : dans la limite de 100 €,
- pour un F4/F5 et plus : dans la limite de 135 €.

L'échéance de contrat dans le cadre d'une continuité de prise en charge est exclue. Si le montant de l'assurance est supérieur à 100 € pour un F1/F3 ou 135 € pour un F4/F5 et plus, le locataire devra justifier du paiement de la différence avant versement de l'aide par le FSL à l'assureur.

Les frais de déménagement
Les frais de déménagement peuvent être accordés sous forme de subvention pour les déménagements intra département et pour les personnes ou familles venant s'installer en Haute-Marne. L'aide au déménagement est accordée pour les personnes qui ne peuvent assurer leur déménagement du fait d'une situation de handicap ou de l'âge, pour impossibilité matérielle ou pour des raisons exceptionnelles. La solidarité familiale doit être recherchée. Il sera recherché un déménagement à moindre coût (trois devis doivent être fournis).
Si la famille (3 enfants dont un de moins de trois ans et sous conditions de ressources) peut bénéficier de la prime au déménagement de la CAF/MSA, l'aide du FSL est exclue.
Si le déménagement est assuré par un déménageur professionnel ou une société de service, l'aide est plafonnée à 600 €.
Si le déménagement se fait à l'aide d'une location d'utilitaire, l'aide est plafonnée à 300 €.

Les frais d'ouverture des compteurs d'eau, de gaz et d'électricité
Les frais liés à l'ouverture des compteurs d'eau, de gaz et d'électricité peuvent être accordés sous de subvention dans les limites suivantes :

- Electricité = 35 €
- Gaz =35 €,
- Eau = 50 €.

Le mobilier de première nécessité
Une aide au mobilier de première nécessité peut être accordée sous forme de subvention :

- pour le public ayant bénéficié de l'urgence,
- pour le public en grande précarité sociale (sans domicile fixe, personnes sortant de CHRS, personne sortant de l'hôpital psychiatrique ou situation familiale particulière …). La situation devra être justifiée.

La recherche d'une solution à moindre coût devra être faite et justifiée. La composition de la famille est à prendre en compte pour la liste des objets pris en charge.
Un tableau joint en annexe fixe les montants plafonds d'achat du mobilier de première nécessité. Il s'agit de montants plafonds à respecter. Tout achat d'un montant inférieur est à privilégier.

Désignation	Montant plafond
Cuisinière de chauffage	**280 €**
Gazinière 2 personnes et plus Four 1 personne Plaque de cuisson 1 personne	**250 €** **100 €** **100 €**
Machine à laver le linge	**300 €**
Réfrigérateur – Congélateur 2 personnes et plus Réfrigérateur 1 personne	**280 €** **100 €**
Table	**100 €** Privilégier le matériel d'occasion
Chaise	**20 €** Nombre suivant la composition de la famille 2 chaises maximum pour une seule personne Privilégier le matériel d'occasion
Banquette – lit	**250 €** Dans le cadre d'une mesure exceptionnelle (logement exigu, famille accueillant un enfant de temps en temps. Le travailleur social doit motiver cette demande dans le rapport).
Sommier	**1 personne : 50 €** **2 personnes : 100 €**
Matelas	**1 personne : 100 €** **2 personnes : 150 €**
Armoire	**100 €** Privilégier le matériel d'occasion
Lit bébé + matelas	**150 €**

Tout achat de mobilier d'un montant supérieur au devis et ne correspondant pas au devis présenté au moment de la demande n'est pas payé.

Les dettes locatives concernant un ancien logement

Les dettes locatives d'un ancien logement dont l'apurement conditionne l'accès à un nouveau logement peuvent faire l'objet d'une aide sous forme de prêt ou de subvention. Les dettes locatives couvrent les impayés de loyer, les réparations locatives et les frais de procédure. Le logement attribué devra être adapté à la situation familiale et financière du demandeur. L'aide sera accordée sous condition de relogement. Le bailleur percevra l'aide quand le locataire sera relogé (attestation du bailleur adressé au secrétariat FSL). Il devra être tenu compte du contexte de constitution de la dette.

Procédure d'urgence d'accès au logement

Une aide peut être accordée dans le cadre d'une procédure d'urgence quand celle-ci conditionne la signature d'un bail.

Conditions
Le logement attribué en urgence doit être adapté à la situation familiale et financière du bénéficiaire.
L'attribution de l'aide conditionne la signature du bail.
L'urgence doit être exceptionnelle et concerne notamment les sans domicile fixe (logement non attribué) et les situations d'extrême urgence quand l'accès au logement n'a pas pu être anticipé.

Modalités
La demande est déposée auprès du conseil départemental qui procédera à la notification au bénéficiaire et au créancier.

Dépenses couvertes
Ces aides sont les suivantes :
- La caution sous forme d'avance remboursable ou en subvention ;
- L'assurance habitation dans la limite de 100 € pour un F1/F3 ou 135 € pour un F4/F5 et plus ;
- Le premier mois de loyer pour les locataires du secteur privé en cas de non-continuité du versement de l'A.P.L. ou de nouveaux droits ;
- Le mobilier de première nécessité dans le respect du plafond figurant en annexe et uniquement pour les meubles suivants : sommier, matelas, lit bébé, une table, une chaise par personne, une gazinière et un réfrigérateur.

Pièces à fournir
Les pièces suivantes devront être transmises au conseil départemental :
- Courrier de proposition de logement du bailleur ou la fiche locative complétée par le bailleur et signée,
- Devis en cas d'achat de mobilier,
- Devis pour l'assurance,
- Rapport social.

Troisième partie : l'aide au maintien dans le logement

Objet
Il s'agit d'aides permettant à des personnes rencontrant des difficultés liées à leurs ressources financières et / ou liées à leurs conditions d'existence de se maintenir dans leur logement.

Plan d'apurement et dettes locatives
Un plan d'apurement sur la dette doit être mis en place. Quand un plan est en vigueur, le respect de celui-ci sur 6 mois est souhaité pour accorder une aide sur la dette sauf circonstances particulières à justifier.

Dettes de loyer sur logement occupé et mutation
Si le logement occupé n'est pas adapté à la situation familiale et financière de la famille et qu'un logement adapté à ces dernières peut être attribué, une aide sur la dette de loyer en cours peut être accordée sous forme de subvention. Cette aide a une validité de 12 mois. Si le déménagement dans un logement adapté à la situation n'a pas pu se faire dans ce délai, l'aide est caduque

Dépenses couvertes :

Les dettes locatives (loyer et charges locatives inscrites au contrat de bail)
Les dettes de loyer de plus de trois mois et les charges locatives inscrites au contrat de bail peuvent faire l'objet d'une aide sous forme de subvention.

L'assurance habitation
L'assurance habitation peut faire l'objet d'une aide sous forme de subvention quand la famille a fait l'objet d'une lettre de rappel de l'assureur ou du bailleur pour s'assurer et dans la limite de 100 € pour un F1/F3 ou de 135 € pour un F4/F5 et plus.

Garantie de loyer ou d'emprunt immobilier
Une garantie de loyer ou d'emprunt immobilier de 3 mois maximum peut être accordée sous forme de subvention, dans les situations présentant une baisse prévisible de ressources liée à un changement de situation, à une fin de prestations, un changement de statut ou des dépenses exceptionnelles (réparations auto...).... Cette garantie ne doit être appelée qu'en cas de défaillance constatée du locataire Cette garantie est actionnée à titre exceptionnel et la décision indique les mois de loyer pris en charge. La demande doit être signée par l'usager le mois du départ de la garantie

Garantie de loyer en cas de bail glissant
Dans la cadre du dispositif des baux glissants, l'association ou CCAS gestionnaire du dispositif peut actionner en cas d'impayé de loyer de la part du sous-locataire en bail glissant une garantie de loyer, allocation logement déduite, sur six mois (consécutifs ou non). Cette garantie est appelée par le porteur en cas de défaillance du sous-locataire.

Réparation locative en cas de bail glissant
Dans le cadre du dispositif des baux glissants, l'association ou CCAS gestionnaire du dispositif peut actionner l'aide aux réparations locatives en cas de départ du sous locataire et dans la limite de 400 €.

Résorption des situations d'incurie

La situation d'incurie du logement se caractérise par une manière d'habiter qui rend les pièces inutilisables et perdent leur fonction soit à cause d'un encombrement excessif soit par une dégradation extrême de l'état de la pièce.

Une aide au nettoyage du logement en situation dite d'incurie peut être octroyée aux locataires ou propriétaires occupants éligibles aux aides du FSL (plafond de ressources du FSL) pour un montant maximum de 1500 € sur présentation de deux devis. Cette demande devra être accompagnée des dispositifs ou solutions mis en place pour que la situation d'incurie ne se renouvelle pas.

L'occupant du logement doit accepter de s'engager dans une démarche active pour résorber cette situation : mise en place de soins, mesure de protection, aide à la vie quotidienne, accompagnement social, etc. …

Les communes de résidence des demandeurs doivent être également sollicitées pour mettre en place des cofinancements dans la mesure du possible.

La demande sera faite sur le dossier FSL type avec une évaluation sociale de la situation et passage en commission mensuelle.

Quatrième partie : Accompagnement Social Lié au Logement et diagnostics sociaux et financiers liés aux procédures d'expulsion locative

1 : l'accompagnement social lié au logement

Le FSL comprend parmi les aides possibles : une mesure d'accompagnement social lié au logement.

La mesure d'ASLL est une intervention spécialisée et spécifique dans le domaine du logement sur une durée de 6 mois (renouvelable une fois) visant à :

- Définir un projet logement : analyse de la situation sociale du ménage, recherche de logement, accompagnement des démarches …
- Faciliter l'accès au logement du locataire : aide à l'installation et à l'appropriation du logement, action éducative budgétaire, aide à l'intégration dans l'immeuble, dans le quartier et soutien aux démarches administratives relatives à l'accès au logement …
- Aider la famille à se maintenir dans son logement : rappel des droits et devoirs du locataire, action éducative budgétaire, aide à la résorption des dettes liées au logement…

Le public concerné est le public qui a besoin d'un accompagnement spécifique et régulier.

Ces mesures peuvent être collectives ou individuelles.

Le renouvellement de la mesure peut être prononcé pour une durée variable allant de 1 à 6 mois.

La famille doit être impliquée dans la mesure. Elle doit avoir adhéré à la mesure ou tout du moins être informée de la demande.

Le travailleur social en charge de la mesure d'ASLL travaille en coordination avec les services sociaux de droit commun ou spécialisés.

Une convention de mise en place de l'ASLL (modèle joint en annexe) est conclue. Le secrétariat du FSL adresse la convention en quatre exemplaires à l'opérateur compétent accompagné du document de demande d'ASLL (joint en annexe). Un circuit de signatures des partenaires est défini.

2. les diagnostics sociaux et financiers liés aux procédures d'expulsion locative

Sur demande de Monsieur le Préfet, le conseil départemental est désigné par le PDALPD pour assurer dans le cadre du Fonds de Solidarité Logement la mise en œuvre des diagnostics sociaux et financiers liés aux procédures d'expulsion locative prévues par la loi n°89-462 du 6 juillet 1989 dite loi MERMAZ modifiée et par la loi du 31 mai 1990 dite loi BESSON modifiée. Une convention est conclue entre Monsieur le Préfet et Monsieur le Président du conseil départemental.

3. mise en œuvre de ces deux mesures

Ces deux mesures sont mises en œuvre par le Président du conseil départemental soit en régie directe avec une compensation financière du FSL fixée dans l'avenant financier soit par l'intermédiaire d'un prestataire avec un paiement à la mesure fixé par convention.

Dans ce dernier cas, ces deux mesures peuvent donc faire l'objet d'un conventionnement entre le conseil départemental et le prestataire. Le paiement de ces mesures sera prélevé sur le compte du FSL et se fera sur facture du prestataire.

4. l'accompagnement social et le dispositif des baux glissants.

Dans le cadre des baux glissants, le gestionnaire du dispositif bénéficie des financements arrêtés pour les mesures d'accompagnement social lié au logement au titre du FSL chaque année (coût mois/mesure arrêté par le conseil départemental) sur la base du nombre de mois/mesure réalisés sur facturation.

Cinquième partie : les aides au paiement des fournitures d'eau, d'énergie et de services téléphoniques

Objet

Il s'agit d'aides financières permettant à des personnes rencontrant des difficultés liées à leurs ressources financières et/ou liées à leurs conditions d'existence qui occupent régulièrement leur logement se trouvent dans l'impossibilité d'assumer leurs obligations relatives au paiement des fournitures d'eau, d'énergie et de services téléphoniques (ligne fixe).

Dépenses couvertes

Sont concernées les factures impayées d'eau, d'énergie et de services téléphoniques de la résidence principale du demandeur qu'il occupe régulièrement. Les pénalités de retard figurant sur la facture ne sont pas prise en compte au titre des aides au du FSL.

Les dépenses de téléphone couvertes sont le téléphone fixe, le téléphone portable et l'abonnement internet selon les conditions fixées par convention avec l'opérateur et dans la limite du montant de l'abandon de créance.

Conditions

En cas de non-paiement, la fourniture d'eau, de service téléphonique ou d'énergie est maintenue jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la demande d'aide.

La facture doit être au nom du requérant.

L'aide peut être refusée s'il est constaté qu'aucun effort (en fonction des ressources et des charges) de paiement n'a été fait.

Procédure d'urgence

Une aide au paiement des factures d'eau, de téléphone ou d'énergie peut être accordée en urgence.

Conditions
L'urgence vise les personnes menacées de coupure ou de non fourniture de combustibles (exemple le fuel) dès lors que l'octroi d'une aide évite la coupure.

Modalités
La demande est déposée auprès du conseil départemental.

Dépenses couvertes
Il s'agit des factures non payées d'eau, d'énergie et de services téléphoniques.

Pièces à fournir
Les pièces suivantes devront être transmises au conseil départemental :
- Courrier du prestataire d'eau, de téléphone ou d'énergie indiquant la coupure,
- Dernière facture,
- Récapitulatif des démarches effectuées par la famille pour trouver une solution,

Dispositions particulières

EDF/GDF dans le cadre d'un partenariat avec les services sociaux du Département s'engage à accepter les paiements partiels quand le client ayant une dette vient faire un paiement ou des paiements prévus sur la fiche de liaison remplie par un travailleur social du Département. Cette fiche devra être présentée à l'agent EDF/GDF au moment du paiement par le client.

Sixième partie : des interventions de prévention

Dans le cadre de crédits octroyés par un partenaire et spécifiquement affectés par ce dernier à des actions de prévention, le FSL peut être amené à financer des actions de prévention.

Ces actions de prévention peuvent prendre des formes variées notamment :

- actions d'information collectives ponctuelles ou sur une année,
- accompagnement individuel de l'usager avec pour objectif principal développer les économies d'énergie et de fluide,
- aides financières aux travaux d'économie d'énergie pour des propriétaires occupants éligibles aux aides de l'Anah sur les territoires faisant l'objet d'un programme d'intérêt départemental Habiter Mieux ou multithématiques ou d'une opération programmée d'amélioration de l'habitat et pour un montant de 5 % du coût des travaux retenu hors taxe dans la limite de 500 €. Cette aide est valable 3 ans et 6 mois pour être versée au propriétaire occupant. La demande est traitée sur la base d'un dossier instruit par le prestataire charge de l'animation du dispositif et hors commission.

Ces aides peuvent être définies avec le partenaire financier et le conseil départemental. D'autres partenaires peuvent être associés à l'opération.

Ces crédits versés peuvent faire l'objet d'un avenant avec le partenaire et du descriptif de l'action dans l'avenant.

Septième partie : gestion du FSL

La gestion administrative, comptable et financière du FSL est assurée par le conseil départemental, direction de la solidarité départementale. Le cout de cette gestion est pris en charge par le FSL dans le cadre d'une compensation financière sur la dotation FSL du département.

Huitième partie : l'instance de concertation du FSL

Une fois par an, l'ensemble des financeurs du fonds sera réuni, à l'initiative du conseil départemental, afin notamment de :

- Examiner le compte de résultat de l'année antérieure ;
- Examiner le budget prévisionnel de l'année en cours ;
- Prendre connaissance de l'utilisation des crédits ;
- Mener une réflexion sur la politique d'aide autour du logement pour le public visé par l'article 1 de la loi du 21 mai 1990.

L'instance émet des avis.

La composition de l'instance est la suivante :

- Le conseil départemental représenté par le Président ou son représentant,
- La Caisse d'Allocations Familiales représentée par le Président ou son représentant,
- Les Trois Offices d'Habitat à Loyer Modéré représentés par leur Président ou son représentant,
- Electricité de France, représenté par le directeur ou son représentant
- Gaz de France, représenté par le Directeur ou son représentant,
- La Mutualité Sociale Agricole représentée par le Président ou son représentant,
- Les compagnies d'eau représentées par le Directeur ou son représentant,
- France Télécom représenté par le Directeur ou son représentant,
- La Trésorerie Départementale représentée par le Trésorier Payeur Départemental ou son représentant
- La commission de surendettement représentée par le Président ou son représentant,
- L'Association des maires représentée par le Président ou son représentant.

Chaque année, le service en charge du FSL présente aux élus de la commission des affaires sociales un bilan annuel.

Neuvième partie : conventionnement

Une convention d'établissement du FSL est conclue avec les partenaires souhaitant participer au FSL. Toutefois, des conventions particulières avec les distributeurs d'énergie, de services téléphoniques et d'eau seront conclues au vu des spécificités.

A ces conventions, des avenants financiers seront conclus afin de fixer les dotations financières de chaque partenaire par année.

ANNEXE 2 :

Adresse d'envoi des listes de clients faisant l'objet d'une relance pour défaut de règlement de leur fourniture d'énergies ou faisant l'objet d'une réduction de fourniture ou d'une coupure pour impayé et non rétablie dans un délai de 5 jours

DEPARTEMENT DE la HAUTE-MARNE (52)

Conseil Départemental	N° Voie	Adresses	Complément d'adresse	CP	Ville	Adresse mail d'envoi des listes (si possible, utiliser une adresse générique)

AVENANT N°1

A LA CONVENTION DE PARTENARIAT
ENTRE EDF ET LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE MARNE

Entre :

Electricité de France (EDF), société anonyme au capital de 1 505 133 838 euros ayant son siège social 22-30 avenue de Wagram - 75008 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 552 081 317, représentée par **Monsieur Franck LEJUEZ**, Directeur Développement Territorial, en vertu de la délégation de signature consentie le 3 septembre 2018 par M. Philippe COMMARET Directeur de la Direction Commerce EST, dûment habilité aux fins des présentes, faisant élection de domicile 34 avenue Françoise Giroud 21077 Dijon cedex,

Ci-après désignée « EDF »

Et

Le Département de Haute-Marne, dont le siège est situé 1 rue du Commandant Hugueny - CS 62127 -52905 CHAUMONT cedex, représenté par **Monsieur Nicolas LACROIX**, en sa qualité de Président, dûment habilité par délibération de la commission permanente du 20 septembre 2018,

Ci-après désigné « le Département»

PRÉAMBULE

Les Parties ont signé **le 02 Juillet 2018** une Convention qui a pour objet de préciser la nature et les modalités des relations entre EDF et le Département concernant le FSL et les engagements respectifs des Parties dans la prise en charge des impayés de factures d'énergie des ménages défavorisés et dans la mise en œuvre d'actions préventives.

Par le présent Avenant, les parties ont convenu de modifier l'article relatif à la gestion des données à caractère personnel conformément au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles et à la libre circulation de ces données (RGPD).
Les Parties ont convenu de ce qui suit :

ARTICLE 1 – OBJET DE L'AVENANT

Le présent Avenant n°1, ci-après l' « Avenant » a pour objet de compléter l'article sur la protection des données à caractère personnel.

ARTICLE 2 – GESTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le présent Avenant modifie dans la Convention l'article 9 relatif à la gestion des données à caractère personnel :

Chacune des Parties garantit l'autre Partie du respect des obligations légales et réglementaires lui incombant au titre de la protection des données à caractère personnel, en particulier de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (ci-après « loi informatique et libertés ») et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Par conséquent, chaque partie s'engage à traiter lesdites données personnelles dans le respect des règlementations en vigueur, et à cet égard, s'engage à :

- Respecter les finalités pour lesquelles les données sont récoltées ;
- Préserver la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données personnelles dès lors qu'elle procède à leur collecte ou leur enregistrement ;
- Informer les personnes dont elle recueille les données des modalités du traitement et de leurs droits au titre de la règlementation en vigueur ;
- Ne communiquer les données personnelles à aucun tiers quel qu'il soit, hormis les tiers auxquels il serait strictement nécessaire de transmettre les données personnelles en exécution de la Convention dont les sous-traitants ;
- Prévoir, au sein des contrats l'unissant à ses sous-traitants, les éléments obligatoires prévus par l'article 28 du RGPD et s'assurer du respect, par lesdits sous-traitants, des obligations contractuelles prévues ;
- N'effectuer aucun transfert de données personnelles en dehors du territoire de l'Union européenne, hormis vers des pays tiers présentant un niveau de protection adéquat au sens des autorités de contrôle ou vers un tiers répondant aux exigences juridiques, organisationnelles et techniques prévues par la règlementation en vigueur, s'agissant des données personnelles transmises au titre de la Convention ;
- Mettre en place tout système de sécurisation des données qui serait requis en raison d'une législation spécifique imposant de recourir à des modalités déterminées de conservation des données ;
- Alerter sans délai l'autre Partie en cas de violation, de perte ou de divulgation non autorisée des données personnelles collectées dans le cadre de la Convention, afin de permettre à la Partie ayant collecté les données d'alerter les personnes concernées et de se conformer à ses obligations au sens de la règlementation susmentionnée.

Les personnes concernées disposent sur leurs données personnelles des droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition, et peuvent à tout moment révoquer leur consentement aux traitements.

Les personnes concernées seront susceptibles de faire valoir leurs droits directement auprès du Responsable de traitement. Cette Partie s'engage à y faire droit dans les délais réglementaires.

Chaque Partie s'abstient en toute hypothèse de reproduire, exploiter ou utiliser les données personnelles collectées à l'occasion de la présente Convention à ses propres fins ou pour le compte de tiers, à l'exception de l'exécution de la présente Convention et s'engage à modifier ou supprimer, à la demande de la personne dont les données sont traitées, sous réserve qu'il ne s'agisse pas de données obligatoires, et en toute hypothèse à l'achèvement de la finalité poursuivie et au terme de l'exécution du Contrat, toute donnée personnelle collectée à l'occasion ou aux fins d'exécution desdites prestations, sous réserve des délais légaux de conservation des données.

Chacune des Parties, lorsqu'elle est qualifiée de responsable du traitement, fait son affaire des formalités lui incombant au titre de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, ainsi que du respect de la réglementation sus-mentionnée ; en particulier chaque Partie doit vérifier que le traitement de données personnelles auquel elle procède est licite et qu'elle recueille le consentement de la personne concernée lorsqu'il est nécessaire.

ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET DE L'AVENANT

L'Avenant prend effet au 1er janvier 2019.
Le présent Avenant fait partie intégrante de la Convention.

Toutes les stipulations de la Convention non modifiées par l'Avenant demeurent inchangées et conservent leur plein effet.

Fait à en deux exemplaires originaux

Pour **EDF**	Pour le Département,
Monsieur Franck LEJUEZ Directeur Développement Territorial	**Monsieur Nicolas LACROIX** Le Président du Conseil départemental
A Chaumont, Le	A Chaumont, Le

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-34-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Enfance, Insertion et Accompagnement Social	**N° 2019.09.34**
OBJET : **Subvention 2019 pour l'action 100 % logement mise en place par l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au vote du budget primitif 2019,

Vu le règlement du Fonds Solidarité Logement en vigueur,

Vu l'avis favorable émis par les membres de la VIIe commission le 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du conseil départemental,

Considérant l'intérêt départemental de l'action 100% logement mise en place par l'UDAF et dont le financement relève du Fonds de Solidarité Logement (FSL),

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer une subvention d'un montant de 8 000 € à l'action 100 % logement mise en place par l'UDAF pour l'année 2019,

- d'approuver les termes de la convention fixant les modalités d'attribution de cette subvention, ci-jointe,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à la signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-34-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Haute Marne le Département

CONVENTION

Entre le DEPARTEMENT de la HAUTE-MARNE représenté par Monsieur Nicolas LACROIX, Président du Conseil départemental, dûment habilité par délibération en date du 20 septembre 2019,

Et l'Union Départementale des Associations Familiales représentée par Madame Brigitte JANNAUD, présidente de l'UDAF

Vu la loi n°90-449 du 31 mai 1990 modifiée par la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales,

Vu le décret n°2005-212 du 2 mars 2005 relatif aux fonds de solidarité pour le logement,

Vu le règlement intérieur du Fonds de Solidarité Logement en vigueur,

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de fixer la contribution financière du Fonds de Solidarité Logement (FSL) au dispositif proposé par l'UDAF dénommé « 100 % logement ».

ARTICLE 2 – DESCRIPTIF DE L'ACTION

L'UDAF met en place cinq actions sur la communauté d'agglomération de Chaumont, du bassin nogentais et du bassin de Bologne, Vignory, Froncles :

- un point information logement
- des ateliers embellissement et réparation de son logement,
- une initiation et appropriation au vocabulaire français lié au logement,
- des ateliers mieux entretenir et savoir habiter son logement,
- des ateliers de réappropriation de son logement (la résolution des situations d'incurie).

ARTICLE 3 – PARTICIPATION DU FSL ET OBJECTIFS

Au titre du Fonds de Solidarité Logement (FSL), dans le cadre de l'Accompagnement Social Lié au Logement, une subvention de 8 000 € est attribuée à l'action 100 % logement.

Pour bénéficier du financement du FSL, les objectifs suivants devront êtes atteints :

- une participation de bénéficiaires du RSA pour 30 %,
- une participation de femmes pour 30 %,
- une participation de personnes de moins de 30 ans pour 30 %,
- la réalisation sur l'année de 5 ateliers « embellissement et réparation de son logement » et au moins un atelier de « réappropriation de son logement » en vue de la résolution de situation d'incurie.

L'atteinte des objectifs s'appuiera sur les actions de communication et de liaison organisées et portées par l'UDAF.

ARTICLE 4 - MODALITES DE VERSEMENT DE CETTE SUBVENTION

Cette subvention est versée par le Département sur les coordonnées bancaires suivantes :

- organisme bancaire : Caisse d'Epargne
- Code banque : 15135
- Code guichet : 00460
- N° de compte : 8103935829
- Clé RIB : 51

selon les modalités suivantes :

- 50 % à la signature de la convention,
- 50 % sous réserve que les objectifs décrits ci-dessus soient atteints.

Le non–respect des objectifs mentionnés à l'article 3 ouvrira la possibilité pour le Département, après explication de l'UDAF, de ne pas verser la totalité du solde.

Article 5 - BILAN

L'UDAF s'engage à présenter un bilan d'activité sur l'année N-1 courant du premier trimestre de l'année N au FSL.

ARTICLE 6 - DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est valable à compter de sa notification jusqu'au 31 décembre 2019. La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant, dûment signé entre les parties.

ARTICLE 7 - RESILIATION

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par courrier recommandé avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois.

ARTICLE 8 - REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige relatif à l'exécution de la présente convention, les parties s'engagent à essayer de le résoudre à l'amiable préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne qui sera alors seul compétent pour en connaître.

En deux exemplaires

CHAUMONT, le

Le Président du Conseil départemental, **La Présidente de l'UDAF**

Nicolas LACROIX **Brigitte JANNAUD**

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-35-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Enfance, Insertion et Accompagnement Social	**N° 2019.09.35**
OBJET : **Avenant n°1 à la Convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du 6 novembre 2017 relative aux délégations du Conseil départemental au profit de la commission permanente,

Vu la délibération n° VII-1 du 28 juin 2019 relative à Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté -contractualisation d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi entre l'Etat et le Département de la Haute-Marne,

Vu l'accord local de coopération signé le 1er août 2019 entre Pôle emploi, la Caisse d'allocations familiales de la Haute-Marne, la Mutualité Sociale Agricole Sud Champagne et le Département,

Vu l'avis favorable de la VIIe commission réunie le 27 août 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'action n°10 liée au RSA vendanges ayant pour objectif de favoriser un retour à l'emploi et de répondre au besoin de main-d'œuvre des vignerons haut-marnais,

Considérant la nécessité d'inclure une aide à la mobilité à cette action,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de l'avenant n°1 relatif à la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi sur 2019-2021, ci-joint,

- d'autoriser Monsieur le Président à signer cet avenant ainsi que tous les actes relatifs à l'exécution de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi sur 2019-2021.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-35-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Haute-Marne le Département

Avenant n°1 à la Convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi

Entre

L'État, représenté par Élodie DEGIOVANNI, Préfète de Haute-Marne, et désigné ci-après par les termes « la Préfète », d'une part,

Et

Le Département de la Haute-Marne, représenté par Nicolas LACROIX, Président du Conseil départemental de Haute-Marne et désigné ci-après par les termes « le Département », d'autre part, autorisé par délibération de la commission permanente en date du 20 septembre 2019,

Vu la délibération n° VII-1 du 28 juin 2019 relative à Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté -contractualisation d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi entre l'Etat et le Département de la Haute-Marne,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : objet du présent avenant

Le présent avenant a pour objet de modifier la fiche action n°10 « accompagnement des bénéficiaires RSA sur l'activité « Vendange en Champagne » en favorisant la mise en adéquation de l'offre et de la demande sur le territoire ainsi que l'annexe 5 de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi 2019-2021.

Article 2 : modification

Les modifications apportées à la convention sont jointes en annexe du présent avenant.

Article 3 : effet de l'avenant

Le présent avenant prend effet à compter de sa notification entre les différentes parties engagées.

Article 4 : divers

Toutes les autres clauses de la convention initiale restent et demeurent inchangées.

Fait à Chaumont, le

La préfète de la Haute-Marne	Le président du Conseil départemental de la Haute-Marne
Elodie DEGIOVANNI	Nicolas LACROIX

Thème de la contractualisation : l'insertion des bénéficiaires du revenu de solidarité active

Fiche 10 : Accompagnement des bénéficiaires RSA sur l'activité « Vendange en Champagne » en favorisant la mise en adéquation de l'offre et de la demande sur le territoire

Description de l'action :

Le conseil départemental partage avec les différents départements du vignoble champenois la préoccupation de répondre aux besoins de main-d'œuvre rencontrés par la filière.

L'initiative marnaise consiste à neutraliser depuis une dizaine d'années les revenus liés aux vendanges dans le calcul de la prestation du Revenu de Solidarité Active (RSA) afin d'encourager les allocataires à y participer. Cette initiative est désormais suivie par différents départements dont ceux de l'Aisne, de l'Aube, de la Haute-Marne, ainsi que du Haut-Rhin.

Dès lors, il est proposé d'engager une démarche commune à l'ensemble des Départements de l'Aisne, de l'Aube, de la Marne et de la Haute Marne afin d'envisager collectivement des solutions à cette problématique récurrente, et en amont de la période des vendanges pour garantir une mise en œuvre sereine et efficace des actions qui découleront des réflexions conjointes.

L'objectif est double : favoriser le retour à une activité professionnelle et répondre aux besoins de main d'œuvre des vignerons hauts-marnais.

Il est proposé le déploiement d'une plateforme dédiée au projet « vendanges en Champagne » avec une charte graphique spécifique. Cette plateforme permettrait :

- de centraliser les offres déposées par le Syndicat Général des Vignerons de la Champagne ;
- aux bénéficiaires du RSA de candidater ;
- aux référents de parcours d'impulser une dynamique auprès des bénéficiaires ;
- de gérer « le retour » qualitatif des vignerons sur le travail effectué par les bénéficiaires du RSA.

Le coût de développement de la plateforme « Vendanges en Champagne » serait réparti au prorata du nombre des bénéficiaires du RSA des différents départements.

En complément du déploiement de cette plateforme, il sera nécessaire de travailler sur la mobilité géographique des bénéficiaires du RSA, les vendanges étant quasi-systématiquement à la journée sans hébergement sur place possible. Un soutien financier à la mobilité des bénéficiaires (déplacement, restauration, hébergement, etc.) sera apporté au besoin pour garantir le déroulement de l'opération.

Durée de l'action :

Cette action se décline pendant la durée du contrat soit entre 2019 et 2021 avec le phasage suivant :

2019 : développement de la plateforme ; diffusion d'informations à organiser sur les territoires pour présenter le dispositif avec la mise en œuvre d'outils adaptés (site du conseil départemental, envoi de SMS (via SOLIS) aux bénéficiaires du RSA).

2020-2021 : maintenance, accompagnement du public, animation du réseau.

Financeurs :

- Département 52
- Etat : stratégie de lutte contre la pauvreté

Budget détaillé sur 2019-2021 :

	2019	**2020**	**2021**
Financement de l'ingénierie :	0,2 ETP Ingénierie accompagnement 11 000€	0,2 ETP Animation accompagnement 11 000€	0,2 ETP Animation accompagnement 11 000€
Extension de l'outil et maintenance	30 000€		
Aide à la mobilité	8 341 € Dans le cadre d'une personne ne souhaitant pas être hébergée, un remboursement de 0,20€/km est proposé.	20 000 € Dans le cadre d'une personne ne souhaitant pas être hébergée, un remboursement de 0,20€/km est proposé.	20 000 € Dans le cadre d'une personne ne souhaitant pas être hébergée, un remboursement de 0,20€/km est proposé.

Action déjà financée au titre du FAPI : Non

Indicateurs	**2019**	**2020**	**2021**
Nombre de contrats saisonniers de vendanges réalisés par les bénéficiaires du RSA			
Nombre de sorties positives en l'accompagnement global			
Nombre de sorties positives en ACI			
Nombre de sorties positives en formation ou en emploi			

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Haute Marne le Département

Annexe 5 – Tableau de financement Plan pauvreté 2019/2021

	2019		2020		2021	
thème : prévention des sorties sèches de l'aide sociale à l'enfance des jeunes sortants de l'ASE	*enveloppe prévisionnelle*	*20 391,04 €*				
fiche 1 : Mise en place d'un dispositif de parrainage pour les jeunes majeurs sortis du dispositif ASE	ingénierie 0,1 ETP	5 500 €				
	animation réseau	6 000 €				
fiche 2 : Mise en place d'un lieu d'hébergement adapté pour les jeunes adultes sortant de l'ASE en situation d'exclusion	ingénierie 0,06 ETP	3 300 €				
	accompagnement (3 places)	14 000 €	accompagnement (3 places)	56 000 €	accompagnement (3 places)	56 000 €
fiche 3 : Mise en place d'un dispositif et d'un outil d'échange d'informations permettant de structurer les relations entre les opérateurs du champ social et les services de l'aide sociale à l'enfance afin de faciliter l'accès aux informations concernant le parcours du jeune	ingénierie 0,1 ETP	5 500 €				
	sous-total	**34 300 €**		**56 000 €**		**56 000 €**
thème : refonder et revaloriser le travail social au service de toutes les familles - premier accueil inconditionnel -	*enveloppe prévisionnelle*	*180 000 €*				
fiche 4 : Réalisation d'un état des lieux et un diagnostic des différentes structures de l'accueil social et du traitement des demandes exprimées et produire un guide des solidarités à destination des professionnels et du public (en version dématérialisée)	ingénierie 0,3 ETP	16 500 €	plateforme	13 500 €	animation du réseau maintenance de la plateforme 0,1 ETP	5 500 €
			animation réseau : 0,3 ETP	16 500 €		
fiche 5 : Mise en place d'un guichet intégré d'accueil social sur le territoire haut-marnais	ingénierie 0,3 ETP définition accueil, charte et recensement des besoins	16 500 €	déploiement du projet : 0,2 ETP	11 000 €	plan de formation	15 000 €
			plan de formation	15 000 €		
fiche 6 : Création d'un réseau interactif de référents parcours	création et animation du réseau interactif 0,2 ETP	11 000 €	création de l'outil 0,3 ETP	16 500 €	animation du réseau : 0,2 ETP	11 000 €
			déploiement du plan de formation	15 000 €	plan de formation	15 000 €
	sous-total	**44 000 €**		**87 500 €**		**46 500 €**
thème : l'insertion des bénéficiaires du revenu de solidarité active	*enveloppe prévisionnelle*	*120 579,44 €*				
fiche 7 : Amélioration de la fluidité et de l'orientation du parcours des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA)	ingénierie 0,1 ETP	5 500 €	délégation d'accompagnement CAF (0,5 ETP)	20 000 €	délégation d'accompagnement CAF (0,5 ETP)	20 000 €
	délégation d'accompagnement CAF (0,25 ETP)	10 000 €				
fiche 8 : Mise en place d'une nouvelle offre d'accompagnement des bénéficiaires du RSA : la préparation à l'entrée dans l'emploi par le biais des ateliers et chantiers d'insertion (ACI), des EA (Entreprises Adaptées) ou du travail temporaire notamment à l'occasion d'un marché clausé ou encore en temps partagé	prestation de coordination (groupement d'employeurs) 0,5 ETP	27 500 €	ingénierie 0,1 ETP (déploiement)	5 500 €	2 ETP coordination (déploiement départemental)	110 000 €
			+ 1 ETP coordination	55 000 €		
fiche 9 : Expérimentation et mise en place du bénévolat auprès des bénéficiaires du RSA sur la base du volontariat.	ingénierie 0,4 ETP recensement des offres, communication	22 000 €	ingénierie 0,4 ETP recensement des offres, communication	22 000 €	ingénierie 0,4 ETP veille sur l'animation	22 000 €
fiche 10 : Accompagnement des bénéficiaires RSA sur l'activité « Vendange en Champagne » en favorisant la mise en adéquation de l'offre et de la demande sur le territoire	ingénierie 0,1 ETP	5 500 €	ingénierie 0,2 ETP animation et accompagnement des publics	11 000 €	ingénierie 0,2 ETP animation et accompagnement des publics	11 000 €
	accompagnement des publics en interne 0,1 ETP	5 500 €				
	extension de l'outil	30 000 €				
	aide à la mobilité	8 341 €	aide à la mobilité	20 000 €	aide à la mobilité	20 000 €
	sous-total	**114 341 €**		**133 500 €**		**183 000 €**
thème : action d'initiative départementale	*enveloppe prévisionnelle*	*100 000 €*				
fiche 11 : création d'un observatoire départemental social	ingénierie 0,3 ETP diagnostic, base de données, définition des axes de travail	16 500 €	ingénierie 0,5 ETP traitement des données, coordination	27 500 €	ingénierie 0,5 ETP traitement des données, coordination	27 500 €
	sous-total	**16 500 €**		**27 500 €**		**27 500 €**
TOTAL		**209 141 €**		**304 500 €**		**313 000 €**
	dont part Etat	104 571 €	dont part Etat	152 250 €	dont part Etat	156 500 €
	dont part conseil départemental	104 571 €	dont part conseil départemental	152 250 €	dont part conseil départemental	156 500 €

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-36-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Enfance, Insertion et Accompagnement Social	**N° 2019.09.36**

OBJET :

Protocole de coordination entre les services de l'Etat et le Départemental de la Haute-Marne relatif à l'évaluation, la mise à l'abri et l'accompagnement des jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés (MNA) en Haute-Marne

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER, M. Bruno SIDO

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L112-3, L.223-2, R221-11 à R221-15-9,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu l'avis favorable de la VIIe commission émis au cours de sa réunion du 17 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant que l'accueil des mineurs non accompagnés relève de la compétence du Département,

LA COMMISSION PERMANENTE

Par 34 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes du protocole et de ses annexes relatifs à la coordination entre les services de l'Etat et le Département de la Haute-Marne relatif à l'évaluation, la mise à l'abri et l'accompagnement des jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés (MNA) en Haute-Marne, ci-joint,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer ces documents et ceux qui seraient nécessaires à la mise en œuvre du protocole.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-36-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfète de la Haute-Marne

Haute Marne le Département

Protocole de coordination entre les services de l'Etat et le conseil départemental de la Haute-Marne relatif à l'évaluation, la mise à l'abri et l'accompagnement des jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés (MNA) en Haute-Marne

Entre

L'Etat, représenté par Madame Elodie DEGIOVANNI, Préfète du département de la Haute-Marne,

Et

Le Département de la Haute-Marne, représenté par Monsieur Nicolas LACROIX, Président du conseil départemental.

Ci-après désigné « le Département »

* *

Vu les articles L. 112-3, L. 221-2-2, L. 223-2, L. 222-5, L. 228-3, R. 221-11, R. 221-12 et R. 221-15-1 à R. 221-15-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), les articles 47, 375-5 et 388 du Code Civil, l'article 232 du Code de Procédure Civile, l'article 40 du Code de Procédure Pénale, les articles 313-1 et 441-1 du Code Pénal, les articles L. 311-1, L. 313-15 L. 611-3, L. 611-6 et L. 611-6-1 du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile ;l'article L. 3221-9 du Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant ;

Vu le décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du CASF et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille ;

Vu le décret n° 2019-57 du 30 janvier 2019 relatif aux modalités d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à ces personnes ;

Vu la circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'État auprès des Conseils Départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels ;

Vu la circulaire du Garde des Sceaux du 11 juillet 2016 relative à l'application des dispositions de l'article 375-5 du Code Civil et de l'article L. 221-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le schéma départemental de la protection de l'enfance 2017-2021, adopté par l'Assemblée départementale le 31 mars 2017 ;

Considérant que le Département assure, en lien avec ses partenaires institutionnels et associatifs, la responsabilité et le pilotage des moyens de la protection de l'enfance sur le territoire haut-marnais, dans le cadre de son schéma départemental 2017-2021 adopté le

31 mars 2017 et dans un objectif d'insertion durable des mineurs en situation de vulnérabilité, indépendamment de leur nationalité ou de leur origine ;

Considérant que depuis 2016, le Département connaît une recrudescence du nombre d'arrivées de jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés (MNA) :

Considérant que la lutte contre les démarches abusives, voire frauduleuses, des adultes visant à obtenir le bénéfice d'une prise en charge réservée aux mineurs, s'avère indispensable pour permettre un exercice serein et de qualité de la mission de protection à l'égard de l'ensemble des mineurs confiés par l'autorité judiciaire au Département ;

Considérant que dans l'hypothèse où les jeunes ne peuvent accéder au bénéfice de la protection de l'enfance parce que leur minorité n'est pas reconnue, c'est le droit commun du séjour des étrangers adultes qui doit s'appliquer ;

Considérant en conséquence qu'une coordination réactive et efficace entre les différents acteurs institutionnels tout au long des phases d'accueil, d'évaluation, de mise à l'abri, d'accompagnement et d'insertion des MNA, est indispensable à la réalisation de l'objectif d'insertion visé ;

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : phase d'accueil des jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés

1.1 Arrivée du jeune

La prise en charge des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille relève, quelle que soit leur nationalité ou leur origine, de la compétence des Départements, par application des dispositions de l'article L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Aussi, dès qu'un jeune se présente comme MNA auprès d'une association ou institution, ces dernières contactent le Conseil départemental.

Dès l'arrivée d'un jeune se présentant comme MNA, il est orienté vers la circonscription d'action sociale territorialement compétente.

En dehors des horaires d'ouverture des circonscriptions compétentes, le Conseil départemental est informé sans délai par ses interlocuteurs (structure d'hébergement, commissariat, 115, etc.) de son identité, de sa nationalité, de sa date de naissance alléguée, du lieu physique où il se trouve et des conditions de son arrivée via l'astreinte mise en place par le service en charge de l'aide sociale à l'enfance.

En cas d'interpellations d'un groupe d'étrangers en situation irrégulière, au sein duquel des mineurs présumés sont susceptibles de se trouver, priorité est donnée à l'identification des mineurs non accompagnés.

Les forces de l'ordre en informent immédiatement la circonscription d'action sociale compétente et, en dehors des horaires d'ouverture, l'astreinte mise en place par le service en charge de l'aide sociale à l'enfance.

Le Conseil départemental s'assure de trouver une solution de mise à l'abri dans les meilleurs délais et en informe le service interpellateur.

Les forces de l'ordre n'étant pas compétentes pour effectuer le transport des mineurs présumés, le Conseil départemental assure ou assume ce transport jusqu'au lieu de mise à l'abri.

Si les éléments recueillis font apparaître une suspicion d'intervention d'un tiers, ces informations sont transmises au Procureur de la République.

1.2 Vérification « visabio »

Dans la mesure du possible, le déplacement du jeune est organisé par le Département dans les meilleurs délais vers les commissariats de Saint-Dizier et de Chaumont, afin de vérifier, avec l'accord du jeune, sa situation au regard du fichier des ressortissants étrangers qui sollicitent la délivrance, auprès d'un consulat ou à la frontière extérieure des Etats parties à la convention signée à Schengen le 19 juin 1990, d'un visa afin de séjourner en France ou sur le territoire d'un autre Etat partie à ladite convention, défini à l'article L.611-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, dit « VISABIO ».

Dans l'hypothèse où il apparaît que le jeune est enregistré dans le fichier avec un âge de plus de 18 ans, il n'est plus pris en charge par le Département et le commissariat concerné en avise sans délai le Bureau des migrations et de l'intégration de la préfecture pour les suites à donner.

Article 2 : phase d'évaluation des jeunes se présentant comme mineurs non accompagnés

2.1 Premier entretien

Conformément à l'article L.223-3 du CASF, la mission MNA du Département, fait procéder aux investigations nécessaires en vue d'évaluer la situation du jeune. Si possible, un premier entretien est organisé dans un délai de 4 heures après l'arrivée du jeune auprès d'un évaluateur ayant reçu une formation adaptée.

Au cours de cet entretien, l'évaluateur s'assure tout d'abord :

- du consentement du jeune à l'entretien et de sa compréhension des objectifs de celui-ci ;

- de l'absence d'éléments de vulnérabilité particuliers, notamment au regard de sa santé, qui nécessiteraient une prise en charge préalable par un service adapté.

L'évaluateur transmet à la mission MNA, les éléments recueillis au cours de l'évaluation sociale. Ces éléments portent :

- sur les documents d'identité présentés ou non par le jeune, qui constituent le premier moyen de vérification de la minorité, au sens de l'article 47 du Code Civil ;

- sur la cohérence du parcours du jeune, ses conditions de vie dans son pays d'origine et ses conditions de trajet jusqu'au lieu d'arrivée ;

- sur la présentation du jeune et sa maturité.

Le Président du Conseil départemental, ou son représentant, peut alors :

- saisir le Procureur de la République afin de demander une mesure de protection après saisine préalable de la cellule nationale d'orientation ;

- remettre au jeune un courrier motivé de refus de prise en charge indiquant les délais et voies de recours ;

- solliciter des investigations complémentaires.

Un accueil provisoire d'urgence est mis en place par le Département tant que n'intervient pas une décision de l'autorité judiciaire ou un refus motivé de prise en charge.

2.2. Investigations complémentaires

En cas de doute sur l'âge de l'intéressé, le Département peut recourir aux modalités suivantes :

- Un complément sur l'évaluation sociale réalisé par un autre professionnel,

- Lorsque l'acte d'Etat Civil du jeune présente une apparence frauduleuse (rature, surcharge, etc.), lorsqu'il existe des incohérences internes à l'acte, des différences manifestes entre la réalité et les informations contenues dans l'acte ou encore lorsqu'il existe d'autres actes qui remettent en cause l'authenticité de l'acte présenté et des informations qu'il contient, il convient de saisir la préfecture (référent fraude) ou les forces de l'ordre afin de faire procéder à une vérification des documents

Dans ce cas, le Département prend attache avec le référent fraude de la préfecture, par téléphone ou par courriel. Il lui transmet ensuite, dans les meilleurs délais, les documents originaux, en main propre ou par l'intermédiaire d'un coursier avec remise d'un récépissé.

- l'exigence d'efficacité implique que les échanges ultérieurs entre les services du Conseil départemental et le référent fraude de la Préfecture soient effectués de préférence par courriel ;

- en Préfecture, l'agent référent en fraude documentaire opérera un contrôle documentaire sur les documents originaux ;

- en cas de doute ou de difficultés rencontrées par le référent fraude sur l'authenticité des documents, il devra solliciter, dans les meilleurs délais, les services de la DZPAF de Metz (Direction zonale de la Police Aux Frontières) ;

- si l'analyse documentaire opérée, le cas échéant, par les services de la DZPAF de Metz, fait apparaître que le titre est faux, ses services se saisiront et diligenteront une procédure judiciaire, en avisant par courriel le Parquet ;

- en l'absence d'enquête déjà en cours, le référent fraude départemental pourra également procéder à signalement au titre de l'article 40 du CPP ;

- les services de la DIDPAF adressent conjointement les conclusions de leur expertise par message électronique au référent fraude de la Préfecture ainsi qu'au Département, et transmettent les documents originaux, avec toutes les pièces et annexes, directement au Département, par courrier recommandé avec accusé de réception, ou par l'intermédiaire d'un coursier avec remise d'un récépissé.

La réponse de la préfecture à la demande du Département doit être apportée dans les délais les plus brefs.

Sauf s'il y a lieu de procéder à un examen technique par les services de la PAF, un délai maximum indicatif de 5 jours est fixé, correspondant au délai de compensation financière par l'Etat de la période d'évaluation et de mise à l'abri.

- Enfin, si un doute persiste, le Département saisit le Procureur en vue d'une expertise médico-légale

Lorsqu'une telle expertise est ordonnée par l'autorité judiciaire, elle doit être réalisée dans les conditions posées par l'article 388 du code civil et dans le délai le plus court possible.

Le Département organise le transport des jeunes placés sous sa protection pour que soient réalisées les expertises médicales éventuellement ordonnées par l'autorité judiciaire.

2.3. Appui à l'évaluation de la minorité (AEM) par les services de la préfecture

Afin de consolider le dispositif national d'accueil et d'évaluation des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés et renforcer la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux, le présent point du protocole s'attache à définir les engagements réciproques des parties et les modalités de la coordination des services placés sous leur autorité, dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2019-57 du 30 janvier 2019.

2.3.1 Périmètre du concours de l'Etat aux opérations d'évaluation

Les parties conviennent que lorsqu'une personne se présente auprès du Conseil départemental ou de l'organisme mandaté par lui, comme mineure privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, elle peut être adressée à la préfecture selon les modalités retenues au point 2.3.2 du présent protocole.

Le service de l'aide sociale à l'enfance conserve la faculté de conclure immédiatement, sans que le dispositif « AEM » soit mobilisé, à la nécessité de protéger une personne se présentant comme MNA, notamment lorsque la minorité et la vulnérabilité de cette personne sont manifestes.

Le service de l'aide sociale à l'enfance conserve la faculté de ne pas mobiliser le dispositif « AEM » en considérant que la personne se présentant comme MNA, est manifestement majeure.

2.3.2 Modalités de prise de rendez-vous et de transport des personnes en préfecture

Le Conseil départemental oriente, dès lors qu'il le considère utile à son travail d'évaluation, les personnes se présentant comme mineures privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille vers la préfecture sise 89, rue de la Victoire de la Marne à Chaumont.

La préfecture (Bureau des migrations et de l'intégration) s'engage à recevoir le mineur présumé, accompagné de son référent du Conseil départemental ou de la structure d'hébergement qui l'accueille, tous les jours de la semaine, du lundi au vendredi, de 14H00 à 16H00 (hors jours fériés). La réception du dernier usager ne pourra pas débuter après 16H00 et quatre mineurs présumés au maximum pourront être reçus chaque jour.

Le Conseil départemental s'engage à prévenir dès que possible la préfecture de la date envisagée de présentation des mineurs présumés, en envoyant un courriel sur la boîte fonctionnelle dédiée (Cf. annexe I), au plus tard à 10h00 le jour de présentation envisagé. Toutefois, en cas d'urgence cette information peut être communiquée par tout moyen avant la présentation du présumé mineur.

Le Conseil départemental prend en charge le transport des mineurs présumés jusqu'à la préfecture.

2.3.3 Modalités pratiques de mise en œuvre du dispositif d'appui à l'évaluation de minorité

Les modalités d'information et d'accueil des personnes en préfecture ainsi que les modalités d'échanges des informations obtenues à l'issue du rendez-vous sont décrites dans l'annexe I.

2.4. Disparition du mineur présumé avant la fin des opérations d'évaluation de l'âge

Si le mineur présumé disparaît avant sa présentation au service en charge de l'AEM, la procédure est réputée abandonnée à son initiative et le Conseil départemental pourra en tenir compte dans le cadre de son appréciation sur sa minorité.

Si le mineur présumé a déjà été présenté en préfecture et qu'une décision a déjà été prise par les services de l'aide sociale à l'enfance mais qu'il disparaît avant la notification de la décision relative à son âge, le Conseil départemental informe la préfecture en lui adressant ladite décision.

Article 3 : orientation du jeune dans l'hypothèse où il existe un faisceau d'indices amenant à reconnaître sa minorité

Lorsqu'il existe un faisceau d'indices amenant le Département à considérer le jeune comme mineur, un signalement au Procureur de la République est adressé.

Les services du Parquet sollicitent alors la cellule nationale d'orientation de la Protection Judiciaire de la Jeunesse afin d'obtenir son avis sur le département à même d'accueillir le jeune.

L'accueil d'urgence se prolonge jusqu'à la décision de l'autorité judiciaire.

En cas de réorientation, le Département prend contact avec les services du département vers lequel le mineur a été orienté, afin de convenir des modalités de son transfert. En l'absence de réponse ou de proposition d'accueil dans un délai de 15 jours, le Département organise le transfert du jeune.

Article 4 : orientation du jeune dans l'hypothèse où il existe un faisceau d'indices amenant à le considérer comme majeur

Lorsqu'il existe un faisceau d'indices amenant le Département à considérer le jeune comme majeur, un courrier est rédigé, par le Département, afin d'être remis en main propre au jeune contre récépissé.

Le document délivré par l'autorité décisionnaire permettra à la personne concernée d'accéder à l'ensemble des droits reconnus aux personnes majeures.

Dans le cas où le jeune n'a pas bénéficié d'un hébergement au titre de l'aide sociale à l'enfance préalablement au refus, il est précisé au jeune la possibilité de contacter le 115 pour bénéficier d'un hébergement d'urgence. Les services de la Préfecture sont avisés des conclusions de l'évaluation. Les dispositions relatives au séjour des étrangers adultes sur le territoire sont alors applicables.

Dans le cas où le jeune est accueilli dans un hébergement relevant de l'aide sociale à l'enfance, le Département, à l'issue de cette évaluation et avant notification de la décision, informe le Bureau des migrations et de l'intégration de la Préfecture et les forces de l'ordre en indiquant le lieu d'hébergement et la date de notification envisagée, aux fins de coordonner la prise en charge de l'étranger déclaré majeur pour examen de sa situation au regard du droit au séjour en France.

Le Bureau des migrations et de l'intégration de la Préfecture et les forces de l'ordre compétentes indiqueront dans les meilleurs délais au Conseil départemental s'il y a lieu de surseoir, dans un délai maximum de deux jours ouvrables, à cette notification pour complément d'informations ou si elle peut avoir lieu dès le lendemain.

Les faits conduisant à une déclaration de fausse minorité ainsi que les fraudes à l'identité relèvent de l'article 441-1 du Code Pénal, ainsi que les escroqueries réprimées par les articles 313-1 et suivants du même code.

Aussi, dans un cas de délit manifeste de fraude à l'identité, les forces de l'ordre pourront d'office, ou après signalement au Procureur de la République par l'autorité ayant constaté la tentative de fraude, diligenter une enquête conformément aux articles 53 et suivants du code de procédure pénale.

Le Conseil départemental informera immédiatement l'autorité de police compétente, Police nationale ou Gendarmerie nationale, sur le lieu de résidence du jeune.

Le Procureur de la République appréciera les suites à donner aux infractions portées à sa connaissance, sur la base des éléments ayant conduit à refuser la reconnaissance de la minorité.

Article 5 : Parcours d'accompagnement et d'insertion des mineurs non accompagnés mis en œuvre par l'Aide sociale à l'Enfance, avec le concours des services de l'Etat

Le Département, qui s'est vu confier le mineur par décision judiciaire, accompagne le jeune dans un objectif d'insertion durable sur le territoire et dans une logique de projet. Il assiste le jeune dans les démarches engagées auprès de l'autorité administrative, et est tenu informé des suites qui y sont données.

5.1 Evaluation du niveau scolaire et affectation dans un établissement

La demande de scolarisation intervient après que le juge des enfants a pris une ordonnance de placement confiant le jeune au Département.

Cette demande sera formulée au moyen de la fiche MECS-ASE-EN qui permet de situer l'identité du jeune et les éléments en possession des structures sur la langue, le parcours scolaire antérieur et voire quelques éléments complémentaires permettant d'affiner la demande.

Elle sera adressée par courrier électronique au service DIVEA (références sur la fiche).

L'orientation de l'information vers le centre d'information et d'orientation (CIO) sera faite par la direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN). L'affectation sera faite également par la DSDEN lorsque l'évaluation aura pu être conduite par le psychologue de l'éducation nationale du CIO et l'enseignante spécialisée de Saint-Dizier.

Cette évaluation est réalisée dans les meilleurs délais et en coordination avec la structure qui prend en charge le mineur.

Après l'évaluation du jeune, une affectation scolaire correspondant au niveau et au projet du jeune est proposée, dans des délais raisonnables.

5.2 Accès au séjour à la majorité

Les conditions de délivrance d'une carte de séjour aux jeunes confiés à l'Aide sociale à l'Enfance, une fois atteint leur majorité, sont explicitées dans l'annexe II.

5.3 Accès à la formation professionnelle des jeunes pendant leur minorité

La demande d'autorisation provisoire de travail est déposée directement à l'Unité territoriale de la Haute-Marne de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) Grand Est.

La DIRECCTE examine la demande d'autorisation provisoire de travail et délivre l'autorisation provisoire de travail dans un délai de 45 jours après le dépôt de la demande.

Article 6 : Pilotage du protocole

Un comité de pilotage MNA est installé sous la présidence conjointe du Président du conseil départemental et du Préfet de département. Il se réunit deux fois par an.

Il est constitué en outre :

- du Secrétaire général de la préfecture ou de son représentant ;
- du Directeur général des services du Département ou de son représentant ;
- du Directeur des services du cabinet de la préfecture ou de son représentant ;
- du Directeur départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations ou de son représentant ;
- du Directeur départemental de la sécurité publique ou de son représentant ;
- du Commandement de groupement de gendarmerie départementale de la Haute-Marne ou de son représentant ;

- du Chef de bureau des migrations et de l'intégration de la préfecture ou de son représentant ;

- du Référent fraude départemental de la préfecture.

En fonction de l'ordre du jour, le Procureur de la République, la Directrice des services départementaux de l'Education Nationale et la Directrice de l'unité territoriale de la DIRECCTE, le Directeur territorial de l'agence régionale de Santé ou les représentants des structures prenant en charge les MNA pourront participer aux travaux du comité.

Au sein du Conseil départemental et de la préfecture, le référent « MNA » veillera également au respect de la mise en œuvre du dispositif « AEM ».

Le comité de pilotage a pour objet d'assurer la poursuite des objectifs et la mise en œuvre du présent protocole :

- de lutter contre l'immigration irrégulière et la fraude documentaire ;

- d'assurer la fluidité des relations entre les différents services dans la phase d'évaluation et de mise à l'abri et notamment de procéder à d'éventuels ajustements des pratiques, des formations, de l'organisation et des échanges d'informations dans le cadre du dispositif d'appui à l'évaluation de la minorité (AEM) ;

- de mobiliser l'ensemble des services dans un objectif d'insertion durable des MNA confiés au Département ;

- de faire un bilan semestriel du protocole et d'analyser les statistiques et les remontées chiffrées.

Article 7 - Durée du protocole

Le présent protocole prend effet dès le jour de sa signature et est conclu entre les deux parties pour une durée de trois années civiles à compter de cette date.

Article 8 : Annuaire des services

Un annuaire des lieux d'accueil des MNA dans le département sera établi. Il comprendra toutes les coordonnées des contacts dans les centres d'accueil, les contacts utiles dans les services du Département et de l'Etat, ainsi que les coordonnées de tous les référents. Chaque service communiquera sans délai tout changement dans cet annuaire.

Fait à Chaumont le :

La Préfète de la Haute-Marne	Le Président du conseil départemental
Elodie DEGIOVANNI	**Nicolas LACROIX**

Annexe I : Modalités pratiques de mise en œuvre du dispositif d'appui à l'évaluation de minorité (AEM)

1. Information de la personne évaluée

Le Conseil départemental peut, à l'aide des notices fournies par la préfecture, informer les personnes des modalités de la procédure d'évaluation, de la prise d'empreintes et de la photographie du visage, de la collecte d'autres informations à caractère personnel, de l'utilisation qui sera faite de l'ensemble de ces données et de l'impossibilité de refuser de les communiquer à l'agent de préfecture habilité.

La préfecture délivre, en tout état de cause, cette information par écrit ou, à défaut, sous toute autre forme orale appropriée, avant de procéder aux opérations de collecte de données, d'enrôlement et d'interrogation des fichiers.

2. Accueil de la personne en préfecture

La préfecture accueille les mineurs présumés dans un local spécifique, présentant des garanties de confidentialité.

3. Modalités d'échanges d'information et de coordination Etat / Département

La préfecture communique de façon sécurisée, aux agents spécialement habilités à en connaître par le Président du Conseil départemental, le jour-même de la réception de la personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de sa famille, les informations extraites des traitements AEM, VISABIO et AGDREF.

Le Conseil départemental communique aux agents habilités de la préfecture, sans délais, les informations visées au 10° de l'article R. 221-15-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les parties échangent les informations visées par les dispositions de l'article R. 221-11 du CASF de manière sécurisée selon les modalités suivantes :

- les échangent se font uniquement par l'envoi par courriel de documents sous format pdf, après chiffrement du pdf, entre les boîtes fonctionnelles de la préfecture et du Conseil départemental ;

- les parties conviennent d'utiliser le logiciel Zed comme logiciel de chiffrement ;

- les parties s'engagent à utiliser exclusivement les adresses e-mail [fonctionnelles] suivantes : *pref-mna@haute-marne.gouv.fr* et *mna52@haute-marne.fr* ;

- les parties s'engagent à communiquer le mot de passe permettant le déchiffrement aux seuls agents habilités à consulter les données visées aux articles R. 221-15-3 et R. 221-15-4 du CASF ;

- la liste des agents habilités à consulter les données visées aux articles R. 221-15-3 et R. 221-15-4 du CASF est mise à jour mensuellement et ponctuellement à l'occasion d'un départ ou d'une arrivée d'un personnel habilité ou encore en cas d'accès illégitime aux données ;

- le mot de passe, modifié tous les trois mois, est arrêté par le chef du bureau des migrations et de l'intégration de la préfecture ;

- il contient au moins 8 caractères comportant au minimum 2 lettres, 2 chiffres et 2 caractères spéciaux ;

- le chef du bureau des migrations et de l'intégration de la préfecture communique, sous pli confidentiel, le mot de passe au directeur en charge du service de l'aide sociale à l'enfance du conseil départemental.

Le Conseil départemental :

- habilite le directeur en charge du service de l'aide sociale à l'enfance du Conseil départemental qui recevra communication du mot de passe et sera chargé de le communiquer aux autres agents habilités par le Conseil départemental au sens de l'article R. 221-15-3 du CASF ;

- prend toutes les mesures utiles pour prévenir un accès illégitime aux données communiquées par la préfecture ;

- informera le chef du bureau des migrations et de l'intégration de la préfecture sans délai s'il constate un accès illégitime aux données communiquées.

La préfecture :

- met à disposition une assistance pour l'installation du logiciel Zed ;

- habilite le chef du bureau des migrations et de l'intégration qui sera chargé de communiquer le mot de passe aux agents habilités de la préfecture ainsi qu'au directeur du service de l'aide sociale à l'enfance du Conseil départemental ;

- informe le directeur en charge du service en charge de l'aide sociale à l'enfance du conseil départemental sans délai de toute indisponibilité d'AEM.

Annexe II : Accès au séjour des jeunes confiés à l'Aide sociale à l'Enfance, une fois atteinte leur majorité

1. Délivrance d'une carte de séjour de plein droit pour les jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance avant l'âge de 16 ans

En application de l'article L.311-1 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile, l'obligation de détenir un titre de séjour concerne les étrangers âgés de plus de 18 ans.

Pour le mineur non accompagné étranger pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance avant l'âge de 16 ans, un titre de séjour « vie privée et familiale » lui sera accordé de plein droit à sa majorité sauf si sa présence sur le territoire français constitue une menace à l'ordre public.

De ce fait, le mineur doit pouvoir anticiper, avec l'assistance de l'Aide Sociale à l'Enfance, les démarches administratives afin d'obtenir un titre de séjour à ses 18 ans, notamment les démarches consulaires. Afin que la décision soit prise dès la majorité du mineur, ce dernier doit contacter téléphoniquement le Bureau des migrations et de l'intégration de la préfecture ou écrire sur la boîte fonctionnelle environ 6 mois avant ses 18 ans. Une liste de pièces lui sera communiquée et un rendez-vous fixé.

Les services du Département, ou les structures de prise en charge, seront en possession de la liste des pièces et du formulaire à compléter qu'ils pourront donner au mineur pour constituer son dossier. Le mineur peut être accompagné lors de son rendez-vous à la Préfecture. Il devra venir avec un dossier complet avec la présentation des pièces originales et les copies de chacune d'entre elles. A la fin de l'entretien, s'il en remplit les conditions, un récépissé de demande de titre de séjour sera délivré à l'intéressé.

La carte sera ensuite mise en fabrication et l'intéressé sera averti par SMS de la possibilité de venir chercher son titre.

2. Admission exceptionnelle au séjour pour les jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance entre 16 et 18 ans

En application de l'article L.313-15 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile, un titre de séjour « salarié » ou « travailleur temporaire » peut être délivré, à titre exceptionnel, à un mineur non accompagné étranger pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance entre l'âge de 16 ans et 18 ans, dans l'année qui suit son 18ème anniversaire. Les mineurs non accompagnés, qui sont inscrits dans les études secondaires ou universitaires, peuvent en outre bénéficier d'un titre de séjour « étudiant ».

Après instruction du dossier, un entretien individuel sera proposé à l'intéressé. Lors de cet entretien, des précisions sur son droit au séjour et des explications sur les modalités de retour dans son pays, s'il ne peut accéder à une régularisation au regard du droit au séjour en France, lui seront apportées. Si un droit au séjour est accordé, une autorisation provisoire de séjour avec autorisation de travail ou un récépissé de demande de titre de séjour lui sera délivré(e). La carte de séjour sera ensuite mise en fabrication et l'intéressé sera averti par SMS de la possibilité de venir chercher son titre.

Dans tous les cas, l'admission au séjour des intéressés sera appréciée, dans la durée, au regard de la crédibilité de leur projet, de leur sérieux, de leur assiduité et des résultats obtenus. Par ailleurs, afin d'assurer l'obtention d'un titre de séjour dès son entrée dans la majorité, le mineur

étranger non accompagné, arrivé après 16 ans, peut également déposer par anticipation un dossier de demande de titre de séjour.

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:09
Référence technique : 052-225200013-20190920-37-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE
Réunion du 20 septembre 2019

N° 2019.09.37

OBJET :

Avis du Conseil départemental sur la révision du Projet régional de santé 2018-2028 de l'Agence régionale de santé Grand Est (ARS) et la feuille de route conjointe Préfecture de région Grand Est et ARS de "mobilisation contre les addictions en Grand Est"

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, Mme Karine COLOMBO, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services publics adopté le 9 février 2018,

Vu le projet régional de santé 2018-2028 de la région Grand Est et l'avis défavorable formulé par l'assemblée départementale le 6 avril 2018,

Vu le schéma départemental de renforcement des soins de proximité 2019-2023 de la Haute-Marne et l'avis favorable formulé par l'assemblée départementale le 24 mai 2019,

Vu l'avis favorable de la VIIe commission rendu le 17 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant la nécessité de réviser le projet régional de santé afin de le rendre cohérent avec les nouvelles feuilles de routes nationales,

Considérant la consultation réglementaire relative à cette révision, dont celle du Conseil départemental de la Haute-Marne,

Considérant l'avis de consultation de la révision du projet régional de santé 2018-2028 et de ses documents subséquents,

Considérant l'avis de consultation de la feuille de route régionale conjointe 2019-2023 "mobilisation contre les addictions en Grand Est" du 12 juillet 2019,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- de donner un avis favorable sur la révision du Plan régional de santé (PRS) Grand Est 2018-2028, ci-joint,
- de donner un avis favorable sur la feuille de route conjointe ARS-Préfecture de Région, ci-jointe.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:09
Référence technique : 052-225200013-20190920-37-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

[PRS] PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028

Schéma Régional de Santé

& Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

2018-2023

/// COS / SRS & PRAPS / Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Pré-projet de PRS révisé avant consultation

Version de juin 2019

ars Agence Régionale de Santé Grand Est

juin 2019

AVANT-PROPOS

La santé est devenue la première préoccupation avec l'emploi de nos concitoyens, légitimement attachés à un système de santé de qualité et solidaire, préservant un accès aux soins pour tous, ils considèrent notre système de santé comme un élément majeur constitutif de notre pacte républicain et de ses valeurs.

Ils savent aussi que notre système doit faire face à des défis majeurs, lesquels sont encore plus marqués dans notre région :

- Le vieillissement de la population ;
- L'accroissement des maladies chroniques ;
- Un choc démographique des professionnels de santé avec 30 % de départ à la retraite dans les cinq ans ;
- Des inégalités de santé territoriales et sociales majeures ;
- Une mortalité prématurée mais évitable car liée à des facteurs et comportements à risques encore trop nombreux et mal prévenus (tabac, alimentation, stress, etc.) ;
- Un système de soins encore trop cloisonné entre la ville et l'hôpital, entre les secteurs sanitaire et médico-social, entre les différents professionnels de santé, et donc source de non qualité et perte d'efficience.

Notre système se trouve aussi devant des opportunités formidables :

- Grâce à la recherche, on assiste à des progrès majeurs dans les traitements avec, dès à présent par exemple, la guérison d'un malade sur deux atteints de cancers et dans certaines maladies infectieuses comme les hépatites C une guérison assurée, en cas de dépistage précoce ;
- La révolution de la e-santé, le partage des données en santé et le développement de nouvelles technologies en santé permettent de nouveaux modes d'organisation des soins (dossier médical partagé, chirurgie ambulatoire, télémédecine, médecine personnalisée, etc.) et doivent faciliter l'accès aux soins et la coordination entre professionnels de santé dans leur formation et leurs pratiques quotidiennes ;
- Le rôle accru des patients et associations de patients comme acteurs de leur santé représente un atout majeur notamment en matière d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique ;
- La volonté et l'engagement des professionnels de santé pour accroître le travail en équipes pluridisciplinaires.

Ce sont ces défis et ces opportunités qui doivent nous amener à initier, promouvoir et soutenir avec les professionnels de santé, les patients et leurs associations, les élus et tous les citoyens les transformations nécessaires inscrites dans les 4 orientations majeures de la stratégie nationale de santé :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Ces orientations sont traduites dans ce schéma régional de santé pour la période 2018-2023.

Pour réussir ensemble, nous souhaitons que ce cadre d'actions serve au développement des partenariats et contractualisation avec les opérateurs territoriaux de la santé, et aussi des acteurs porteurs d'actions sur les déterminants de santé.

C'est ensemble que nous relèverons ces défis au service de la santé de tous.

Christophe Lannelongue

Directeur général de l'ARS Grand Est

/// UN SCHÉMA ORIENTÉ VERS L'ACTION, LES COOPÉRATIONS ET LES RÉSULTATS AU TRAVERS 18 PROGRAMMES ~~PROJETS~~ PRIORITAIRES

Le schéma régional de santé 2018-2023, s'inscrit dans les politiques nationales de santé dont la stratégie nationale de santé arrêtée en décembre 2017, les programmes nationaux d'accès aux soins ou de transformation du système de santé, et répond aux objectifs du cadre d'orientation stratégique de notre projet régional de santé 2018-2028 :

- Diminuer la mortalité évitable dans la région et agir sur les comportements à risques ;
- Assurer un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous, sur tout le territoire ;
- Promouvoir un système de santé efficient.

Élaboré de façon collaborative et concertée avec l'ensemble des acteurs de la région Grand Est, ce schéma à cinq ans est résolument tourné vers l'action en identifiant 18 programmes prioritaires dont 10 programmes « Parcours de santé » et 8 programmes pour la transformation de notre système de santé présentés selon les 7 axes du cadre d'orientation stratégique :

10 programmes prioritaires "Parcours"

- Parcours "Personnes âgées"
- Parcours "Personnes en situation de handicap"
- Parcours "Santé des enfants et des adolescents"
- Parcours "Personnes en situation sociale fragile - PRAPS" et "soins aux détenus"
- Parcours "Santé mentale"
- Parcours "Maladies chroniques"
- Parcours "Patients atteints de cancer"
- Parcours "Maladies cardio-neuro-vasculaires"
- Parcours "Maladies neurodégénératives"
- Pacours "Maladies rares"

8 programmes prioritaires "Transformation de l'organisation de l'offre de santé"

- Prévention, promotion de la santé et lutte contre les addictions *(tabagisme, activité physique adaptée, vaccination et santé environnement)*
- Soins et hôpitaux de proximité *(y compris "biologie médicale" et "soins palliatifs / fin de vie")*
- Ressources humaines en santé
- Virage ambulatoire, gradation de l'offre et soins spécialisés *(chirurgie, médecine, HAD, SSR, imagerie, soins critiques et périnatalité)*
- Innovation et e-santé
- ORSAN
- Qualité et pertinence des soins
- Coopérations transfrontalières

Après un bilan des PRS de première génération des trois régions antérieures Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine, des diagnostics territoriaux ont permis l'identification de besoins en santé. Des groupes de travail pluridisciplinaires d'experts ont élaboré des axes et priorités qui ont donné lieu à un avant-projet de PRS ayant fait l'objet d'une large concertation durant la fin de l'année 2017. Ces travaux ont permis d'enrichir les réflexions et ont abouti au présent schéma. Le PRS constitue ainsi la feuille de route de l'Agence régionale de santé pour les cinq prochaines années et le cadre des partenariats que l'ARS souhaite développer avec l'ensemble des acteurs : Assurance maladie, Élus, professionnels de santé, partenaires institutionnels et représentants des patients et usagers.

En effet, seule une mobilisation de tous au service de la mise en œuvre d'un projet partagé nous permettra de répondre aux défis que rencontre notre région.

Ce schéma comprend près de 200 objectifs, de nature et périmètres différents : certains relèvent de structures à mettre en place, d'autres de procédures à organiser, d'autres enfin de résultats à atteindre, et tous visent à répondre à ces défis. Les principaux objectifs du SRS sont :

/// Transformer l'offre de santé vers une démarche de parcours de santé gradués et coordonnés

- En proposant une organisation des soins de proximité basée sur l'exercice collectif et coordonné (maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires, etc.) ; cela suppose de couvrir la région en structures de ce type, et d'accompagner la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des plateformes territoriales d'appui (PTA) pour la gestion des cas complexes ;
- En mettant en œuvre les dispositifs d'accompagnement pour renforcer les installations de jeunes médecins dans les zones « blanches » ;
- En organisant les parcours de soins de manière fluide et coordonnée, notamment en direction des patients atteints de maladie chronique, des personnes âgées, des personnes handicapées, des enfants et adolescents, des patients psychiatriques, des personnes en situation d'addiction ;
- En organisant les filières pré-hospitalières et les unités de soins critiques pour l'ensemble de la région pour les patients dont le pronostic vital est engagé : patients atteints d'AVC ou d'infarctus du myocarde, enfants demandant un transport en SMUR, etc. ;
- En organisant le tissu hospitalier de manière à ce qu'une gradation des soins lisible soit mise en œuvre (proximité / centre de ressource / expertise), offrant aux citoyens les garanties de sécurité de prise en charge et l'orientation adéquate et rapide dans le système de soins, notamment pour les soins spécialisés demandant une expertise spécifique et les maladies rares (éviter les situations d'errance). Cette réorganisation hospitalière, favorisée par la mise en place des groupements hospitaliers de territoire dans le secteur public et la recherche de mutualisations inter-établissements (équipements, personnels), doit chercher également à accompagner l'évolution des sites à faible activité et ayant des difficultés à fonctionner en termes de ressources humaines, en envisageant des rapprochements, des reconfigurations ou reconversions d'activité ;
- En basant ces réflexions sur une approche territoriale intégrée.

Ces différentes politiques doivent permettre d'améliorer l'accès aux soins, d'une part dans les zones fragiles dans lesquelles l'offre de proximité demande à être renforcée et organisée, d'autre part auprès des publics spécifiques que sont les personnes âgées, handicapées ou en situation de fragilité sociale. En particulier, les enfants handicapés doivent pouvoir accéder au dispositif scolaire dès lors que leur handicap n'est pas incompatible avec le milieu ordinaire, et doivent pouvoir accéder aux structures adéquates dans la région, pour leur éviter des prises en charge hors région. Les personnes âgées doivent pouvoir, autant que de besoin, disposer d'une offre de maintien à domicile complète et bien coordonnée. Dans les deux cas, des actions spécifiques doivent prévoir d'accompagner les aidants (formation, offre de répit, etc.). L'accès aux soins des personnes détenues doit aussi faire l'objet d'une attention particulière.

Doivent notamment pouvoir accompagner cette politique :

- Les protocoles de coopération entre professionnels de santé et le développement de nouveaux métiers (comme les infirmières de pratique avancée) ;
- L'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladie chronique ;
- L'offre de télémédecine ;
- La formation des professionnels et acteurs de santé.

/// Mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé

Les objectifs principaux des actions à mener, dans les différents milieux de vie portent sur la nutrition, le tabac et les autres addictions, l'activité physique, les vaccinations, l'information sur les risques sanitaires liés à l'environnement. En outre, le dépistage précoce de maladies graves est à renforcer, dans le domaine de la cancérologie, des hépatites virales, du diabète, etc. en particulier pour les publics défavorisés. La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et de l'entrée en dépendance doit faire partie aussi des priorités.

Ces objectifs seront mis en œuvre au travers d'actions menées avec l'ensemble des partenaires : collectivités territoriales, Assurance maladie, Éducation nationale, Protection judiciaire de la jeunesse, administration pénitentiaire, service de santé des armées, etc. et par la mobilisation de plusieurs outils, à commencer par les contrats locaux de santé, dans ses différentes variations territoriales.

/// Mettre à profit les nombreuses innovations tant technologiques qu'organisationnelles pour accompagner les objectifs du SRS

À cet égard, l'apport de la e-santé, dans toutes ses dimensions, est essentielle, basée sur l'échange des données médicales informatisées entre les professionnels de santé, dans un contexte sécurisé. Doit être mis en place un Espace numérique régional de santé. Les activités de télémédecine doivent être pérennes et intégrées dans les pratiques et les prises en charge, dans l'ensemble de la région.

Pour les besoins en cancérologie comme dans le domaine des maladies rares, l'offre en génomique doit être organisée et coordonnée pour répondre aux nouvelles demandes dans ce domaine.

/// Viser en toutes circonstances l'efficience et la pertinence des soins

En ville comme dans les établissements de santé. Le « virage ambulatoire » doit se concrétiser, au-delà même du nécessaire développement de la chirurgie ambulatoire et des hôpitaux de jour en médecine et en soins de suite et de réadaptation. L'offre d'hospitalisation à domicile doit se renforcer, les chimiothérapies ambulatoires doivent pouvoir se développer, dans de bonnes conditions de sécurité des soins, etc.

Une attention particulière sera portée aux aspects de pertinence des actes et des prescriptions, dans le cadre de la politique nationale sur ce thème, et de pertinence des recours aux services hospitaliers.

Parmi les outils d'amélioration de l'efficience, figure l'évaluation des politiques menées, des structures et dispositifs mis en place, en phase avec les évaluations des programmes menées au plan national.

/// Améliorer la qualité des soins, dans toutes ses dimensions

À commencer par les soins délivrés aux personnes en situation de faiblesse (personnes âgées, personnes handicapées, enfants, personnes hospitalisées en psychiatrie, etc.) : lutte contre la maltraitance, promotion de la bientraitance ; articulation avec le champ médico-social pour le maintien dans le lieu de vie le plus adapté et pour favoriser l'inclusion sociale ; anticipation et gestion des situations de rupture.

SOMMAIRE

I. NOS PRIORITÉS 2018-2023 11

1. AXE STRATÉGIQUE N°1 : ORIENTER RÉSOLUMENT ET PRIORITAIREMENT LA POLITIQUE DE SANTÉ VERS LA PRÉVENTION DANS UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 13
   1/ Promouvoir les comportements et des environnements favorables à la santé 15
   2/ Promouvoir les conditions de vie et de travail favorables à la santé et à la maîtrise des risques environnementaux 22
   3/ Mobiliser les outils de prévention du système de santé 29

2. AXE STRATÉGIQUE N°2 : RENFORCER ET STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ 35

3. AXE STRATÉGIQUE N°3 : ADAPTER LA POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ 43

4. AXE STRATÉGIQUE N°4 : FAIRE ÉVOLUER LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS 53
   1/ Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents 57
   2/ Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en psychiatrie et en santé mentale 66
   3/ Permettre aux patients de mieux vivre avec leurs maladies chroniques dont le diabète 77
   4/ Améliorer le parcours de santé des personnes atteintes d'un cancer 83
   5/ Améliorer le parcours de santé des patients atteints d'une maladie cardio-neuro-vasculaire 96
   6/ Améliorer le parcours de santé des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative dans une logique inclusive 102
   7/ Améliorer le parcours des personnes atteintes de maladies rares dès les premiers signes de la maladie 106
   8/ Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction 111

5. AXE STRATÉGIQUE N°5 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES, DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES EN SITUATION DE FRAGILITÉ SOCIALE DANS UNE LOGIQUE INCLUSIVE 119
   1/ Préserver l'autonomie des personnes âgées 121
   2/ Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive 126
   3/ Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à des parcours de santé coordonnés en vue d'un retour au droit commun (PRAPS) 136
   4/ Améliorer l'accès aux soins en milieu pénitentiaire 144

6. AXE STRATÉGIQUE N°6 : DÉVELOPPER LES ACTIONS DE QUALITÉ, DE PERTINENCE ET D'EFFICIENCE DES SOINS 149
   1/ Renforcer le virage ambulatoire par une meilleure gradation des prises en charge en médecine, soins de suite et de réadaptation et en renforçant le recours à l'hospitalisation à domicile 151
   2/ Renforcer le virage ambulatoire et la performance des plateaux techniques de chirurgie et d'imagerie 157

3/ Améliorer le parcours de santé en périnatalité....164
4/ Conforter les services de réanimation et de surveillance continue pour garantir une organisation efficiente des parcours de soins....170
5/ Assurer l'accès aux soins palliatifs....175
6/ Renforcer l'efficience et la pertinence des soins, des prescriptions des transports et des produits de santé....178
7/ Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge....187

7. AXE STRATÉGIQUE N°7 : DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'INNOVATION ACCOMPAGNANT LES TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ....193
1/ Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé....195
2/ Développer et promouvoir les innovations organisationnelles en santé....208
3/ Structurer le projet régional de plateforme génomique à très haut débit....214
4/ Promouvoir l'implication du citoyen en augmentant ses compétences et ses capacités d'action215

II. UNE OFFRE DE SANTÉ ORGANISÉE ET GRADUÉE....217

1. L'OFFRE DE SANTÉ EN PROXIMITÉ....219
1/ Une offre de santé en proximité à rénover....223
2/ Une nécessaire évolution des établissements de santé....228
3/ L'organisation de l'offre de soins en région Grand Est....232

2. L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE....239
1/ L'organisation de l'offre de santé pour les personnes âgées....241
2/ L'organisation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap246

3. L'ORGANISATION DE L'OFFRE SANITAIRE....251
1/ Les perspectives d'évolution de l'offre sanitaire....253
2/ Des zones d'implantation différenciées par niveau de soins....257
3/ Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins....262
4/ Une permanence des soins en établissement de santé organisée....284

4. LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET DE GÉNÉTIQUE....299

5. UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CAPACITÉ DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES....311

6. ENCOURAGER LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS....317

III. LE PILOTAGE DU PRS GRAND EST....325

1/ Les modalités de pilotage et de suivi....327
4/ Les indicateurs de mesure de l'atteinte des objectifs....327
5/ L'évaluation du PRS....332
6/ Les leviers de mise en œuvre....333
7/ Le fonds d'intervention régional au service des projets de transformation du système de santé339

IV. LISTE DES OBJECTIFS....341

V. ANNEXES....355

1/ Les notions de territoire 357
8/ Glossaire360

I. NOS PRIORITÉS 2018-2023

1. AXE STRATÉGIQUE N°1 : ORIENTER RÉSOLUMENT ET PRIORITAIREMENT LA POLITIQUE DE SANTÉ VERS LA PRÉVENTION DANS UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

1/ PROMOUVOIR LES COMPORTEMENTS ET DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

/// CONSTATS ET ENJEUX

La prévention et la promotion de la santé restent encore les maillons faibles de notre système de santé. Trop centré sur le versant curatif, notre système peine à réduire l'incidence et la prévalence de pathologies qui pourraient être prévenues tels que certains cancers, les maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, les diabètes, les maladies respiratoires telles que la broncho-pneumopathie chronique obstructive, les pathologies infectieuses comme les infections sexuellement transmissibles, ou les traumatismes et accidents de la vie courantes, etc.

L'efficacité des interventions développées pour chaque problématique de santé dépend de l'existence de politiques intégrées, de dispositifs et de procédures qui assurent un continuum « promouvoir-prévenir-soigner-soutenir ».

L'enjeu en matière de prévention est de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque, qu'ils soient liés au mode de vie, à l'alimentation, aux pollutions environnementales, aux conditions sociales mais également de considérer les facteurs intrinsèques aux individus.

Il y a bien deux modalités de prévention en santé : des actions ou mesures qui agissent sur l'agent causal ou des déterminants des pathologies, et des actions visant à aider les individus à acquérir et développer des comportements favorables à leur santé grâce à des politiques d'éducation pour la santé, et une éducation thérapeutique.

De ces observations découle la nécessité de promouvoir des modes de vie mais également des milieux de vie favorables à la santé physique et psychique.

Une attention particulièrement sera portée aux facteurs suivants : l'alimentation, l'activité physique, le tabac et autres toxiques (notamment dans la prévention des cancers et des risques cardiovasculaires, etc.), le lien social, la construction de l'identité, le soutien à la parentalité, la préservation de l'intégrité psychique, l'aménagement des lieux de vie.

Trois niveaux d'intervention transversale aux thématiques de santé sont identifiés :

- Le développement des compétences individuelles et des aptitudes à faire des choix positifs pour la préservation de la santé ;
- L'aménagement matériel et organisationnel des milieux de vie pour rendre accessibles les modes de vie favorables à la santé ;
- La mise en œuvre de politiques publiques et des programmes cohérents et coordonnés en matière d'alimentation, de prévention, de lutte contre les addictions, de promotion de l'activité physique.

Enfin les outils et les moyens dédiés doivent être adaptés aux publics visés afin de ne pas creuser les inégalités sociales et territoriales d'accès aux actions de prévention, de promotion de la santé et aux soins.

/// DES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ PRIORITAIRES

/// La prévention des conduites addictives

Les usages et comportements en matière d'addictions sont envisagés sous l'angle d'une interaction entre une personne, un produit et un contexte. Dans la mesure où le vécu de la santé physique et mentale peut conduire à la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues, etc.), une cohérence doit être assurée entre les actions et programmes de promotion du bien-être et les actions et programmes de prévention des addictions.

/// La prévention des cancers

Avec près de 14 000 décès par an en région Grand Est, le cancer représente la première cause de mortalité (28% des décès) et 40% des décès avant 65 ans.

La prévention primaire des cancers passe à la fois par des modifications durables de certains comportements et modes de vie (tabac, alimentation, sédentarité) et par la réduction de facteurs de risques connus, présents dans l'environnement de travail ou dans l'environnement général (polluants de l'air, toxiques phytosanitaires, etc.). C'est le cas par exemple des cancers broncho-pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, à l'origine de 27% des décès par cancers et dont les principaux facteurs de risque sont le tabac, l'alcool et certaines expositions environnementales.

La prévention secondaire (dépistage) du cancer du sein (1^{e} cause de mortalité par cancer chez la femme), du cancer colorectal (2^{e} cause de mortalité par cancers) et du cancer du col de l'utérus (8^{e} cancer féminin) doit dont être renforcée.

/// La prévention des maladies cardiovasculaires

À l'origine de 12 500 décès par an dans le Grand Est soit 25% des décès, les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en région. Ces pathologies et leurs facteurs de risque constituent une manifestation concrète des inégalités sociales de santé (gradient social clairement établi).

La prévention de ces maladies est classiquement abordée par la réduction des risques. Parmi les principaux facteurs accessibles à la promotion de la santé : le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le stress, l'obésité, la sédentarité. Les principaux facteurs de protection contre ces risques et de prévention primaire sont le recours à une alimentation équilibrée, et la pratique d'une activité physique régulière à tous les âges de la vie. En prévention secondaire, il s'agit principalement de mettre en œuvre des démarches de dépistage des complications organisées.

/// La prévention de la bronchopneumopathie chronique obstructive

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique définie par une obstruction permanente et progressive des poumons et des bronches qui entraine une insuffisance respiratoire majeure et irréversible de la capacité respiratoire. La BPCO est la deuxième cause de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Grand Est avec 940 décès annuels[1] en moyenne entre 2011 et 2013. Ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait du nombre élevé de malades non diagnostiqués : 2 malades sur 3[2].

La prévalence de la BPCO est difficilement estimable du fait des difficultés de diagnostic et un manque de dépistage lié à la méconnaissance de cette maladie par le grand public. La Moselle est le

[1] BPCO figurant comme cause initiale du décès
[2] InVS BEH thématique 27-28 / 3 juillet 2007

département français qui présente la plus forte mortalité par BPCO sur la période 2011-2013, avec 20,4 décès pour 100 000 habitants. En France, les répercussions sociales de la BPCO sont considérables sur les patients, leurs familles, les employeurs et la société : cette affection serait à l'origine de 11% des invalidités, 8% des arrêts de travail et 11% des hospitalisations[3].

La BPCO est attribuable au tabagisme dans plus de 80% des cas. Parmi les autres facteurs de risque, on note la consommation de cannabis, les expositions professionnelles (secteur minier et industrie textile notamment), la pollution atmosphérique, l'exposition passive à la fumée de cigarette et des facteurs génétiques. Les professionnels de santé sous estiment souvent le risque de BPCO chez les fumeurs de plus de 45 ans. Or, l'identification des patients atteints peut se faire, de manière précoce, grâce à une mesure du souffle. Et permettre une prise en charge comportant, outre un traitement médicamenteux, une réhabilitation respiratoire et une véritable éducation thérapeutique.

/// La prévention de l'obésité et du diabète (type II)

En 2012, les trois antes régions du Grand Est se situaient dans le 1er tiers des régions françaises présentant les plus forts taux de prévalence de l'obésité chez les adultes. Chez les enfants de 6 ans, les taux de surpoids et d'obésité observés se situaient au niveau de la moyenne nationale, avec toutefois des disparités infra régionales fortes.

Le début de l'obésité se situant souvent durant l'enfance et l'adolescence, il est nécessaire d'agir au plus tôt sur l'environnement global des familles (enfants, parents, actions de soutien à la parentalité, actions dans le milieu scolaire). De même, une attention particulière doit être portée au dépistage et à la prise en charge des jeunes adolescents en surpoids.

L'obésité étant une maladie multifactorielle, la prise en compte d'un seul déterminant est vaine. Les actions doivent être partenariales, multifocales et multisectorielles avec intégration des objectifs de lutte contre l'obésité dans toutes les politiques publiques (éducation à la santé, politique de la ville, politique des transports, l'accessibilité aux équipements sportifs.). Des interventions en milieu scolaire doivent être mises en place ou poursuivies, incluant les deux composantes, alimentation et activité physique.

La région Grand Est est une des régions métropolitaines ayant la plus forte prévalence du diabète de type II et celle où la mortalité dues aux complications du diabète est la plus élevée. Or le diabète de type II est directement lié au comportement alimentaire et au surpoids. Cette maladie est très souvent sous diagnostiquée, avec un retard au diagnostic de neuf années en moyenne. Il convient donc de développer et renforcer également le dépistage des diabétiques par des politiques en direction des professionnels de premiers recours et de la population.

/// La prévention des maladies infectieuses à couverture vaccinale

Les effets protecteurs de la vaccination sur les individus et la collectivité sont majeurs et dépendent non seulement de l'accessibilité aux soins et donc aux vaccins, mais également du niveau d'adhésion des professionnels de santé et du grand public à ces politiques de prévention.

C'est pourquoi, le renforcement, depuis le premier janvier 2018, de la stratégie nationale de vaccination doit permettre de déployer des actions en direction du grand public, et des professionnels de santé pour mettre en œuvre cette politique.

[3] InVS enquête décennale 2008

/// La prévention de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

La prévention de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) doit nécessairement être associée à la promotion du dépistage précoce, à la généralisation de l'éducation à la vie affective et sexuelle et à la réduction des risques en milieu festif. Ces politiques doivent veiller à déployer des messages adaptés en fonction des populations cibles et populations considérées comme à risques. Ainsi, l'éducation à la vie affective et sexuelle est une stratégie essentielle de réduction des inégalités sociales de santé, de renforcement de l'égalité entre les femmes et les hommes, de réduction des discriminations liées au genre et à l'appartenance sexuelle. Elle doit faire l'objet d'actions concertées et en milieu scolaire et son développement en milieu extrascolaire accueillant des jeunes particulièrement vulnérables.

Il s'agit d'accompagner chaque jeune vers l'âge adulte selon une approche globale dans laquelle la sexualité est entendue au sens large et inclut notamment les dimensions relationnelle, affective, sociale, culturelle. Elle est désormais intégrée dans les objectifs prioritaires du parcours éducatif de santé mis en place par l'Éducation nationale et la Stratégie nationale de santé 2017-2030. Plus particulièrement la feuille de route 2018-2020 préconise, dans son axe 1, « *d'investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive* », et dans son axe 2, « *d'améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge* ».

Enfin, dans l'objectif national d'éradication du virus de l'hépatite C d'ici à 2025, l'ARS Grand Est, en lien avec ses partenaires, se mobilise pour le dépistage et la prise en charge des personnes atteintes d'hépatite C. Ainsi, il s'agit d'augmenter le dépistage, en particulier en développant des actions « d'aller-vers » les publics les plus à risque, et de conforter les partenariats permettant d'améliorer l'accès aux soins une fois le dépistage effectué. Cet objectif est à mettre en lien avec les parcours des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes en situation d'addiction et accès aux soins en milieu pénitentiaire.

/// La promotion de la santé bucco-dentaire

La grande fréquence des affections bucco-dentaires, leur retentissement sur la santé globale et sur la qualité de vie et leur répartition très inégale dans la population, en font une question de santé publique à part entière. Outre les aspects médicaux, un mauvais état dentaire, c'est également une image dégradée de soi, c'est souvent aussi un obstacle à l'insertion sociale et professionnelle.Les mesures de prévention, passent par une éducation à la santé pour permettre d'acquérir dès le plus jeune âge les gestes et comportement favorables à une bonne hygiène bucco-dentaire. Des actions de sensibilisation, de dépistage doivent être conduites auprès des enfants, adolescents et parents notamment en lien avec l'Éducation nationale, en veillant à agir sur les inégalités de santé.

/// La prévention des violences et du suicide

Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes. Parmi les facteurs de risque et de protection communs à toutes les formes de violence, il est à noter le niveau de développement des compétences psycho-sociales et de l'estime de soi, le mode de consommation d'alcool et de drogues, les habitudes de vie, la santé mentale, les histoires familiales ou personnelles, la violence subie, les carences affectives, les caractéristiques socio-économiques, l'isolement social. C'est pourquoi les actions de prévention et d'éducation à la santé sur ces thèmes sont majeures et doivent être développées dans notre région.

Une attention particulière sera portée sur les violences faites aux femmes. L'égalité entre les femmes et les hommes a été décrétée grande cause nationale par le Président de la République le 25 novembre 2017. Le 5^{e} plan triennal 2017-2019 de lutte contre les violences faites aux femmes sera mis en œuvre et fait l'objet de travaux conjoints avec la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité.

/// La promotion de la santé environnementale

En parallèle à l'action sur les déterminants comportementaux de la santé, la nécessité d'agir sur les facteurs de risque environnementaux est de plus en plus prégnante. Ainsi, une récente étude de Santé publique France, l'agence nationale de santé publique, évalue à 5 000 le nombre de décès qui pourraient être évités chaque année dans le Grand Est en maîtrisant la pollution de l'air liée aux particules fines.

Le troisième plan national Santé Environnement (PNSE3), adopté par le gouvernement en novembre 2014, s'articule autour de quatre grandes catégories d'enjeux :

- Des enjeux de santé posés par les pathologies en lien avec l'environnement ;
- Des enjeux de connaissance des expositions et des leviers d'action ;
- Des enjeux de recherche en santé environnement ;
- Des enjeux pour les actions territoriales, l'information, la communication et la formation.

Dans le Grand Est, le plan régional santé environnement de troisième génération, co-piloté par l'État, l'ARS et le Conseil Régional, décline localement certains axes du PNSE3 et s'appuie sur un diagnostic santé environnement pour proposer des actions visant à répondre aux enjeux spécifiques du territoire.

Outre le renforcement des actions normatives et régaliennes destinées à identifier et gérer des espaces et milieux constituant des facteurs de risque pour la santé, il s'inscrit dans une logique où l'environnement est considéré comme une ressource pour la santé, c'est-à-dire dans une dynamique de création d'espaces de vie favorables à la santé, privés et publics.

Il prend en considération les risques des territoires de la région notamment induits par leur passé industriel ou les activités présentes, et les risques émergents auxquels les habitants pourront être confrontés. Il s'articule autour de trois ambitions :

- Des activités humaines préservant l'environnement et la santé : réduire les expositions aux pollutions diffuses ;
- Un cadre de vie et de travail favorable à la santé : lutter contre les espèces invasives et nuisibles pour la santé, favoriser la prise en compte des enjeux de santé environnement dans l'aménagement et les projets d'urbanisme, œuvrer pour une meilleure qualité sanitaire des bâtiments ;
- Des clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien : développer les connaissances et les compétences en santé environnement des professionnels, des élus et du grand public.

Certains objectifs du PRSE 3 sont intégrés dans le projet régional de santé *(cf. partie correspondante, page 23).*

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Les objectifs transversaux de prévention et de promotion de la santé sont traités dans cet axe stratégique. Ceux spécifiques à une population ou à une pathologie sont précisés principalement dans les axes stratégiques 4 et 5 (pages 53 et 119).

Objectif 1 Faire passer la part des fumeurs quotidiens sous la barre des 20%

La région Grand Est présente une forte prévalence du tabagisme chez les 15-75 ans, il est ainsi observé 31,3% de fumeurs quotidiens contre 28,2% en France métropolitaine *(Baromètre santé 2014)*. À noter également une forte consommation de tabac chez les femmes qui, si elle inférieure à celle des hommes, dépasse la moyenne nationale. Chez les femmes, le tabac est responsable d'une augmentation de 20% du nombre de cancers du poumon entre 2005 et 2010 et d'une augmentation encore plus notable du nombre d'infarctus du myocarde. La proportion de femmes victimes d'un infarctus avant 50 ans est ainsi passée de 3,7% en 1995 à 11,2% dix ans plus tard. En 2015, elle se situe à 12%. Le facteur, qui paraît de loin le plus important, est le tabagisme : 85% des femmes qui font un infarctus sont des fumeuses.

La réduction du taux régional de fumeurs de 31 % à 20% nécessite la mobilisation de tous les acteurs et une forte implication politique.

En cohérence avec le plan national de lutte contre le tabagisme 2014-2019, le plan régional vise à :

- Intégrer la prise en compte du tabagisme dans tous les parcours de santé, en sensibilisant aux risques et en proposant une aide à l'arrêt ;
- Développer des programmes d'éducation à la santé renforçant les compétences psychosociales des enfants afin de retarder l'âge de l'initiation ;
- Étendre les lieux publics sans tabac dont les villes sans tabac en lien avec les élus et les collectivités territoriales ;
- Former les professionnels de santé et améliorer les pratiques professionnelles pour le repérage précoce et l'accompagnement au sevrage tabagique ;
- Décliner chaque année dans l'ensemble de la région des campagnes de communication telles que le « Mois Sans Tabac ».

Objectif 2 Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière

De nombreux travaux ont mis en évidence le rôle de l'alimentation, soit comme facteur de protection, soit comme facteur de risque dans de nombreuses maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète. De même, il est aujourd'hui établi que l'activité physique est un facteur de prévention de certaines maladies chroniques, comme elle permet de contribuer à aider à la réhabilitation dans certaines pathologies (cancer, maladies respiratoires, maladies métaboliques, maladies cardio-neuro-vasculaires).

Il convient donc d'encourager la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie par un développement de l'offre de pratique et l'aménagement de l'espace public. Il convient également de développer un programme d'action régional pour la prescription d'activité physique adaptée pour les patients dans certaines pathologies chroniques.

Plusieurs actions sont proposées dans cet objectif, s'appuyant notamment sur le futur programme national nutrition santé (PNNS) et le plan activités physiques aux fins de santé du Grand Est.

Sous obj. 2.1 Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé »

Ce dispositif « villes actives ou départements actifs du PNNS » existe depuis 2004. Il a pour objectif de créer une dynamique afin que des élus accompagnent des actions en matière de prévention sur le volet nutrition au niveau territorial pour contribuer à la réduction des facteurs de risque des maladies les plus fréquentes dont souffre la population. La charte est un levier qui permet d'accroître l'impact du PNNS et de créer un réseau territorial facilitant la coordination des actions notamment au sein des contrats locaux de santé (CLS). À ce titre, les communes, par leurs compétences et leurs liens de proximité avec les populations et les nombreux professionnels de santé du monde libéral ou associatif, sont des acteurs essentiels pour la mise en œuvre d'interventions de proximité, en adéquation avec les orientations du PNNS.

L'objectif est donc d'assurer une couverture géographique homogène en mettant l'accent sur le développement de la signature de contrat local de santé.

Sous obj. 2.2 Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies

Il s'agit de structurer progressivement une offre d'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Le but est de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection dont elle est atteinte. Trois actions sont identifiées :

- Recenser l'offre existante en activité physique adaptée dans la région et la faire connaître ;
- Expérimenter dès à présent une organisation permettant, sur prescription médicale, un accompagnement à la reprise d'une activité physique pour des personnes atteintes de certaines affections de longue durée (cancer de la prostate, colorectal et du sein, BPCO, diabète de type 2, artérite des membres inférieurs, maladie coronaire stabilisée, personnes obèses, etc.) ;
- Évaluer ce dispositif en vue d'une extension à d'autres pathologies.

Objectif 3 Améliorer l'information et la connaissance du public en s'appuyant sur les campagnes nationales de prévention pour les maladies chroniques

L'objectif est de renforcer l'impact des campagnes de communication nationale afin de sensibiliser et d'informer les populations de tous âges, afin de permettre aux citoyens d'être acteurs de leur propre santé. L'accent sera mis sur la coordination interinstitutionnelle (Assurance maladie, Éducation nationale, universités, collectivités locales, etc.) pour relayer les campagnes d'information nationales à l'échelon local. Il s'agira de s'appuyer également sur les actions et initiatives de terrain (associations de patients, réseaux, professionnels de santé, clubs sportifs, etc.).

- Chaque ville signataire de contrat local de santé devra s'engager à mettre en place au moins trois actions de communication autour de la prévention et de la promotion de la santé. L'ARS Grand Est et l'Assurance maladie déclineront de manière coordonnée tous les ans dans tous les départements de la région les campagnes de prévention du diabète et le Mois Sans Tabac.

2/ PROMOUVOIR LES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL FAVORABLES À LA SANTÉ ET À LA MAÎTRISE DES RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

/// CONSTATS ET ENJEUX

Au-delà des comportements individuels, la promotion de la santé suppose de maîtriser les risques associés aux divers environnements dans lesquels les personnes évoluent. Au sens large, il s'agit de promouvoir la qualité sanitaire de notre environnement direct (eau, air, sols, bruit, objets du quotidien, salubrité, nuisibles, risques émergents, etc.), en agissant sur les sources de pollution et en limitant les expositions nuisibles mais aussi d'améliorer nos conditions de vie et de travail, afin d'assurer une qualité de vie favorable à un bon état de santé.

Le travail exercé dans de bonnes conditions contribue au maintien de l'état de santé. Cependant, en région Grand Est, le nombre de maladies professionnelles reconnues a augmenté de près de 30% depuis 2004. 6 308 maladies professionnelles ont été indemnisées en 2015. Les troubles musculo squelettiques (TMS) représentant la première cause de maladies professionnelles (80%) en région Grand Est, puis viennent les affections causées par l'amiante et les facteurs de stress.

Par ailleurs, la région Grand Est se trouve particulièrement confrontée à la survenue de pathologies responsables de la majorité des décès prématurés : cancers, maladies cardio-neuro-vasculaires, diabète. Ce constat doit nous interroger sur la maitrise de certains déterminants individuels et collectifs, notamment environnementaux.

- Notre région hérite d'un riche passé industriel qui forge son identité. Cependant, ce passé laisse de nombreuses zones marquées par ces activités, qu'il convient aujourd'hui d'appréhender en se basant sur des évaluations de risques.
- Les activités actuelles, qu'elles soient industrielles, agricoles ou tertiaires, de même que les transports ont un impact sur les milieux environnementaux et notamment l'eau et l'air ;
- La qualité de l'habitat, des bâtiments et des espaces urbains, constituent des déterminants de santé qui ne peuvent être ignorés dans le cadre des politiques publiques mises en œuvre en matière d'aménagement par exemple, de développement des mobilités actives, de prévention des nuisances sonores, des expositions à l'amiante ou aux polluants de l'air intérieur ou de lutte contre le mal logement ;
- Des actions face à l'exposition à des substances dites émergentes aux effets encore mal connus, tels que les perturbateurs endocriniens ou les pesticides doivent être organisées ;
- Les modifications climatiques établissent des conditions favorables à l'implantation d'espèces invasives (ambroisie) et à l'émergence de vecteurs (moustiques tigres) qui épargnaient jusqu'alors notre région ;
- Les quelques zones montagneuses et pour partie les secteurs d'exploitations des mines présentent un potentiel d'émanation de radon moyen à élevé du fait de la composition naturelle des sous-sols et donc des expositions de certains des habitants du Grand Est à des rayonnements ionisants d'origine naturelle ;
- Enfin il convient d'apporter une attention prioritaire aux publics les plus vulnérables face aux risques environnementaux, notamment les plus jeunes et les personnes en situation de précarité, dans l'objectif de réduire les inégalités territoriales de santé.

Outre ses activités régaliennes, l'ARS est engagée, au travers de l'élaboration et de la mise en œuvre du 3e plan régional santé environnement (PRSE3) construit en concertation avec l'ensemble de la communauté santé environnement du Grand Est, dans des actions partenariales et territorialisées visant à répondre de manière opérationnelle aux enjeux identifiés dans les diagnostics territoriaux.

De même, l'ARS participe au déploiement du plan régional santé travail (PRST) qui a pour ambition :

- de réduire via le renforcement des actions de prévention primaire et le développement de la culture de prévention et de l'amélioration de la qualité de vie au travail, les risques professionnels et le mal être au travail, les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- de prévenir la pénibilité et l'usure prématurée, la dégradation de la santé des travailleurs et des personnes en recherche d'emplois ainsi que toutes leurs conséquences.

L'environnement dans toutes ses composantes doit donc être considéré comme une ressource pour la santé de chacun et un volet incontournable de la politique de prévention.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Maîtriser les risques environnementaux

Les objectifs ci-après reprennent certaines des priorités développées dans le cadre du 3e projet régional de santé environnement[4].

Sous obj. 1.1 Organiser une gestion intégrée du risque lié au radon dans l'habitat et les établissements qui reçoivent du public

Le radon est un gaz radioactif issu de la désintégration de l'uranium et du radium présents naturellement dans le sol et les roches. Les zones les plus concernées dans la région Grand Est sont localisées dans le massif vosgien. D'après les évaluations conduites en France, le radon serait la seconde cause de cancer du poumon, après le tabac et devant l'amiante, responsable de 1 200 à 3 000 décès sur les 25 000 décès constatés chaque année. La difficulté réside dans le fait qu'une grande partie de la population méconnait les effets néfastes du radon et les moyens de lutter contre son accumulation dans les bâtiments.

Informer et sensibiliser sur le risque d'exposition au radon permettra d'intégrer cette problématique à tous les stades de la vie d'un bâtiment, quelle qu'en soit sa destination, depuis sa conception jusqu'à son occupation. Il s'agit ainsi de :

- Compléter l'approche nationale en organisant des campagnes de mesures dans l'habitat, prioritairement dans les zones à risque identifiées ;
- Faire en sorte que le radon soit pris en compte dans la planification en matière d'urbanisme et dans les cahiers des charges pour la conception ou modification de bâtiments ;
- Recenser à l'échelle du territoire les bâtiments ayant fait l'objet de travaux suite à des mesures de radon importantes (fiche de recueil d'information : mesures radon, travaux, efficacité, quel intervenant…) ;
- Identifier et recenser les solutions techniques mises en œuvre et les acteurs impliqués ;
- Élaborer un guide pratique à destination des gestionnaires d'établissements recevant du public (voire au-delà) avec des éléments de langage, communication, solutions techniques possibles, intervenants potentiels, références (cas concrets déjà mis en œuvre), éléments réglementaires et cycle de gestion du radon.

[4] Le PRSE n°3 peut être consulté dans son intégralité sur le site internet dédié : www.grand-est.prse.fr

Sous obj. 1.2 Faire connaître au grand public et aux professionnels concernés les risques liés à l'amiante et les moyens de s'en protéger

L'amiante est un minéral à texture fibreuse qui fut très largement utilisé depuis le XIX^{e} siècle dans l'industrie. Interdit en 1997, ce matériau reste encore très présent dans les bâtiments existants. Il persiste donc un risque d'exposition, notamment lors de travaux sur les matériaux contenant de l'amiante (MCA). La réglementation est complexe et mal connue des particuliers et artisans.

L'amiante est à l'origine de maladies bénignes mais aussi malignes particulièrement redoutables (asbestose, cancer du poumon-du larynx-des ovaires, mésothéliome). Plus de 35 000 personnes sont mortes en France d'une maladie de l'amiante entre 1965 et 1995 et entre 50 000 et 100 000 décès sont encore attendus d'ici 2025.

Les actions retenues sont :

- Sensibiliser les occupants aux dangers de l'amiante, par le biais d'outils innovants, et les conseiller pour traiter l'amiante en toute sécurité, ou leur faciliter l'orientation vers un réseau de professionnels compétents ;
- Créer un dispositif d'accompagnement des donneurs d'ordre publics et bailleurs afin de permettre la mise en œuvre de leurs obligations envers les occupants et le voisinage, dans le cadre de travaux d'opérations sur des matériaux contenant de l'amiante en sites occupés ;
- Initier un cahier des charges par la DIRECCTE, la DREAL, l'ARS et les maitres d'ouvrage sur la base d'une méthodologie partagée pour chantiers de désamiantage en milieu occupé lors des opérations de maintenance d'envergure ;
- Sensibiliser aux enjeux que représente l'amiante pour la santé auprès des professionnels, des occupants et le voisinage ;
- Construire et diffuser des outils d'information.

Sous obj. 1.3 Sensibiliser les collectivités et les accompagner dans la mise en place des plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux

L'exploitation d'un système d'alimentation en eau potable impose une gestion performante qui doit notamment permettre de détecter suffisamment tôt les contaminations pour en limiter les éventuelles conséquences sur la santé publique. Le contrôle régulier de la qualité de l'eau, prévu par le code de la santé, s'il est indispensable pour la protection de la santé de la population, n'est pas toujours suffisant pour garantir cette détection précoce, en particulier compte tenu des fréquences d'analyse appliquées, et notamment pour les petites unités de distribution d'eau potable. Cet objectif fait écho à l'action n°55 du plan national santé environnement n°3 (PNSE3) relative à la promotion des plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux (PGSSE).

- Réaliser un état des lieux et retours d'expériences sur les plans sécurité sanitaire des eaux mis en place par les plus gros distributeurs d'eau dans notre région et dans d'autres régions à enjeux comparables ;
- Élaborer un cahier des charges à destination des distributeurs d'eau et réaliser un PGSSE différencié selon la taille des collectivités ;
- Sensibiliser les moyennes et grosses collectivités et les accompagner dans l'élaboration d'un PGSSE ;
- Évaluer et délivrer un label PRSE n°3 aux distributeurs d'eau et aux collectivités ayant engagé un plan de gestion et de sécurité sanitaire des eaux.

Sous obj. 1.4 Réduire les risques liés au développement des espèces végétales susceptibles de nuire à la santé et renforcer la prévention des maladies vectorielles

De nombreuses espèces animales et végétales invasives, nuisibles à la biodiversité, sont source de pathologies parfois invalidantes et dont le coût pour la société peut être important. À titre d'exemples, l'ambroisie, plante au potentiel allergisant élevé, le moustique tigre à l'origine du Chikungunya, présent sur le territoire alsacien, ou encore la tique vectrice de la borréliose de Lyme. Le réchauffement climatique attendu pourrait permettre l'expansion rapide de ces espèces. La région Grand Est présente un taux estimé d'incidence de borréliose de Lyme nettement supérieur au taux national (128 cas pour 100 000 en moyenne chaque année pour l'Alsace, 89 en Champagne Ardenne et 50 en Lorraine versus 46 en France métropolitaine pour la période 2009-2015).

Pour limiter l'impact de ces espèces sur notre santé, il est nécessaire de prévenir leur développement en mettant en place des réseaux de surveillance et des plans de lutte adaptés et respectueux de l'environnement, en sensibilisant et formant les acteurs locaux, et en informant mieux le grand public. Cet objectif fait écho aux actions n° 10, 11 et 12 du PNSE3 relatives à l'amélioration de la gestion des risques sanitaires impliquant la faune et la flore sauvages, et à l'incitation des collectivités à réduire la présence et le développement de végétaux émetteurs de pollens allergisants.

Les actions envisagées sont :

- Identifier les acteurs du territoire actifs sur le sujet des espèces invasives susceptibles de nuire à la santé humaine (actions de terrain, de connaissance et d'inventaire, ou de sensibilisation) et dresser un tableau des actions pour en évaluer l'efficacité et promouvoir les bonnes pratiques ;
- Surveiller l'expansion géographique de l'ambroisie en mettant en place un réseau d'observateurs formés ;
- Centraliser et valider les données existantes (base de données et système d'information géographiques) ;
- Mener des actions de sensibilisation et formation à destination des « référents communaux ambroisie » qui devront devenir les « sentinelles nature santé » ;
- Accompagner les collectivités dans leurs pouvoirs de police pour permettre la lutte en terrains privés, et former les acteurs aux moyens de lutte ;
- Communiquer et sensibiliser le grand public et les professionnels de santé aux risques sanitaires liés aux vecteurs, aux espèces invasives susceptibles de nuire à la santé humaine, et aux moyens de se protéger (notamment contre les piqûres de tiques).

Sous obj. 1.5 Réduire les risques auditifs chez les jeunes liés à l'écoute de la musique amplifiée

En France, environ 10% des jeunes de moins de 25 ans présentent une perte auditive. Les expositions sonores représentent une des causes majeures de déficit auditif chez ce public. La quasi-totalité des jeunes de 15 à 30 ans ne sait pas que l'exposition intensive à de la musique à fort volume sonore peut porter atteinte à l'audition. La majorité déclare avoir déjà souffert de troubles auditifs temporaires et 57% des personnes interrogées ont déjà ressenti des troubles ou des effets sur leur audition à la sortie d'un concert ou d'une discothèque. Pour autant, peu de comportements préventifs sont mis en œuvre. Les actions de prévention à mener sont les suivantes :

- Harmoniser les actions déjà menées dans chaque territoire et favoriser le partage d'informations entre tous les partenaires ;
- Proposer des spectacles pédagogiques, destinés aux enfants et adolescents avec des professionnels du spectacle ;
- Créer et diffuser des outils pédagogiques, rédiger un livret spécifique autour des actions à mener en direction des 6-12 ans (outils appropriés, pistes de travail) pour les équipes pédagogiques ;
- Organiser des « temps forts » avec conférences thématiques, expositions, animations, spectacles pédagogiques (un temps fort par département tous les 2-3 ans) ;

- Créer une plaquette à destination des jeunes parents, des jeunes musiciens, organisation de réunions d'information... ;
- Établir des actions de prévention dans les lieux festifs.

Lien avec le parcours « Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents » (page 57)

Sous obj. 1.6 Mettre en place un programme de sensibilisation sur les perturbateurs endocriniens notamment en direction des futurs parents et notamment des femmes enceintes

Dans le Grand Est, si des actions d'information et de sensibilisation sont d'ores et déjà proposées au grand public, elles ne sont pas déployées sur l'ensemble du territoire et pas toujours coordonnées entre elles.

Il convient de mettre en place une démarche de prévention visant à informer le public et à limiter l'exposition particulièrement celle des femmes enceintes ou en âge de procréer et des futurs parents, via les actions suivantes :

- Recenser les informations et outils disponibles et validés concernant les perturbateurs endocriniens et favoriser leur diffusion auprès du grand public ;
- Proposer des formations et des ateliers d'éducation à la santé pratiques et pédagogiques à destination des futurs parents sur les thèmes de la santé environnement (perturbateurs endocriniens, cosmétiques, habitat, alimentation, air intérieur).

Lien avec le parcours « Améliorer le parcours de santé en périnatalité » (page 164)

Sous obj. 1.7 Renforcer l'intervention de conseillers en environnement intérieur

Les conseillers en environnement intérieur (CEI), intervenant à la demande des médecins ou dans le cadre des dispositifs de lutte contre l'habitat indigne, jouent un rôle essentiel auprès des populations souffrant d'affections respiratoires et/ou allergiques. Cependant leur rôle est mal connu et leur répartition est très inégale dans la région Grand Est.

Les études cliniques valident l'intérêt des interventions de CEI chez des personnes souffrant de pathologies respiratoires et/ou allergiques. Le développement de l'activité des CEI est en lien avec l'action du plan national de la qualité de l'air intérieur (PNQAI) qui comporte un axe « développer le réseau des CEI ». Les actions nécessaires sont :

- Structurer un réseau régional des CEI pérenne en créant des postes de CEI avec une répartition territoriale équilibrée ;
- Promouvoir les actions conduites par ces CEI auprès des professionnels de santé, des acteurs des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne ;
- favoriser la prescription d'interventions des CEI.

Objectif 2 Améliorer la santé au travail

Le plan régional de santé au travail (PRST) 2016-2020 a défini de nombreuses actions, soulignant en particulier la nécessité de prévenir davantage les accidents du travail, les expositions aux risques professionnels, les maladies professionnelles dont les troubles musculo-squelettiques et les risques psycho-sociaux. Le PRST est structuré autour de trois axes :

- Deux axes stratégiques principaux :
  - Donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention ;
  - Améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien dans l'emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise.
- Un axe « support » transversal : renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention, en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des petites et moyennes entreprises.

Chacun de ces axes est composé d'objectifs opérationnels, eux-mêmes constitués d'actions, en cohérence avec le programme national de santé au travail. Sont évoquées ici les actions prioritaires en matière de prévention pour lesquelles l'ARS a décidé de s'engager avec ses partenaires.

Sous obj. 2.1 Prévenir les troubles musculo-squelettiques

L'objectif est d'évaluer et de diffuser les démarches et les outils développés en matière de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS). Les actions retenues, pilotées par la CARSAT, sont :

- Accompagner les entreprises, directions et représentants des personnels, dans les démarches de prévention des TMS sur la base d'une méthodologie et d'outils progressifs et spécifiques proposés ;
- Développer l'autonomie d'actions dans ce domaine des entreprises par le développement d'une compétence mobilisée et mobilisable sur la durée ;
- Assurer la capacité des entreprises à pérenniser la démarche au moyen d'outils d'évaluation des actions avant et après, au moyen d'outils d'évaluation de l'intégration de la démarche dans la culture de l'entreprise ;
- Faciliter le suivi et la traçabilité de la démarche en mettant à disposition des entreprises des outils appropriés.

Sous obj. 2.2 Développer la culture de prévention des risques professionnels pour les acteurs des secteurs de la santé et des services à la personne

Au regard du vieillissement de la population et du développement du maintien à domicile, les services à la personne se développent, aussi la culture de prévention des risques professionnels doit y être développée.

Or, les conditions de travail avec les contraintes physiques et psychologiques associés à ces activités ont été identifiées comme facteurs de risque professionnels et sources d'accidents du travail et d'atteintes à la santé des travailleurs. Ces contraintes sont en rapport avec le rythme du travail, le manque de qualification ou la pression émotionnelle et psychologique induite par toute relation d'aide aux personnes fragilisées. Aussi, la mise en œuvre de la prévention primaire face à des expositions à de multiples risques qui perturbent le bon fonctionnement des services au quotidien, est un enjeu majeur pour les acteurs du secteur des services à la personne.

Pilotés par la DIRECCTE Grand Est, les actions visent à :

- Informer et sensibiliser les acteurs de l'entreprise à tous les niveaux ;
- renforcer et accompagner l'évaluation des risques professionnels ;
- Améliorer la formation en santé sécurité au travail des délégués du personnel dans les PME.

Sous obj. 2.3 Évaluer et pérenniser les démarches de prévention des risques psycho-sociaux

La problématique des risques psycho-sociaux (RPS) est très présente dans les entreprises quel que soit le secteur d'activité avec des conséquences importantes pour la santé des salariés, comme en témoigne l'augmentation des déclarations et des reconnaissances de maladies professionnelles. Il est également constaté une insuffisance d'actions partenariales entre les acteurs de prévention, ne facilitant pas l'intégration d'une réelle démarche de prévention au sein des entreprises et communautés de travail. Depuis plus de dix ans, une méthodologie de démarche de prévention des RPS a été proposée par l'INRS aux entreprises et utilisée par de nombreux intervenants institutionnels (CARSAT, association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT)) ou par des consultants. Par ailleurs, des outils communs d'information ont été réalisés et diffusés dans le cadre du PRST n°2 d'Alsace. Pilotés par la DIRECCTE et la CARSAT, les actions visent à :

- Améliorer l'efficience des démarches de prévention des RPS, via notamment un état des lieux sur les partenariats et outils existants, les besoins de prévention des RPS des différents acteurs, les freins et les leviers à la prévention des RPS ;
- Améliorer le partenariat interinstitutionnel pour la prévention des RPS dans le cadre notamment de la constitution et l'animation d'un groupe régional d'acteurs spécialisés ;
- Renforcer les actions de prévention au sein des entreprises de la région.

Sous obj. 2.4 Lutter contre les addictions sur le lieu de travail

En France, la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues concernerait plus de vingt millions d'actifs et trois milieux professionnels sont concernés par des niveaux élevés de consommation : le bâtiment et les travaux publics, le secteur des arts, des spectacles et des services récréatifs, ainsi que le secteur de l'hébergement et de la restauration.

La problématique des conduites addictives reste encore très peu abordée dans les entreprises sauf sous l'angle individuel renvoyant tant à des fragilités de la personne concernée qu'aux difficultés que son comportement induit dans le travail, dont les risques d'accident. Outre ces conséquences sanitaires, la consommation de substances psychoactives licites (tabac, alcool, médicaments) ou illicites peut avoir un impact sur la vie professionnelle en diminuant la productivité et en favorisant l'absentéisme. Elle peut aussi menacer la sécurité des usagers, notamment lorsque les agents occupent des postes de sûreté et de sécurité, ce qui engage la responsabilité de l'entreprise en cas d'accident. Les actions retenues, sous le pilotage de la DIRECCTE, sont :

- Recenser les expériences de prévention collectives sur les conduites addictives par les différents acteurs de la région Grand Est ;
- Constituer un réseau de formateurs (Médecins du travail – Infirmiers en Santé au Travail) préalablement formés sur le thème "prévention addictologie en milieu professionnel") ;
- Renforcer la formation les médecins du travail et les infirmiers en santé au travail sur ce thème en vue de démultiplier l'information et les outils dans les entreprises ;
- Former et informer les partenaires sociaux des entreprises ainsi que les salariés ;
- Repérer les principaux facteurs de RPS pouvant influer sur l'émergence de conduites addictives et rechercher des solutions préventives ;
- Engager des actions de prévention pour les personnes en recherche d'emploi ;
- Soutenir par des actions pluri-professionnelles les acteurs de prévention au sein des entreprises et lieux de travail (étudiants en santé dans le cadre du service de santé en cours de préparation).

En lien avec le parcours « Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction » (page 111)

3/ MOBILISER LES OUTILS DE PRÉVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

/// CONSTATS ET ENJEUX

Les services de santé jouent un rôle majeur dans la prévention de la survenue et de l'aggravation des maladies. Les professionnels de santé ont une responsabilité forte en la matière, en assurant la couverture vaccinale de la population, en permettant le dépistage et la prise en charge précoces des pathologies, et en diffusant des recommandations en matière de promotion de la santé, notamment auprès des personnes vulnérables. À contrario, les services de santé peuvent être à l'origine de risques pour la santé. Il est donc indispensable d'y intégrer une démarche préventive globale, source à la fois de gains pour la santé et d'efficience, en l'intégrant systématiquement dans les pratiques professionnelles.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Renforcer la protection vaccinale de la population

La vaccination permet à chacun d'une part de se protéger individuellement de maladies infectieuses et transmissibles qui peuvent avoir de graves conséquences, et d'autre part de protéger son entourage, notamment les personnes les plus fragiles telles que les nourrissons, les femmes enceintes, les personnes malades ou immunodéprimées et les personnes âgées. Elle renforce l'immunité de groupe et, à ce titre, constitue un véritable geste citoyen de solidarité.

Aujourd'hui, l'organisation mondiale de la santé se fixe pour objectif que 95% de la population soit vaccinée pour tous les vaccins recommandés ou obligatoires. En France, ce taux est atteint pour les trois maladies contre lesquelles la vaccination était historiquement obligatoire (diphtérie, tétanos et poliomyélite). Pour d'autres vaccins (hépatite B, méningocoque C, rougeole-oreillons-rubéole), les couvertures vaccinales sont très insuffisantes et peuvent être à l'origine d'épidémies et de décès ou handicaps évitables.

Depuis le 1er janvier 2018, la France a pris la décision d'étendre l'obligation vaccinale pour les enfants de moins de deux ans, de trois à onze vaccins, soit les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP), la coqueluche, le virus de l'hépatite B, la bactérie Haemophilus influenzae, le pneumocoque, le méningocoque C et les virus de la rougeole, des oreillons et de la rubéole (ROR).

En région Grand Est, les données de couverture vaccinale sont variables selon les vaccinations considérées. Ainsi, à l'âge de 24 mois (données 2015) pour les vaccins alors obligatoires, tous les départements de la région se situent au-dessus de l'objectif de 95%, même si certains restent en dessous de la moyenne régionale.

Pour le pneumocoque, si les résultats sont globalement assez bons, seul le département des Ardennes dépasse l'objectif de couverture vaccinale de 95%. Mis à part le Haut-Rhin, les autres départements restent cependant au-dessus de 90%.

Concernant les vaccins contre l'hépatite B, si des progrès ont été faits, la marge de progression est encore nette, avec notamment quatre départements qui restent sous le seuil de 90% de couverture vaccinale et les départements du Haut-Rhin et des Vosges qui se situent en dessous de la moyenne nationale, à respectivement 86,6% et 87,8%.

Enfin, à l'âge de deux ans, la marge de progression est également importante sur la vaccination contre la rougeole, puisque les données 2015 montrent des taux inférieurs à 85%, avec quatre départements qui sont sous la moyenne nationale déjà basse de 78,8% (Vosges, Moselle, Haute-Marne et Aube).

Ces données sont à mettre en lien avec les conséquences directes du recul de la couverture vaccinale que nous avons pu mesurer en région Grand Est via les épidémies de rougeole auxquelles nous avons dû faire face : en 2015 en Alsace, ce sont 230 cas qui ont été déclarés entre mi-mars et mi-juillet et début 2017 une épidémie en Moselle a conduit à plus de 40 cas et 2 hospitalisations.

Concernant la vaccination contre le méningocoque C, c'est sur les populations plus âgées que l'effort reste à faire. En effet, si le taux de couverture des nourrissons reste insuffisant en Grand Est (71,5%) comme pour le reste de la France, ce taux diminue dramatiquement avec l'avancée en âge : 35,3% chez les 10-14 ans et 27% chez les 15-19 ans. Face à ce constat d'échec de couverture populationnelle pour protéger les plus petits, le calendrier vaccinal a dû changer et ajouter une injection aux enfants de moins de 1 an afin de les protéger.

Concernant la vaccination contre le papillomavirus humain, si la région Grand Est peut se féliciter d'être la troisième région au niveau national avec un taux de vaccination le plus élevé que ce soit à 15 ans (couverture 1 dose) ou 16 ans (couverture 3 doses) *(données 2016)*, les taux de vaccination restent très bas avec moins d'une jeune fille sur trois vaccinée.

Enfin, la mortalité due à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés ou fragiles. Elle est évaluée à environ 4 000 décès par an en France. Il convient d'assurer une vaccination suffisante des personnes les plus à risque pour les protéger. La transmission peut être réduite en assurant une couverture vaccinale des personnels de santé.

Face aux conséquences directes de ces reculs de couverture vaccinale, l'ARS déploiera de façon concertée et résolue une politique visant au renforcement de la prévention. Le plan vaccination national vise à atteindre la valeur cible de 95% de taux de la population cible vaccinée.

À partir du 1er janvier 2018, les obligations vaccinales pour les jeunes enfants de moins de deux ans, passent donc de trois (diphtérie, tétanos, poliomyélite) à onze vaccinations, avec l'ajout des vaccins contre la coqueluche, le ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole), l'Haemophilus influenzae de type B, l'hépatite B, le pneumocoque et le méningocoque C.

En France et en Grand Est, une très grande partie des enfants est déjà vaccinée car les 11 vaccins figurent depuis longtemps au calendrier vaccinal. Il ne s'agit donc pas de nouveaux vaccins. Il importe pour une protection efficace des enfants et de la population générale d'atteindre des taux de couverture de 95%.

- Informer les acteurs de la vaccination des taux de couverture vaccinale avec des données territorialisées afin de les sensibiliser à leur rôle dans la vaccination et d'en promouvoir l'importance ;
- Relayer et accompagner en région la réforme de la politique vaccinale, via la mise en place d'un Comité de pilotage régional vaccination et d'un relai lors des éditions de la Semaine européenne de la vaccination ;
- Expérimenter et promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal pour améliorer la couverture vaccinale : expérimentation du rattrapage en milieu scolaire et évaluation de l'extension possible de l'expérimentation, expérimentation de rattrapage vaccinal en centre d'examens de santé et dans les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPS) ;
- Améliorer l'accès de la population à la connaissance de son statut vaccinal en favorisant le déploiement du carnet de vaccination électronique : expérimentation de déploiement en collaboration avec le SUMPS et l'Université de Lorraine.

En lien avec le parcours « Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents » (page 57)

Objectif 2 Développer l'éducation thérapeutique du patient

Sous obj. 2.1 Améliorer l'accès à une offre d'éducation thérapeutique notamment pour les pathologies les plus fréquentes

L'offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est essentiellement développée en milieu hospitalier, 80% des programmes d'ETP étant portés par des établissements de santé. Pourtant, les patients atteints de maladies chroniques sont principalement suivis en ville. Aussi, afin d'améliorer l'offre en ETP, il convient de développer une prise en charge adaptée et de qualité au plus proche du domicile des patients et tenant compte des spécificités territoriales et locales, en se basant notamment sur les équipes de soins primaires, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, et en utilisant les capacités offertes par les outils de la e-santé :

- Augmenter le nombre de programmes d'ETP pour les patients atteints de cancer ;
- Expérimenter de nouveaux formats d'ETP en ambulatoire pour les patients (enfants et adultes) en surpoids ou obèses ;
- Renforcer les actions d'ETP diabète ;
- Renforcer les actions d'ETP pour les maladies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques et insuffisance cardiaque) ;
- Développer une offre de proximité pour les patients atteints de BPCO ;
- Soutenir le développement de programmes d'ETP pour les patients atteints de maladies rares ;
- Développer dans chaque zone d'implantation un programme d'ETP destiné aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT) ;
- Améliorer l'accès des patients atteints de maladies neurodégénératives à l'éducation thérapeutique (pour la sclérose en plaques, maladie de Parkinson).

Sous obj. 2.2 Renforcer le soutien aux acteurs de l'ETP par la création d'une structure régionale d'appui aux professionnels

Afin de renforcer les connaissances et les compétences des professionnels en ETP, une structure régionale d'appui en ETP au service des professionnels sera créée dès 2018.

Elle a pour missions d'offrir un appui méthodologique aux professionnels de santé en les aidant à développer, mettre en œuvre et/ou évaluer les programmes, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des pratiques. Elle fournit des outils et des référentiels validés et évalués, assure si besoin un soutien méthodologique d'une équipe pour élaborer ou évaluer un programme d'ETP. Elle pourra organiser des échanges de pratiques entre porteurs de programmes dédiés à une même pathologie, et proposer des formations à l'ETP.

Par ailleurs, l'approche par l'éducation thérapeutique est déclinée au sein des parcours de prises en charge abordés dans ce schéma régional de santé.

Objectif 3 Renforcer la promotion de la santé bucco-dentaire

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé bucco-dentaire est un excellent indicateur de la qualité de la vie et de l'état de santé. Au-delà de pouvoir s'alimenter correctement mais également de pouvoir sourire, parler, communiquer et donc accéder à un bien-être social, la santé bucco-dentaire est également déterminante pour la santé globale de l'individu. D'une pathologie dentaire, peuvent se développer ou se compliquer des pathologies générales infectieuses, cardiovasculaires, métaboliques, des troubles articulaires (polyarthrite), digestifs, respiratoires, etc. Ainsi elle doit donc

être considérée le plus en amont possible afin de préserver ce capital et limiter d'éventuelles complications de pathologies préexistantes.

Les actions en matière de prévention pour lesquels l'ARS a décidé de s'engager, s'appuie sur une approche transversale de promotion à la santé bucco-dentaire en direction de la population et notamment des enfants et des parents et sur le maillage territorial, de l'offre et de l'accessibilité des soins par la création, l'identification et le fléchage de parcours de soins dentaires spécifiques (patients porteurs de handicap, personnes âgées dépendantes, personnes précaires et petite enfance).

Sous obj. 3.1 Élaborer un programme de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire autour de la petite enfance

La région Grand Est fait partie des régions présentant les plus forts taux d'enfants de 5-6 ans porteurs de caries dentaires. Alors que la première consultation chez le dentiste est aujourd'hui préconisée à un an, il est paradoxal de constater qu'en 2006 en Moselle, 37,5% des enfants scolarisés de 4 ans étaient porteurs d'au moins une carie et 11% étaient polycariés[5]. Si le besoin de soins est prégnant, son recours reste pour autant très marginal chez le jeune enfant. Ces données illustrent donc la nécessité de prévenir la maladie carieuse par la transmission des règles hygiéno-diététiques qui sont aujourd'hui encore délaissées.

Dans ce contexte, les actions retenues sont :

- Déterminer les zones d'action prioritaires pour la maladie carieuse dans la petite enfance ;
- Mettre en place des actions de prévention bucco-dentaire dans les écoles maternelles, en priorité dans les zones à risque ;
- Collaborer avec les facultés d'odontologie de la région Grand Est vers une coordination du service sanitaire des étudiants afin d'effectuer ces actions de prévention ;
- Mettre en place des formations des professionnels relais, du secteur sanitaire et médico-social, à l'hygiène bucco-dentaire dans la petite enfance ;
- Développer la promotion à la santé bucco-dentaire dans la petite enfance via l'accompagnement à la parentalité.

En lien avec « Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents (page 57)

Sous obj. 3.2 Promouvoir la santé bucco-dentaire, auprès des aidants professionnels et non-professionnels, du secteur sanitaire et médico-social, pour les personnes en situation de handicap

Malgré les avancées de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances aux personnes handicapées, le rapport Morano de 2010 rappelle « l'état dentaire catastrophique des personnes handicapées », corroboré par les dernières études effectuées en Lorraine évoquant jusqu'à 83% de gingivites chez les patients en institution[6]. Ces pathologies buccales, à l'origine de douleurs, poussent un peu plus les personnes en situation de handicap, parfois dans l'incapacité de communiquer ou d'exprimer leur souffrance, dans le repli sur soi et ainsi dans l'exclusion. Avec pour objectif d'endiguer ce phénomène, les actions à retenir sont de :

- Mettre en place des formations pour les professionnels relais, du secteur sanitaire et médico-social, à l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap ;
- Créer un parcours spécifique, pour les personnes en situation de handicap, inscrit dans les plateformes territoriales d'appui, comprenant une gradation des prises en charge (réseaux

[5] D. Droz, R. Guéguen, P. Bruncher, J.L. Gerhard, E. Roland, 2006. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. Archives de Pédiatrie ; 13 : 1222-1229
[6] T. Schong, C. Strazielle, 2013. Programme de santé bucco-dentaire dans une population d'adultes polyhandicapés de la région (Vic-sur-Seille, Moselle) : résultats, points forts, limites. Thèse d'exercice

d'omnipraticiens, de praticiens spécialisés, de cabinets mobiles, de télé-dentisterie et de structures hospitalières) en fonction de la complexité des gestes opératoires à effectuer.

En lien avec le parcours « Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive » (page 126)

Sous obj. 3.3 Promouvoir la santé bucco-dentaire, auprès des aidants professionnels et non-professionnels, du secteur sanitaire et médico-social, des personnes âgées dépendantes

Chez les personnes âgées dépendantes, on estimait qu'en 2013 sur 4 établissements gériatriques de Nancy, jusqu'à 67% de patients nécessitaient des soins ou des extractions dentaires[7]. Fort de ce constat et sachant que le délabrement bucco-dentaire peut mener cette population à la dénutrition et de lourdes complications générales, les objectifs visés sont les suivants :

- La mise en place de formation des professionnels relais, du secteur sanitaire et médico-social, à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ;
- La création d'un parcours spécifique, pour les personnes âgées dépendantes, inscrit dans les Plateformes Territoriales d'Appui, comprenant une stratification des prises en charges (réseaux d'omnipraticiens, de praticiens spécialisés, de cabinets mobiles, de télé-dentisterie et de structures hospitalières) en fonction de la complexité des gestes opératoires à effectuer.

En lien avec l'objectif « Préserver l'autonomie des personnes âgées » (page 121)

Sous obj. 3.4 Promouvoir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de précarité

Le renoncement aux soins étant très élevé dans le secteur dentaire (il concerne en effet pour raisons financières 18% des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans et 41,4% pour des non-bénéficiaires d'une complémentaire santé[8]), il est important de prévenir l'installation d'une marginalisation d'une partie de la population et de promouvoir la préservation de son capital santé. La population carcérale, éprouvant bien souvent des conditions de vie précaires, nécessite également un renfort tout particulier de l'accès à la prévention et aux soins.

Dans cette démarche, les actions menées seront de :

- Mettre en place de formation des professionnels relais, du secteur sanitaire et médico-social, à l'hygiène bucco-dentaire des personnes précaires ;
- Développer et diffuser un outil traduisant en langues étrangères, pratiquées dans les différents territoires de proximité de la région, un questionnaire médical, un guide d'aide au diagnostic et les principaux conseils hygiéno-diététiques ;
- Mettre en place un guide d'accès aux droits à une assurance santé et aux soins dentaires dans les lieux de soins de proximité permanence d'accès aux soins (PASS) ;
- Développer l'accès aux soins dentaires en milieu carcéral ;
- Développer l'accès aux soins dentaires aux personnes présentant des troubles de la santé mentale ou psychiatriques.

En lien avec l'objectif « Réaliser un dépistage buccodentaire systématique pour toute personne détenue entrant en détention » (page 146)

[7] P. Baudot, 2013. Psychogériatrie et sphère oro-faciale. Mémoire de psychogériatrie

[8] DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2012. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud120.pdf

Sous obj. 3.5 Améliorer le maillage territorial de l'offre de soins bucco-dentaire

La répartition des professionnels montrent aujourd'hui une couverture très hétérogène du territoire Grand Est avec plusieurs zones sous dotées identifiables : le Nord des Ardennes, le Nord-Est de la Meuse, le Sud-Ouest des Vosges et le Nord-Est de l'Aube.

Afin de garantir l'accès à la prévention, à l'enseignement professionnel des règles hygiéno-diététiques et aux soins à l'ensemble de la population du territoire, plusieurs actions ont été considérées comme prioritaires afin de réduire ses disparités :

- La révision de la répartition des étudiants à l'issue de la PACES entre les facultés d'odontologie de la région Grand Est ;
- La révision des stages hospitaliers de fin de cursus (6^{e} année) en fonction des PACES dont sont originaires les étudiants ;
- La mise en place de séances d'information des étudiants en fin de cursus portant sur les aides à l'installation en zones très sous dotées en professionnels, les aides locales existantes en zones sous dotées et très sous dotées. Ces séances seront conjuguées à une mise en lien avec les professionnels de plus de 60 ans en zones très sous dotées cherchant un collaborateur ou un associé. L'information portera également sur les structures (pluridisciplinaires, d'exercice de groupe, etc.) présentant des postes de dentistes vacants dans ces zones ;
- La mise en place d'un accompagnement des signataires du Contrat d'Engagement au Service Public (CESP).

2. AXE STRATÉGIQUE N°2 : RENFORCER ET STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

/// CONSTATS ET ENJEUX

La structuration des soins de proximité, souvent le premier maillon du parcours de santé doit permettre de garantir l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire de la région. Elle est une des conditions de réussite du virage ambulatoire des structures hospitalières par l'organisation de l'amont et de l'aval de ces prises en charge hospitalières. Or, les inégalités territoriales dans l'accès aux soins restent aujourd'hui marquées pour la médecine générale et davantage encore pour la médecine de spécialité et pour les professions paramédicales. Dans le même temps, cette offre de premier recours se trouve fragilisée en raison des évolutions de la démographie médicale. En effet, de nombreux départs à la retraite (estimés à 30%) et une forte diminution du nombre de médecins généralistes sont attendus jusqu'en 2025.

La tension sur la démographie des professionnels de santé va, dès lors, fortement s'accentuer. Déjà à l'œuvre dans certains territoires depuis plusieurs années notamment en Champagne-Ardenne, la diminution la plus significative se situe dans l'ante-région d'Alsace.

La mobilisation des dispositifs d'aides à l'installation a permis de contenir quelque peu le phénomène d'érosion du nombre de médecins. À ce jour, tous les étudiants en médecine de la région Grand Est et des trois subdivisions bénéficient d'un stage en médecine générale.

En région Grand Est, 190 contrats d'engagement de service public (CESP) et près de 100 contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) ont été signés depuis 2010.

Le portail d'appui aux professionnels de santé (PAPS) a été déployé au niveau de la région.

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), dont l'attractivité est réelle pour les jeunes médecins, ont été soutenues par les pouvoirs publics et l'Assurance maladie, tant en investissement que sur le fonctionnement des structures. Il existe près de 90 MSP dans la région et une quarantaine sont en projet. Dans le département de la Meuse, la dégradation de la démographie des professions de santé a été limitée grâce au développement de ces MSP.

D'autres dispositifs permettant de soutenir l'exercice médical de proximité ont pu être développés.

Ainsi, la mise en place des plateformes territoriales d'appui (PTA) prévues dans la loi de modernisation du système de santé 2016 a été anticipée.

Dès 2015, une plateforme a été expérimentée sur le territoire des Ardennes (Vouziers) à l'initiative du réseau ADDICA-CAREDIAB sur le modèle de l'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA) en Franche-Comté.

À ce jour, d'autres projets portés par des réseaux de santé sont engagés, pour l'ensemble des Ardennes, dans la Marne, la Meuse, les Vosges et l'Alsace.

Le soutien à l'innovation se concrétise aussi via le déploiement de protocoles de coopération entre professionnels. En région Grand Est, 23 protocoles sont autorisés, mobilisant 53 équipes de professionnels de santé.

À noter également la participation à des programmes de télémédecine notamment dans le champ de la filière visuelle.

Toutes ces mesures se révèlent aujourd'hui insuffisantes pour répondre aux enjeux de structuration des soins de proximité en région Grand Est. La stratégie nationale de santé souligne la nécessité d'une action déterminée pour garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de qualité.

Considérant également qu'une part importante de l'exercice médical est constituée de tâches administratives et de coordination avec les autres professionnels, la présence de professionnels de santé dans les territoires et la disponibilité de leur temps médical doit être accrue en s'appuyant sur tous les leviers disponibles et mobilisables.

En lien avec « Une offre de santé en proximité à rénover », page

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Aujourd'hui, au travers de la déclinaison régionale du plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins (PATS), il s'agit de trouver de nouvelles réponses au travers des quatre axes suivants :

- Axe 1 -Renforcer la présence médicale sur tous les territoires, en fonction des besoins **[Objectifs 1 à 2]** ;
- Axe 2- Réduire les distances en développant les usages du numérique, de la e-santé et de la télémédecine **[axe stratégique 7]**;
- Axe 3 - Optimiser l'organisation des professionnels de santé pour assurer la pérennité et la continuité de l'accès aux soins **[Objectif 3 à 7]** ;
- Axe 4 - Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale **[Objectif 8]** .

Dans ce contexte, la stratégie de renforcement des soins de proximité déjà engagée par l'ARS a vocation à être enrichie. En Grand Est, terre de contraste, chaque territoire est différent. L'objectif est dès lors de définir un schéma cible départemental regroupant pour chacun de ses territoires de proximité un programme d'actions opérationnel en vue de renforcer l'accès aux soins de premier recours.

Les différents partenaires (Assurance maladie, élus et professionnels de santé) pourront ainsi développer des stratégies convergentes et mettre en œuvre de manière concertée et complémentaire des modalités d'accompagnement adaptées aux spécificités locales.

Cette démarche vise à asseoir une approche territorialisée afin de favoriser des territoires de projets et des réseaux d'acteurs et de mettre en valeur les dynamiques portées par les professionnels, les partenaires, les élus et les usagers dans une responsabilité territoriale renforcée.

Le rôle de l'agence régionale de santé est d'accompagner et d'encourager ces initiatives locales.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

/// AXE 1 - RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES PATIENTS

Objectif 1 Augmenter le nombre d'installations dans les zones identifiées par les schémas cibles territoriaux en accompagnant les jeunes médecins généralistes et spécialistes dans leur parcours d'installation

Afin d'anticiper l'évolution démographique des médecins dans la région et notamment un nombre de départs en retraite conséquent d'ici cinq ans, il est primordial d'assurer une présence médicale et de favoriser l'installation des jeunes professionnels de santé.

Obtenir rapidement un rendez-vous pour accéder à des professionnels généralistes ou spécialistes dans un délai approprié à leurs besoins est une attente qui doit être satisfaite au même niveau de qualité pour l'ensemble de la région. Pour ce faire, les logiques territoriales du recours aux soins de spécialité et de médecine générale serviront à identifier des territoires de santé communs pour lesquels seront déclinés des plans d'action spécifiques et opérationnels de renforcement de l'offre.

Pour ce faire, la mise en relation des étudiants et des professionnels en exercice est déterminante ainsi que l'accompagnement des jeunes professionnels dans leur parcours d'installation. Les outils pouvant être mobilisés sont par exemple :

- L'accompagnement des internes dans l'élaboration de leur projet professionnel afin de favoriser l'installation dans les territoires de la région ;

- La promotion des dispositifs existants auprès des publics ciblés : CESP, PTMG, aides conventionnelles, exonérations fiscales et outils (PAPS, cartosanté, etc.) ;
- L'accompagnement personnalisé mis en œuvre dans le cadre du laboratoire territorial d'aide à l'installation à titre expérimental en Lorraine puis extension, à l'ensemble de la région ;
- Les rendez-vous conjoints pour l'installation des médecins (conseil de l'Ordre des médecins, Assurance maladie, etc.) ;
- L'accroissement du nombre de maîtres de stage, harmonisation des critères / formations pour devenir maître de stage ;
- L'indemnisation des étudiants pour leurs frais kilométriques, dès lors que leur terrain de stage est dans une zone fragile ; logements mis à disposition des étudiants (financement ou rénovation d'internats ruraux par exemple) ;
- L'harmonisation de la formation initiale en proposant un module dédié à la gestion d'un cabinet ;
- Favoriser l'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours notamment dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que les autres professions de santé : kinésithérapeute, infirmier diplômé d'État libéral (IDEL), orthophonistes, sages-femmes, dentistes.

Objectif 2 Promouvoir et accompagner la mise en œuvre des protocoles de coopération dans le champ ambulatoire

Le déploiement des coopérations sur la base de protocoles validés est un levier majeur pour organiser l'accès aux soins dans les territoires. Aussi, l'ARS s'engage résolument dans les actions visant à :

- Promouvoir et accompagner financièrement le déploiement du dispositif Asalée (les quotas accordés actuellement limitent le déploiement (267 ETP d'IDE financés par l'Assurance maladie) et étendre le périmètre d'Asalée à d'autres thématiques de suivi de parcours (insuffisance cardiaque, cancérologie, etc.) ;
- Poursuivre les actions de dépistage de la rétinopathie diabétique, en lien avec l'Assurance maladie sur la base d'un équipement suffisant en rétinographes ;
- Déployer les protocoles notamment dans le champ de la filière visuelle ;
- Déployer des protocoles sur la base des besoins constatés dans les territoires.

En lien avec l'Axe stratégique n°3 : Adapter la politique de ressources humaines en santé (page 43)

/// AXE 2 - METTRE EN ŒUVRE LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE EN SANTÉ POUR ABOLIR LES DISTANCES

La télémédecine permet de consulter à distance, de s'assurer du suivi d'un traitement ou de faciliter le partage d'informations et d'avis entre professionnels de santé. Elle vient ainsi compléter l'offre de consultation en cabinet des médecins. En prolongeant les travaux déjà engagés en région, son développement permettra d'offrir à la population de nouvelles possibilités d'accès aux médecins généralistes et spécialistes.

En lien avec « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 195)

/// AXE 3 - FAVORISER UNE MEILLEURE ORGANISATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ POUR ASSURER UNE PRÉSENCE SOIGNANTE PÉRENNE ET CONTINUE

Objectif 3 Encourager la coordination territoriale en accompagnant le développement des communautés professionnelles territoriales de santé en réponse aux besoins de la population

Le projet ne visera pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur mais aussi à organiser la réponse aux besoins de santé dans un territoire donné. C'est une approche de responsabilité populationnelle et collective au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse coordonnée et complémentaire, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leur patientèle habituels.

Sous obj. 3.1 Chaque équipe de soins primaires et/ou communauté professionnelle territoriale de santé intègre dans son projet de santé un volet prévention et parcours des patients porteurs de maladies chroniques

Dans le cadre de la mise en place des équipe de soins primaires (ESP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), il sera demandé d'intégrer dans le projet de santé un volet prévention et un volet parcours du patient porteur de maladies chroniques qui définira la place et le rôle de chacun des acteurs, avec en priorité le trio médecin / infirmier / pharmacien, sans oublier l'intégration du patient en tant qu'acteur de sa maladie.

Un document type sera établi en partenariat avec les URPS médecins libéraux, IDE, pharmaciens, associations de patients et déclinable pour toutes les futures ESP/CPTS en ciblant le rôle et la coordination des acteurs dans les différentes étapes que sont l'annonce, la formalisation d'un plan personnalisé de soins (PPS), l'inclusion dans un programme d'ETP, l'accompagnement des patients.

Un second document type sera construit et prendra la forme d'une convention partenariale liant les CPTS / ESP avec les centres de référence et de recours des pathologies chroniques afin de fixer les objectifs de chacun en termes d'information, de formation, de réunion de coordination territoriale ou de réunion de coordination pluridisciplinaire.

Objectif 4 Augmenter le nombre de maisons de santé, d'équipes de soins primaires et de centres de santé et développer leur démarche qualité

Le développement et la structuration des soins de proximité et du travail coordonné sont des axes prioritaires de la politique de l'ARS Grand Est. Il convient de constater que la crise de la démographie médicale a été mieux supportée dans les territoires où se trouvaient des maisons de santé pluri-professionnelles (exemple de la Meuse).

L'exercice pluri professionnel en maisons, pôles et centres de santé, comparativement à l'exercice « standard » isolé ou regroupé mono disciplinaire est plus performant notamment pour les sites les plus intégrés, coordonnés et coopératifs *(évaluation IRDES)*. Au-delà du maillage territorial, il importe également de soutenir la structuration progressive des équipes de soins coordonnés et la pérennisation des structures dans le cadre d'une démarche qualité.

Les objectifs sont au minimum :

- Augmenter d'au moins 50% le nombre de maisons de santé dans la région Grand Est ;
- Labelliser au moins 10 à 40 équipes de soins primaires ;
- Développer la démarche qualité dans 10 MSP volontaires et étendre la démarche dans toutes les

MSP.

Objectif 5 Offrir à l'ensemble des médecins généralistes de la région l'accès à un dispositif d'appui aux patients en situations complexes, notamment via les plateformes territoriales d'appui

Dans le cadre de la responsabilité territoriale qui leur est confiée, les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour missions d'apporter une réponse polyvalente aux demandes d'appuis des professionnels de santé de ville, en incluant les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, tout en prenant en compte les transitions domicile - établissement.

Le décret du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, pris pour application de l'article 74 de la loi du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, est un texte souple et innovant s'appuyant sur une logique « bottom-up » (ascendante), l'objectif étant de mettre en avant les initiatives des acteurs du système de santé, tout en incluant l'ARS comme facilitateur et régulateur.

Le déploiement des fonctions d'appui devra s'inscrire dans une dynamique d'intégration territoriale et contribuer à éviter notamment les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces. De même, elles devront également intégrer, conformément au PRAPS, la problématique de la précarité.

Cette coopération entre professionnels induira également des pratiques s'appuyant sur des systèmes d'information de santé communicants et sécurisés.

Le financement des PTA mobilisera les ressources existantes dédiées à la coordination dans les territoires.

Objectif 6 Accompagner la diversification d'une offre de soins non programmés de premier recours lisible et adaptée aux besoins des territoires

L'offre de soins non programmés doit se développer pour être graduée et adaptée en fonction de l'état de santé des patients. S'agissant des soins non urgents (14% de CCMU 1 et une part importante des 74% de CCMU 2[9]) qui pourraient relever de la médecine de ville, il est pertinent qu'ils soient pris en charge par cette dernière.

Les évolutions des organisations doivent prendre en compte les évolutions nationales : gradation des soins, gradation des urgences, lien ville/hôpital.

La mise en place de lieux d'accueil des soins non programmés, en MSP, centres de santé ou autres, doit être encouragée et développée, en fonction des possibilités organisationnelles offertes par chaque territoire, en s'appuyant sur les actions ou expérimentations concluantes en région ou hors région.

L'enjeu de cet objectif est d'articuler les offres de la ville et de l'hôpital pour que le patient ait accès à une prise en charge adéquate, en fonction de son besoin et à tout moment. Cette offre supplémentaire permettra d'améliorer la prise en charge du besoin de soins non programmés par la ville en termes de qualité et d'efficience.

Objectif 7 Organiser la couverture exhaustive de la régulation libérale

La régulation médicale est la pierre angulaire des soins non programmés urgents et non urgents ; elle doit disposer :

- D'un système de communication et d'information performant et adapté à ses missions ;

[9] La CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) classe selon 7 degrés de gravité les patients des urgences. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré.

- D'une connaissance fine (fiable et actualisée) des filières de soins et de l'offre de soins non programmés du territoire ;
- De la disponibilité des vecteurs de transport nécessaires à la prise en charge urgente ;
- À ce titre, la régulation médicale libérale n'est pas présente dans les deux départements des Ardennes et de la Haute-Marne. Il convient donc de compléter l'offre de régulation médicale libérale dans ces deux départements ;
- Les évolutions des organisations existantes dans les autres départements de la région doivent également prendre en compte les évolutions nationales avec la mise en place du numéro unique 116-117 pour joindre un médecin de garde et l'évolution du système d'information des SAMU.

/// Axe 4 - Construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires

Objectif 8 Élaborer un schéma cible de renforcement de l'offre de soins de proximité et le mettre en œuvre par territoire

Il s'agit de définir une nouvelle stratégie pour renforcer les soins de proximité sur les territoires et lutter contre les inégalités d'accès aux soins, l'objectif étant de définir un schéma cible par territoire de proximité pour :

- Anticiper les départs en retraite de médecins par territoire de proximité ;
- Identifier les éléments d'offre sur lesquels s'appuyer pour rendre attractifs les territoires et réaliser les recrutements médicaux ;
- Renforcer les pôles existants, ou générer des nouveaux projets d'exercice coordonné en mobilisant tous les leviers disponibles.

3. AXE STRATÉGIQUE N°3 : ADAPTER LA POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

/// CONSTATS ET ENJEUX

La région Grand Est présente un profil territorial contrasté avec des zones urbaines très denses et des zones rurales très étendues. Si la région affiche une densité moyenne de professionnels de santé légèrement en retrait des moyennes nationales, les disparités intra régionales sont parfois très importantes et renforcées par la présence d'un centre hospitalier régional. Cette situation ne permet pas un accès équitable aux soins pour l'ensemble du territoire.

La consommation de soins de la région est plus importante en termes de nombre d'actes moyens des professionnels de santé libéraux chez les médecins généralistes, les infirmiers et les chirurgiens-dentistes par rapport à la moyenne nationale. Les différences entre département laissent entrevoir des niveaux de consommation hétérogènes, dus essentiellement à l'urbanisation ou à la ruralité des bassins de vie et à la densité de professionnels de santé de ces territoires.

Les principaux constats sont :

- Une population vieillissante et une évolution importante du nombre de personnes âgées dépendantes nécessitant plus de soins et de soutiens à domicile ;
- Des inégalités de santé sociogéographiques intra régionales et des spécificités territoriales qui nécessitent l'acquisition et la généralisation de compétences professionnelles coordonnées dans la prise en charge des patients ;
- Une nécessaire évolution des prises en charge hospitalières vers le virage ambulatoire et les soins de proximité s'y rattachant ;
- Un choc démographique pour les professions médicales avec notamment 30% des médecins généralistes qui vont partir en retraite dans les cinq ans ;
- Au regard des départs en retraite des professionnels de santé prévus dans les cinq ans, un potentiel estimé de 80 000 emplois dans le secteur sanitaire et social serait à pourvoir entre 2012 et 2022[10];
- Un déficit d'attractivité de la région Grand Est par rapport au sud de la France ;
- Une densité pour 100 000 habitants de praticiens installés ne reflétant pas le nombre de professionnels médicaux formés dans la région ;
- Une croissance régulière du nombre de professionnels paramédicaux à l'exception des orthoptistes ;
- Une forte pression sur les professionnels de santé nécessitant des actions visant à la qualité de vie au travail.

En termes de structures de formation, il est à souligner l'existence de :

- Trois universités de santé : Reims, Nancy et Strasbourg ;
- Un fort maillage territorial des instituts de formation paramédicaux ;
- Des formations de qualité avec intégration des modes d'apprentissage par simulation ;
- Des établissements sanitaires de référence et de recours en nombre suffisant.

Les enjeux :

- Une prise de conscience et une volonté de l'ensemble des acteurs pour agir de concert ;
- Le développement des coopérations pluridisciplinaires entre professionnels de santé pour mettre en œuvre des parcours de santé de qualité, pertinents et efficients ;
- La transformation du système de santé passant d'une logique de prise en charge par chaque structure ou professionnel de soins à une logique de parcours de santé coordonnés ;
- Des évolutions technologiques majeures en médecine ; santé connectée, e-santé qui vont transformer les modalités des prises en charge et faire évoluer les pratiques professionnelles ;
- Une mobilisation des professionnels de santé du premier recours et des élus pour encourager les futurs professionnels de santé à exercer en région Grand Est.

En lien avec « Une offre de santé en proximité à rénover », page

[10] Études régionales Emplois Formation (OREF) Une approche prospective des métiers à l'horizon 2022 – 24 février 2016

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

La transformation et l'adaptation du système de santé pour répondre aux enjeux épidémiologiques et démographiques de la région passent par l'appui aux professionnels de santé et à leurs initiatives pour renforcer le décloisonnement, les coopérations pluridisciplinaires en lien avec les soins de proximité, de référence et de recours.

L'ARS apportera donc son appui politique, technique et financier à toutes les initiatives portées par des professionnels et leur représentants permettant la mise en œuvre effective et évaluée des objectifs du PRS en faveur de parcours de santé coordonnés et pluridisciplinaires dans une démarche de qualité et d'efficience des soins ainsi que d'amélioration de l'accès aux soins.

L'ARS veillera à associer et à contractualiser avec l'ensemble des acteurs impliqués dans ces démarches (professionnels de santé et leurs représentants, Assurance maladie, autres services de l'État, collectivités territoriales, etc.).

- Relancer la concertation avec l'ensemble des acteurs, étudiants, formateurs, universités, professionnels, collectivités territoriales ;
- Préciser les étapes de l'intégration à l'université de ces formations ;
- Préciser les modalités permettant de simplifier les circuits de recrutement dans ces filières ;
- Examiner les évolutions possibles des actuels formateurs mais également les intégrer dans les universités ;
- Faire un inventaire des dispositions possibles institutionnelles et des outils de gouvernance disponibles dans les universités ;
- Évaluer le coût de ces évolutions (surcoûts liés aux changements d'organisation et surcoûts liés à la recherche).

Dans ce cadre, l'ARS s'engage à :

- Garantir une égalité de traitement des étudiants pour l'ensemble du territoire (partenariat structuré entre les instituts et l'université pour définir le parcours pédagogique et la recherche, intégration des règles universitaires et diffusion aux instituts, sans les intégrer au plan organique) ;
- Adapter les référentiels de formations (développement de l'enseignement par la simulation en partenariat avec le Conseil régional) ;
- Améliorer le parcours des étudiants dans le cursus d'universitarisation.

Il s'agira de :

/// Renforcer les actions de formation initiale et continue des professionnels de santé

- Contractualiser avec tous les acteurs en santé pour mettre en œuvre la réforme du 3e cycle des études médicales et l'universitarisation des professions paramédicales de niveau II et III ;
- Faciliter, par la formation, la mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé pour des parcours de soins coordonnés ;
- Mettre à disposition, des professionnels de santé, des outils de formation et d'organisation du travail pour faciliter les coopérations interprofessionnelles et soutenir ces initiatives ;
- S'assurer que l'ensemble des professionnels en exercice bénéficient de ces dispositifs de formation.

/// Renforcer l'attractivité du territoire de la région pour les professionnels de santé

- Déployer les actions de coopération de l'ensemble des acteurs pour anticiper les besoins de professionnels de santé ;
- Faciliter et soutenir l'installation des futurs professionnels de santé par un suivi personnalisé des étudiants au niveau de la région ;
- Garantir une coordination pédagogique des instituts de formation paramédicaux effective, au sein de chaque territoire de GHT, en y intégrant les spécificités territoriales et les nouvelles technologies ;
- Proposer une offre de formation initiale et continue en s'appuyant sur les acteurs de la formation, pour répondre aux besoins de soutien à domicile de la population en perte d'autonomie et porteuse de maladies chroniques en intégrant les besoins spécifiques aux aidants ;
- Former des professionnels de santé aux nouvelles pratiques de coopérations inter professionnelles ;
- Faire évoluer les terrains de stages d'accueil des internes en fonction de l'offre et des besoins du territoire, pour être en conformité avec la réforme du 3e cycle sur les trois subdivisions ;
- Appuyer chaque établissement support de GHT pour développer une stratégie efficiente en matière de ressources humaines en santé (GPMC) ;
- Proposer un dispositif d'accompagnement professionnel individualisé pour les médecins en formation, afin de mettre en cohérence l'offre et le besoin du territoire ;
- Accompagner et soutenir les initiatives des professionnels de santé portant des actions territorialisées et le développement d'équipes de santé coordonnées ;
- Renforcer les dispositifs de formations adaptées et des soutiens organisationnels évalués ;
- Renforcer les actions de santé au travail pour les professionnels de santé.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Favoriser la création de parcours professionnels pour toutes les professions de santé en partenariat avec les universités, les représentants des professionnels et des étudiants, le conseil régional et les autres services en charge des formations

Au 1er janvier 2016, seuls 68% des médecins formés en région Grand Est continuaient d'exercer dans cette région. L'arrivée de médecins formés dans d'autres régions françaises (13% de l'effectif du Grand Est) ou formés à l'étranger (12% de l'effectif du Grand Est) ne suffit pas. De plus, les médecins aspirent à une meilleure qualité de vie que leurs aînés en liant la réussite de leur vie professionnelle à celle de leur vie personnelle et familiale, ce qui se traduit par un phénomène de concentration des installations libérales dans les zones urbaines offrant de multiples services au détriment des zones plus rurales. La région Grand Est connaît donc des inégalités territoriales dans l'accès à l'offre de soins de la population.

- Organiser un guichet d'information et d'accompagnement des internes, au sein de chaque faculté, afin de mettre en relation les professionnels de santé en activité et ceux en formation, et de leur permettre de bien appréhender leur exercice futur ;
- Proposer des solutions d'accompagnement logistiques pour les internes (ex : hébergement des internes dans les zones priorisées, transports, etc.) ;
- Planifier des journées d'accueil des internes et étudiants en insistant sur le compagnonnage et les informations pratiques mises à leur disposition par les différents territoires pour faciliter la vie professionnelle et familiale ;

- Déployer des moyens de fidélisation des internes dans les zones en tension ;
- Faire évoluer et promouvoir le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), par exemple : développement de l'utilisation de la bourse des emplois ;
- Doubler au moins le nombre de maîtres de stages et développer des stages d'internes dans les maisons de santé pluri-professionnelles afin de les sensibiliser au travail en équipe (avec comme bénéfice secondaire l'intégration de la demande des étudiants sur la qualité de vie personnelle) ;
- Soutenir le développement des exercices professionnels mixtes ;
- Assurer tout au long des études des professionnels de santé des conditions d'études et de travail favorables à leur santé, à leur épanouissement et à la construction de leur identité professionnelle, en veillant notamment aux conditions d'accueil en stage.

Objectif 2 Développer et diversifier les terrains de stage d'accueil des internes, en fonction de l'offre et des besoins du territoire, pour mettre en œuvre la réforme du 3e cycle sur les trois subdivisions

La réforme du 3e cycle des études de médecine modifie les maquettes de formation de différentes spécialités médicales. Sa mise en application débute pour les nouveaux internes entrant en 3e cycle à la rentrée de novembre 2017 et va s'échelonner sur plusieurs années. Les internes ayant débuté leur 3e cycle avant la rentrée de novembre 2017 continuent leur formation selon les modalités prévues avant cette réforme. Cette réforme implique pour l'ARS et les facultés de médecine une réorganisation des stages et des enseignements pour une mise en adéquation des terrains de stage (dans les établissements de santé et auprès des médecins généralistes libéraux) avec le cursus suivi par les internes.

- Adapter les caractéristiques des terrains de stage en concordance avec les besoins en offre de soins dans le cadre de la réforme du 3e cycle ;
- Mettre en place des conventions-cadres entre l'ARS et les Universités, le Conseil régional et les centres hospitaliers pour faciliter l'adaptation de la formation avec les besoins du terrain et de la population ;
- Doubler le nombre de maîtres de stage dans la région pour l'accueil des internes en formation ;
- Développer la formation des étudiants au vécu du patient à la prise en compte de ses conditions de vie et de travail, ainsi qu'aux enjeux de la relation de soin et de la vulnérabilité (handicap, violences, maladies chroniques, etc.) ;
- Développer et diversifier l'offre de stages ambulatoires au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales en cabinet comme en maisons et en centres de santé universitaires, en médecine générale comme dans les spécialités de premier recours.

Objectif 3 Organiser une coordination pédagogique des instituts de formation paramédicaux au niveau de la région

Dans le cadre de la mise en place des GHT, un coordonnateur pédagogique des instituts de formation paramédicaux est désigné par le directeur de l'établissement support du GHT dans le cadre du décret 2016-524, R6122-17. Ce décret précise que « *la convention constitutive prévoit les modalités retenues pour assurer la coordination des écoles et des instituts de formation paramédicale, notamment en matière de gouvernance, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun des ressources pédagogiques et des locaux et de politique de stage* ».

- Définir le portrait territorial des projets de formation et des instituts pour chaque GHT ;
- Développer des outils partagés : rédaction d'une maquette, grille d'analyse territoriale ;

- Accompagner chaque coordonnateur pédagogique et constituer un comité régional des coordonnateurs.

Objectif 4 Mettre en œuvre l'universitarisation des formations paramédicales des niveaux II et III

Le transfert progressif à l'université des formations paramédicales de niveau II et III génère des craintes de perte d'attractivité pour certains territoires éloignés des centres universitaires. Cependant cette mutation peut se révéler être une opportunité permettant l'intégration dans les référentiels de formation de la prise en compte de l'évolution des métiers de la santé. Comme le préconise le rapport IGAS IGAENR[11], *« le lien entre pratique clinique et formation théorique particuliers aux métiers de la santé doit être renforcé et adossé au développement de la recherche. Cela passerait […] par la création de corps de professionnels bi-appartenants en maïeutique, sciences infirmières, en rééducation et disciplines médicotechniques ».*

- Intégrer l'universitarisation des professions paramédicales en collaboration avec les acteurs concernés ;
- Engager des travaux de veille et de prospective sur les besoins en métiers paramédicaux en lien avec le Conseil régional et mener une étude comparative avec les systèmes de formation frontaliers ;
- Organiser un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour porter ces projets ;
- Poursuivre l'universitarisation des formations sociales et paramédicales afin de renforcer la qualité de la formation de favoriser la recherche en sciences paramédicales et d'encourager la pluridisciplinarité comme indication à l'exercice pluri professionnel ultérieur (objectif SNS).

Objectif 5 Appuyer chaque établissement support de GHT pour développer une stratégie efficiente en matière de ressources humaines en santé et notamment de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

- Établir un observatoire régional des ressources humaines en santé en lien avec l'ensemble des acteurs porteurs des données de ressources humaines en santé dans la région ;
- Mettre en œuvre, au niveau de chaque GHT, un dispositif en lien avec les établissements de santé dans l'amélioration de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) ;
- Mettre en œuvre des tableaux de bord de pilotage des ressource humaines au niveau de chaque territoire de GHT ;
- Mettre en place des méthodes de management favorables à la qualité de vie au travail, et notamment renforcer l'écoute et le sens donné au travail, développer le travail en équipe et valoriser l'engagement, l'expression et l'initiative des équipes médicales et soignantes ;
- Accompagner les professionnels de santé et médico-sociaux dans l'évolution des organisations afin d'améliorer la qualité de vie au travail ;
- Poursuivre les efforts déployés pour améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, y compris leur sécurité d'exercice ;
- Améliorer la détection et la prise en charge des risques psycho-sociaux et notamment des syndromes apparentés à l'épuisement professionnel.

[11] Rapport IGAS – AGAENR : Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5,6 et 13 de la Grande conférence de santé (juin 2017)

Objectif 6 Organiser une offre de formation continue pour répondre aux besoins de soutien à domicile de la population en perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques en y intégrant les soutiens aux aidants

L'augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins à domicile ou souffrant de maladies chroniques, associée au vieillissement de la population, induit des nouveaux modes de prises en charge et la réalisation de nouveaux actes techniques par les professionnels de santé. De même, l'accompagnement des personnes handicapées doit être pris en compte dans le contenu de la formation continue.

Les professionnels paramédicaux doivent acquérir de nouvelles compétences, pour répondre à la demande croissante de soins dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.

Cet objectif vise à proposer aux professionnels de santé paramédicaux des formations pour une meilleure adaptation à la demande de soins. Cette offre de formation sera mise en place avec l'appui des acteurs de formation (facultés, instituts de formation, organismes de formation) pour permettre un égal accès à l'ensemble des professionnels paramédicaux.

- Consolider et assurer la promotion du dispositif de développement professionnel continu (DPC) ;
- Améliorer la formation des personnels soignant à l'intégration des patients comme acteur de leurs santé ;
- Améliorer le repérage et la reconnaissance du rôle des aidants par le personnel soignant et les établissements de santé ;
- Promouvoir la formation des professionnels de santé sur l'amélioration du repérage et de la prise en charge des aidants en difficultés.

Objectif 7 Renforcer les coopérations des professionnels de santé pour réduire les délais d'accès aux soins

Seront soutenus :

- Le développement et la mise en œuvre effective de modalités de coopérations entre professionnels de santé pluridisciplinaires dans les territoires, notamment pour les professions de santé en tension : médecins généralistes, spécialistes (ophtalmologistes, radiologues, pédiatres, etc.) afin de concourir à l'amélioration de l'accès aux soins des populations par territoire. Les soutiens seront multiples et adaptés aux besoins des territoires (ex : formation, investissement, systèmes d'informations, transports, coordinations, etc.), en cohérence avec l'évolution de la réglementation.
- Une attention particulière sera portée à la filière visuelle où la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes, dont le principe a été inscrit dans la réglementation via l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan spécifique d'accès aux soins de la filière visuelle, plan régional et territorialisé, élaboré en 2018 afin de permettre de réduire les délais d'accès aux soins, dans un contexte d'inégale répartition des professionnels.
- Développer les actions de coopération entre professionnels selon les protocoles validés par la Haute autorité de santé.
- Concevoir les formations destinées aux professionnels appelés à exercer selon les modalités de pratiques avancées au fur et à mesure que de nouveaux champs d'exercice seront reconnus.

Objectif 8 Déployer une politique contractualisée et partenariale régionale pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé

L'ARS a décidé de s'engager dans une démarche de contractualisation avec les acteurs de l'État, de la Région et avec les représentants des professionnels de santé afin de mettre en place des plans d'actions pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé concernant :

- Les conditions matérielles prévenant les risques de troubles musculo-squelettiques ;
- Les démarches de prévention des risques psycho-sociaux ;
- Des dispositifs de formations ciblées sur les thématiques de la bientraitance ;
- Des dispositifs de médiation et de gestion de conflits intra-professionnels.

Objectif 9 Mettre en place un programme de formation continue, en partenariat et en complémentarité avec les acteurs du développement professionnel continu

Les axes développés dans les différents chapitres du SRS comportent souvent un volet de formation initiale et continue des professionnels de santé. Les principaux thèmes évoqués sont rappelés ci-après :

- Prévention des facteurs de risques et éducation thérapeutique ;
- Démarche de parcours de santé de l'enfant et de l'adolescent et en périnatalité : formation des professionnels intervenant auprès des nouveau-nés à risque ; sensibilisation sur la prise en charge des IVG tardives ; formation à la réalisation des IVG médicamenteuses ; soutien à la parentalité ;
- Qualité et sécurité des soins et pertinence des actes et des prescriptions ;
- Démarches adaptées dans le cadre des parcours pour les pathologies chroniques dont les enjeux de coordination des soins et la connaissance des filières et actes selon les spécialités ;
- Approche population dans le cadre de la perte d'autonomie liés au vieillissement ou au handicap ;
- Usage des nouveaux outils de coordination des soins dont l'e-santé, l'intégration des démarches en équipes pluri-professionnelles ;
- Prévention des violences et de la maltraitance ;
- Démarches et accompagnements de la fin de vie et notamment les soins palliatifs ;
- Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN).

La variété de ces thèmes et les différents types de publics visés demandent que soit mise en place une programmation rigoureuse sur les cinq années du SRS, et ce, en phase avec les acteurs en charge du DPC pour harmoniser les approches, mutualiser les réflexions.

4. AXE STRATÉGIQUE N°4 : FAIRE ÉVOLUER LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

/// LA NOTION DE PARCOURS

La notion de « médecine de parcours » a émergé ces dernières années pour décrire le type de prise en charge apparaissant comme indispensable pour les patients atteints de maladie chronique, en rupture avec le modèle classique de la médecine dédiée aux situations aiguës. Cette notion a été notamment popularisée dans un avis du HCAAM, en mars 2012 :

« Or, dans les situations de chronicité, la qualité du soin est une qualité globale, soignante et sociale. Elle se mesure sur l'ensemble du « parcours de soins » de la personne malade, le faisant évoluer vers un parcours de « santé. Les situations de chronicité débouchent naturellement sur des états dans lesquels s'ajoutent non seulement plusieurs maladies mais aussi, très fréquemment, diverses fragilités et difficultés dans la vie quotidienne, aussi bien physiques que cognitives ou sociales. Ces situations de vie, qui ne sont pas réservées aux grands âges, appellent souvent la présence autour de la personne concernée, ponctuellement ou de manière répétée, d'un grand nombre de services et d'intervenants (professionnels libéraux, équipes hospitalières, services d'hospitalisation à domicile, de soins à domicile ou d'aide à domicile, auxiliaires de vie…) ».

Ceci suppose se passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants, à une médecine « dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante. »

Ainsi, émerge l'importance de la coordination entre les acteurs intervenant auprès du patient, dans le temps, supposant une continuité des soins, des échanges d'informations entre les acteurs, des modalités de gestion aussi intégrées que possible des interventions médicales, médico-sociales et sociales, en particulier pour le maintien à domicile. Cet enjeu de coordination soignante et sociale est particulièrement important pour les personnes âgées polypathologiques en perte d'autonomie, mais l'est aussi dans de nombreuses autres situations : personnes atteintes de troubles psychiques, de cancer, etc. Cette forme d'organisation peut aussi se concevoir auprès de populations précises, par exemple en ciblant les enfants et adolescents, pour prendre en compte l'ensemble des problèmes de santé et facteurs de risque que cette tranche d'âge peut rencontrer.

La HAS a rédigé, pour accompagner cette évolution, de nombreuses recommandations de « parcours », pour les maladies chroniques et les polypathologies.

Le terme de « parcours de santé » est souvent préféré au terme de « parcours de soins », pour souligner le fait que les soins ne sont pas seuls en cause ; les actions de prévention et d'accompagnement global de la santé sont à intégrer dans cette approche du parcours, et ce, dans les différents milieux de vie. Nous les avons évoquées dans l'Axe stratégique n°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé (page 13).

À terme, cette médecine « de parcours » pourrait adopter une vision populationnelle, tournée vers la prise en charge globale des besoins de santé d'une population sur un territoire donné.

Le HCAAM rappelle également que cette vision transversale apportée par la notion de parcours est un facteur d'efficience : les défauts de coordination sont facteurs de non qualité et de coûts évitables pour l'assurance-maladie, via des interventions inadéquates des différents professionnels soignants, mal réparties, trop précoces ou trop tardives, incomplètes ou inutilement lourdes.

À cet égard, il est important de considérer que les fonctions de coordination assurées par les soignants font partie intégrante du soin, à toutes les étapes de la prise en charge.

Chez un certain nombre des personnes atteintes de maladies chroniques, bien qu'elles soient déjà entrées dans le champ pathologique, le diagnostic de la maladie chronique n'est pas porté ou la prise en charge n'est pas assurée ou pas suivie par la personne malade. Cela expose les personnes concernées à une évolution péjorative de la maladie, à l'installation de lésions parfois irréversibles, voire de complications.

Cela pose la problématique du diagnostic précoce (au stade initial de la maladie), de la prise en charge précoce et adaptée, où les insuffisances constatées peuvent tenir à la fois aux comportements

et à l'environnement des personnes mais aussi aux pratiques des professionnels de santé et à l'organisation du système de soins. À ce stade en particulier, il est important de renforcer les fonctions de coordination et d'orientation.

Aujourd'hui, la principale difficulté à laquelle sont confrontées les personnes atteintes de maladies chroniques et les professionnels de santé est le cloisonnement du système de santé avec la segmentation des compétences et des responsabilités. Coordination, partage de l'information, émergence de nouveaux métiers, politique d'accompagnement et d'éducation du patient constituent le socle indispensable de la prise en charge.

Les objectifs opérationnels définis dans les pages qui suivent, par catégorie d'affections ou par population, s'inscrivent dans cette démarche et cette vision transversale du parcours de santé, complétant ce qui a déjà été évoqué dans le 1er axe stratégique concernant la prévention et la promotion de la santé. À noter que certains axes décrits ici constituent des déclinaisons régionales de plans nationaux (cancer, maladies rares…) oued programmes expérimentaux nationaux : obésité chez l'enfant et l'adolescent, insuffisance rénale chronique.

1/ FACILITER L'ORGANISATION DE PARCOURS ADAPTÉS AUX BESOINS DE SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

/// CONSTATS ET ENJEUX

Le développement de l'enfant à partir de l'âge de 2 mois jusqu'à l'entrée de l'âge adulte à 21 ans se caractérise par une succession de périodes charnières. Son suivi est morcelé car centré essentiellement autour des périodes dites de vulnérabilité (grossesse, naissance et petite enfance, l'adolescence). La santé se construisant en premier lieu au sein de relations familiales et sociales, les inégalités sociales et territoriales de santé se creusent dès les premières années de vie. Du point de vue de l'offre de santé, le parcours de l'enfant et de l'adolescent est également marqué par une évolution démographique médicale préoccupante, avec de fortes inégalités territoriales.

Les principaux constats identifiés en région concernent :

- Un besoin de renforcer les actions de prévention et de promotion en santé, au travers du développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge, en particulier concernant l'alimentation, l'activité physique, l'éducation à la vie affective et sexuelle, la bientraitance, l'éveil culturel, les nouvelles technologies et leurs effets (utilisation des écrans, réseaux sociaux…), les conduites à risques… ;
- Un manque de coordination entre les acteurs du sanitaire et de l'éducation, notamment pour les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse) permettant de construire un projet commun de prise en charge de l'enfant ;
- Un recours en partie inadapté aux structures hospitalières notamment les services des urgences et les surspécialités ;
- Une structuration et une gradation insuffisante des trois filières identifiées comme prioritaires : les troubles du neuro-développement de l'enfant, la prise en charge du surpoids voire de l'obésité et la souffrance psychique ;
- Un manque global de communication et d'échanges ville-hôpital et/ou ville-ville : à titre d'exemple, le carnet de santé bien utilisé dans les toutes premières années, ne l'est plus autant au-delà de 3-4 ans. Or, son intérêt est reconnu par tous comme outil de suivi du développement de l'enfant, support de messages de prévention, outil de communication entre les familles et les professionnels de santé. Son intégration dans le dossier médical partagé serait souhaitable ;
- Un morcellement des données de santé chez l'enfant qui freine l'évaluation des besoins au plus près des territoires ;
- Une évolution démographique médicale préoccupante, tant en médecine générale, qu'en pédiatrie et pédopsychiatrie, avec de fortes inégalités territoriales, et des effectifs considérés comme critiques pour les médecins de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la santé scolaire.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin d'améliorer la santé de l'enfant et de l'adolescent, il s'agit de faciliter l'organisation de parcours adaptés à leurs besoins de santé au travers de la mise en œuvre de **sept objectifs opérationnels** :

- La prévention et la promotion de la santé doivent être renforcées dès la petite enfance en accompagnant la parentalité **[Objectif 1]** ;
  - La suivi du développement des enfants doit être renforcé en proximité en amplifiant les interactions entre les acteurs du suivi préventif et ceux des soins, au travers notamment de l'examen médical obligatoire lors de la 6e année de vie, le médecin traitant de l'enfant étant au centre de la prise en charge de proximité et du 1er recours dans les filières **[sous objectif 1.3]**;
  - Le recours inadapté aux urgences doit être diminué par une meilleur organisation de la filière de soins mais aussi par des actions de formation à l'attention des professionnels de santé **[Objectif 2]** ;
- Les situations individuelles complexes doivent trouver une réponse notamment par une coordination pluri-professionnelle. Il s'agit ainsi d'apporter un appui aux professionnels de santé confrontés à ces situations. Les expérimentations en cours sont à poursuivre **[Objectif 3]** ;
- Les parcours de soins des trois filières prioritaires doivent être organisés de façon graduée en tenant compte des spécificités territoriales et en apportant de la lisibilité aux professionnels et aux familles. Cela concerne les enfants et adolescents présentant des troubles du neuro-développement **[Objectif 4]** un surpoids ou une obésité **[Objectif 5]** et des manifestations de souffrance psychique **[Objectif 6]** ;
- L'amélioration de la connaissance des besoins en santé des enfants doit s'appuyer sur un système d'informations des données de santé structuré et partagé avec les professionnels **[Objectif 7]**.

Les objectifs sont en cohérence avec les orientations de la stratégie nationale de santé, notamment concernant :

- L'accompagnement des parents dans la réduction des risques pour la santé de l'enfant ;
- L'amélioration du repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant (troubles du neuro développement, nutrition, troubles psychiques et troubles du comportement) ;
- Le développement dès le plus jeune âge de l'éducation pour la santé et des compétences psycho sociales
- Des actions de prévention contre les violences et les maltraitances sur les enfants ;
- L'amélioration de la santé des étudiants.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent

En dépit des progrès scientifiques de ces quarante dernières années, on relève encore chez l'enfant et l'adolescent des difficultés liées en partie aux mutations familiales et sociales, aux évolutions générationnelles et à l'augmentation des situations de vulnérabilité et de pauvreté retentissant sur leur développement, leur bien-être et leur devenir à l'âge adulte. Seule une vision globale de la prise en charge de la santé de l'enfant, de la grossesse à l'âge adulte, devrait permettre d'activer une politique de prévention et de promotion de la santé, un accès à des soins coordonnés en cas d'accidents de la vie et, surtout, le respect des droits de l'enfant.

Le concept de parentalité et les modalités de son soutien et son accompagnement ont donné lieu à de nombreuses définitions, dont le concept dit « caméléon »[12] : « *Ensemble des droits et des devoirs, des aménagements psychiques et des affects, des pratiques de soins et d'éducation, mises en œuvre pour un enfant par un ou des parents, indifféremment de la configuration familiale choisie* ».

Un constat important réalisé lors de l'état des lieux concerne le besoin de renforcer les actions de prévention et de promotion en santé chez les enfants et adolescents qui doivent être engagées dès la petite enfance.

Sous obj. 1.1 Mettre en œuvre, dans les lieux de vie des enfants et des adolescents, un plan d'actions coordonnées visant leur bien-être et leur développement en y incluant le soutien à la parentalité

L'enfance constitue la période des apprentissages fondamentaux. L'acquisition des compétences psycho-sociales chez l'enfant et l'adolescent contribue au bien-être physique et psychique, à leur réussite éducative et à la prévention des comportements à risque. Pour développer ces compétences, il importe de conforter celles des parents afin de favoriser les pratiques éducatives positives. Les actions de promotion de la santé visant au développement de ces compétences sont d'autant plus efficaces qu'elles sont entreprises dès le plus jeune âge et qu'elles intègrent l'accompagnement à la parentalité et sont menées sur les différents lieux de vie des enfants. Les thématiques de santé prioritairement visées sont : l'hygiène de vie, l'alimentation et l'activité physique, la qualité du sommeil, l'éveil culturel chez les jeunes enfants, l'utilisation d'écran, la vie affective et sexuelle et l'éducation à la santé familiale.

Dans certains domaines, le rôle des fonctions parentales est en règle reconnu dans les réseaux de périnatalité et de soins dans les maladies chroniques. Il mériterait d'être renforcé dans certaines situations de handicap, la santé mentale, les soins palliatifs, les fins de vie. Il en est de même dans les soins palliatifs et dans certaines réflexions éthiques.

De nombreuses actions visant à renforcer les compétences psychosociales et impliquant de nombreuses institutions ont déjà été mises en place en région Grand Est comme les actions partenariales entre l'ARS et le Rectorat depuis 2012, la mise en place du parcours éducatif de santé depuis septembre 2016. Afin de rendre plus forte l'action publique par la mise en synergie des actions, il importe de mieux coordonner les actions menées par les différents partenaires institutionnels et de les rendre plus lisibles par une harmonisation des messages dans les différents lieux de vie des enfants :

- Mettre en place une coordination inter institutionnelle dans au moins 5 départements de la région ;
- Définir un cahier des charges commun ;

[12] Catherine Sellenet, La parentalité décryptée 2007

- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions coordonnées de promotion de la santé s'appuyant sur le développement des compétences psychosociales de l'enfant et de l'adolescent en intégrant la dimension d'accompagnement de la parentalité (sur des thématiques de santé telles que nutrition, hygiène de vie, qualité du sommeil, éveil culturel, utilisation des écrans, éducation à la santé familiale, vie affective et sexuelle), ;
- Mettre en place un guichet unique régional pour le financement des actions ;
- Conforter l'accès aux actions de promotion de santé auprès des jeunes accueillis dans des établissements médicosociaux ou pris en charge par l'ASE ou la PJJ, y compris es actions d'éducation à la vie affective et sexuelle

Sous obj. 1.2 Développer une politique volontariste de soutien à la parentalité

Si l'enfance et l'adolescence constituent des périodes de fragilité pour les familles confrontées aux mutations familiales et sociales, à l'augmentation des situations de vulnérabilité et de pauvreté, elles peuvent aussi constituer des périodes d'opportunité : une action menée précocement auprès de l'enfant et sa famille peut avoir un effet positif majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance dans leur capacité à accompagner leur enfant sur le long terme. Le concept de parentalité et les modalités de son soutien/ accompagnement ont pris de l'essor à partir des années 1990 en France. Depuis 2015, la mise en œuvre départementale des services aux familles contribue à rapprocher le pilotage local de la politique petite enfance et celle de la parentalité, et mieux coordonner les acteurs locaux nombreux.

Plusieurs actions visent à participer au soutien à la parentalité :

- Intégrer la dimension d'accompagnement de la parentalité dans le plan d'action de promotion de la santé défini en commun de façon pluri institutionnelle (cf. sous obj 1.1) : dans chaque projet/action le champ de l'accompagnement à la parentalité sera précisé
- Déployer le programme de parentalité positive sur 2 ou 3 territoires ;
- Soutenir le programme de recherche « Petite Enfance Recherche-action dans le Lunévillois » (PERL) ;
- Informer, répondre et orienter les parents et les co-responsables selon leurs besoins et ceux de leurs enfants ;
- Assurer la formation initiale et continue des interlocuteurs concernés.

Sous obj. 1.3 100% des enfants bénéficient de l'examen médical obligatoire lors de la 6e année dans les territoires prioritaires définis en lien avec les rectorats

La politique de santé à l'école a pour objet de contribuer à la santé et au bien-être de tous les élèves. Or la réussite scolaire dépend aussi de l'état de santé de l'élève. Il importe donc que chaque élève puisse bénéficier de l'examen médical obligatoire au cours de la 6e année. Organisé par l'Éducation nationale ou dispensé par le médecin traitant (généraliste ou pédiatre), cet examen permet de mener des actions de dépistage dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

Or, le taux de réalisation de cet examen pour la région est très inégal .Ceci s'explique par une démographie défavorable de médecins de l'Éducation nationale, notamment dans les académies de Nancy-Metz et de Reims. Les actions à engager sont :

- Assurer une traçabilité de la réalisation du bilan de santé de la 6e année, quel que soit le lieu de réalisation de ce bilan, afin d'identifier précisément les inégalités d'accès à cet examen ;
- Définir, en lien avec les rectorats, les territoires prioritaires pour lesquels un taux élevé d'enfants ne bénéficieraient pas de l'examen médical obligatoire de la 6e année devant être réalisé soit par le médecin de l'Éducation nationale, soit par le médecin traitant (généraliste ou pédiatre) ;
- Mettre en place dans les territoires prioritaires des organisations formalisées basées sur des partenariats avec des acteurs médicaux (médecins généralistes, pédiatres, PMI), là où la médecine scolaire n'est pas en mesure d'assurer ces bilans.

Sous obj. 1.4 Garantir le succès de la politique vaccinale nationale

Depuis 2018, 11 vaccins obligatoires sont dorénavant obligatoires chez l'enfant avec l'ambition d'atteindre un taux de taux de couverture vaccinale de 95% pour l'ensemble de ces vaccins. Pour cela, il faut de :

- Engager des campagnes d'information sur l'importance de la vaccination, son innocuité, sa place essentielle dans la politique de prévention, les raisons ayant conduit le ministère de la Santé à proposer d'élargir le nombre de vaccins obligatoires ;
- Évaluer, par exemple à l'occasion du bilan de santé à 6 ans, la réalité de la couverture, par territoire ;
- Mener des actions spécifiques de sensibilisation dans les territoires ayant un taux de couverture vaccinale en deçà de 95%.

Objectif complémentaires à ce parcours : objectif « Promouvoir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de précarité » dans le chapitre « Mobiliser les outils de prévention du système de santé » (page 33)

Objectif 2 Diminuer le recours inadapté des enfants et adolescents aux structures hospitalières (urgences et surspécialités)

Une part des consultations pour motif « urgences ressenties » qui pourrait être traitée directement en ville par les médecins traitants vient saturer les services des urgences et de spécialités pédiatriques, et cette tendance est amplifiée par des demandes de plus en plus pressantes des familles. Concernant l'accès aux spécialités hospitalières, les filières ne sont pas assez lisibles et structurées, ce qui a pour conséquence un recours pour une part non adapté à des consultations pédiatriques spécialisées, ou à des centres de référence.

Aussi, les actions à entreprendre sont :

- Adapter la formation initiale des médecins généralistes aux spécificités de l'enfant et de l'adolescent suivis en soins primaires ambulatoires, et celle des pédiatres, en intégrant davantage de stages ambulatoires en ville auprès de maitres de stage formés ou en PMI ;
- Conforter la formation continue des médecins généralistes aux spécificités de l'enfant et de l'adolescent suivis en soins primaires ambulatoires, en l'adaptant aux besoins de ces médecins et aux situations cliniques rencontrées. Il est important que cette formation revête un caractère pratique ;
- Accompagner la diversification d'une offre de soins non programmés de premier recours lisible et adaptée aux besoins des territoires par l'implantation de maisons de santé pluri professionnelles, par des expérimentations d'organisation délivrant des soins non programmés ;
- Mettre en place, selon les besoins, des interventions avancées ou équipes mobiles auprès d'enfants ou d'adolescents ayant des difficultés avérées et durables, afin de prévenir des ruptures de parcours, avec notamment expérimentations de mise en place d'équipes mobiles comme prévu dans le nouveau cahier des charges des maisons des adolescents ;
- Prévoir des interventions avancées de professionnels compétents en neuro développement et de professionnels compétents en santé mentale ;
- Expérimenter des projets de santé spécifiques aux besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent, au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou autres modalités d'exercices coordonnés.

En lien avec l'offre sanitaire (page 251)

Objectif 3 Permettre aux enfants et adolescents, identifiés comme relevant d'une situation complexe, de bénéficier d'une coordination pluri professionnelle dans un dispositif spécifique

La santé de l'enfant ne dépend pas seulement de la performance du système de soins. Elle résulte aussi de différents facteurs : grande prématurité de l'enfant, non investissement des compétences parentales, difficultés maternelles, addictions, fragilité psychologique, détresse sociale… Face à ces situations complexes, le professionnel de santé ne peut à lui seul apporter les réponses adaptées. Des expérimentations de prise en charge coordonnées ont été mises en œuvre et suivies par des comités composés d'institutionnels et professionnels (conseil départemental, caisse d'allocations familiales, communautés de communes, direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, pédopsychiatrie, médecins généralistes, Assurance maladie, Éducation nationale…). Ces dispositifs expérimentaux doivent être poursuivis pour étudier à terme leur transférabilité. Des actions plus spécifiques aux situations de maltraitance sont à renforcer :

- Soutenir l'expérimentation « Réunions de coordination autour de situations d'enfants de 0 à 6 ans » (RCSE) dans le Toulois en Lorraine ;
- Soutenir l'expérimentation « Fil Pro Ado » déployée en Meuse ;
- Mettre en place au sein de chaque hôpital disposant d'un service d'urgence (et/ ou service de pédiatrie) :

- Un médecin volontaire « référent sur les violences faites aux enfants », formé au niveau national (cf. plan interministériel) ;
- Un plan de formation à destination du personnel non médical ;
- Un cadre régional ou départemental facilitant la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, auprès des professionnels de santé, en lien avec les conseils de l'Ordre des médecins et le médecin référent du conseil départemental, et à l'appui du futur guide national sur le repérage et la conduite à tenir.

Objectif 4 Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces

Cet objectif est commun avec celui retenu dans le cadre du parcours de santé de la personne en situation de handicap (objectif 1). Sa déclinaison opérationnelle sera élaborée et mis en œuvre avec les acteurs concernés par ces deux parcours.

En lien avec l'objectif « Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces » (page 130)

Objectif 5 Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les enfants et les adolescents présentant un surpoids ou une obésité

La région Grand Est présente une situation défavorable en matière d'obésité. Si la prévalence de l'obésité a rejoint le taux national de 3,5%, celle de la surcharge pondérale des enfants en grande section maternelle est au-dessus de ce taux d'environ 1 à 2 points (DREES 2013) et connait une augmentation de 7 points (11,9% versus 18,9%) entre la grande section maternelle et le CM2.

La structuration de la filière de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant pourrait être pensée en 2 ou 3 niveaux. Elle nécessite des compléments de travaux avant de pouvoir définir les processus à mettre en place, notamment sur le territoire de Champagne-Ardenne. Le territoire alsacien connait un maillage robuste en réseaux territoriaux de prise en charge de l'enfant et l'adolescent. Le centre spécialisé de l'obésité de Nancy qui peut s'appuyer sur quatre réseaux territoriaux lorrains fait partie en tant que tel de l'expérimentation du parcours OBEPEDIA concernant la prise en charge de l'obésité pédiatrique sévère[13].

- Accompagner l'expérimentation OBEPEDIA dans la perspective de l'extension des compétences des centres spécialisés de l'obésité adultes à la prise en charge des enfants et des adolescents ;
- Améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique adapté en fonction des territoires ;
- Développer selon les besoins des activités d'éducation physique au sein des établissements accueillant des enfants en situation de handicap.

En lien avec l'Axe stratégique n°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé (page 13)

Objectif 6 Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte

La souffrance psychique de l'enfant recouvre une somme d'entités nosologiques qui requièrent l'action conjointe et coordonnée d'acteurs issus des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Elle peut conduire à des troubles comportementaux nécessitant une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire. Selon les différentes enquêtes nationales et les critères diagnostiques, entre 10 et 20 % des jeunes rencontreraient des troubles psychiques ; le suicide constitue la 2e cause de mortalité chez les jeunes entre 10 et 25 ans, après les accidents de la route.

L'anxiété et la dépression chez l'enfant restent des phénomènes encore trop souvent banalisés. Ceux-ci peuvent être associées ou non à des troubles du neuro développement. L'enfant qui présente une souffrance psychique, peut être amené à présenter des troubles des « conduites » dont la prévalence en population générale est plus élevée à l'adolescence (3-9%) que pendant l'enfance (2%). Toutefois toutes les souffrances psychiques associées ou non à des troubles du comportement ne justifient pas le recours à la psychiatrie mais il est fondamental qu'un avis de psychiatrie infanto-juvénile puisse être sollicité autant que de besoin à chaque étape du parcours de l'enfant/adolescent.

Pour répondre à l'objectif général ci-dessus, il convient

- D'améliorer la précocité du repérage, de faire émerger la parole grâce à des lieux identifiés et des personnes ressources, comme : les établissements scolaires (infirmière, médecin...), le médecin traitant, des lieux d'écoute conçus spécialement pour les jeunes, gratuits et confidentiels (les points accueil écoute jeunes (PAEJ), les maisons des adolescents, les bureaux d'aide psychologique universitaires, les relais étudiants / lycéens),
- D'améliorer les évaluations et prises en charge précoces dès le jeune âge pour limiter les conséquences sociales, familiales, scolaires et psychiques des troubles,

[13] Instruction n°° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère)

- De privilégier un travail partenarial d'accompagnement et de prise en charge, en tenant compte de la pluralité des professionnels au contact des enfants et des adolescents.

Il convient également d'offrir des conditions d'accueil et de soins adaptés, temps plein et ambulatoires, et de prévenir les risques de rupture de parcours des enfants et adolescents (échec du maintien dans les familles ou en institution, échec scolaire voire interruption de scolarité, conduite addictive, passage à l'acte suicidaire...) ainsi que les conséquences familiales. Les professionnels au contact des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), soulignent un manque d'articulation entre le sanitaire et l'éducatif conduisant à une dichotomie entre le parcours de soin et le parcours éducatif, et la nécessité de renforcer leurs alliances.

Par ailleurs, il est nécessaire de disposer d'outils de gestion de crise tels que :

- Des lits d'hospitalisation de crise et unité d'hospitalisation temps plein adaptée,
- Des ressources mobiles constituées par les équipes de secteur psychiatrique infanto juvénile qui peuvent être organisées dans le cadre de la psychiatrie de liaison ou d'équipes mobiles mixtes (psychiatrie adulte et psychiatrie infanto juvénile).

Enfin, la transition entre l'adolescence et l'âge adulte présente un risque particulier de rupture pour les patients suivis en psychiatrie si le relais entre les professionnels de santé ou équipes soignantes de psychiatrie de l'enfant et de psychiatrie générale adulte n'est pas anticipé ou motivé. Cela implique de formaliser les modalités de passage de relais entre les acteurs de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les acteurs de la psychiatrie de l'adulte mais également avec les professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres et psychologues) à l'aide de structures ou d'outils à expérimenter et à évaluer.

Les objectifs opérationnels relevant de la prévention, du repérage et de la prise en charge de premier recours (médecins libéraux, psychologues, maison des adolescents, …) sont traités dans le parcours de santé de l'enfant et l'adolescent, en lien avec le parcours santé mentale :

- Privilégier une approche globale en promotion de santé, dès le jeune âge, basée sur le développement des compétences psychosociales agissant comme déterminants de santé pour prévenir des problèmes de santé mentale ;
- Assurer l'accès de jeunes entre 11 et 21 ans à des consultations de psychologues financées dans le cadre de l'expérimentation Ecout'Emoi du Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, sur les 4 territoires désignés ;
- Mettre en place, selon les besoins, des interventions avancées de professionnels compétents en santé mentale (à titre d'exemples : infirmier, psychologue, pédopsychiatre) ou équipes mobiles en psychiatrie, auprès d'enfants ayant des difficultés avérées et durables, afin de prévenir des ruptures de parcours : dans les maisons de santé pluri-professionnelles, les lieux d'accueil d'enfants placés (ASE, PJJ), les maisons des adolescents… ;
- Mettre en place, selon les besoins, des interventions avancées de professionnels des maisons des adolescents dans des territoires éloignés du siège de la maison départementale ;
- Mettre en place un plan de formation à destination des éducateurs ASE / PJJ pour un travail partenarial autour de l'accompagnement du jeune en difficulté (convention entre la psychiatrie et l'ASE / PJJ).

Les objectifs opérationnels relevant du recours aux soins spécialisés, la gestion de la crise ou de l'acutisation des troubles et la prévention des ruptures de parcours sont traités dans le parcours en santé mentale, notamment l'objectif 6. Sa déclinaison opérationnelle sera réalisée avec l'ensemble des partenaires et acteurs concernés par ces deux parcours.

- Mettre en place un dispositif de repérage des enfants et adolescents nécessitant une poursuite du suivi à l'âge adulte et formaliser le passage de relai via une consultation et une fiche de liaison ;
- Créer des équipes mixtes (psychiatrie adulte et psychiatrie infanto juvénile) ;
- Adapter l'offre en identifiant des unités de soins pour les 16-25 ans ;
- Organiser le recours à un avis spécialisé auprès des services sociaux (Aide sociale à l'enfance…), médico-sociaux voire sanitaires (pédiatrie en établissement général) : réunion de synthèse, équipes mobiles, temps de formation, téléconsultation, protocoles partagés… ;

- Formaliser un projet coordonné de soins et d'accompagnement, partagé entre tous les acteurs des différents champs de la prise en charge afin d'éviter les allers et retours de patients jusqu'au point de rupture ;
- Identifier dans chaque projet territorial de santé mentale des lits d'hospitalisation de crise.

Objectif 7 Mettre en œuvre une communication des données agrégées de santé des enfants et des adolescents, auprès des professionnels de santé, en rendant ces données accessibles et lisibles pour aider à porter des projets territoriaux

Les données de santé de l'enfant sont nombreuses et morcelées. Pour permettre aux acteurs de s'appuyer sur des données fiables en vue de l'élaboration de projets territoriaux, une meilleure connaissance et diffusion de données de santé de l'enfant est nécessaire prioritairement concernant :

- Les données de santé issues des certificats de santé 8e jour, 9e mois et 24e mois et de l'examen lors de la 6e année ;
- Les résultats de l'enquête régionalisée HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) tous les 4 ans.

Objectifs complémentaires au parcours enfants-adolescents

- Réduire les risques auditifs chez les jeunes liés à l'écoute de la musique amplifiée (page 25)
- Réaliser un support de sensibilisation / information des praticiens intervenant auprès des enfants afin de réduire les délais de diagnostic de cancers de l'enfant (page 86)
- Les trois centres de référence en oncopédiatrie structurent le suivi à long terme des enfants traités pour cancer à proximité de leur domicile en lien notamment avec le médecin traitant (page 87)
- Améliorer l'accès aux soins palliatifs pédiatriques par le conventionnement entre les équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques et les acteurs de la néonatalogie et de l'enfance (page 177)
- Permettre un accès à une prise en charge ambulatoire pour les enfants en soins de suite et de réadaptation dans chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence (page 153)

2/ AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN PSYCHIATRIE ET EN SANTÉ MENTALE

/// CONSTATS ET ENJEUX

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, pose les bases d'une organisation territoriale de la santé mentale, dont le périmètre doit permettre de développer l'offre de service et de soins préconisé en 2016 par le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade et celui du Haut conseil de la santé publique (HCSP) sur le plan santé mentale 2012-2015.

Ces rapports témoignent de réels progrès réalisés notamment dans :

- La reconnaissance du rôle et des droits des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage ;
- L'intégration des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- Le développement des études, recommandations ou soins autour de la notion de handicap psychique ;
- Le début d'un rééquilibrage de l'offre de soin avec un rôle accru des Centres médico-psychologiques (CMP) de secteur ainsi que des secteurs médico-social et social ;
- Une meilleure prise en compte de la santé somatique, des urgences, du risque suicidaire, des comorbidités addictives et de l'accès à des soins adaptés pour des populations plus spécifiques ou vulnérables.

Néanmoins, ces rapports exposent aussi la nécessité de poursuivre les efforts pour, entre autre :

- Mieux répondre aux projets de vie et aux besoins des usagers et de leur famille ;
- Pallier à l'hétérogénéité et l'inégalité des pratiques de soins ;
- Rendre les filières plus lisibles ;
- Adapter l'articulation entre la psychiatrie publique et privée ;
- Optimiser les modalités de financement des soins en santé mentale ;
- Renforcer les soins psychothérapiques et limiter les prescriptions de psychotropes ;
- Faire progresser l'espérance et la qualité de vie des usagers.

Leurs recommandations conviennent de l'importance de développer une politique de santé mentale intégrant la psychiatrie publique, pérenne, pilotée à long terme, ambitieuse, associant les partenaires libéraux et l'ensemble des champs sociaux, médico-sociaux pouvant être concernés. Elles proposent de renforcer la continuité et la coordination socio-sanitaire en faisant de l'hospitalisation une exception et des soins ambulatoires de proximité le premier et principal recours. Elles invitent également à prendre soin des professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale et de leurs conditions d'exercices, à l'aide d'une politique de gestion des ressources humaines et de formation créative et adaptée.

La feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie a été présentée en juin 2018 lors du premier Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie (CSSMP). En cohérence avec la stratégie nationale de santé, notamment le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide, la feuille de route attache une importance particulière à l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique, à leur inclusion sociale, au respect de leur citoyenneté, et enfin, à leur garantir un accès aux soins et à leur accompagnement.

Cette feuille de route s'articule autour de trois axes majeurs :

- Axe 1 - Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- Axe 2 - Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Axe 3 - Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

La région Grand Est ~~partage ces constats tout en présentant~~ présente des spécificités et des disparités dans l'organisation territoriale de la santé mentale, en termes de dispositifs de prise en charge et sur un plan socio-économique et démographique.

À cet effet, les principaux constats sont les suivants :

- La région Grand Est présente un taux d'équipement en lits et places de psychiatrie inférieur à la moyenne nationale avec des disparités territoriales. Ainsi, les départements de la Meuse et de la Haute Marne présentent un taux d'équipement global nettement supérieur, alors que ceux de Meurthe et Moselle disposent de moins d'un lit ou place pour 100 000 habitants. L'offre sanitaire privée est peu présente dans la région ;
- La prise en charge des personnes en santé mentale est souvent centrée sur le domaine sanitaire de la psychiatrie, lequel, s'il occupe une place importante, doit être élargi vers les notions du bien être mental, de la prévention de la souffrance psychique et de la santé mentale « positive ». Il existe encore des patients hospitalisés faute de structure médico-sociale ou de projet d'insertion et de réhabilitation psycho-sociale adaptés ;
- Les expériences ou projets innovants ne sont pas suffisamment partagés au niveau régional ;
- Un manque de coordination des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social est constaté ;
- La situation démographique médicale est défavorable notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à laquelle s'ajoute une répartition inégale des professionnels libéraux (psychiatres, psychologues et médecins traitants) ;
- Le taux de mortalité régional par suicide sur la période 2011-2013 est de 14,7 décès pour 100 000 habitants. Ce taux, proche du taux national (15,2), masque une importante disparité départementale. Ainsi, plusieurs départements ruraux présentent des taux de mortalité par suicide nettement supérieurs au taux national (Meuse, Vosges, Haute-Marne et Marne). Par ailleurs, ces départements présentent une offre libérale faible avec un niveau de précarité et un isolement social important. Pour rappel, le taux de pauvreté monétaire 2012 est particulièrement élevé dans les Ardennes (19,3) et est supérieur au taux national (14,3) dans l'Aube, la Meuse, les Vosges et la Haute-Marne.

En complément de ces indicateurs régionaux, il est noté que des projets de santé mentale inscrits dans les PRS des antes régions n'ont pas pu aboutir. Certains mériteront d'être poursuivis et/ou ajustés en fonctions des nouveaux besoins de territoire, notamment ceux :

- Privilégiant une mise à niveau, une coordination et une optimisation de l'offre de soins :
- Intersectoriels ou transversaux facilitant la lisibilité, « l'allez vers » et l'accès aux soins intégrés de la population générale ou de populations plus spécifiques ;
- Présentant des dispositifs de ressources ou d'expertise méritant une expérimentation ou un développement ;
- Valorisant un virage ambulatoire transdisciplinaire pouvant améliorer les compétences des usagers et leur rétablissement psycho-social tout en réduisant les risques et dommages de leurs troubles psychiques et de leurs comorbidités.

De plus, selon les diagnostics des PRS précédents, il existe encore de trop nombreux patients hospitalisés de manière inadéquate, en soins libres ou sous contraintes, faute de :

- Possibilité de soins ambulatoire de proximité accessibles ;
- Décloisonnement des pratiques, de coordination et de fluidité des parcours ;
- Dispositifs d'urgence adaptés, de structures médico-sociales du handicap psychique, de partenariat avec des structures existantes (EHPAD, MAS, FAS, SSSR, maison relais, appartement thérapeutiques, SAVS, SAMSAH…) ou d'accompagnements socio-sanitaires dans une culture commune du rétablissement psycho-social.

Les soins aux enfants, adolescents, jeunes adultes et aux personnes âgées doivent encore s'organiser de manière plus cohérente et transdisciplinaire (avec la pédiatrie, la gériatrie, la neurologie, l'addictologie, les maisons des adolescents, les structures spécifiques médico-sociales…) sans complexifier la lisibilité de l'offre de soins.

L'intégration de soins addictologiques sanitaires et médico-sociaux dans plusieurs dispositifs spécialisés en santé mentale impose une réflexion stratégique et de soins, conjointe avec le parcours des personnes en situation d'addiction.

La culture de la bonne pratique de prescription des psychotropes, des anxiolytiques et hypnotiques en particulier, doit encore s'améliorer à l'aide du développement des thérapies non médicamenteuses et d'une meilleure accessibilité aux avis spécialisés pour la médecine générale.

L'éducation thérapeutique du patient et/ou la psychoéducation ne sont pas suffisamment reconnues, valorisées et développées en psychiatrie et en santé mentale.

La démographie médicale est variable mais peut être alarmante dans certains territoires, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Elle impose une réflexion globale de gestion des ressources humaines en ce qui concerne la santé des professionnels, le partage des missions entre champs de compétence ainsi qu'entre public et privé, les profils des métiers et les modalités de recrutement.

La psychiatrie libérale n'est pas suffisamment invitée à partager les missions de soins en santé mentale ou à s'impliquer dans les réflexions de parcours.

Les expériences ou projets innovants nationaux, régionaux et internationaux notamment avec les pays frontaliers ne sont pas suffisamment partagés au niveau régional.

Ainsi, en s'appuyant sur une évaluation des PRS des 3 ante-régions et sur les recommandations des rapports Laforcade et du Haut conseil de la santé publique, 7 grands thèmes de réflexions sont privilégiés concernant :

- Les conditions d'accueil, les droits et la qualité de vie des usagers et de leurs familles ;
- La culture et la promotion de la santé, la prévention et la réduction des risques et des dommages en santé mentale pour les usagers et les professionnels impliqués ;
- La lisibilité, l'accès, l'organisation et la coordination des soins et parcours en santé mentale ;
- La qualité, la diversité et l'efficience des pratiques et de l'offre de soins en santé mentale pour les usagers et les professionnels en santé mentale ;
- Le virage ambulatoire en s'articulant avec des dispositifs d'hospitalisation temps plein adaptés, réactifs et fluides, en s'appuyant sur l'optimisation des moyens et des compétences professionnelles ;
- Les programmes de formation, d'enseignement et de recherche ;
- La représentation sociale des maladies mentales et la reconnaissance du handicap psychique pour favoriser l'accès à l'autonomie et à la citoyenneté.

Ces thèmes doivent soutenir l'élaboration des parcours en santé mentale qui se déclinent en parcours de vie, de santé et de soins. Ces parcours doivent être abordés dans une dimension globale intégrant le champ social, médico-social et sanitaire public, privé ou libéral.

Les actions doivent conduire à une approche plus créative, intégrative et ambitieuse portée par « l'allez vers » les usagers et « l'aller au-delà » des acteurs pour limiter les ruptures, à l'aide du développement de prises en soins ambulatoires pluridisciplinaires qui devront promouvoir la santé, les soins intégrés, le rétablissement psycho-social, l'inclusion sociale et la citoyenneté. Ces prises en soins devront s'appuyer sur un dispositif hospitalier public et privé, fluide et disponible ainsi que sur des conseils locaux en santé mentale (CLSM) impliqués.

Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) précise que celui-ci doit permettre à la population générale et aux populations plus spécifiques un accès adapté aux diagnostics, aux soins spécialisés et aux dispositifs de références existant au niveau régional ou interrégional, en s'appuyant sur des parcours de soins gradués et coordonnés par les acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux de proximité.

Ces évolutions doivent s'accompagner d'une volonté commune de prendre soin de tous, pour aider les usagers à se prendre en charge et à devenir des acteurs de leur propre santé et parcours de vie.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

La politique de santé mentale sera approchée de manière transversale et territorialisée, en s'appuyant sur la dynamique de l' « aller vers » et d'empowerment.

Afin d'améliorer l'accès aux soins et le parcours en santé mentale, il s'agit de mettre en place la politique territoriale de santé mentale selon la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et selon le décret du 27 juillet 2017, en s'appuyant sur la déclinaison de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie

/// Axe 1 - Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide

- Améliorer la prévention du suicide en organisant le suivi et le maintien du contact avec les suicidants et en développant des dispositifs de repérage précoce du risque suicidaire et de la souffrance psychique.
  - Les différents programmes nationaux de repérage des suicidants et de prévention, destinés à la fois aux professionnels et au grand public seront déployés sur l'ensemble des territoires du Grand Est [Objectif 1]
- Améliorer le recensement, le partage et le développement des outils, des bonnes pratiques, des recommandations, des projets de recherche et de la prévention, ainsi que de la réduction des risques et des dommages en psychiatrie et en santé mentale, à l'aide d'un CreHpsy Grand Est ;
  - Le développement d'un centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique (CreHpsy) Grand Est favorisera le recensement, la mutualisation, le partage ou le développement des outils, recommandations et projets dans le domaine de la santé mentale et du handicap psychique ayant faits leurs preuves ou en expérimentation au niveau départemental, régional, national ou international **[Objectif °2]** ;
- Améliorer le droit des usagers et des personnes malades, leur citoyenneté et la représentation sociale de la maladie mentale en travaillant avec les associations de patients et de familles, les conseils locaux de santé mentale et les groupes d'entraide mutuelle.
  - Le respect des droits et de la dignité des patients hospitalisés en psychiatrie ou suivi dans les parcours de soins en santé mentale ainsi que de leur famille devra être garanti **[Objectifs 2 et 5]** ;
- Améliorer les connaissances et les pratiques professionnelles par l'adaptation des programmes de formation, d'enseignement et la gestion des ressources humaines des professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale. Favoriser les formations croisées, pour un partage et une articulation des compétences dans les champs sanitaires publics et privés, médico-sociaux et sociaux.
  - Une politique efficiente et innovante des gestions des ressources humaines devra être développée pour mieux répondre aux enjeux en terme de quantité, qualité et de partage des compétences disponibles, en terme d'attractivité et de recrutement, d'ajustement de profils des professions et de bien-être et santé au travail **[Objectif 3]**.
  - Les programmes de formations, d'enseignement et de recherche en santé mentale devront s'adapter à l'évolution des compétences et pratiques nécessaires et permettre une meilleure articulation et une fédération des différents acteurs impliqués **[Objectif 3]** ;

/// Axe 2 - Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité

- Améliorer l'organisation des actions territoriales en s'appuyant sur les projets de territoires en santé mentale, sur l'intégration de la santé mentale dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT), sur le développement de parcours de soins horizontaux et transversaux à l'aide des communautés psychiatriques de territoire (CPT) et/ou de partenariats conventionnés territorialisés où le secteur psychiatrique trouverait toute sa place, en lien avec tous les autres acteurs.
  - Les projets territoriaux de santé mentale seront mis en place progressivement **[Objectif 4].**
- Améliorer les parcours de soins des personnes malades en optimisant la lisibilité de ces parcours, leur accessibilité, leur organisation et leur coordination, ainsi qu'en individualisant et variant leurs approches thérapeutiques, dans le respect d'un projet de vie des usagers pour limiter les ruptures de prise en soins et les hospitalisations inadéquates.
  - Le non accès aux soins ou aux avis spécialisés, les ruptures de prise en soins et les hospitalisations inadéquates devront être évitées à l'aide d'une amélioration de l'accès, de la coordination et d'une meilleure fluidité des parcours de soin en santé mentale **[Objectifs 5, 7 et 8].**
- Améliorer les soins et accompagnements ambulatoires en s'articulant avec un dispositif d'hospitalisation à temps complet sanitaire public et/ou privé réactif et fluide, ainsi qu'en s'appuyant sur une meilleure continuité socio-sanitaire.
  - Le virage ambulatoire sera accompagné en s'appuyant sur une meilleure articulation et coordination des soins publics et privés, sur une continuité socio-sanitaire plus performante et sur des structures d'hospitalisation temps plein plus efficientes **[Objectif 5].**
- Améliorer le développement de soins intégrés somatiques, addictologiques, dentaires et de réhabilitation psycho-sociale adaptés aux besoins des usagers, en articulant justement le sanitaire, le médico-social et les intervenants libéraux, pour améliorer les conditions de vie et l'état de santé des usagers et en travaillant notamment sur des thématiques de soins transversales, favorisant le développement d'une culture santé et des leviers motivationnels (soins somatiques, soins addictologiques, rétablissement psycho social, éducation thérapeutique…).
  - Le développement des pratiques de soins intégrés (articulant les soins en santé mentale institutionnels, psychothérapiques et médicamenteux, les soins somatiques, les soins dentaires, les soins addictologiques et les soins en réhabilitation psycho-sociale dont l'éducation thérapeutique), de la prévention et de la réduction des risques et des dommages sera soutenu pour améliorer la santé, le risque de suicide, le rétablissement psycho-social, l'autonomisation et l'accès à la citoyenneté des usagers **[Objectif 6]**.

/// Axe 3 - Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

L'axe 3 de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'adresse plus spécifiquement aux personnes en situation de handicap psychique. Sa déclinaison se retrouve dans le parcours des personnes handicapées.

- Améliorer l'inclusion dans la cité par les pairs, l'accompagnement vers l'emploi, L'accès ou de maintien dans un logement, dans un projet global de développement d'une offre en réhabilitation psycho-sociale.
- Des dispositifs de réhabilitation psychosociale, gradués et territoriaux, seront mis en place. La pair-aidance ainsi que les formations des médiateurs pairs seront soutenus. Les liens et partenariats avec les bailleurs sociaux, les CLSM et les GEM seront favorisés **[Objectif 8]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

/// AXE 1 - PROMOUVOIR LE BIEN ÊTRE MENTAL, PRÉVENIR ET REPÉRER PRÉCOCÉMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PRÉVENIR LE SUICIDE

Objectif 1 (ex obj. 5) Réduire l'écart par rapport à la moyenne nationale du taux de mortalité par suicide dans les départements les plus touchés

Depuis le début des années 2000, la mortalité liée aux suicides n'a diminué que de 8 % dans la région, contre 16% à l'échelle nationale. La problématique est particulièrement aiguë pour les adolescents et les jeunes adultes. Il s'agit de mettre en commun les actions en place afin d'organiser une prévention du suicide homogène sur l'ensemble du Grand Est :

- Décliner le plan d'ensemble national en constituant ~~Constituer~~ un comité de pilotage régional de prévention du suicide réunissant les représentants des différents établissements de psychiatrie de la région, afin d'échanger sur les pratiques mises en place, les freins et les leviers rencontrés. Ce comité de pilotage pourrait être porté par un CreHpsy (voir objectif 7) ;
- Mettre en place un plan de formation à destination des professionnels (ville, ESMS…) pour aider à identifier les situations et personnes à risques ;
- Mettre en place un plan de formation à destination de citoyens ou professionnels non soignants pour repérer et faciliter l'accès aux soins des personnes suicidaires ;
- ~~Déployer~~ Développer des dispositifs de prévention du suicide et étendre, à l'ensemble de la région Grand Est, les actions en place dans certains territoires ~~afin d'élargir la prévention du suicide~~, notamment le dispositif de re-contact systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide (VigilanS).

La prévention des violences et du suicide dans l'Axe stratégique n°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé (page 13)

Objectif 2 (ex obj. 7) Créer un centre régional de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique pour promouvoir l'éthique, la recherche et les dispositifs innovants en santé mentale

Les dispositifs innovants, mis en place dans certaines structures intervenant dans le champ de la santé mentale sont parfois méconnus des autres acteurs de la région. De la même manière, le partage de pratiques vertueuses et éthiques entre institutions doit permettre de promouvoir la bientraitance et le respect des droits des citoyens, en particulier pour les publics vulnérables.

Un Centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique (CreHpsy) serait utile pour améliorer le recensement, le partage et le développement des outils, des bonnes pratiques et des recommandations. Il pourrait :

- Faciliter le partage des informations et la connaissance des dispositifs existants dans le Grand Est entre les acteurs du champ de la santé mentale ;
- Accompagner le développement de la prévention ainsi que de la réduction des risques et des dommages en psychiatrie et en santé mentale ;
- Accompagner les réflexions d'un observatoire ou COPIL de prévention du risque suicidaire en région Grand Est ;
- Aider à améliorer le respect des droits des usagers et des personnes malades, ainsi que l'éthique des soins ;
- Soutenir la citoyenneté et une meilleure représentation sociale de la maladie mentale, en travaillant avec les associations de patients et de familles, les conseils locaux de santé mentale et les groupes d'entraide mutuelle ;
- Faciliter le partage et l'intégration des dispositifs innovants en santé mentale dans la région, mais aussi celui des expériences nationales et internationales.

La formation ou la sensibilisation des professionnels de santé du domaine somatique (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes, etc.) ainsi que des campagnes de communication à destination des médias et du grand public pourraient contribuer à réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Pour cela, il convient de :

- Promouvoir la création et le déploiement du CreHpsy et recenser les expériences décrites par le centre de preuves en santé mentale. Mettre en place un comité de pilotage, pour partager les expériences et organiser leur déploiement à un niveau régional ;
- ~~Recenser les projets innovants au niveau de la région, mais aussi au niveau national et international ;~~
- ~~Recenser les expériences décrites par le centre de preuves en santé mentale ;~~
- ~~Mettre en place un comité de pilotage régional, pour partager les expériences et organiser leur déploiement à un niveau régional ;~~
- Constituer un comité de pilotage régional de prévention du suicide (cf Objectif 1) ;
- Valoriser les projets innovants au niveau de la région, mais aussi au niveau national et international ;
- Informer le grand public sur la santé mentale et lutter contre la stigmatisation ;
- Mettre en place des actions de formation – sensibilisation aux troubles psychiques à destination des professionnels de santé.

Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive (page 126)

Objectif 3 (ex obj. 8) Améliorer la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux

Cet objectif vis à adapter les formations et enseignements universitaires, ainsi que les profils de métiers et les modalités de gestion de ressources humaines, aux besoins nationaux mais aussi régionaux.Il vise également à trouver les réponses adaptées à la souffrance psychique des professionnels de santé.

Pour cela il convient de :

- Favoriser les liens entre l'université, les établissements de santé mentale périphériques et les institutions médico-sociales ;
- Développer des structures de soins spécifiques aux professionnels de santé ;
- Favoriser les liens entre les établissements de santé mentale, les services de maladies professionnelles et la médecine du travail ;
- Faciliter les formations transversales entre les différents acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, comme permettre aux personnels du secteur social et éducatif d'acquérir des connaissances en santé mentale ;
- Promouvoir les actions de prévention de la souffrance au travail au sein des établissements médico-sociaux et sanitaires.

En lien avec les objectifs «Améliorer la santé au travail » (page 27)

En lien avec l'objectif « Erreur ! Source du renvoi introuvable. » (page Erreur ! Signet non défini.)

/// AXE 2 - GARANTIR DES PARCOURS COORDONNÉS ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIÉE ET DE QUALITÉ

Objectif 4 (ex obj 1) Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est

Les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), ~~La mise en place des PTSM visant à de mettre en place un parcours de santé et de vie coordonné,~~ en application de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, constituent le fondement de la politique régionale de santé mentale à l'échelle des territoires dans une logique d'offre de proximité sanitaire, médico-sociale et sociale. Leur élaboration vise à mettre en place des parcours de santé et de vie cordonnés.

Pour ~~aborder~~ favoriser le repérage des troubles, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique dans une dimension globale et la continuité du suivi tout au long du parcours, les PTSM vont réunir les acteurs des champs social, médico-social, sanitaire public ou privé et les professionnels libéraux dans des réseaux territoriaux de partenariats, en s'appuyant sur des diagnostics partagés entre les acteurs concernés.

- Déployer progressivement les PTSM sur l'ensemble du Grand Est en s'appuyant notamment sur les communautés psychiatriques de territoire préfiguratrice quand elles ont été constituées.

L'ARS Grand Est bénéficie, pour l'élaboration des PTSM, de l'appui méthodologique de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

En lien avec l'action numéro 8 de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie : « Mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaires, social et médico-social définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) » et mesure prioritaire de l'année 2019

Objectif 5 (ex obj 3) Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire

Cet objectif vise autant un accès facilité et lisible pour les usagers souffrant de troubles psychiques, que pour les familles, les professionnels en santé. Il permet d'améliorer l'accès à un avis spécialisé, de réduire les risques de rupture de soins et d'adapter l'efficience des suivis. Il favorise le maintien des usagers dans leur milieu de vie ordinaire et leur inclusion sociale et professionnelle. Il doit aussi permettre de limiter les hospitalisations inadéquates et de faciliter les sorties de l'hôpital, en soins libre ou sous contrainte, dans une démarche d'autonomisation et de rétablissement psycho-social. Pour cela il convient de :

- Favoriser les interventions à domicile ;
- Faciliter l'accès aux structures ambulatoires en aménageant les amplitudes horaires, les jours d'ouverture de ces structures (centres médico-psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour, CATTP...) ;
- Mettre en place dans les CMP des plages d'accueil non programmé de consultation infirmière, pour permettre une réponse rapide aux premières sollicitations, ou aux situations d'urgence à évaluer ;
- Développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé ;
- Mettre en place des dispositifs de télémédecine dans les zones sous-denses ;
- Mettre en place un dispositif de maintien de contact et de prise en charge pour les patients présentant des pathologies lourdes, en risque ou déjà en rupture de suivi (fugues…).

En lien avec l'action numéro 9 de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie : «Développer les prises en charge ambulatoires, y compris intensives et les interventions au domicile du patient, y compris en établissement et service médico-social »

En lien avec l''action numéro 10 de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie : « Mobiliser les ressources en télémédecine »

Objectif 6 (ex obj 4) Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique

L'accès aux soins intégrés (somatiques, dentaires, addictologiques...) concerne les usagers hospitalisés à temps plein ou à temps partiel, ainsi que ceux suivis en ambulatoire, qui par méconnaissance, manque d'accompagnement ou de propositions, perte des initiatives ou précarité, n'ont pas accès à ces soins. Cela implique une articulation ou une liaison cohérente entre les équipes de soin psychiatrique, addictologique, les professionnels du champ médico-social, les médecins libéraux (médecins traitants, spécialistes, dentistes) et les services de soins somatiques hospitaliers.

Cet objectif vise à une meilleure articulation ~~avec~~ entre les soins en santé mentale institutionnels, psychothérapiques, psycho-éducatifs et médicamenteux, les soins addictologiques et les soins somatiques. ~~pour~~ L'enjeu est de favoriser. le recours précoce à un avis spécialisé ; de diversifier ~~une diversification de~~ l'offre thérapeutique afin d'augmenter l'efficience des prescriptions des psychotropes, un renforcement de l'alliance et de l'observance thérapeutique ainsi qu'une amélioration de la santé et de la qualité de vie des usagers. Il s'agit de faire bénéficier les usagers « au-delà » de la psychiatrie, des différentes démarches de prévention et de réduction des risques et des dommages, pour augmenter leur espérance de vie, réduire leurs conduites à risques (santé, sociales, sexuelles, judiciaires…) et les aider à devenir acteurs de leur propre santé. Pour cela il convient de :

- Favoriser dans les établissements de santé, les soins intégrés en facilitant l'accès à des consultations de médecine générale, dentaire ou addictologique : soit par des praticiens exerçant au sein de la structure médico-sociale ou sanitaire ; soit en recourant à des praticiens libéraux,

soit en contractualisant avec un autre établissement de santé ;

- Faciliter l'accès à des examens et/ou des soins somatiques, ou dentaires, ou addictologiques complémentaires en milieu hospitalier, en formalisant le circuit du patient en provenance d'un établissement autorisé dans le projet médical partagé du GHT ;
- Favoriser l'accès aux soins de ville en développant :
  - Le partenariat avec les professionnels libéraux en s'appuyant sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
  - L'articulation avec les politiques locales de santé, notamment par le biais des Contrats locaux de santé (CLS).
- Intégrer la promotion de la santé, la démarche de réduction des risques et des dommages, ainsi que le soin éducatif dans le soin en santé mentale.

En lien avec les actions numéro 11-14-15 de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie : «Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques»

Axe stratégique n°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé

Objectif 7 (ex obj 6) Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte

Cet objectif est commun avec le parcours des enfants et des adolescents dans lequel se trouve la présentation complète de cet objectif. Sa déclinaison opérationnelle sera articulée entre les deux parcours.

- Parcours enfants et adolescents : prévention, repérage et la prise en charge de premier recours (médecins libéraux, psychologues, maison des adolescents…) ;
- Parcours en santé mentale : recours aux soins spécialisés, gestion de la crise ou de l'acutisation des troubles et prévention des ruptures de parcours.

En lien avec «Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte » (page 63)

/// AXE 3 - AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

Objectif 8 (ex obj 2) Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers

Cet objectif cible les usagers hospitalisés au long cours ou bien vivant à leur propre domicile ou ~~en institution, qui~~ se trouvant en situation de perte d'autonomie dans leur vie sociale. Il vise à leur permettre de bénéficier d'un projet de soins adapté à leurs besoins, en adéquation avec leur projet de vie et leur handicap psychique, en faveur d'un projet de réhabilitation psychosociale, de rétablissement personnel, d'une meilleure inclusion sociale et d'un accès à l'autonomie et à la citoyenneté.

Par l'accompagnement et la promotion des capacités à agir et à décider des personnes en souffrance psychique, il vise leur ~~accompagnement des personnes en souffrance psychique dans des objectifs de~~ maintien ou d'insertion dans la vie sociale et dans leur vie citoyenne en favorisant :

- L'accès ou le maintien au logement, ou dans une structure d'hébergement adaptée ;
- L'insertion professionnelle en milieu ordinaire, protégé, ou en emploi aidé ;
- L'accès ou le maintien de la scolarité, ou des études et l'accès à la culture;
- L'accès à la santé ~~et à la culture.~~ l'observance au traitement et la diminution de la prescription médicamenteuse.

Cet objectif implique de :

- Mettre en place des dispositifs de réhabilitation gradués territoriaux avec des professionnels formés à la remédiation cognitive, à la psychoéducation et à l'éducation thérapeutique ;
- Développer un partenariat avec les bailleurs sociaux ;
- Mettre en place des dispositifs intersectoriels d'accès à l'emploi ou à des missions d'intérêt collectif et mutualiser les expériences régionales ayant permis un accès à des emplois ;
- Favoriser les liens des professionnels ou des institutions avec les CLSM et les GEM.
- Développer la pair-aidance et favoriser la formation des médiateurs de santé pairs.

Il est souhaitable, selon des modalités à définir par territoire, d'intégrer la psychiatrie libérale à une réflexion collaborative, autant dans la répartition ou le partage des missions de soins, que dans les modalités de son implication dans les « sorties » des filières hospitalières des patients stabilisés et dans leur suivi.

- *En lien avec les actions 34, 35 et 36 de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie : « Améliorer l »accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné » (Axe 3)*
- *Cet objectif est également en lien avec les actions suivantes des axes 1 et 2 de la feuille de route nationale :*
  - *En lien avec l'action 1 de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie : « Renforcer les compétences psychosociales » (Axe 1)*
  - *En lien avec l'action 18 de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie : « Développer une offre de réhabilitation psychosociale sur les territoires » et mesure prioritaire de l'année 2019 (axe 2)*
- *Promouvoir l'implication du citoyen en augmentant ses compétences et ses capacités d'action (page 215)*

3/ PERMETTRE AUX PATIENTS DE MIEUX VIVRE AVEC LEURS MALADIES CHRONIQUES DONT LE DIABÈTE

/// CONSTATS ET ENJEUX

En région Grand Est comme en France, on observe une augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques. Du fait de l'allongement de l'espérance de vie, des progrès de la médecine et des changements de mode de vie (alimentation, activité physique notamment, il y aura de plus en plus de personnes vivant de nombreuses années avec une maladie chronique.

Les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires sont respectivement responsables de 28%, 25%, 8% et 7% des décès observés en région. Ces maladies sont en grande partie évitables en agissant sur les principaux facteurs de risque. Des politiques publiques volontaristes et favorisant une alimentation saine, la pratique d'activité physique, limitant la consommation de tabac et d'alcool, promouvant des milieux favorables à la santé (travail, environnement) doivent chercher à améliorer les déterminants de santé afin de retarder voire empêcher l'apparition des pathologies concernées.

Le parcours maladie chroniques se concentre sur 4 pathologies majeures au regard de leur impact en santé publique, soit le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'hépatite C et la BPCO. Le parcours cancer et le parcours maladies cardio-neurovasculaires font l'objet de chapitres dédiés dans le PRS.

En France, le diabète de type 2 concerne 8 % de la population en 2016[1], soit 5 millions de personnes. Sa prévalence et le nombre de patients traités ne cessent de progresser ce qui fait de cette pathologie un enjeu de santé publique tout particulièrement marqué dans notre région Grand Est qui accuse les taux de prévalence les plus élevés de France métropolitaine après les Hauts de France.

Longtemps silencieux, le diabète de type 2 souffre d'un retard de diagnostic estimé entre 9 et 12 ans. Les études indiquent qu'en France près de 700 000 adultes sont diabétiques mais l'ignorent ce qui représenterait 42 400 personnes adultes en région Grand Est. Ce retard de diagnostic favorise la survenue de complications cardiovasculaires, ophtalmologiques, neurologiques, rénales entre autres. Ces complications font la gravité du diabète en termes de morbi-mortalité (les dépenses directement liées au diabète et à ses complications atteignent 7,9 milliards d'euros en 2014)

Le diabète est la principale cause d'insuffisance rénale terminale, on estime que 30 à 40% des patients en dialyse sont diabétiques.

L'insuffisance rénale affecte 1 français sur 10 et progresse de 6% par an, notre région est l'une des plus touchées de France. L'évolution de la maladie se fait souvent vers l'insuffisance rénale terminale et la nécessité d'une dialyse ou une greffe. Un suivi rapproché et une prise en charge précoce permettrait de ralentir la progression de la maladie.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. Sa cause principale est le tabagisme dans 85 % des cas mais aussi des expositions environnementales, notamment professionnelles. On estime qu'entre deux tiers et 90 % des personnes ne sont pas diagnostiquées à temps. Dans ses formes les plus sévères, la BPCO conduit à l'insuffisance respiratoire chronique nécessitant l'administration d'oxygénothérapie de longue durée au moins 15 heures sur 24.

Les hépatites B et C sont des infections virales touchant le foie pouvant entrainer des complications graves (cirrhoses, cancers). Les principales expositions à risque de transmission en France pour l'hépatite B sont les rapports sexuels à risque (avec un partenaire porteur d'une infection chronique par le VHB, en cas de partenaires multiples ou de rapports entre hommes), la transmission materno-fœtale et le séjour dans une zone d'endémie. La transmission peut également intervenir par exposition à du sang ou des objets contaminés tels que lors d'échanges de seringues ; de pratiques de tatouage, piercing ou acupuncture ainsi que lors d'échanges d'objets de toilettes personnels. La prévalence de l'hépatite B est significativement supérieure dans la région Grand Est par rapport aux

autres régions françaises, on évalue l'incidence à 38 800 personnes (<1% de la population adulte). L'hépatite C est transmise par la transmission sanguine, par contact direct, ou par l'intermédiaire d'un objet contaminé. Dans le Grand Est, on estime qu'environ 23 300 personnes en sont atteintes (0,42% de la population adulte).

Au-delà des hépatites virales, c'est l'ensemble des maladies du foie, en particulier liées à l'alcool et au syndrome métabolique qu'il faut considérer afin d'avoir un impact sur la mortalité évitable. Dans le Grand Est, il y a 2,5 millions de personnes en surpoids (43% de la population), avec le risque pour cette population de développer une stéatose (foie gras), une non alcoolique stéatose hépatite (NASH) ou une fibrose du foie. Le risque de fibrose du foie augmente de 15 % par indice de masse corporel supérieur à 25.

Les principaux constats identifiés en région conduisent à la nécessité de :

- Renforcer la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière ;
- Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des maladies chroniques ;
- Améliorer l'information des professionnels et les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- Poursuivre le décloisonnement du système de santé en encourageant les expérimentations relatives aux modes de coopération pluridisciplinaires (communautés professionnelles territoriales de santé / équipes de soins primaires) ;
- Faciliter l'implication et la maîtrise par la personne atteinte de maladie chronique de son parcours de soins, par un meilleur accompagnement des personnes afin qu'elles vivent au mieux avec leur maladie chronique : annonce, éducation thérapeutique ;
- Valoriser et diffuser des actions positives ou reconnues comme efficaces.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Le parcours maladies chroniques se décline au travers de 4 axes principaux, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les maladies du foie dont les hépatites et les maladies respiratoires dont la BPCO.

- L'axe 1 – Diabète vise à s'assurer d'une approche concertée et efficace en agissant sur la prévention **[Objectif °1]** le dépistage précoce **[Objectif °2]** la prise en charge **[Objectif °3]** et éviter les complications **[Objectif °4]** ;
- L'axe 2 – Insuffisance rénale chronique cherche à améliorer le pronostic des patients en évitant la dialyse en urgence **[Objectif °5]** à préserver l'autonomie des patients en leur proposant davantage de prises en charge hors centre lourd **[Objectif °6]** et à améliorer leur qualité de vie en facilitant l'accès aux personnes éligibles à la greffe rénale **[Objectif °7]** ;
- L'axe 3 – Maladies respiratoires dont BPCO porte des actions sur la 5^{e} cause de décès en France. Il s'agira de réduire l'incidence en prévenant sa survenue **[Objectif °8]** et diminuer la morbidité en améliorant son dépistage et sa prise en charge **[Objectif °9]** ;
- L'axe 4 – Maladies du foie traduit l'objectif volontariste d'éradiquer l'hépatite C d'ici 2025. Cela passera par davantage de dépistages **[Objectif °10]** et un renforcement de la prise en charge coordonnée**. [Objectif 11]**

/// OBJECTIFS OPERATIONNELS

/// AXE 1 – DIABÈTE

Objectif 1 Prévenir l'apparition du diabète en agissant sur les facteurs de risque

On n'est pas tous égaux devant le risque de développer un diabète de type 2. Ainsi l'âge, l'origine ethnique et l'hérédité génétique jouent tous un rôle important. Il existe néanmoins des facteurs de risque majeurs sur lesquelles il est possible d'agir, au premier plan desquelles se trouvent l'obésité et la sédentarité. Au travers de l'axe stratégique 1. Promouvoir les comportements et des environnements favorables à la santé, il s'agira d'agir en :

- Encourageant une bonne hygiène alimentaire par l'incitation des territoires à adhérer à la charte nationale nutrition santé.

  Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé » (page 21)

- Encourageant l'activité physique chez les personnes obèses, au travers de l'accès à des programmes d'activité physique adaptée, portées par le programme Prescri'mouv ;

  Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies (page 21)

Objectif 2 (ex-obj 1) Dépister précocement le diabète et l'intolérance au glucose

Le diabète de type 2 apparait de plus en plus comme une maladie réversible dans sa phase initiale et il est possible d'éviter la progression de l'intolérance au glucose vers le diabète de type 2 à condition d'employer une stratégie volontariste. Le dépistage précoce permet d'inciter les patients à réduire leur poids, augmenter leur activité physique et surveiller leurs autres facteurs de risque cardiovasculaires avant l'apparition de complications. Il s'agira de s'appuyer sur les médecins traitants mais également d'autres intervenants et professionnels de santé pour dépister le plus grand nombre de personnes à risque.

- Étendre à tout le Grand Est le programme de dépistage du diabète en officine en adaptant le protocole de l'expérimentation menée sur 3 départements ;
- Renforcer les actions de dépistage du diabète chez les publics en situation de précarité.

Objectif 3 (ex-obj 6) Optimiser la prise en charge du diabète

Le diabète une fois déclarée est une maladie chronique qui requiert des modifications conséquentes de son habitude de vie afin d'améliorer son pronostic. Le parcours du patient requiert de nombreux contacts avec des professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes, mais aussi infirmiers et pharmaciens parmi d'autres. Au-delà du suivi du traitement pharmacologique, c'est toute une coordination de soignants qu'il convient de renforcer.

- Faciliter le déploiement de la télémédecine et de la télé-expertise pour permettre aux patients d'avoir le bon conseil au bon moment ;
- Renforcer la coordination des soins en permettant le déploiement d'infirmières Asalée et d'infirmières de pratique avancée ;

- Fluidifier la communication et la concertation des professionnels et déployant le dossier médical partagé et en inscrivant la filière diabète dans le répertoire opérationnel des ressources ;
- Soutenir l'innovation organisationnelle et technique.

Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé (page 195)

Objectif 4 (ex-obj 2) Éviter les complications liées au diabète

La gravité du diabète est directement fonction des dégâts causés aux organes cibles. Un repérage précoce des complications permet souvent de les contrôler et fait partie des recommandations de bonne prise en charge des patients diabétiques.

Il n'est pas toujours aisé de permettre aux patients d'accéder aux différents dépistages recommandés, occasionnellement faute d'offre suffisante sur le territoire, notamment en ophtalmologie.

Les rétinopathies diabétiques sont des complications graves et peuvent être dépistées précocement et prévenues, via un suivi régulier du fond d'œil. Il faudra alors :

- Optimiser le dépistage de la rétinopathie diabétique en s'appuyant sur la télémédecine et la lecture à distance du fond d'œil ;
- Mettre en place un suivi renforcé des patients insuffisant rénaux pour réduire le nombre de diabétiques en insuffisance rénale terminale ;
- Réduire les amputations de membre à cause du diabète en renforçant la prise en charge des plaies diabétiques.

/// AXE 2 – INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Objectif 5 (ex obj 3) Diminuer d'au moins 50% le nombre de personnes insuffisantes rénales dialysées en urgence

En renforçant le repérage, le dépistage et la prise en charge précoce de la maladie rénale chronique, nous cherchons à éviter ou de moins à ralentir le plus possible le passage à la phase terminale de la maladie, ce qui impose un traitement de suppléance par dialyse. Schématiquement, pour le repérage et le dépistage, la biologie médicale est l'élément clé du diagnostic et produit une information qu'une meilleure coordination des acteurs (biologistes médicaux, médecins généralistes, pharmaciens de ville…) permettrait d'exploiter afin d'avoir un repérage des patients concernés plus efficient. Ensuite, pour les patients diagnostiqués insuffisant rénaux chroniques, l'objectif est d'éviter ou ralentir l'évolution de la maladie vers le stade terminal de la maladie, qui confronte le patient à la perte d'une fonction vitale et dont le traitement, en dehors du coût humain, représente annuellement par patient entre 30 000 et 90 000 euros en fonction des modalités de suppléance mises en œuvre. Les actions sont donc de :

- Renforcer la coordination entre professionnels (laboratoire de biologie médicale, médecin traitant, néphrologue et autres médecins spécialistes) ;
- Développer l'utilisation d'une combinaison de critères biologiques permettant de détecter les patients les plus à risques de progression vers l'insuffisance rénale chronique ;
- Favoriser une couverture médicale spécialisée en néphrologie organisée ;
- Promouvoir la mise en œuvre de coopérations interprofessionnelles dans le cadre du suivi de patients insuffisants rénaux à partir du stade III b (insuffisance rénale modérée).

Objectif 6 (ex obj 4) Augmenter le nombre de patients en insuffisance rénale pris en charge hors centre lourd de dialyse

La préservation de l'autonomie des patients contraints par les traitements de suppléance lourds et itératifs devra être favorisée. Ainsi un accès équitable à tous les traitements (modalités hors centre en particulier dialyse péritonéale, hémodialyse autonome, greffe) doit être assuré, avec l'objectif de réaliser l'adéquation entre le type de traitement et les caractéristiques du patient y compris en termes de compétences, capacités et garantissant une qualité de traitement au regard des recommandations en vigueur. En lien avec l'objectif précédent, les patients seront en amont de la suppléance informés et formés aux différentes techniques de suppléance afin d'aboutir à une décision partagée au regard de l'orientation vers la modalité de traitement. Pour les patients ayant dû démarrer une hémodialyse en centre en urgence, leur dossier sera réévalué pour leur offrir la possibilité de réorientation vers les modalités les plus autonomes de traitement.

- Faire évoluer les autorisations pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale afin de renforcer l'accessibilité à toutes les modalités de traitement.

Objectif 7 (ex obj 5) Augmenter le nombre de patients éligibles inscrits sur une liste d'attente de greffe rénale

La greffe, lorsqu'elle est possible, est le traitement de l'insuffisance rénale terminale apportant au patient la meilleure qualité de vie. Le poids financier de ce traitement, identique la première année au coût engendré par l'hémodialyse en centre, décroît rapidement à partir de la deuxième année, conjuguant ainsi un bénéfice pour le patient et pour la collectivité. Aussi, il faut :

- Favoriser les parcours de patients permettant de mettre en œuvre les recommandations de la HAS de 2015 visant à engager les patients dans une démarche d'inscription sur la liste d'attente de greffe précocement ;
- S'assurer que les moyens soient réunis pour que le bilan de pré-greffe puisse se faire rapidement pour le receveur et le donneur potentiel ;
- Favoriser la réévaluation des dossiers des patients en traitement de suppléance au regard de l'orientation vers la greffe ;
- Favoriser toutes les initiatives permettant de faire connaître et développer la greffe à partir de donneur vivant ;
- Développer avec les établissements habilités à effectuer des greffes, des initiatives locales pour accélérer le développement de la greffe de donneur vivant.

/// AXE 3 – MALADIES RESPIRATOIRES DONT LA BPCO

Objectif 8 (ex-obj 7) Prévenir la survenue de la bronchopneumopathie chronique obstructive

Le tabac est responsable d'au moins 90% des cas de Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et est le principal facteur modifiable pour en réduire l'incidence. La lutte contre la BPCO s'inscrit complètement dans la lutte contre le tabagisme et le renforcement des efforts de sevrage. Au travers des objectifs inscrits par l'axe stratégique 1. Promouvoir les comportements et des environnements favorables à la santé, il s'agira de :

- Maintenir ou rendre un environnement favorable à la non consommation de tabac et de cannabis

et à la réduction des expositions environnementales pathogènes ;

- Promouvoir les comportements et ressources personnelles favorables à la santé et au sevrage tabagique ;
- Faire une campagne de communication ciblée.

Faire passer la part des fumeurs quotidiens sous la barre des 20% » (page 20)

En lien avec l'objectif «Renforcer l'intervention de conseillers en environnement intérieur» (page 26)

Objectif 9 Diagnostiquer précocement la BPCO

Maladie silencieuse à ses débuts, le diagnostic peut tarder. Le dépistage et la prise en charge précoce de la BPCO permet de réduire les hospitalisations, maintien la capacité respiratoire et améliore la qualité de vie des patients. Il est envisagé de :

- Sensibiliser les médecins généralistes et les médecins du travail à l'intérêt de la détection précoce de la BPCO ;
- Former les médecins généralistes et les médecins du travail à la détection précoce de la BPCO par la mesure du souffle dans le cadre de la formation médicale continue.
- Permettre l'accès des patients atteints de BPCO à l'éducation thérapeutique : développer l'offre de proximité en matière d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de BPCO.

Développer l'éducation thérapeutique du patient (page 31)

/// AXE 3 – MALADIES DU FOIE

Objectif 10 (ex obj 8) Éradiquer l'hépatite C d'ici 2025

Afin de s'assurer d'éradiquer l'hépatite C d'ici 2025 il s'agira de :

- Encourager la population générale à effectuer au moins un dépistage de l'hépatite C durant sa vie ;
- Renforcer la prévention et le dépistage de l'hépatite C (conjoint à l'hépatite B et au VIH) en allant vers les populations vulnérables (usagers de substances psychoactives, détenus, migrants, population psychiatrique et population en situation de précarité...) et en favorisant leur accès aux soins

Objectif 11 Optimiser la prise en charge des maladies hépatiques

Au-delà de l'hépatite C, il est important de considérer les maladies hépatiques dans leur ensemble en vue de renforcer leur prise en charge.

- Améliorer leur prévention, leur diagnostic initial et leur prise en charge via la mise en place d'une filière de soins spécifiques.

4/ AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER

/// CONSTATS ET ENJEUX

Les cancers demeurent la première cause de mortalité dans la région Grand Est. Ils sont responsables de plus de 13 700 décès annuels et représentent 28% des causes de décès. Le taux comparatif de mortalité par cancer est supérieur à la moyenne nationale avec 229 décès pour 100 000 habitants versus 218 au niveau national pour la période 2011-2013. Les cancers représentent également la première cause de mortalité avant 65 ans dans la région, soit 40% des décès prématurés, avec en particulier les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (1 139 décès annuels). Une grande partie de ces cancers est considérée comme évitable car liée à des comportements à risque (tabac, alcool, rayons UV), à des modes de vie (nutrition, sédentarité) ou à l'environnement (pollutions diverses, expositions professionnelles).

L'évolution des connaissances scientifiques, les innovations médicales et technologiques modifient profondément les modes de prise en charge en cancérologie. Les phases d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, la part des soins réalisés en ambulatoire ou à domicile progresse, la prise en charge personnalisée du patient en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa tumeur se développe. Enfin, l'évolution des traitements du cancer amène de plus en plus de personnes à vivre avec une maladie devenue chronique et confère à la personne atteinte d'un cancer un rôle d'acteur actif pour gérer sa maladie. Aujourd'hui plus d'une personne sur deux guérit après un diagnostic de cancer.

L'évaluation des projets régionaux de santé 2012-2017 des territoires d'Alsace, de Lorraine et de Champagne Ardenne, le niveau de mise en œuvre du 3e plan cancer 2014-2019 ainsi que l'écart entre l'état des lieux et les recommandations de l'Institut national du cancer ou des instructions réglementaires relatives au cancer ont permis d'identifier les points à améliorer ou à mettre en œuvre pour la région et plus particulièrement :

- Un manque d'actions de prévention et de promotion de la santé pour faire face aux principaux facteurs de risque de cancer pour la région : tabac, alcool, sédentarité ;
- Des taux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal variables d'un département à l'autre et restant à améliorer en ciblant plus particulièrement les populations les plus fragiles ; la nécessité d'organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les territoires lorrains et champardennais ;
- Des délais de diagnostic du cancer de l'enfant et un suivi à long terme des enfants traités pour cancer à améliorer ;
- Un besoin de développer et de sécuriser les chimiothérapies orales, à domicile ou dans un centre associé ;
- Des prises en charge en chirurgie ambulatoire à augmenter pour le cancer du sein, à développer pour d'autres cancers ;
- Des modalités de fonctionnement et d'organisation des établissements autorisés pour le traitement du cancer à améliorer : organisation de l'offre de soins de support, de la fonction de coordination, repérage de la fragilité et des besoins en évaluation oncogériatrique, élaboration systématique d'un programme personnalisé de soins, identification de la filière d'aval ;
- La nécessité de donner accès aux innovations et techniques les plus avancées, en particulier en radiothérapie et en oncogénétique.

Ces différents axes ont fait l'objet de réflexions en cohérence avec le plan national de lutte contre le cancer 2014-2019 qui inclut le programme national de réduction du tabagisme.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Pour répondre aux constats et enjeux, **les 15 objectifs opérationnels** définis ci-après, s'inscrivent parmi les grands axes du Plan Cancer :

- Investir dans la prévention **[Objectif 1]** ;
- Favoriser des diagnostics plus précoces **[Objectif 2]** ;
- Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge : délais de prise en charge, qualité des prises en charge, orientation des cas complexes, besoins spécifiques des enfants et personnes âgées, coordination ville-hôpital… **[Objectifs 3 à 8]** ;
- Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques : chimiothérapie orale, radiothérapie **[Objectifs 9 à 11]** ;
- Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie [cf. axe stratégique n°3 relatif aux ressources humaines en santé] ;
- Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients [cf. axe stratégique n°7 relatif aux innovations] ;
- Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée **[Objectifs 12 et 13]** ;
- Préserver la continuité et la qualité de vie **[Objectifs 14 et 15]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Améliorer la prévention primaire des cancers et des récidives

Prévenir l'apparition d'un cancer revient à adopter des comportements favorables à la santé en termes de nutrition, d'activité physique ou encore de consommation de substances potentiellement addictives, en particulier le tabac, reconnu comme un facteur clé dans l'apparition et le développement de nombreux cancers. Or, la région Grand Est présente le taux de fumeurs le plus élevé au niveau national : 31,3% versus 28,1% France entière. Les actions mises en œuvre doivent permettre une meilleure diffusion des messages de prévention primaire, notamment sur les risques liés au tabac et doivent cibler en priorité les personnes les plus fragiles ainsi que les jeunes et les femmes.

En conséquence, les actions suivantes sont proposées :

- Créer et piloter un groupe de travail régional multipartenarial « Prévention / communication Cancer » permettant de suivre le déroulé des campagnes nationales et locales et de proposer de nouvelles actions, en ciblant plus particulièrement les jeunes et les personnes précaires. La lutte contre le tabac y tiendra une place importante, les liens cancer-environnement et cancer-exposition solaire seront abordés ;
- Faciliter l'accès aux dispositifs de sevrage tabagique (consultations dédiées, programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), d'activité physique adaptée, aux personnes atteintes de cancer dans le cadre de la prévention de la récidive et améliorer la lisibilité de l'offre pour les patients et les professionnels (répertoire opérationnel des ressources, annuaires des soins de supports…) ;
- Veiller à ce que la prévention des cancers et notamment les risques liés au tabac soient abordés lors de rencontres avec le public ou dans les supports de communication utilisés par les promoteurs d'actions de prévention primaire et que celle-ci soit inscrite dans leurs CPOM.

En lien avec l'objectif « Faire passer la part des fumeurs quotidiens sous la barre des 20% » (page 20)

En lien avec le parcours « Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction » (page 111)

Objectif 2 Augmenter de 6 à 8 points le taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal, et de 5 points le taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Les dépistages organisés des cancers souffrent d'un contexte de défiance pouvant contribuer à diminuer la participation de la population ainsi que des professionnels de santé aux campagnes de dépistage organisé. En avril 2017, le Ministère de la santé a engagé un plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein.

En 2015-2016, les taux de participation aux dépistages organisés pour la région Grand Est s'élèvent à :

- 36% pour le cancer colorectal, 3e région de France ;
- 52,2% pour le cancer du sein, 8e région de France.

À noter également, un taux de participation lors de l'expérimentation réalisée en Alsace à hauteur de 72,5% pour le cancer du col de l'utérus entre 2010 et 2012. La généralisation de ce dépistage est désormais requise.

Les personnes à cibler en priorité sont les publics en situation précaire et les cinquantenaires. Pour le cancer colorectal, les hommes participent moins que les femmes au dépistage organisé.

Par ailleurs, les disparités observées entre les départements de la région nécessitent une mutualisation des moyens et une organisation commune entre les onze structures de gestion des dépistages organisés de la région.

Ces constats conduisent à proposer les actions suivantes :

- Accompagner la mutualisation des structures de gestion des dépistages organisés des cancers ;
- Améliorer le partenariat entre les structures de gestion des dépistages organisés et le réseau associatif local : centres socio-culturels, association de quartiers, de seniors, d'étudiants… ;
- Créer et piloter un groupe de suivi de chaque dépistage organisé comprenant un comité scientifique ;
- Disposer de données relatives à la participation aux campagnes de dépistage organisé par quartier dans les villes de la région engagées ou s'engageant dans un contrat local de santé ;
- Développer la promotion du dépistage organisé en entreprise pour toucher les personnes cinquantenaires ;
- Généraliser le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Objectif 3 100% des centres associés pour la réalisation de chimiothérapies disposent d'une convention et d'une charte de fonctionnement visées par l'ARS

Pour prendre en charge les personnes atteintes de cancer, les établissements de santé doivent disposer, depuis 2009, d'une autorisation spécifique délivrée par l'ARS. Certains centres, dits « associés », participent également à la prise en charge de proximité de personnes atteintes de cancer en association avec un titulaire de l'autorisation, en administrant des traitements de chimiothérapie prescrits par celui-ci ou en réalisant le suivi de tels traitements.

La région Grand Est recense 12 centres associés : 5 en Champagne-Ardenne (CH de Sedan, Clinique de Champagne à Troyes (2), CH de Troyes, CH d'Épernay), 4 en Lorraine (CH de Briey, CH de Lunéville, CH de Neufchâteau, CH de Remiremont) et 3 en Alsace (CH de Saverne (2), CH d'Altkirch).

La mise en place de cette offre de proximité ne doit pas être la résultante d'un objectif conduisant à la réalisation d'une activité de chimiothérapie ne présentant pas les conditions de sécurité et de qualité des prises en charge car ne relevant ~~pas s'affranchissant des seuils et~~ du régime des autorisations.

~~Il convient donc d'encadrer la mise en œuvre de cette activité au sein du centre associé par la mise~~ Aussi, il est envisagé de mettre à disposition des outils tels une charte de fonctionnement, une convention type centre associé-centre autorisé, etc. Ces documents pourront donner des guides pour préciser ~~précisant~~ notamment les modalités de prescription, de préparation des chimiothérapies, de mise en œuvre du plan de traitement, d'organisation de la continuité des soins, de prise en charge des complications y compris les transferts vers le site de l'établissement autorisé, la participation aux réunions et aux revues de morbi-mortalité, la composition de l'équipe médicale, paramédicale, la formation, etc.

Les actions suivantes sont proposées :

- Mettre en place, sous l'égide de l'ARS, un groupe de travail régional chargé notamment, de l'élaboration d'un modèle régional de convention et de charte de fonctionnement ;
- Étudier la possibilité de déployer la télémédecine entre le centre associé et le site autorisé.

Objectif 4 Réaliser un support de sensibilisation / information des praticiens intervenant auprès des enfants afin de réduire les délais de diagnostic de cancers de l'enfant

Les délais de diagnostics des cancers de l'enfant sont globalement stables depuis 30 ans, malgré le développement d'outils diagnostiques modernes. Les délais médians varient considérablement en fonction du type de tumeur :

- 2 à 3 semaines pour les leucémies, les lymphomes non-hodgkiniens, les tumeurs rénales et les neuroblastomes ;
- 6 à 8 semaines pour la maladie de Hodgkin, les rhabdomyosarcomes, les tumeurs germinales malignes abdominales et le rétinoblastome ;
- 2 à 4 mois pour les tumeurs osseuses, les sarcomes des tissus mous et la plupart des tumeurs cérébrales (avec une variabilité importante en fonction de leur type histologique).

Les déterminants non spécifiques de délais diagnostiques longs sont : un âge élevé de l'enfant, la spécialisation du premier médecin consulté, la non-spécificité des symptômes et la localisation de la tumeur.

Pour certaines tumeurs, une relation est établie de façon claire et confirmée par plusieurs études entre un délai long et une maladie plus grave (cas du rétinoblastome). Pour d'autres (leucémies aiguës, néphroblastome et rhabdomyosarcome), il est aussi probable qu'un délai plus long soit associé à une issue défavorable, même si les études disponibles sont peu nombreuses.

En revanche, pour la plupart des tumeurs cérébrales et osseuses, un long délai au diagnostic n'est pas associé à une issue défavorable.

L'idée reçue selon laquelle le retard au diagnostic des cancers pédiatriques conduit à un moins bon pronostic est souvent fausse. En effet, pour beaucoup de tumeurs, la longueur du délai au diagnostic dépend surtout de la biologie de la tumeur et de son extension plutôt que l'inverse. Ce constat ne doit pas conduire à sous-estimer l'importance d'un diagnostic précoce, et une vigilance particulière doit être accordée aux symptômes persistants ou mal élucidés.

Ainsi, il est envisagé la sensibilisation des médecins intervenant auprès des enfants, aux signes d'appel de cancers afin de favoriser une orientation précoce de l'enfant vers un centre spécialisé.

Le programme de mise en œuvre comporte les actions suivantes :

- Mettre en place un groupe de travail chargé de valider le contenu d'un document existant sur les signes d'appel de cancers de l'enfant et de mener une réflexion quant aux supports et aux modalités de diffusion les plus adaptés ;
- Réaliser une étude sur l'évolution des délais de diagnostic des cancers de l'enfant dans la région.

Objectif 5 Les trois centres de référence en oncopédiatrie structurent le suivi à long terme des enfants traités pour cancer à proximité de leur domicile en lien notamment avec le médecin traitant

Les cancers chez les enfants et les adolescents représentent 2500 nouveaux cas par an au niveau national. Le suivi à long terme des enfants atteints de cancer est réalisé sur des périodes supérieures à 10 ans.

Des centres spécialisés ont constitué un maillage avec d'autres établissements de santé et des professionnels pour la prise en charge de proximité. En Grand Est, deux dispositifs existent, en Lorraine et en Alsace, respectivement coordonnés par les CHU de Nancy et de Strasbourg. Le premier s'oriente vers une coordination ville-hôpital avec la mise en place d'une formation par e-learning sur l'oncologie pédiatrique à l'attention notamment, des médecins généralistes. Le second a pour objectif principal d'organiser la filière de soins, afin notamment, de faciliter les diagnostics précoces, d'assurer la continuité des soins, de favoriser les soins de proximité, d'organiser la formation et développer l'homogénéisation des pratiques de soins.

Ce suivi à proximité du domicile du patient, réduit les temps de déplacements pour celui-ci et favorise son maintien dans son environnement familial et social.

Il est souhaitable d'organiser et de structurer le suivi à long terme des enfants atteints de cancer en identifiant les acteurs intervenant dans cette filière de prise en charge et en l'encadrant par une convention et/ou des protocoles laissés à l'appréciation des établissements selon les organisations envisagées.

Ainsi, l'organisation de cette prise en charge de proximité dans le cadre d'un maillage territorial entre le centre de référence, les centres hospitaliers de proximité et/ou les médecins généralistes (possibilité d'HAD) implique de prendre en compte :

- La répartition des soins entre les différents acteurs incluant le travail de liaison avec les équipes hospitalières et libérales, la permanence 24h/24 et l'identification des différents intervenants dans la prise en charge de proximité ;
- L'harmonisation et la coordination des pratiques professionnelles par la mise en œuvre de formations communes (avec le cas échéant, des temps d'accueil organisés pour les équipes hospitalières et libérales au sein du centre spécialisé), la rédaction de protocoles communs à l'attention des centres hospitaliers et/ou des médecins généralistes et/ou des médecins coordonnateurs d'HAD ;
- La coordination entre les acteurs avec l'élaboration d'une convention entre le centre de référence et le centre hospitalier de proximité, la mise en place d'un carnet de liaison en lien avec les réseaux régionaux de cancérologie et la possibilité de déployer la télémédecine entre le centre de référence et les acteurs de proximité.

Objectif 6 100% des établissements autorisés à traiter le cancer repèrent les patients âgés atteints de cancer présentant une fragilité et doivent pouvoir leur proposer une évaluation oncogériatrique, notamment dans le cadre de parcours complexes

L'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer, un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi professionnelle. Les coordinateurs des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) de la région Grand Est partagent plusieurs constats :

- Les patients âgés atteints de cancer sont souvent diagnostiqués tardivement ;
- La consultation d'oncogériatrie est peu valorisée, n'encourageant pas les établissements de santé à la pratiquer et à y consacrer le temps nécessaire ;

- Des outils simples de repérage de la fragilité comme l'échelle G8[14] existent mais sont sous-utilisés ;
- Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux intervenant auprès des personnes âgées (dont le médecin traitant) ne sont pas assez sensibilisés à la thématique, ni formés à l'utilisation d'outils comme l'échelle G8 ou à la détection des symptômes d'alerte ;
- Les possibilités d'évaluation oncogériatrique manquent de visibilité ;
- Il n'y a pas de programme d'éducation thérapeutique du patient destiné aux patients âgés atteints de cancer.

En conséquence, les actions suivantes sont proposées :

- Étendre l'inscription de l'échelle G8 dans la fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire de tous les établissements de santé de la région en précisant l'âge du patient à partir duquel elle doit être remplie ;
- Mettre en place un groupe de travail réunissant notamment des représentants des UCOG, des dispositifs territoriaux de coordination, des représentant des usagers, afin de définir les parcours complexes ;
- Élaborer un arbre décisionnel permettant de valider ou non le besoin d'un avis d'un oncogériatre ;
- Engager une réflexion sur l'identification d'équipes opérationnelles d'oncogériatrie (EODOG), liées aux UCOG, chargées notamment de procéder aux évaluations oncogériatriques des patients présentant une fragilité, tout en assurant la traçabilité de ces évaluations ;
- Élaborer un cahier des charges (identification EODOG et établissements de santé conventionnés).

Objectif 7 Chaque établissement de santé autorisé pour le traitement du cancer organise en son sein la fonction de coordination, qui s'articulera avec celle mise en place à l'échelle de la zone d'implantation du niveau de soins de référence une fois sa phase d'évaluation achevée

En lien avec le chapitre « Des zones d'implantation différenciées par niveau de soins » (page 257)

/// Au niveau de l'établissement

L'objectif est de proposer un accompagnement personnalisé tout au long du parcours pour les patients les plus vulnérables pour des raisons psychologiques, sociales ou liées à la maladie et à la complexité des traitements anti-cancéreux. La coordination s'exerce à tous les niveaux, en transversal au sein des différents services, avec la ville (médecin traitant, pharmacien, infirmière) et les réseaux. Elle doit permettre d'identifier les besoins, de transmettre toute information nécessaire, et d'orienter vers des soins oncologiques de support adaptés.

Le renforcement du lien avec la médecine de ville vise également en amont de l'hospitalisation à mieux la préparer. De la même manière, le renforcement de la coordination avec les services d'aval, notamment les soins de suite et de réadaptation, les structures ambulatoires et médicosociales, permettra d'identifier la réponse la plus appropriée au patient en sortie d'hospitalisation, en fonction de ses besoins tout en tenant compte des ressources disponibles sur son territoire.

La préparation de la sortie doit être anticipée dès le début de l'hospitalisation et nécessite une connaissance fine des acteurs de terrain de chaque territoire. En ce qui concerne les situations complexes, la coordination avec la ville peut s'appuyer sur les structures existantes et le cas échéant, sur les plateformes territoriales d'appui.

[14] Echelle G8 : grille de repérage de la fragilité, explore différentes situations : comorbidité, dénutrition... Un score inférieur ou égal à 14 sur 17 révèle une vulnérabilité du patient aux traitements devant conduire à une évaluation oncogériatrique.

/// À l'échelle de la zone d'implantation du niveau de soins de référence

Afin d'améliorer la lisibilité des structures de coordination intervenant à l'échelle de la zone d'implantation du niveau de soins de référence, les pratiques et la fluidité du parcours du patient en cancérologie, il conviendrait d'étendre cette fonction de coordination à la zone d'implantation du niveau de soins de référence. Cette structuration est à réaliser en lien avec les centres de coordination en cancérologie (3C) et les réseaux régionaux de cancérologie (RRC).

Néanmoins, il apparaît nécessaire au regard notamment, de l'hétérogénéité des 3C, tant dans leur fonctionnement que dans leur périmètre, de procéder au préalable à un état des lieux des structures de coordination, dont les 3C et les RRC, intervenant au niveau de ce territoire.

Le programme de mise en œuvre se décline de la manière suivante :

- Réaliser un état des lieux, notamment sur le fonctionnement et l'articulation des RRC et 3C ;
- Formaliser la fonction de coordination au sein de l'établissement et définir le rôle de l'infirmière de coordination en cancérologie (IDEC) hospitalière ;
- Mettre en place un groupe de travail ayant pour objet l'harmonisation des pratiques entre les 3C ;
- Standardiser des outils tels que le programme personnalisé de soins *(cf. objectif 8)* et le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) pour favoriser l'échange et le partage d'informations avec l'appui notamment des RRC.

Objectif 8 Chaque établissement doit assurer la remise d'un programme personnalisé de soins standardisé à chaque patient et organiser sa traçabilité

Destiné à être remis à tous les malades dès le début de leur prise en charge, en relais immédiat du dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins (PPS) permet de formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique. Il doit permettre également de repérer précocement les difficultés et de mettre en œuvre l'accompagnement social du malade. Le PPS sera relayé, une fois la phase active des traitements terminée, par le programme personnalisé de l'après cancer conduit avec et par les médecins traitants.

Le PPS constitue une des mesures transversales de qualité, rendues obligatoires dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie. Sa remise aux malades fera l'objet d'un suivi spécifique au sein des établissements autorisés. Actuellement, les PPS sont remis aux patients, mais le support est hétérogène et la traçabilité de leur remise difficile

Il n'existe plus de modèle national validé. Il est donc proposé en région Grand Est de travailler sur sa mise en œuvre effective de manière harmonisée sur le territoire et de façon lisible pour les patients et l'ensemble des professionnels (en établissements et dans les cabinets libéraux).

Ces constats conduisent à proposer les actions suivantes :

- Standardiser le PPS, dans le cadre d'un groupe de travail régional chargé de définir les items exigibles du PPS intégrant, le cas échéant, les recommandations nationales ;
- Définir un outil informatique qui permette un suivi simplifié et la possibilité de le faire évoluer facilement en lien avec le réseau régional de cancérologie et le groupement régional d'appui au déploiement de l'e-santé (GRADeS).

Objectif 9 Développer la prise en charge en ambulatoire

Sous obj. 9.1 La chirurgie ambulatoire

Parmi les cancers les plus fréquents, les indications pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire sont limitées à l'heure actuelle, hormis pour le cancer du sein. Une réflexion est en cours au niveau national, avec quelques établissements pilotes, pour accompagner les équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer à mettre en œuvre des projets organisationnels innovants permettant le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie. À l'issue de ces travaux, un groupe de travail destiné à examiner les indications de prise en charge de pathologies cancéreuses en chirurgie ambulatoire, pourrait être mis en place dans la région Grand Est.

Le taux de chirurgie ambulatoire pour chirurgie du cancer du sein en 2016 est de 46% au niveau national et de 43% pour la région Grand Est (données PMSI). La prise en charge des cancers du sein en ambulatoire est à poursuivre.

En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire et la performance des plateaux techniques de chirurgie et d'imagerie » (page 157)

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins » (page 262)

Sous obj. 9.2 La chimiothérapie orale

Le parcours des patients sous chimiothérapies orales nécessite une « pluri-professionnalité » de la prise en charge (médecin, pharmacien, infirmier) fondée sur une coordination entre l'équipe hospitalière et l'équipe de premier recours pour le suivi à domicile, et sur une formation des professionnels à la gestion des événements indésirables, notamment ceux de ville, mais également des patients. Des programmes de formation et d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en chimiothérapie orale sont à déployer dans les établissements et les équipes de proximité, afin d'améliorer la prise en charge et l'autonomie des patients.

Le programme de mise en œuvre repose sur les actions suivantes :

- Préciser les pathologies cancéreuses pouvant faire l'objet d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire dans le cadre d'un groupe de travail régional prenant en compte les travaux du Ministère de la santé ;
- Définir pour la chimiothérapie orale, avec l'appui de l'URPS Pharmaciens et des réseaux régionaux de cancérologie, l'organisation régionale de la prise en charge (bonnes pratiques, identification des étapes principales), les modalités de coordination entre les professionnels de santé (oncologues, pharmaciens, IDE, médecins…), la formation et l'information des professionnels de santé et des patients (ETP) ;
- Organiser la remise de supports d'information lors du retour à domicile des patients (informations sur les effets secondaires, qui contacter, etc.) ;
- Mettre en place un groupe de travail chargé d'élaborer des indicateurs de qualité relatifs à la prise en charge en ambulatoire (réhospitalisations suite à un effet indésirable grave lié à une chimiothérapie orale, une chirurgie ambulatoire, niveau de satisfaction des patients…).

Objectif 10 100% des centres autorisés en radiothérapie externe doivent mettre en place une technique « RCMI » en respectant les recommandations relatives au guidage par imagerie

Selon l'observatoire national de la radiothérapie (situation fin 2013 et évolution depuis 2009), la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) est une technique de haute précision qui permet, grâce à un mouvement des lames du collimateur en cours d'irradiation, de moduler le débit de dose en chaque point du volume irradié. Les gradients de dose très étroits

résultant de cette technique permettent de mieux protéger les tissus sains environnant la tumeur voire, si c'est nécessaire, d'augmenter la dose dans la tumeur et donc l'efficacité sans dégrader la tolérance du traitement. L'observatoire indique que fin 2013, 68 % des centres (sur 139 centres) ont pratiqué la RCMI.

Les indications suivantes sont validées pour la RCMI : tumeurs de la tête et du cou, de la prostate, du rachis, de la base du crâne et pelviennes (cancers du col utérin et du canal anal). En Grand Est, le niveau d'équipement des centres de radiothérapie en RCMI est proche de 100%.

Les bénéfices pour le patient liés à la mise en place de la RCMI et l'existence de cet équipement, justifient pleinement son utilisation par l'intégralité des centres, dans le cadre des recommandations.

Objectif 11 Au moins 70% des centres de radiothérapie doivent pouvoir délivrer une radiothérapie stéréotaxique

La radiothérapie stéréotaxique est une technique de haute précision utilisant un ensemble de faisceaux convergents de très petites dimensions (« micro ou mini faisceaux »), permettant le traitement de volumes tumoraux de très petites tailles avec une très grande précision.

En termes d'indications de la radiothérapie par stéréotaxie extracrânienne (en traitement curatif de première intention), les deux indications suivantes ont été validées par la HAS (fin 2006) : les tumeurs du rachis et les tumeurs bronchopulmonaires primitives.

En ce qui concerne les indications de la radiothérapie par stéréotaxie intracrânienne, les principales pathologies concernées sont les tumeurs malignes et bénignes et les malformations vasculaires.

En région Grand Est, 6 centres sont équipés. Cette technique représente une offre face à des cancers inopérables ou des métastases (notamment cérébrales). Les centres ne disposant pas de cette pratique doivent organiser le recours à celle-ci pour les patients éligibles, lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

En conséquence, les actions suivantes sont proposées :

- Étudier la possibilité de mettre en place un onglet spécifique dans la fiche RCP permettant de tracer la proposition de prise en charge par radiothérapie stéréotaxique, pour les patients éligibles.
- Organiser par territoire, l'accès à la radiothérapie stéréotaxique, notamment dans les territoires de l'offre hospitalière pour le niveau de soins de référence ne disposant pas de cette pratique.

Objectif 12 Mettre en place une collaboration entre la biopathologie, les oncogénéticiens et les cliniciens, autour de trois pôles d'expertise

La génétique des cancers concerne deux disciplines disposant chacune d'une organisation spécifique et séparée : la génétique constitutionnelle (oncogénétique) et la génétique somatique ou génétique tumorale.

La génétique constitutionnelle est une discipline mixte clinico-biologique adossant des laboratoires de biologie médicale aux consultations d'oncogénétique. Elle a pour objectif d'identifier les personnes prédisposées héréditairement au cancer, qu'il s'agisse de personnes malades (cas index) ou de membres non malades de leur famille (apparentés) et de mettre en œuvre des moyens de dépistage, de prévention adaptés (imagerie, endoscopie, chirurgie prophylactique) associés aux programmes d'accompagnement de suivi.

En ce qui concerne la génétique tumorale, la France enregistre 28 plateformes de génétique moléculaire des cancers dont 3 en Grand Est. Les plateformes regroupent plusieurs laboratoires de biologie médicale pouvant appartenir à des établissements différents. Elles permettent d'offrir aux patients l'ensemble des techniques indispensables de génétique moléculaire pour toutes les pathologies concernées et disposent d'un catalogue de 60 tests dont certains sont déterminants pour

l'accès à des thérapies ciblées existantes ou en cours de développement. Elles ont pour vocation de réaliser des tests moléculaires innovants pour l'ensemble des patients de la région, quel que soit l'établissement où ils sont pris en charge.

L'objectif est d'organiser un maillage territorial suffisant pour que les prélèvements tumoraux parvenant dans les laboratoires habituels d'anatomopathologie ou les laboratoires de biologie médicale ayant une activité d'hématocytologie puissent être pris en charge rapidement dans une plateforme avec laquelle il existe des liens organisés.

- A Reims : le centre de lutte contre le cancer (CLCC) et le CHU de Reims disposent d'une plateforme de biopathologie non-mutualisée.
- A Nancy : à l'horizon 2018-2019, il est prévu la création d'une plateforme commune de biopathologie entre le CLCC et le CHU de Nancy.
- A Strasbourg : le CHU et le CLCC ont mis en place une plateforme d'oncobiologie commune qui collabore avec l'anatomocytopathologie, qui sera localisée dans une structure unique, l'Institut Régional du Cancer de Strasbourg. Cette mutualisation des activités permet l'optimisation de l'organisation du travail des différents laboratoires de biologie médicale et un degré de synergie important renforçant les dialogues entre les médecins spécialisés en anatomocytopathologie, les biologistes médicaux et les cliniciens, la réduction des coûts, l'amélioration de la prise en charge des patients en amplifiant les stratégies de médecine personnalisée, tout en diminuant les délais de prise en charge.

Cette nécessité de mutualisation devra également intégrer le projet « France Génomique 2025 » consistant à mettre en place en France 12 plateformes de séquençage du génome à très haut débit. La région Grand Est pourrait prétendre à accueillir l'une de ces plateformes, même si le premier appel à projets de 2016 n'a pas retenu la candidature du Grand Est.

Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) moléculaires associant oncologues, biologistes médicaux, anatomo-pathologistes ont été mises en place en 2017 pour discuter des dossiers avec un résultat d'analyse somatique complexe. Un oncogénéticien est présent en cas de découverte incidentale.

À l'image des coopérations déjà mises en place dans le cadre des RCP moléculaires, il convient d'étendre au niveau de la région Grand Est, la collaboration entre les cliniciens, les oncogénéticiens et les biopathologistes (RCP, mise en place de protocoles communs,…) afin de favoriser la fluidité du parcours du patient.

Ainsi, les actions suivantes sont proposées :

- Engager une réflexion pour étendre sur le territoire Grand Est, le principe de RCP moléculaires associant des oncogénéticiens (en oncologie thoracique, mammaire et digestive par exemple) ;
- Homogénéiser les étapes préanalytiques, analytiques ainsi que l'interprétation des résultats à partir des plateformes de biopathologie ;
- Systématiser :
  - L'obtention d'un consentement éclairé, signé du patient, préalable à toute analyse du matériel tumoral par un panel de gènes, pour la réalisation d'examens complémentaires en génétique constitutionnelle, dans le cas d'un résultat potentiellement constitutionnel ;
  - La proposition d'une consultation d'oncogénétique en cas de découverte imprévue d'une mutation constitutionnelle à partir d'une tumeur.

Objectif 13 Augmenter d'au moins 50% les tests somatiques recherchant une déficience du système « MMR » dans les cancers concernés et améliorer le suivi des patients atteints d'un syndrome de Lynch et de leurs apparentés

Le syndrome de Lynch est une affection génétique due à la présence d'une mutation constitutionnelle d'un gène codant pour une protéine MMR (MisMatch Repair, système de réparation des mésappariements de l'ADN), de transmission autosomique dominante. Ce syndrome représente environ 3% de l'ensemble des cancers colorectaux et 5% des cancers de l'endomètre. En cas de

perte de fonction de l'une des protéines du fait d'une altération de l'un des gènes MMR, des erreurs s'accumulent particulièrement au sein des séquences microsatellitaires (séquences d'ADN).

Dans l'enquête réalisée par le réseau de cancérologie de Lorraine portant sur tous les cas de cancer du rectum de l'année 2011, seulement 40 % des patients de moins de 60 ans du territoire lorrain avaient bénéficié d'une recherche de microsatellites instables (MSI). D'autre part, il est estimé qu'environ 9 cas sur 10 de syndrome de Lynch ne sont pas diagnostiqués (l'incidence de consultations en oncogénétique pour syndrome de Lynch a été en 2015, de 8 consultations pour 100 000 habitants versus 24 dans les Pays de Loire et 10 au niveau national).

Les conséquences pratiques de la connaissance du phénotype MSI sont l'absence de chimiothérapie adjuvante pour un cancer colorectal de stade II car de bon pronostic, la possibilité de sélection pour l'immunothérapie en cas d'évolution métastatique, la surveillance étroite du côlon/rectum et chez la femme, des ovaires et de l'endomètre, la discussion d'une chirurgie prophylactique, la détection des apparentés touchés (1 sur 2).

En conséquence, les actions suivantes sont à décliner :

- Élaborer un programme de sensibilisation des gynécologues, des gastroentérologues, des chirurgiens et des généralistes sur d'une part, les formes familiales de cancer, en particulier le syndrome de Lynch et d'autres part, sur la législation en matière de parentèle (obligation pour le patient et à défaut pour l'équipe soignante de prévenir les apparentés en cas de découverte d'une mutation prédisposant au cancer) ;
- Élaborer un compte rendu unique et standardisé de l'analyse génétique somatique incluant le test MSI avec rédaction d'une conclusion claire « cas sporadique » ou « indication d'une consultation d'oncogénétique » ;
- Étudier la possibilité d'inscrire l'item « antécédents familiaux tumoraux » et l'item « recherche d'une déficience du système MMR», et le nombre de polypes adénomateux ou villeux dans les fiches de demande de réunions de concertation pluridisciplinaires au moins pour les cancers colorectaux et de l'endomètre ;
- Mettre en place le cas échéant, une consultation de coordination du suivi.

Objectif 14 100% des établissements de santé disposant d'une autorisation de traitement du cancer organisent de façon formalisée l'offre de soins de support intra et extra hospitalière sur leur territoire

Les soins de support répondent à des besoins qui concernent principalement la prise en compte de la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps, les problèmes odontologiques, les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle, l'accompagnement de fin de vie, des patients ainsi que de leur entourage. Les soins palliatifs, tels que définis par la loi, intègrent totalement la problématique des soins de support.[15]

Plusieurs études et rapports institutionnels notent des difficultés persistantes d'organisation et d'accessibilité de ces soins (disparités de répartition de l'offre, dans sa qualité et son adaptation aux particularités de la pathologie cancéreuse, non remboursement de certaines prestations de l'offre de ville). En outre, l'offre en place n'a pas suffisamment évolué pour intégrer de nouvelles démarches telles que la prévention tertiaire, l'activité physique adaptée ou la préservation de la fertilité.

Selon le rapport de l'INCa, en complément des quatre prestations prévues par le décret du 21 mars 2007 (douleur, soutien psychologique, accès aux services sociaux et démarche palliative), cinq autres soins doivent être pris en compte (l'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et des aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité) ainsi que deux techniques particulières d'analgésie.

[15] Circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

L'offre de soins de support est inégalement répartie dans la région Grand Est. Elle est plutôt concentrée au niveau des grandes villes et elle est peu lisible surtout dans les territoires à distance de celles-ci. Se pose ainsi la problématique de la lisibilité et de l'accessibilité de cette offre (géographique, financière au regard de la prise en charge par l'Assurance maladie…).

Il convient dans ces conditions de l'améliorer en tout point de la zone d'implantation du niveau de soins de référence et de garantir un même niveau de prestation pour un soin, au niveau de la région, par la mise en place d'une charte.

~~L'existence d'un projet d'organisation de l'accès à l'offre de soins de support conditionnera le renouvellement de l'autorisation et sera examinée lors de chaque procédure d'autorisation ou d'évaluation.~~

L'existence d'un projet d'organisation de l'accès à l'offre de soins de support s'inscrit dans l'instruction du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer, précisant que ceux-ci font partie intégrante du parcours de soins en cancérologie. Ainsi, les actions suivantes sont proposées :

- Rédiger une charte signée par les professionnels qui souhaitent s'engager dans les soins de support ;
- Sensibiliser les établissements de santé à la description de leur offre de soins de support dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- Élaborer une trame pour le projet décrivant l'organisation de l'accès aux soins de support sur le territoire, intégrant la notion de gradation des soins (situations complexes) et l'accompagnement des acteurs de ville pour une prise en charge en proximité du domicile ;
- Poursuivre le recensement de l'offre extrahospitalière avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie.

Objectif 15 Chaque établissement de santé autorisé pour le traitement du cancer identifie sa filière d'aval

Au regard de la spécificité des pathologies cancéreuses, il s'avère nécessaire d'organiser et d'identifier une filière d'aval. Cette filière peut s'appuyer sur des structures telles l'hospitalisation à domicile (HAD), et les soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en oncohématologie.

Pour mémoire, les soins de suite et de réadaptation avec la mention de prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections onco-hématologiques concernent exclusivement les hémopathies malignes chez l'adulte. Chez l'enfant, cette prise en charge peut également concerner les affections oncologiques.

Le développement des SSR en capacité de prendre en charge des patients atteints de cancer est un besoin identifié. Les SSR éprouvent des difficultés à accueillir ces patients, notamment du fait de l'absence de compétences adéquates ou de formation des personnels. Il convient néanmoins d'identifier des SSR disposant de compétences suffisantes pour prendre en charge des pathologies cancéreuses. Dans une première phase, il apparait opportun de s'appuyer sur les établissements disposant de la mention oncohématologie. La capacité de ces structures devra être renforcée pour disposer d'une offre de SSR polyvalent pouvant accueillir des patients atteints d'autres pathologies cancéreuses.

L'aval peut aussi être amélioré par une meilleure articulation avec l'offre de ville, notamment l'HAD en lien avec les structures territoriales de coordination et d'appui au médecin traitant. À noter, la part des patients en HAD bénéficiant d'une chimiothérapie anticancéreuse [mode de prise en charge principal (MPP) ou associé (MPA)] est de 2% en Grand Est et de 5% au niveau national, selon les données PMSI 2016.

Le développement de l'ambulatoire, des chimiothérapies orales, le renforcement des prises en charge au plus près du domicile, avec notamment les soins de support, nécessitent de recourir davantage aux structures d'HAD qui s'appuient sur un réseau de professionnels libéraux. Il convient d'encadrer la prise en charge par l'élaboration de protocoles (type de chimiothérapies, pathologies concernées,….).

Il est proposé de mener une expérimentation sur un ou deux territoires avec les structures d'HAD volontaires, afin d'évaluer un tel dispositif avant de le généraliser, le cas échéant.

Le programme de mise en œuvre se décline de la manière suivante :

- Étudier le besoin en SSR pour les patients atteints de cancer ;
- Mettre en place un groupe de travail sur la gradation de l'offre de SSR en cancérologie et l'identification des pathologies relevant d'une prise en charge de recours sur la base des travaux existants et des recommandations nationales, le cas échéant ;
- Définir les pathologies cancéreuses pouvant faire l'objet d'une prise en charge en HAD, élaborer des protocoles de prise en charge, identifier les formations à mettre en place, dans le cadre d'un groupe de travail régional ;
- Identifier un ou deux territoires expérimentateurs pour l'HAD en cancérologie.

Objectif complémentaire à ce parcours : « Permettre l'accès à la préservation de la fertilité à toute personne atteinte de cancer » (page 169)

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins » (page 262)

5/ AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE CARDIO-NEURO-VASCULAIRE

/// CONSTATS ET ENJEUX

Les maladies cardio-neuro-vasculaires (MCNV) recouvrent un ensemble de maladies fréquentes et graves qui ont longtemps représenté la principale cause de décès en France. Aujourd'hui, au niveau national et dans le Grand Est, les MCNV représentent la deuxième cause de mortalité générale, la première pour les femmes et pour l'ensemble des personnes âgées de plus de 65 ans. Malgré une diminution notable de la mortalité par MCNV dans les 10 départements du Grand Est depuis le début des années 2000, le taux de mortalité de la région sur la période 2011-2013 demeure significativement plus élevé que la moyenne nationale (204 décès pour 100 000 habitants contre 186 / 100 000). »

Différents facteurs de risque entrent en cause dans la survenue des MCNV. Si l'âge et les antécédents familiaux apparaissent comme des facteurs contre lesquels il est difficile d'agir, une prévention du surpoids, de la sédentarité, du tabagisme ou de la consommation excessive d'alcool et une optimisation de la prise en charge de l'hypertension artérielle peuvent limiter le risque.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) représente la première cause de handicap acquis de l'adulte (30 000 patients gardent des séquelles lourdes) et la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer.

Les principaux constats effectués en région mettent en évidence :

- Une offre de santé organisée pour répondre à l'urgence et aux besoins des patients, à conforter et déployer sur l'ensemble de la région. Elle est composée :
  - De filières préhospitalières de réponse à l'urgence, coordonnées par les centres 15, intégrant les plateaux de cardiologie interventionnelle, les unités neurovasculaires (UNV), téléconsultation neurologique et téléradiologie (téléAVC) et l'accès à la thrombectomie ;
  - D'unités spécialisées pour prendre en charge les patients en phase aigüe : unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) et cardiologie, UNV ainsi que neuroradiologie interventionnelle pour la thrombectomie ;
  - D'une offre de rééducation et de dispositifs permettant d'améliorer la prise en charge du patient (équipes mobiles…).
- Des modalités de suivi et de prise en charge à domicile qui doivent être améliorées. Comme pour toutes les maladies chroniques, l'éducation thérapeutique est un élément majeur de la prise en charge et de la prévention des complications des MCNV. De nombreux programmes ont été développés en région Grand Est, essentiellement sur le versant cardiovasculaire. L'approche neurovasculaire doit être également développée. De plus, la coordination des acteurs autour du patient est primordiale pour éviter les ruptures de parcours.

Les pistes d'amélioration concernent :

- Le développement des actions de prévention primaires, secondaires et tertiaires. L'éducation thérapeutique doit être particulièrement renforcée ;
- L'organisation d'une filière préhospitalière pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus et des patients AVC, à l'échelle de la région Grand Est ;

- L'accès au traitement et à la prise en charge spécialisée des patients AVC : accès à la thrombolyse et thrombectomie en développant le téléAVC, accès à l'UNV ;
- Le développement de la prise en charge ambulatoire en rééducation ;
- La prise en charge des patients insuffisants cardiaques, en particulier à domicile ;
- Le suivi à domicile en développant l'offre de consultations post-AVC pour permettre à tout patient AVC de bénéficier de cette modalité de suivi.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Il s'agit de :

- Informer les patients et former les professionnels de santé aux signes évoquant un AVC ou un syndrome coronarien aigu, de façon à diminuer le recours inadapté aux urgences et à améliorer le recours au 15 **[Objectif 1]** ;
- Organiser, en tout point de la région Grand Est, la filière pré-hospitalière pour les patients coronariens aigus et les patients AVC et AIT (Accident ischémique transitoire), pour leur permettre d'accéder au traitement le plus rapidement possible et entrer dans la filière de soins **[Objectif 2]** ;
- Améliorer l'accès à l'UNV pour les patients présentant un AVC ou un AIT **[Objectif 3]** ;
- Améliorer l'accès à la rééducation **[Objectif 4]** ;
- Améliorer le suivi à domicile des patients insuffisants cardiaques **[Objectif 5]** et des patients AVC **[Objectif 6]**.

L'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ayant présenté un AVC, est traité dans les chapitres des parcours concernés.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Diminuer d'au moins 50% le nombre d'admissions de patients victimes d'accident vasculaire cérébral aux urgences des établissements ne disposant ni d'unité neurovasculaire ni de téléAVC et le nombre d'admissions de patients victimes de SCA/ST+ aux urgences (ces patients devant être adressés sur un plateau de cardiologie interventionnelle)

Les médecins généralistes sont souvent les premiers interlocuteurs des patients. À ce titre, leur rôle de prévention et de dépistage est primordial. Ce sont eux également qui souvent orientent leurs patients vers le bon dispositif de prise en charge. Il convient d'éviter au maximum les orientations inadéquates qui sont une source de perte de chance, en l'occurrence :

- Passages aux urgences de patients victimes d'AVC dans des établissements ne disposant ni d'unité neuro-vasculaire (UNV) ni de télé AVC ;
- Passages aux urgences de patients souffrant de syndromes coronaires aigus (SCA) avec sus-décalage persistant du segment ST sur l'électrocardiogramme (ST+) qui signifie occlusion coronaire totale. Ces patients doivent être adressés directement sur un plateau de cardiologie interventionnelle.

Le recours au centre 15 est un élément clé du parcours de prise en charge des patients AVC et coronariens aigus, parce que lui seul permet au patient de bénéficier d'une prise en charge adaptée, dans les meilleurs délais. La campagne de communication sur le recours au centre 15 en présence de signes d'AVC a permis de diffuser largement cette recommandation au cours de ces dernières années. À l'instar de ce qui s'est fait pour l'AVC, et compte tenu de l'évolution de la prévalence des syndromes coronariens aigus, en particulier chez les femmes, il apparaît indispensable de

communiquer également sur cette pathologie, et de renouveler celle sur l'AVC. Il s'agira en particulier de :

- Déterminer les signes de reconnaissances des AVC avec les neurologues en cohérence avec les sociétés savantes, et les diffuser au grand public ;
- Déterminer les signes de reconnaissances des syndromes coronariens aigus avec les cardiologues, en spécifiant les signes rencontrés chez les femmes, en cohérence avec les sociétés savantes ;
- Communiquer en lien avec les conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) et/ou de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) auprès des professionnels libéraux ;
- Courrier ordinal et/ou URPS annuel rappelant les recommandations HAS ;
- Intervenir à la semaine médicale de Lorraine ;
- Intégrer ce point dans la formation médicale continue.

Objectif 2 100 % des patients présentant des signes SCA/ST+ ou des signes d'AVC, régulés par le centre 15, sont adressés conformément aux filières préhospitalières

Les modalités et les délais de prise en charge en urgence des patients présentant des signes de SCA/ST+ ou d'AVC sont essentiels dans la prise en charge du patient. En effet, le pronostic est fonction des troubles initiaux, de la rapidité de prise en charge, de l'intensité de la rééducation. Il est donc important de disposer en Grand Est d'une filière de prise en charge pré hospitalière SCA/ST+ et AVC, dont les modalités sont adaptées aux besoins des territoires, en tenant compte, pour l'AVC, des recommandations sur la thrombolyse et la thrombectomie. Cette filière de prise en charge doit être élaborée avec les professionnels hospitaliers et préhospitaliers les usagers et diffusée au grand public, dans le but de garantir la qualité et sécurité de la prise en charge des patients. La prise en charge de l'AVC de l'enfant doit également faire l'objet de l'organisation d'une filière spécifique de prise en charge, en lien avec les professionnels concernés :

Il s'agira plus particulièrement de :

- Préciser les stratégies de prise en charge, dans un délai compatible avec l'état du patient et l'accès aux plateaux techniques ;
- Rédiger les procédures régionales de prise en charge avec les professionnels concernés (cardiologues, neurologues, pédiatres et urgentistes) des établissements de santé publics et privés, ainsi qu'une procédure concernant l'AVC de l'enfant.
- Se doter d'outils d'évaluation permettant une évaluation des filières AVC et SCA/ST+ ;
- Donner plus de visibilité aux filières (description dans le ROR).

Objectif 3 Admettre au moins 80% des patients AVC et AIT en unité neuro-vasculaire (hors hémorragies sous-arachnoïdiennes et hématomes traumatiques)

Les recommandations des sociétés savantes et de la HAS préconisent que tout patient AVC ou AIT soit proposé à une UNV. Ces unités sont en effet dotées du plateau technique et des compétences soignantes permettant la prise en charge en phase aigüe, notamment l'administration de la thrombolyse. Les UNV permettent également la réalisation d'un bilan complet spécialisé et la mise en place d'une rééducation précoce.

En région Grand Est, le taux de passage de patients victimes d'AVC et d'accidents ischémiques transitoires (AIT) en UNV est en moyenne de 38% avec des variations territoriales de +/-10%. L'amélioration de ce taux est donc indispensable, et nécessite des efforts organisationnels. Il s'agira de :

- Mailler le territoire en UNV avec 1 UNV par zone d'implantation du niveau de soins de référence, et adapter les capacités d'accueil aux besoins identifiés pour l'ensemble des patients de la région Grand Est, en particulier :

- Créer une UNV dans la zone d'implantation n°1 Nord Ardennes ;
- Accompagner l'UNV du CHU de Reims pour augmenter sa capacité d'accueil et répondre aux difficultés de démographie médicale en neurologues (zone d'implantation n°2 Champagne) ;
- Augmenter la capacité de l'UNV du CHR de Metz-Thionville (zone d'implantation n°6 Lorraine Nord) ;
- Optimiser la prise en charge des AVC au sein de la zone d'implantation n°10 Basse Alsace Sud Moselle.

- Envisager l'opportunité de coopérations public-privé locales ;
- Poursuivre ou déployer le téléAVC dans les territoires non couverts le nécessitant ;
- Organiser le parcours hospitalier des patients AVC au sein de chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence ;
- Informer et communiquer auprès des usagers, ordres professionnels, URPS, urgentistes des établissements de santé accueillant des patients AVC ;
- Décrire précisément la filière dans le ROR.

En lien avec L'organisation de l'offre sanitaire (page 251)

Objectif 4 Améliorer l'offre en rééducation neurologique dans l'ensemble de la région

Sous obj. 4.1 Au moins 50% des zones d'implantation possèdent une équipe mobile de SSR neurologique

L'évolution des modalités de prise en charge des AVC vers une prise en charge moins hospitalière et plus ambulatoire fait apparaître la nécessité de développer rééducation et réadaptation au domicile du patient. Les expérimentations mises en œuvre dans les anciennes régions ont démontré leur plus-value. Il s'agit à présent d'offrir cette alternative thérapeutique aux patients de la région Grand Est. Il conviendra par ailleurs d'adapter les missions de chacune de ces équipes au contexte et aux besoins locaux, en les orientant vers la coordination des acteurs de la rééducation et/ou vers la rééducation à domicile.

- Déterminer les territoires propices, établissements volontaires, professionnels volontaires ;
- Mobiliser les acteurs sur le territoire ;
- Accompagner la création de ces équipes mobiles ;
- Évaluer l'action des équipes mises en place.

Sous obj. 4.2 Expérimenter la création d'une maison de santé de rééducation

De nombreux patients victimes d'AVC doivent bénéficier d'une rééducation. Or, il existe des difficultés dans certains établissements, insuffisamment attractifs, pour recruter des professionnels de rééducation, kinésithérapeutes ou orthophonistes. Une maison de santé de rééducation permettrait d'attirer certains professionnels, du fait des modalités d'exercice libéral et coordonné, dans une structure possédant un projet de santé.

- Déterminer le(s) territoire(s) pour mener cette expérimentation ;
- Mobiliser les professionnels de santé libéraux via l'URPS et les maisons de santé pluri-professionnelles ;
- Accompagner la création d'une maison de santé de rééducation via un appel à projets ;
- Évaluer.

Objectif 5 Au moins 50% des patients insuffisants cardiaques en ALD sont inclus dans un protocole de coopération type « Asalée » ou dans un protocole de suivi à domicile

Le nombre de patients insuffisants cardiaques est en constante augmentation. Les avancées du traitement de l'infarctus du myocarde ont permis une diminution de la mortalité sans pour autant éliminer la morbidité. L'allongement de la durée de survie après infarctus augmente mécaniquement le nombre de patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Les recommandations de prise en charge et de suivi des patients insuffisants cardiaques (IC) préconisent d'optimiser le traitement médicamenteux, d'assurer une éducation initiale, un suivi et un accompagnement à domicile. Sur ce dernier point, les patients ne sont pas suffisamment suivis lors de leur retour à domicile, occasionnant des ré-hospitalisations fréquentes qui pourraient être évitées. Il est donc nécessaire d'améliorer la prise en charge à domicile, en agissant sur :

- La coordination ;
- Le développement de l'éducation thérapeutique ;
- Le suivi médical régulier à domicile dont le suivi médicamenteux ;
- la mise en pratique de la médecine par les preuves (Evidence Based Medicine).

Au regard de la démographie médicale de certains territoires, il apparaît indispensable de développer les coopérations entre professionnels, en particulier entre médecins généralistes et IDE. Ainsi le patient pourrait bénéficier d'un suivi et d'une prise en charge rapprochée. Le protocole de coopération développé par l'association Asalée, en lien étroit avec le médecin traitant, s'adresse aux patients porteurs de pathologies cardiovasculaires. Au regard du bénéfice pour les patients, ce protocole aurait avantage à être déployé sur toute la région Grand Est, et à s'appliquer en particulier aux patients insuffisants cardiaques.

- Faire un état des lieux des actions existantes ;
- Déterminer la doctrine régionale relative au protocole de coopération concernant les patients porteurs d'insuffisance cardiaque ;
- Définir le plan d'action de déploiement en cohérence avec les actions des partenaires ;
- Suivre et évaluer les dispositifs.

Objectif 6 Chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence propose l'accès à un programme d'éducation thérapeutique neurovasculaire destiné aux patients AVC et AIT

Les patients atteints d'AVC doivent être particulièrement suivis lors du retour à domicile. En effet, cette pathologie chronique, à risque de récidive, entraîne une fréquentation récurrente du système de santé. Elle nécessite Une surveillance étroite pour évaluer régulièrement et ajuster la prise en charge le cas échéant.

Il est indispensable que le patient puisse également comprendre sa maladie et son traitement, et acquérir des compétences qui lui permettent de maintenir et d'améliorer sa qualité de vie. L'accès à un programme d'éducation thérapeutique lui permettra de répondre à ces objectifs. Il convient donc de développer les programmes d'éducation thérapeutique neurovasculaires au sein de chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence de la région Grand Est en lien avec les UNV.

- Appel à projet ETP neurovasculaire, basé sur un cahier des charges élaboré régionalement avec les spécialistes neurovasculaires, de rééducation, les associations de patients et les URPS concernées.

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins (page 262)

6/ AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE DANS UNE LOGIQUE INCLUSIVE

/// CONSTATS ET ENJEUX

En région Grand Est, on estime à 43 700 le nombre de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer, auxquels s'ajoutent 15 900 patients atteints par une maladie de Parkinson et 9 300 patients atteints par une sclérose en plaques. Les données épidémiologiques indiquent une forte prévalence de la sclérose en plaque dans la région et notamment dans les départements des Ardennes, de Moselle, Meuse, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin. Pour la maladie de Parkinson, les contrastes sont plus marqués avec une prévalence faible de cette pathologie en Alsace et en Lorraine mais plus importante en Champagne Ardenne.

Le plan des maladies neurodégénératives 2014-2019 (PMND) s'inscrit dans la continuité du plan Alzheimer 2009-2014. Le plan Alzheimer a été élargi à d'autres maladies neurodégénératives : la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques.

Les points de difficultés :

- L'adressage des patients est organisé, en revanche le temps d'accès à une consultation spécialisée voire d'expertise peut être long (six mois). Le partage de l'information doit être amélioré comme la formalisation de l'annonce du diagnostic ;
- La couverture des programmes d'éducation thérapeutique est incomplète, à noter des files actives faibles et une attractivité limitée pour la maladie de Parkinson ;
- Concernant les centres experts : il n'existe pas de centres experts pour la sclérose en plaques, les centres experts Parkinson et les centres mémoire de ressources et recherche (CMRR) sont méconnus de certains paramédicaux (kinésithérapeutes…) ;
- L'absence de réseaux spécialisés dans la prise en charge de la sclérose en plaque en Champagne-Ardenne ;
- La coordination des accompagnements spécifiques pour les patients de moins de 60 ans est complexe, pour exemple, la prévention de la désinsertion professionnelle ;
- L'organisation du soutien des aidants doit évoluer, les réponses n'étant pas les mêmes pour les 3 pathologies (formation, plateformes de répit …) ;
- Les dispositifs du plan Alzheimer initialement conçus pour l'accompagnement d'un public âgé doivent évoluer pour répondre aux besoins d'un public plus jeune ;

Les points de vigilance :

- La démographie médicale des neurologues ;
- L'hétérogénéité du maillage territorial en termes de diagnostic et de prises en charge ;
- La méconnaissance des besoins spécifiques de formation des équipes de premier recours accompagnant des patients à domicile ;
- Les contraintes budgétaires (Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), crédits délégués dans le cadre du plan Alzheimer...) ;
- La nécessité de faire évoluer et de restructurer l'offre de répit au sein du Grand Est ;
- La complexité de l'adressage et du suivi des patients neurostimulés ;
- Le recrutement limité des programmes d'éducation thérapeutiques actuellement mis en œuvre (méconnaissance des programmes autorisés, déficit concernant l'adressage...).

Les principaux axes d'amélioration sont :

- Favoriser un diagnostic de qualité et éviter les situations d'errance ;
- Renforcer la prévention et le rôle de la personne malade et de ses proches en particulier en structurant l'éducation thérapeutique du patient ;
- Garantir l'accès à une prise en charge adaptée en tout point et disposer d'un maillage territorial efficient tant dans le champ médico-social que dans le champ sanitaire, en renforçant, entre autre, les liens entre professionnels ;
- Réaliser une évaluation des différents dispositifs mis en place dans le cadre du plan Alzheimer.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Organiser la prise en charge des patients sous l'égide des centres experts

L'objectif vise à renforcer l'expertise en matière de diagnostic et d'orientation des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques en labellisant des centres experts pour ces deux affections. Il n'existe pas de centres experts pour la sclérose en plaques ; les centres experts Parkinson et les centres mémoire de ressources et recherche (CMRR) sont méconnus de certains professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes…). Tenant compte de la diversité des ressources des territoires, c'est au niveau des pratiques qu'il importe d'agir. L'objectif vise à :

- Installer et labelliser les centres experts pour la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques ;
- Formaliser l'annonce diagnostique et l'accompagnement de cette étape ;
- Renforcer l'efficience de l'organisation autour des centres experts dont les missions sont l'expertise, le recours, la coordination des soins, la diffusion des bonnes pratiques et la formation. Les résultats attendus sont une diminution des temps d'accès à une consultation spécialisée en vue d'un diagnostic.

Objectif 2 Développer et soutenir les prises en charge à domicile des patients atteints de pathologies neurodégénératives

- Identifier les complémentarités entre les acteurs à domicile et compléter l'offre dans les territoires qui le nécessitent ;
- Poursuivre les efforts engagés pour le développement des équipes spécialisées Alzheimer de manière à mailler le territoire régional (mesure 22 du plan Alzheimer), de renforcer et d'adapter l'intervention des services à domicile (SSIAD) (mesure 21 du plan Alzheimer).

Objectif 3 Structurer et mettre en œuvre une politique active en direction des proches aidants, en assurant une meilleure évaluation de leurs besoins, en adaptant les dispositifs et en les faisant connaître

L'organisation du soutien des aidants doit évoluer, les réponses n'étant pas les mêmes pour les trois pathologies Alzheimer, Parkinson et sclérose en plaque. Il faut :

- Adapter l'aide aux aidants à leurs besoins et à ceux des patients atteints d'une maladie de Parkinson ou d'une sclérose en plaque, l'objectif étant d'accompagner au moins 50% des aidants de patients atteints de pathologies neurodégénératives ;
- Faire évoluer l'offre de répit pour que celle-ci réponde aux besoins de l'ensemble des malades souffrant de maladies neurodégénératives :

- Ouverture des plateformes de répit à l'accompagnement d'aidants d'autres pathologies neurodégénératives ;
- Structuration du répit en adéquation avec les besoins des territoires ;
- Mailler le territoire en plateformes de répit.

Objectif 4 Organiser le suivi des malades neuro-stimulés

Le suivi des patients neurostimulés est complexe et la qualité de prise en charge demande à être améliorée. Il s'agit de

- Formaliser à partir des centres experts le suivi des malades neurostimulés en formant les professionnels et en organisant des relais sur les territoires pour la prise en charge ambulatoire de ces patients.

Objectif 5 Procéder à une évaluation des unités cognitivo-comportementales, des unités d'hébergement renforcé et organiser l'installation des nouveaux dispositifs

L'installation des unités cognitivo-comportementales (UCC) et des unités d'hébergement renforcées (UHR) reste complexe en Alsace et en Champagne Ardenne, notamment du fait de problématiques de financement. Les besoins en termes d'installation sont de :

- 2 (UCC), une en Alsace (en cours) et une en Moselle ;
- en Alsace, 4 UHR au regard des 8 attribuées, et 5 UHR (2 UHR sanitaires et 3 UHR médico-sociales) en Lorraine.

L'évaluation de l'activité de ces unités vérifiera la mise en œuvre des bonnes pratiques en vue d'améliorer la qualité des prises en charges en UHR et en UCC.

Objectif 6 Accroître le déploiement des pôles d'activités et de soins adaptés au sein des EHPAD de manière à assurer le maillage du territoire régional

L'objectif vise à poursuivre le déploiement des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en saisissant notamment l'opportunité réglementaire de mutualiser un PASA entre plusieurs établissements en s'assurant d'un maillage cohérent :

- Achèvement du déploiement des PASA prévus dans le cadre du précédent plan Alzheimer ;
- Augmentation du nombre d'EHPAD avec PASA.

Objectif 7 Améliorer l'accès des patients atteints de maladies neurodégénératives à l'éducation thérapeutique

Les résultats attendus sont une augmentation du nombre de patients atteints de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaque ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique.

- Améliorer l'accessibilité des programmes existants à un plus grand nombre de patients et en proximité ;
- Développer les programmes d'ETP, prioritairement pour la sclérose en plaque en Champagne Ardenne et pour la maladie de Parkinson en Lorraine.

En lien avec « L'organisation de l'offre médico-sociale » (page 221)

7/ AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES RARES DÈS LES PREMIERS SIGNES DE LA MALADIE

/// CONSTATS ET ENJEUX

Une maladie est dite « rare » lorsqu'elle atteint moins d'une personne sur 2000. Très nombreuses (plus de 7000 répertoriées à l'heure actuelle), les maladies rares représentent un enjeu majeur de santé publique, touchant en France plus de 3 millions de personnes (5% de la population), soit plus de 275 000 personnes dans le Grand Est. Ces maladies sont pour 80% des cas d'origine génétique et pour 20% des cas correspondent à des maladies d'origine auto-immune, des cancers ou des infections. Les deux tiers de ces maladies apparaissent avant l'âge de 2 ans et 60% s'expriment avant l'âge adulte. Souvent graves, elles sont évolutives, complexes et majoritairement chroniques. Elles sont incapacitantes pour la moitié d'entre elles.

Les maladies rares et les handicaps qu'elles entraînent peuvent provoquer l'isolement social et psychologique des malades et de leurs proches. De nombreux malades et professionnels de santé combattent cet isolement au sein d'associations, regroupées au niveau européen[16] ou à l'échelon national[17]. Ces associations de malades sont une ressource remarquable, que ce soit pour diffuser l'information, la formation, relayer les besoins des personnes concernées, activer les leviers pour améliorer le diagnostic et l'accompagnement sans oublier la recherche, essentielle dans ce domaine évolutif.

L'insuffisance des connaissances et la difficulté d'accès à l'information liées à la diversité des pathologies font de ces maladies un champ à part, réunissant des affections de spécialités variées, unies par leur rareté et par les interrogations qu'elles suscitent. L'errance diagnostique, fréquente, est source de retard pour la prise en charge spécifique. L'expertise est assurée par les professionnels spécialisés qui assurent une double mission, prise en charge des patients et activités de recherche.

Une offre de prise en charge spécialisée s'est structurée au fil des années. Depuis 2004, deux plans nationaux successifs ont permis, entre autres actions, la création de 23 filières de santé maladies rares (FSMR). Celles-ci animent les activités d'un réseau national de centres de référence maladies rares (CRMR) dont les équipes disposent d'une expertise élevée dans le domaine des soins, de la recherche et de la formation. Les filières peuvent également s'appuyer sur des centres de compétence maladies rares (CCMR), assurant la prise en charge et le suivi global (sanitaire, social et médico-social) des personnes malades au plus proche de leur domicile. La nouvelle procédure de labellisation des CRMR pour la période 2017-2023[18] a abouti à la labellisation de 16 centres de référence en région Grand Est (363 au niveau national) et au recensement de 151 centres de compétence en région Grand Est (1 773 au niveau national). Enfin, l'offre de consultations offerte par les structures spécialisées (CRMR, CCMR, FSMR) est complétée par des consultations de génétique médicale dans les principaux établissements de santé de la région.

Les constats portés au niveau national s'appliquent à la situation du Grand Est : méconnaissance du champ des maladies rares, retard au diagnostic, difficultés d'accès aux informations pour les malades, leurs familles mais également pour les professionnels, ruptures dans le parcours (lors du passage à l'âge adulte, de prises en charge non programmées ou encore lorsque la maladie devient invalidante).

De nouvelles professions pourraient contribuer à une organisation plus efficiente de l'offre diagnostique (conseillers en génétique, infirmier(e)s de pratique avancée, de coordination), mais elles sont peu répandues dans la région (manque de budget, méconnaissance du métier).

[16] EURORDIS : European Organization for Rare Diseases
[17] Alliance maladies rares (AMR) ou Fédération des maladies orphelines (FMO)
[18] Arrêté du 8 Aout 2017 portant labellisation des réseaux des centres de référence prenant en charge les maladies rares.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Les objectifs proposés sont en cohérence avec les orientations du futur plan national Maladies rares n°3 mais également avec les dispositions des lois de bioéthiques qui vont faire l'objet d'une révision à l'issue des états généraux de la Bioéthique en juin 2018. Elles s'appuieront également sur les travaux de l'agence de biomédecine dont le cadre a été défini dans son plan 2017-2021.

Six objectifs opérationnels sont identifiés :

- L'amélioration du parcours du point de vue de la prise en charge thérapeutique et accompagnement :
  - Réduction du délai entre l'âge des premiers signes et la prise en charge dans un centre de référence maladie rare **[Objectif 1]** ;
  - L'amélioration de la lisibilité de l'offre (diagnostic, thérapeutique, accompagnement médico-social…), d'une part pour les patients et leur famille **[Objectif 2]**, d'autre part pour les praticiens prenant en charge les patients en proximité **[Objectif 3]** ;
  - Organisation du relais au moment du passage de la prise en charge pendant l'enfance et celle à l'âge adulte **[Objectif 4]** ;
  - Structuration de la prise en charge des patients confrontés à une situation non programmée ou aigüe **[Objectif 5]** ou pour leur permettre de bénéficier des avancées sur leur maladie **[Objectif 6]** ;
  - S'appuyer sur l'expérience des associations, pour favoriser l'implication du patient dans sa prise en charge de sa maladie et favoriser les mesures lui permettant de développer son autonomie ;
- Le développement de connaissances partagées sur les maladies rares **[Objectif 3]** tant pour les professionnels de santé de proximité lors de formation continue que s'agissant de la formation initiale ;
- Le renforcement des coopérations entre praticiens de différentes disciplines, entre établissements de santé de la région, notamment pour s'inscrire dans le projet commun de plateforme de séquençage à très haut débit et, au-delà de ce projet, pour mettre en place des complémentarités de compétences afin d'identifier des pôles d'expertise. L'utilisation des outils de télémédecine doit permettre également de renforcer les coopérations entre les cliniciens et les biologistes médicaux ;
- L'amélioration de l'accès à un diagnostic étiologique / génétique est développé dans le cadre de l'axe stratégique n°7 relatifs aux innovations. Dans ce parcours, une vigilance particulière sera apportée à l'égalité d'accès au soin notamment en assurant la gratuité de l'accès aux examens ;
- Le pilotage de ce parcours doit pouvoir s'appuyer sur l'analyse des données collectées. L'implémentation régulière des bases de données notamment de la base nationale de données maladies rares (BNDMR) ou encore de PRIAMIG est fondamentale pour une bonne lisibilité de l'activité et des efforts déployés par les praticiens pour la prise en charge des patients atteints de maladies rares. Une extraction régulière doit permettre un suivi global des actions tant sur le prisme prise en charge des patients que sur le prisme activité des centres de référence et les centres de compétence.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Réduire d'au moins 25% le délai entre l'âge aux premiers signes d'une maladie rare et la prise en charge par un centre de référence et/ou de compétence

Le diagnostic de maladie rare est souvent tardif. Près du tiers des malades doivent attendre 4 ans pour un diagnostic. La problématique de l'errance diagnostique se situe en amont des centres de référence. En effet, l'inclusion du patient dans un CRMR assure l'accès aux informations, l'étape diagnostique dont la part génétique, la prise en charge, le suivi, le traitement adapté et conforme aux bonnes pratiques. Le premier professionnel sollicité dans le cadre d'un ensemble de symptômes ne «répondant à aucun diagnostic connu» est le plus souvent le médecin généraliste, mais il dispose rarement de toutes les informations utiles pour assurer pleinement ce rôle de repérage. D'autres professionnels de santé peuvent également permettre ce repérage, qu'ils exercent en premier recours ou dans une discipline spécialisée, et être ressources pour orienter ces patients vers un centre de référence maladies rares qui établira le diagnostic. C'est donc à toute une communauté de professionnels qu'il convient de dispenser les informations utiles pour favoriser un repérage et une orientation plus rapide des malades, notamment en leur permettant de mieux identifier les ressources existantes au sein de la région Grand Est.

- Acculturer et sensibiliser les professionnels de santé à la problématique des maladies rares, développer des formations favorisant la collaboration avec les associations, mettre à disposition des outils d'orientation sur internet (ORPHANET, Maladies rares Info service…) [19] ;
- Identifier, pour chaque grand groupe de problématique « maladies rares », les lieux possibles d'expertises sanitaires à même de conduire au centre de référence, en lien avec les associations (savoirs profanes, patients experts) et en s'appuyant notamment sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR) et les plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
- Rendre lisible l'offre de consultation génétique, au sein de chaque territoire de santé de proximité.

Objectif 2 Les personnes concernées par les maladies rares disposent d'informations adaptées, lisibles et compréhensibles (FALC)

La réalisation de cet objectif passe par la valorisation et la diffusion de dispositifs d'information existants et efficaces (ORPHANET, Maladies rares Info service…) mais insuffisamment connus tant du grand public que des professionnels. Ces dispositifs sont libellés « facile à lire et à comprendre » (FALC) grâce à une version simplifiée d'un texte qui permet d'être comprise par les personnes déficientes intellectuelles. À cet égard, les institutions intervenant dans le domaine de la santé peuvent, grâce aux outils dont elles disposent, contribuer à rendre plus visibles les ressources existantes.

- Implémenter le site internet de l'ARS, des établissements de santé de recours, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)… avec les informations nécessaires à la prise en charge des patients atteints de maladies rares, en particulier le lien vers le site ORPHANET.
- Améliorer la connaissance sur les maladies rares en organisant une journée régionale annuelle maladies rares en collaboration avec les acteurs de proximité qui organisent d'ores et déjà des évènements.
- Soutenir les travaux menés par les associations de malades s'agissant des outils de communication / santé connectée (exemple de l'application mobile ViMaRare).

[19] Exemple : www.maladiesraresinfo.org ; www.orpha.net

Objectif 3 Les professionnels de santé prenant en charge des personnes atteintes de maladies rares ont accès à des informations actualisées (parcours de leurs patients, évolutions des connaissances dans le champ des maladies rares)

Les professionnels de santé de proximité sont sollicités à de nombreuses étapes du parcours des personnes atteintes de maladies rares (repérage, orientation, information, accompagnement, contribution à l'évaluation globale, suivi, adaptation…). Ils doivent pouvoir disposer facilement des informations dont ils ont besoin, qu'elles concernent le patient, la maladie en cause ou les ressources sanitaires mais aussi médico-sociales, sociales sur le territoire. Par ailleurs, le champ des maladies rares étant un domaine très évolutif, une collaboration forte entre acteurs de la vie quotidienne et spécialistes de ces maladies est nécessaire.

- Faciliter l'accès des professionnels de santé aux informations utiles :
  - En développant et diffusant les dispositifs d'information existants et en prenant appui sur le déploiement des avancées technologiques en matière de partage d'information de santé (ex : insertion d'un volet « maladies rares » dans le dossier médical partagé) ;
  - En structurant les ressources dans le champ des maladies rares au sein des territoires de santé de proximité et diffusant les informations sur les CRMR et les filières maladies rares ;
- Lancer un appel à candidatures pour inciter et/ou soutenir les initiatives pour développer la télé-expertise entre CRMR/CCMR et établissements de santé (publics et privés) ou professionnels de proximité impliqués dans la prise en charge des patients atteints de maladies rares.
- Informer/former les acteurs de la vie quotidienne, notamment les acteurs du secteur médico-social, aux spécificités des maladies rares (ex : projet Plateforme PARAD en Alsace).

Objectif 4 Chaque enfant atteint d'une maladie rare devenant adulte bénéficie d'une consultation multidisciplinaire de relais enfant/adulte, mise en place dans chaque centre de référence ou de compétence

Le passage de l'enfance à l'âge adulte pour les personnes atteintes de maladies rares est à risque de rupture pour des raisons qui peuvent être liées au malade (modification des attentes et besoins de l'enfant qui devient un adulte) ou à l'organisation des soins (ressources médicales à constituer, prise en charge à structurer chez les adultes pour certaines pathologies).

- Mettre en place pour chaque centre de références ou de compétences une consultation de transition associant l'équipe ayant suivi l'enfant et celle qui le suivra à l'âge adulte.
- Élaborer des documents pédagogiques pour les enfants et leurs familles (changements / évolutions liées à la transition), favorisant leur démarche active dans la logique de l'éducation thérapeutique du patient, ces outils d'autonomisation du patient pouvant limiter les perdus de vue à l'âge adulte.

En lien avec le parcours « Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents (page 57)

Objectif 5 L'organisation est structurée pour permettre aux personnes atteintes de maladies rares de bénéficier d'une prise en charge adaptée lors de situations non programmées ou aigües

La mise en place d'une organisation pour assurer la sécurité des personnes atteintes de maladies rares lors d'une prise en charge non programmée (situations d'urgence, prise en charge obstétricale…) est nécessaire face au risque de complications graves susceptibles de survenir en cas de méconnaissance de la maladie conduisant à une prise en charge inadaptée. Cette thématique doit être travaillée par les filières de santé maladies rares, notamment afin de mettre en place des documents « Urgence » sur le site d'ORPHANET.

- Rendre accessibles les informations permettant de sécuriser le passage aux urgences (fiche de synthèse par pathologies, fiches de transmission aux SAMU « patients remarquables » mises en place dans certains départements…) en utilisant en priorité les outils existants et le numérique (DMP à venir).
- Sensibiliser les professionnels intervenant dans le cadre de l'urgence (SAMU, SMUR, services des urgences) ou de situations à risque (maternité, anesthésie) à la spécificité des maladies rares, notamment à l'existence des fiches relatives aux situations d'urgence (notamment dans le cadre des actions de formations).

Objectif 6 La prise en charge des personnes atteintes de maladies rares est organisée de façon à leur permettre de bénéficier des avancées diagnostiques et/ou thérapeutiques et en matière d'accompagnement

Compte tenu de la complexité et de l'évolutivité du domaine, des orientations du futur plan Maladies rares n°3, du plan France génomique 2025, il s'agit de structurer les évolutions en matière de prise en charge en s'adossant sur l'existant (ressource associative, labellisation récente des CRMR, organisation du territoire de santé de proximité, progrès du numérique notamment télémédecine…) sans perdre de vue les évolutions diagnostiques et thérapeutiques dans telle ou telle maladie.

- Favoriser l'accès à la recherche biomédicale et soutenir la mise en œuvre des programmes d'ETP portés par les filières « maladies rares », en associant les malades et les associations ;
- Inciter au développement de nouveaux métiers permettant une meilleure prise en charge (conseiller en génétique, infirmier de coordination, infirmier de pratique avancée) et soutenir les actions innovantes en matière d'autonomie en santé, notamment en encourageant les accompagnements personnalisés (en lien avec les MDPH) ;
- Organiser l'articulation avec les équipes relais Handicap rares, dispositif intégré dont les bilans d'activité montrent l'efficacité pour l'accompagnement de personnes atteintes de problématiques rares.

Objectifs complémentaires avec ce parcours : « Disposer d'une plateforme régionale de génomique à très haut débit dans le cadre du plan de déploiement national » (page 214)

8/ RENFORCER LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

/// CONSTATS ET ENJEUX

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple).

Selon le portrait de territoire réalisé par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la région Grand Est se démarque de la moyenne nationale par :

- Une surconsommation féminine du tabac et une surmortalité globale liée au tabac touchant en priorité le territoire Lorrain ;
- Une consommation d'alcool se situant dans la moyenne avec cependant de fortes disparités intra régionales en termes de conséquences sanitaires ;
- Une consommation plus faible de cannabis ;
- Une présence importante d'héroïne et de cocaïne dans la région avec des décès par surdose et des ventes de traitements de substitution beaucoup plus élevés que la moyenne nationale, notamment en Alsace et en Lorraine ;
- Une absence de prise en charge coordonnée des personnes présentant des troubles addictifs.

Il est noté, par ailleurs, un manque de données nationales et régionales relatives à l'usage excessif des écrans et des jeux vidéo chez les jeunes.

À noter que la région Grand Est dispose d'une salle de consommation à moindre risques ouverte le 7 novembre 2016 dans l'enceinte du Nouvel Hôpital civil à Strasbourg et portée par l'association Ithaque.

Les pistes d'amélioration concernent :

- Le déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé à destination des jeunes, des publics les plus vulnérables (les femmes enceintes, les personnes âgées) ;
- Le développement d'une prospective sur les besoins de formation en lien avec les évolutions des pratiques de consommation (formation à distance – appui numérique – évolution des consommations notamment addictions aux écrans et aux jeux)
- La structuration d'une offre de soins graduée à l'échelle des zones d'implantation du niveau de soins de référence (ELSA, offre de proximité, restructuration des filières addictologie) en lien avec les dispositifs de ville et médico-sociaux ;
- Le développement de parcours de santé coordonnés prenant en considération les poly-consommations et comorbidités (médecine libérale, pharmacies, structures spécialisées en addictologie médico-sociales et hospitalières, dispositif hospitalier à orientation somatique et psychiatrique...) avec un focus sur la réduction des risques et des dommages.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Les sept objectifs fixés doivent permettre de renforcer la prévention et la promotion de la santé des conduites addictives et de faciliter l'organisation de parcours de soins adaptés aux besoins de santé de la personne en situation d'addiction au travers :

- Du développement de parcours de santé coordonnés **[Objectif 1]** prenant en considération les poly-consommations, les troubles de la cognition **[Objectif 5]** et les comorbidités avec un focus sur la réduction des risques et des dommages ;
- Le déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé à destination des jeunes et des publics les plus vulnérables **[Objectifs 1 et 2]** en s'inscrivant dans un continuum avec la réduction des risques et des dommages **[Objectif 4]** ;
- La structuration d'une offre de soins graduée à l'échelle des zones d'implantation du niveau de soins de référence, en lien avec les dispositifs de ville et médico-sociaux **[Objectif 3]** ;
- Une prospective sur les besoins de formation **[Objectif 6]** et de recherche **[Objectif 7]** en lien avec les évolutions des pratiques de consommation.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Installer au sein de chaque département au moins une commission de coordination en addictologie

Pour organiser au mieux le parcours de santé des personnes en situation d'addiction, il importe de favoriser la coordination des acteurs de proximité amenés à accueillir et à accompagner ces personnes et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires pour garantir un parcours efficient. Cette coordination passe par l'impulsion, au sein de chaque département, d'une ou plusieurs commissions de coordination en addictologie sous le pilotage de l'ARS.

Cette instance aura pour missions principales de :

- Identifier et rendre lisible l'offre de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de soins ;
- Repérer et analyser les freins et les leviers à la coordination des acteurs ;
- Impulser une dynamique territoriale, en proposant un espace d'échanges et de transmission d'informations entre professionnels de champs différents amenés à accompagner des personnes en situation d'addiction ;
- Favoriser la connaissance et la reconnaissance mutuelle entre partenaires pour renforcer la qualité des orientations et développer les retours d'information réciproques ;
- Encourager la mise en place de temps de synthèse entre acteurs autour de situations complexes ;
- Repérer et analyser les évolutions en termes de produits disponibles, de profils des usagers, d'usages et de pratiques spécifiques au territoire concerné ;
- Rendre visibles les initiatives probantes engagées par les acteurs et favoriser leur éventuelle modélisation ;
- Favoriser les expérimentations et la création d'outils conçus collectivement.

Objectif 2 Formaliser un programme pluriannuel de prévention des conduites addictives dans chaque territoire d'intervention des commissions de coordination en addictologie.

Un programme pluriannuel de prévention des conduites addictives et à risque sera élaboré au sein de chaque commission de coordination en addictologie en réponse aux problématiques identifiées dans chaque territoire, avec pour objectifs de :

- Disposer d'un état des lieux précisant l'existant en matière de prévention des conduites addictives et à risque pour identifier les besoins non couverts et les éventuelles redondances ;
- Garantir un accès territorial pour tous, prenant en compte la singularité des ressources et des acteurs de chaque territoire, tout en portant un effort particulier en direction des jeunes, des femmes enceintes, des jeunes parents, des personnes en situation de vulnérabilité et des personnes en situation de précarité ;
- Favoriser la fédération des acteurs des différents champs par territoire, dans une logique de décloisonnement, d'intersectorialité, de mutualisation des pratiques et des moyens ;
- Amener les acteurs des soins de premier recours à se mobiliser davantage dans la prévention des conduites addictives ;
- Impulser l'élaboration de supports de bonnes pratiques (chartes…) et s'assurer de l'accès des acteurs à ces supports, aux méthodologies et outils d'animation en promotion de la santé ;
- Favoriser la valorisation et le déploiement des actions ayant fait preuve de leur efficacité et l'impulsion d'actions innovantes ;
- Prévoir le développement de temps de sensibilisation, de formation et d'échanges de pratiques à destination des acteurs.

En lien avec le plan national de santé publique et notamment les objectifs suivants :

- Mieux prévenir les consommations à risque chez la femme enceinte ;
- Favoriser les partenariats entre chaque collège et lycées et une consultation jeunes consommateur de proximité ;
- Renforcer les interventions des consultations jeunes consommateurs ;
- Proposer systématiquement un accompagnement spécialisé des jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive ;
- Instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé.

Objectif 3 Organiser un maillage territorial efficient de l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie

L'amélioration du maillage territorial s'inscrit dans la continuité des travaux engagés dans les PRS des antes régions du Grand Est et a pour objectifs de réduire les inégalités territoriales en matière de prévention et d'accès aux soins en addictologie, et d'assurer la qualité des interventions et de prise en charge en évitant la survenue de ruptures dans le parcours de santé de la personne en situation d'addiction.

Cette amélioration du maillage territorial nécessite de :

- Recueillir, sur chaque territoire, des données objectives sur l'offre de ville, médico-sociale et sanitaire en addictologie et d'hébergement avec soins, sur les modalités précises d'articulation des acteurs et des dispositifs, sur les pratiques développées, pour identifier les évolutions à intégrer ;
- Reconnaître le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) comme pivot de la prise en soin en addictologie et développer des antennes de CSAPA et des microstructures dans les territoires peu couverts et fragilisés ;

- Impulser des pratiques pluri-professionnelles de proximité et des pratiques de soins intégrés ;
- Proposer un étayage aux acteurs de premiers recours et notamment aux médecins généralistes, par le biais des microstructures, des CSAPA, des consultations hospitalières d'addictologie et/ou des plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
- Favoriser un accès rapide aux soins, en assurant notamment le maintien et le développement des filières hospitalières d'addictologie, en améliorant les modalités d'accueil et d'accompagnement aux urgences et en favorisant l'accès des professionnels d'addictologie à des lits en établissement de santé ;
- Renforcer la mobilité tant géographique (consultations avancées, équipes mobiles, pratiques hors les murs…) que psychologique des équipes (prise en compte de la personne là où elle en est de sa trajectoire et co-construction de son projet d'accompagnement sur la base de son expertise ; adaptation des dispositifs aux besoins et attentes des personnes ; impulsion de lieux d'accueil à haut seuil de tolérance ; interprétariat…) ;
- Créer des outils de liaison pour favoriser l'articulation des acteurs et notamment avec les médecins généralistes, en amont et en aval de la prise en soin au sein des dispositifs médico-sociaux et dans le cadre des hospitalisations ;
- Déployer la télé expertise et la e-santé en addictologie.

En lien avec l'objectif «(ex obj 1) Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est» (page 73)

Objectif 4 Installer un centre régional de ressources et de compétences en réduction des risques et des dommages Installer un espace régional de ressources et d'expertise en addictologie

~~La réduction des risques et des dommages est devenue une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les risques et les dommages liés à l'utilisation de substances psychoactives. Elle concerne tous les usages et pratiques, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Cette approche se décline auprès de toute personne en situation d'addiction et concerne aussi bien la prévention que l'accompagnement en soin et la prévention de la rechute. Elle constitue un fil rouge dans le parcours de vie de la personne, intégrant toutes ses dimensions (environnement, hébergement, accès aux soins, accès aux droits…) et doit favoriser l'inscription de la personne dans un parcours de santé avec des objectifs individualisés, évolutifs et co-construits avec elle, en fonction de là où elle en est, de ses contraintes et de ses potentialités. Elle n'exclut pas l'abstinence comme objectif, mais ne l'impose pas.~~

~~Cette culture est loin d'être appropriée par l'ensemble des professionnels tant en addictologie que dans la prise en charge et l'accompagnement global de la personne. Il existe des inégalités en termes d'accessibilité à la réduction des risques et des dommages.~~

~~Afin de diffuser cette culture et les bonnes pratiques, il est nécessaire de mettre en place d'un centre régional de ressources et de compétences qui aura pour missions de :~~

- ~~Identifier les pratiques développées et les besoins non couverts ;~~
- ~~Proposer un espace de rencontres, d'échanges et de conceptualisation de la réduction des risques et des dommages ;~~
- ~~Développer et renforcer les compétences des professionnels et bénévoles en promouvant les modules de formation pluri professionnelles et en favorisant le partage des pratiques par l'immersion professionnelle ;~~
- ~~Diffuser les bonnes pratiques et les évolutions réglementaires ;~~
- ~~Impulser des actions innovantes répondant à des besoins identifiés (ex : logement, testing, actions en milieu carcéral, actions auprès de populations vulnérables…) ;~~
- ~~Impulser des programmes de recherche et diffuser les résultats ;~~

- ~~Favoriser l'accès au dépistage, avec un recours aux tests rapides à orientation diagnostique (TROD) et au Fibroscan et au repérage précoce des complications somatiques.~~

L'espace régional de ressources et d'expertise en addictologie (ERREA) a pour ambition de fédérer les acteurs de l'addictologie en région Grand Est. Il vise à l'amélioration des pratiques de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de soins des patients présentant des conduites addictives. L'espace sera organisé autour de commissions thématiques associant les professionnels en la matière pour favoriser les échanges d'expérience, les bonnes pratiques, les innovations. Les missions détaillées de l'ERREA seront définies dans le cadre d'un conventionnement pluriannuel avec l'ARS Grand Est, autour notamment des axes suivants :

- La coordination des acteurs du territoire quel que soit les modalités et les lieux d'exercice ;
- L'expertise en addictologie mise à disposition des acteurs des institutions ;
- Le soutien des délégations territoriales de l'ARS dans l'animation et la coordination des acteurs locaux en addictologie afin de tendre vers une amélioration et une optimisation des réponses apportées aux usagers dans un continuum de parcours (intégrant la prévention, la réduction des risques et les soins) ;
- L'information, la communication à destination des professionnels, des institutionnels et éventuellement du public ;
- L'enseignement, la formation (initiale et continue), la recherche et l'évaluation dans le domaine de l'addictologie ;
- La diffusion des bonnes pratiques et des expériences innovantes.

Objectif 5 Organiser le parcours de soins des personnes souffrant de troubles neurocognitifs liés aux conduites addictives

La prévalence des troubles cognitifs liés à la consommation de substances psychoactives et aux comportements addictifs sans produit (jeux de hasard, cyberdépendance, addictions sexuelles, achats compulsif…) est sous-estimée du fait notamment de définitions peu précises et d'un repérage difficile, lié au manque de moyens et de compétences. Or, ces troubles cognitifs sont des facteurs de mauvais pronostic avec risque de perte de chances si les personnes sont orientées vers des prises en charge inadaptées.

Au-delà des troubles neurocognitifs irréversibles les plus graves (encéphalopathie de Gayet-Wernicke, Korsakoff, démence alcoolique…), il existe fréquemment des altérations de la cognition qui concernent principalement les fonctions exécutives, la mémoire épisodique, les fonctions visio-spatiales, la cognition sociale et des désordres émotionnels. Ces troubles peuvent évoluer favorablement avec l'arrêt de la conduite addictive associée à une réhabilitation cognitive plus ou moins intense (stimulation cognitive simple ou remédiation cognitive) et psycho-sociale Non détectés et pris en charge, ces troubles s'aggravent et peuvent devenir irréversibles.

Il est par conséquent nécessaire d'organiser un parcours de soins spécialisé pour les patients présentant des troubles cognitifs liés aux conduites addictives qui s'articule autour des axes suivants :

- Former les intervenants en addictologie et les professionnels de santé au repérage des troubles neurocognitifs et aux méthodes simples de stimulation cognitive ;
- Encourager le repérage par tout professionnel d'addictologie et tout professionnel de santé formé ;
- Faciliter l'accès à un bilan neuropsychologique spécialisé ;
- Proposer une prise en soin adaptée et graduée aussi bien addictologique que cognitive, pouvant aller jusqu'à une remédiation cognitive spécialisée, aux personnes souffrant de troubles cognitifs ;
- Favoriser les entrées dans des lieux de vie adaptés en cas de troubles irréversibles confirmés avec perte d'autonomie après un temps long d'observation.

Objectif 6 Adapter l'enseignement et la formation en addictologie pour faire évoluer les pratiques

Le développement de l'enseignement et de la formation en addictologie des professionnels médicaux, paramédicaux et des travailleurs sociaux doit permettre aux différents acteurs de construire un savoir et une culture commune en addictologie, de décloisonner les organisations, et d'accompagner l'évolution des pratiques. L'objectif est de promouvoir les attitudes positives vis-à-vis des personnes en situation d'addiction, d'interroger les pratiques et d'intégrer les concepts de réduction des risques et des dommages.

- Faire évoluer et renforcer l'enseignement de l'addictologie dans les programmes des études médicales, des écoles paramédicales et des instituts de formation des travailleurs sociaux ;
- Développer la formation autour du repérage précoce et intervention brève, de l'entretien motivationnel, de l'éducation thérapeutique, du repérage et de la prise en charge des altérations cognitives ;
- Sensibiliser à différentes approches psychothérapeutiques comme les psychothérapies brèves, les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies par médiation, la méditation...

Objectif 7 Développer des programmes de recherche et d'évaluation des pratiques professionnelles en addictologie

Le développement de la recherche en addictologie (recherche fondamentale et recherche de type recherche-action) concourt à la compréhension des mécanismes impliqués dans l'apparition et le maintien des addictions ainsi qu'aux rechutes, à l'identification des facteurs de vulnérabilité individuels, sociétaux et environnementaux favorisant leur développement. Il permet également de préciser les modalités d'intervention les plus efficientes, pour, in fine, adapter et améliorer les stratégies de soin (augmenter la compliance, le suivi thérapeutique, développer des innovations thérapeutiques) et les actions de prévention (prévention des rechutes et réduction des risques et des dommages).

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles trouvent leur origine dans le constat d'une hétérogénéité des pratiques et constituent une démarche incontournable d'amélioration de la qualité des soins.

- Développer les programmes de recherche en cours à l'échelle de la région : outil de repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), programme Fibroscan ;
- Développer une réflexion autour des nouveaux produits et des nouveaux comportements ainsi que des outils adaptés à la veille en lien avec les services d'urgence et les centres antipoison ;
- Accompagner l'élargissement des prescriptions des traitements de substitution (traitement nicotinique, initiation méthadone en médecine de ville).

/// Objectifs complémentaires avec ce parcours :

La conduite addictive concerne l'ensemble de la population, à ce titre des actions spécifiques peuvent être traitées dans d'autres chapitres, notamment :

La prévention du tabagisme : Faire passer la part des fumeurs quotidiens sous la barre des 20% (page 20)

La santé mentale :

- (ex obj 1) Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est (page 73)

- (ex obj. 7) Créer un centre régional de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique pour promouvoir l'éthique, la recherche et les dispositifs innovants en santé mentale (page 72)

Les conduites addictives chez les enfants et les adolescents :

- Dans la stratégie nationale de santé (SNS), la conduite dangereuse est traitée avec la problématique addictive. Dans le SRS Grand Est, les actions relatives aux compétences psychosociales ont été développées dans le parcours des enfants et les adolescents (page 57).

Les conduites addictives en entreprise : Lutter contre les addictions sur le lieu de travail (page 28)

Améliorer l'accès aux soins en milieu pénitentiaire (page 144) :

- Développer dans les établissements pénitentiaires une politique de réduction des risques et des dommages tant au niveau de la consommation des produits psychoactifs que des comportements et de l'hygiène de vie ;
- Renforcer les compétences des professionnels travaillant ou intervenant en milieu pénitentiaire en réduction des risques et des dommages.

Améliorer le parcours de santé en périnatalité (page 164)

- Le dépistage et la prise en charge des grossesses à vulnérabilité médicale et/ou sociale doivent être améliorés, en particulier pour les facteurs de risque tels que le surpoids, l'obésité, le diabète, le tabac, l'alcool, l'usage de substances psychoactives, l'hypertension artérielle, la précarité, les violences conjugales, les fragilités psychologiques et les pathologies psychiatriques

5. AXE STRATÉGIQUE N°5 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES, DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES EN SITUATION DE FRAGILITÉ SOCIALE DANS UNE LOGIQUE INCLUSIVE

1/ PRÉSERVER L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

/// CONSTATS ET ENJEUX

En 2030, plus de 1 724 000 personnes de plus de 60 ans résideront dans la région Grand Est, soit 30% de plus qu'en 2013. La dépendance devrait augmenter avec près de 175 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires et sera plus marquée dans certains départements, comme le Bas-Rhin et le Haut-Rhin.

Les personnes âgées correspondent à une population hétérogène du point de vue de leur autonomie, allant des personnes autonomes aux personnes fragiles jusqu'aux personnes en perte d'autonomie. L'organisation du parcours de la personne âgée implique une articulation avec les autres parcours de prise en charge intégrant la dimension du vieillissement, en particulier les personnes handicapées, la cancérologie, la santé mentale, les maladies cardio neuro vasculaires, la prise en charge en médecine, les soins de suite et de réadaptation, l'hospitalisation à domicile, les soins palliatifs, les soins non programmés, les maladies neurodégénératives, et dans une moindre mesure l'addiction, les soins aux détenus, et le plan régional santé environnement sous l'angle de l'habitat indigne.

En région Grand Est, de nombreuses expérimentations et des démarches en matière de prise en charge des personnes âgées ont été engagées dans les territoires :

- Les approches parcours ont été développées comme l'expérimentation PAERPA en Meurthe-et-Moselle, la démarche parcours « personnes âgées » en Alsace et l'expérimentation de l'article 70 dans la Marne, la Meuse et en Meurthe-et-Moselle.
- L'organisation d'astreintes d'infirmières de nuit mutualisées entre EHPAD (impliquant 55 EHPAD) a été développée ;
- Les expérimentations de télémédecine ont été lancées en EHPAD.

Ces expérimentations ont permis sur la base d'un état des lieux, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants, de travailler en transversalité, de coordonner les acteurs du champ de la gérontologie, d'adapter certaines pratiques et de définir une nouvelle gouvernance dans la prise en charge. Leur évaluation permettra de capitaliser sur les acquis pour nourrir les dynamiques locales et faire évoluer l'offre de services.

Toutefois, de nombreux points d'amélioration subsistent :

- Il y a une acculturation insuffisante en matière de prévention et de promotion de la santé des professionnels du champ de la gérontologie ;
- La démographie médicale des médecins gériatres et généralistes, des professionnels de la santé mentale n'est pas favorable ;
- Le reste à charge pour les personnes âgées ou leur famille peut être important et freiner les prises en charges adéquates ;
- Des mesures peuvent constituer dans certaines situations un obstacle à la mise en œuvre des prises en charge, en particulier lors d'activation des dispositifs sociaux en urgence (allocation personnalisée d'autonomie en urgence) en termes de réglementation (code du travail pour le relayage) ;
- L'offre de prise en charge des personnes âgées est hétérogène. Elle est inégalement répartie sur le territoire que ce soit dans le champ médico-social (EHPAD, SSIAD), le champ sanitaire en établissement (court séjour gériatrique, équipe mobile) ou en ambulatoire (réseaux). Elle manque de lisibilité tant au niveau des missions que de la composition des équipes et des modalités d'intervention. Par ailleurs, la juxtaposition de dispositifs de coordination ou d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, CTA du programme PAERPA, PTA...) tend à complexifier d'avantage l'offre de prise en charge des personnes âgées alors qu'au contraire il s'agirait de la simplifier.

Enfin, les financeurs du champ social et médico-social exercent leurs compétences dans des territoires différents rendant complexe l'organisation de parcours ;

- Concernant les EHPAD, la mise en œuvre récente des CPOM va également permettre de développer une démarche qualité (prévention, bientraitance, circuit du médicament, lutte contre la iatrogénie, etc.) Par ailleurs, en lien avec le volet de la santé au travail, il conviendra d'accompagner les acteurs pour intégrer une culture de prévention pour l'ensemble des personnels (cf. axe stratégique n°1).

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin de préserver l'autonomie des personnes âgées, il s'agit de faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé au travers de la mise en œuvre de **sept objectifs opérationnels** ci-après.

- Développer la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes notamment en mettant en œuvre des actions de promotion de la santé, en systématisant la prévention dans les plans d'accompagnement portés par les points de coordination et dans les CPOM des EHPAD **[Objectif 1]** ;
- Diminuer le recours à l'hôpital quand celui-ci n'est pas pertinent : en particulier aux urgences par une meilleure prise en charge de proximité et une organisation efficiente de l'expertise **[Objectif 2]** et également en diminuant le nombre de ré-hospitalisations non programmées **[Objectif 3]** ;
- Assurer une coordination territoriale efficiente des acteurs grâce à la mise en place de points de coordination unique par territoire **[Objectif 4]**, et également en développant le suivi des plans d'accompagnement **[Objectif 5]** ;
- Organiser l'accompagnement des aidants, maillon indispensable au maintien à domicile en organisant en lien avec les conseils départementaux, leur repérage et leur formation **[Objectif 6]** ;
- Simplifier et rendre lisible les organisations, restructurer et faire évoluer l'offre dans les territoires **[Objectif 7]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Afin de limiter l'entrée dans la dépendance des personnes âgées, les actions de prévention et le repérage de la fragilité des personnes âgées doivent être développés. Les actions de prévention ciblent la population avant 60 ans, voir 55 ans doivent être adaptées en fonction du degré d'autonomie des publics cibles :

- Pour la population autonome, mettre en place des actions de prévention primaire et secondaire comme les actions collectives de promotion du « bien vieillir », en coordination et en lien avec les acteurs institutionnels (les conseils départementaux, les mutuelles, les caisses de retraite, etc.) ; organiser le repérage de la fragilité et développer les compétences des professionnels médicaux et non médicaux dans ce domaine ;
- Pour la population « complexe », mettre en place un volet prévention dans tous les plans d'accompagnement ;
- Pour la population accueillie en EHPAD, souvent poly-pathologique et dépendante, mettre en place des actions de prévention tertiaire qui seront contractualisées via les CPOM.

Objectif 2 Diminuer d'au moins 10% pour chaque zone d'implantation le recours inadapté aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans

L'admission d'une personne âgée en service d'urgence survient la plupart du temps à la suite d'un état de crise ayant pour origine des causes médicales, mais également sociales (isolement, manque de ressources, perte de mobilité, etc.). Au sein des services des urgences, les personnes âgées de plus de 75 ans mobilisent les équipes de façon importante de par leurs pathologies et l'intrication de problématiques médicales, médico-sociales voire sociales.

Éviter le recours aux urgences lorsque celui-ci n'est pas nécessaire est apparu comme une priorité pour limiter les ruptures de parcours liées à l'entrée à l'hôpital. En amont, pour les personnes âgées à domicile comme en EHPAD, il s'agit de pouvoir apporter une première réponse en lien avec le médecin traitant en organisant le recours gradué à l'expertise gériatrique dans les territoires.

- Déclencher une première réponse en lien avec le médecin traitant, accessible pour les personnes âgées à domicile et pour les personnes âgées en structure d'hébergement (EHPAD, résidence autonomie, petite unités de vie, etc.) :
  - Mettre en place au niveau de chaque territoire un point de coordination unique lisible et reconnu par les professionnels, afin de coordonner les différentes interventions et intervenants autour de la personne âgée, lorsque les situations individuelles deviennent complexes ;
  - Développer la télémédecine en EHPAD ;
  - Généraliser le dossier de liaison des urgences ;
  - Développer (le cas échéant) après évaluation, les expérimentations d'astreintes infirmières de nuit mutualisées entre plusieurs EHPAD.
- Organiser le recours gradué à l'expertise gériatrique dans les territoires (équipe mobile de gériatrie, réseaux gériatrique, etc.) ; organiser le recours aux autres spécialités (gérontopsychiatrie, oncogériatrie, rééducation, neurologie, etc.) ou à l'hospitalisation à domicile.

Objectif 3 Diminuer d'au moins 5% le nombre de ré-hospitalisations non programmées dans les 30 jours des personnes âgées de plus de 75 ans

Il convient d'anticiper la sortie de l'hôpital et repérer les risques de ré-hospitalisation, en préparant la sortie le plus en amont possible avec la personne âgée, sa famille, le médecin traitant et ou le pharmacien et l'ensemble des acteurs du domicile pour que l'organisation de la prise en charge soit effective dès le jour de la sortie.

- Anticiper la sortie des usagers afin d'améliorer le suivi post-hospitalisation ;
- Mettre en place des réponses d'aval rapidement mobilisables (hébergement temporaire, HAD, etc.) ;
- Mettre en place un point de coordination unique lisible et reconnu par les professionnels pour renforcer l'accompagnement des personnes âgées poly pathologiques ;
- Développer la coordination et la transmission d'information entre la ville et l'hôpital ;
- Favoriser l'évaluation pluri professionnelle avec l'ensemble des acteurs du territoire ;
- Développer une offre médico-sociale adaptée aux prises en charge complexes et expérimenter de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Objectif 4 Coordonner les acteurs et les interventions dans les départements pour qu'au moins 20% des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile bénéficient d'un plan d'accompagnement co-construit avec la personne et son entourage

Afin de rendre lisibles les différents dispositifs d'appui à la coordination, il faut mettre en place au niveau de chaque territoire un point de coordination unique lisible et reconnu par les professionnels tout en s'assurant de l'efficience de la coordination des soins et de l'accompagnement des personnes âgées. L'implication des usagers dans la prise en charge de leur propre santé en lien avec les professionnels les entourant est indispensable.

- Mailler la région de points de coordination uniques, lisibles et reconnus ;
- Élaborer et diffuser des outils d'évaluation et de suivi partagés, harmoniser les pratiques, utiliser des référentiels scientifiquement validés, mais aussi « appropriables » par les acteurs de première ligne, à tout niveau d'intervention ;
- Instaurer une dynamique de travail entre les différents points de coordination au niveau régional ;
- Mettre en place des outils de partage d'informations d'un commun accord et accessibles aux acteurs (système d'information interopérable) sur la base des outils existants.

Objectif 5 Mettre en œuvre par l'organisation territoriale prévue, au moins 50% des plans d'accompagnement élaborés pour les personnes âgées à domicile

La rédaction d'un plan d'accompagnement pour les personnes âgées le nécessitant n'a d'intérêt que si le plan co-construit avec la personne âgée et/ou son entourage est mis en place et que cette dernière fasse l'objet d'un suivi voire d'une réévaluation le cas échéant.

- Formaliser et suivre la mise en œuvre des plans d'accompagnement des personnes âgées, via le point de coordination.

Objectif 6 Au moins 50% des aidants repérés par les professionnels accèdent à une offre de services adaptés à leur besoin

Le maintien à domicile des personnes âgées repose en grande partie sur les aidants naturels. Cette aide se heurte au manque de connaissance (maladie dont souffre l'aidé, gestes et postures à avoir), mais aussi à l'épuisement subi par l'aidant, en particulier lorsque celui-ci est le conjoint. À ce jour, l'aide aux aidants nécessite d'être plus structurée tant en termes de formations dispensées qu'en termes d'organisation de l'offre (acteurs multiples, financement variable, maillage peu efficient, etc.). Ce rôle est celui des plateformes de répit (PFR) ; toutefois, les pratiques et le déploiement des PFR sont hétérogènes dans la région.

Pour favoriser le maintien à domicile de l'aidé en soutenant les aidants, il convient de mieux coordonner l'ensemble des acteurs sous l'égide des conseils départementaux et de l'ARS, de mettre en place une dynamique dans le Grand Est pour capitaliser les projets innovants, de renforcer le rôle des plateformes de répit et faire évoluer leurs missions. Cet objectif ne doit pas occulter le reste à charge pour les familles (hébergement temporaire, accueil de jour, etc.) et le frein lié à la réglementation du travail (relayage).

- Coordonner l'ensemble des acteurs en lien avec les conseils départementaux sous l'égide des plateforme de répit afin de rendre l'offre lisible ;
- Disposer au niveau de chaque département de solutions de répit adaptées pour les aidés et un accompagnement répondant aux besoins des aidants ;
- Disposer au niveau de chaque département de solutions de répit mobilisables rapidement.

Objectif 7 Structurer l'offre pour répondre aux enjeux du parcours de santé de la personne âgée

Cet objectif est développé dans la partie II – Organisation de l'offre médico-sociale (page 241).

Objectifs complémentaires à ce parcours :

- Promouvoir la santé bucco-dentaire, auprès des aidants professionnels et non-professionnels, du secteur sanitaire et médico-social, des personnes âgées dépendantes (page 33)
- La totalité des établissements de santé dispose d'un projet de prise en charge adapté pour les populations vulnérables et plus particulièrement les personnes âgées et les personnes handicapées (page 159)

2/ ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS UNE LOGIQUE INCLUSIVE

/// CONSTATS ET ENJEUX

Le parcours de santé de la personne en situation de handicap est intrinsèquement lié à son parcours de vie**.** Les soins sont envisagés ainsi comme un élément du parcours et se conjuguent avec le respect des besoins et des attentes de la personne tout au long de sa vie. Le schéma régional de santé doit donc prendre en compte la spécificité de la personne en situation de handicap dans toutes ses dimensions.

La région Grand Est compte des personnes déclarant avoir au moins une limitation plus importante qu'au niveau national (11,7%) pour les territoires Champagne-Ardenne (14,2%) et Lorraine (12%). Des disparités importantes sont constatées entre les départements. Au 31 décembre 2015, six départements sur dix enregistrent un taux de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) supérieur au taux national (de 30,3 pour 1000 personnes de 20 à 59 ans). Le taux de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) varie du simple au double selon les départements : de 9,1 pour 1000 enfants de moins de 20 ans dans le Bas-Rhin à 20,8 pour 1000 en Haute-Marne alors que le taux national est de 13,1.

En matière de scolarisation, le nombre d'élèves handicapés en milieu ordinaire a été multiplié par 2,8 depuis 2006. Les trois académies connaissent une croissance supérieure par rapport au niveau national (x 2,3). 75% des enfants et adolescents handicapés en région sont scolarisés en milieu ordinaire dont 49% en classe ordinaire. Les 25% restant sont scolarisés au sein des établissements médico-sociaux pour la quasi-totalité d'entre eux.

Sur le volet de l'emploi, le nombre de personnes handicapées bénéficiaires de l'obligation d'emploi continue à évoluer (+ 2,8% en un an), mais à un rythme moins soutenu que les années précédentes.

/// Ces résultats globalement encourageants sont à nuancer au regard des constats

Au 31 décembre 2016, 77 situations de personnes en attente d'une prise en charge sont qualifiées de critiques parce qu'elles insécurisent les personnes en situation de handicap et leurs proches. Parmi elles, 68 concernent des moins de 20 ans dont 18 enfants bénéficiant d'un suivi par l'aide sociale à l'enfance.

En 2014, 3% de jeunes adultes en situation de handicap sont maintenus dans des structures pour enfants au titre de l'amendement Creton, soit un peu plus qu'en France métropolitaine (2,3%)[20].

Le Grand Est est l'une des régions les plus marquées par les départs de personnes handicapées vers la Belgique avec au 31 décembre 2015 :

- 168 enfants et adolescents sont pris en charge dans des établissements conventionnés en Belgique. Une majorité d'adolescents atteints de troubles du comportement sévères nécessite une prise en charge en internat.
- 181 adultes sont pris en charge au titre de l'Assurance maladie dans des établissements belges. La grande majorité a un profil psychiatrique ou souffre d'un trouble psychique majeur.

[20] Enquête ES 2014

Concernant l'offre de services ou établissements, qu'ils relèvent de la compétence exclusive de l'ARS ou partagée avec les conseils départementaux, au 1er janvier 2016, la région Grand Est comptabilise :

- 10 559 places installées en établissements pour enfants et adolescents handicapés et 4 184 places installées en services d'éducation spéciale et de soins à domicile, soit respectivement 10,3% et 8,7% de l'offre métropolitaine. Que ce soit dans la région ou bien en France Métropolitaine, le nombre de places installées en établissement prenant en charge des enfants et adolescents handicapés n'a que très peu augmenté entre 2012 et 2016 (respectivement +0,2 % et +0,1%). Cette faible évolution s'est faite au profit des places de Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) qui, sur la même période, est beaucoup plus marquée : +9,0 % dans le Grand Est et +13,8% en France Métropolitaine.
- Au 1er janvier 2016, le taux d'équipement en établissement pour enfant handicapé dans la région Grand Est est de 8‰, assez nettement supérieur à la moyenne nationale qui se situe à 6,5 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans. Les départements de Haute-Marne et des Ardennes disposent des taux d'équipement les plus élevés (respectivement 11,9 et 11,7).
- Au 1er janvier 2016, le taux d'équipement en places de SESSAD est de 3,2 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, pratiquement identique au taux national. Ce sont les départements des Ardennes, de Haute-Marne et Meuse qui connaissent les taux d'équipement les plus élevés (4,4 pour les Ardennes et 4,2 pour la Haute-Marne et la Meuse).
- 18 870 places installées en établissements et services pour personnes adultes handicapées soit 9% de l'offre métropolitaine. 26% de l'offre régionale concerne des structures d'hébergement (maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés). Tout comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, cette offre s'articule autour de structures de natures différentes. Ainsi, 26% de ces places sont dédiées à l'accueil et l'hébergement médicalisé en maison d'accueil spécialisé (MAS) ou foyer d'accueil médicalisé (27% en métropole), 66% sont consacrées aux centres de rééducation professionnel (CRP), centres de pré-orientation (CPO), unités d'évaluation et de réentraînement et d'orientation sociale (UEROS) et aux Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) dans le cadre de l'insertion professionnelle (62% en métropole), et enfin 8% de l'offre concerne les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dans le cadre de la prise en charge sur le lieu de vie (11% en métropole).

D'une façon générale, les capacités ont augmenté dans la région Grand Est de 8,6% entre 2012 et 2016, taux légèrement supérieur au taux national (8,3%). Cette augmentation a été particulièrement marquée en Champagne-Ardenne avec un taux de 11,4%. L'évolution des capacités a concerné les SAMSAH et les SSIAD pour 40% puis les MAS et les FAM pour 21%. Au 1er janvier 2016, toutes catégories de structures confondues, le taux d'équipement de la région Grand Est est de 6,5 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, légèrement supérieur à la moyenne nationale qui s'établit à 6,2‰. Seuls les départements de la Marne et du Bas-Rhin se situent au-dessous du taux d'équipement moyen régional ou national. Toutefois la région accuse un retard au niveau du développement des services, le taux d'équipement en places de SSIAD et de SAMSAH est de 0,51 place pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans contre 0,70 en métropole.

/// Les enjeux

- Organiser le repérage, le dépistage et le diagnostic des troubles neuro-développementaux le plus précocement possible ;
- Mettre en œuvre la démarche « une réponse accompagnée pour tous » pour l'ensemble des départements ;
- Faire progresser la part d'élèves en situation de handicap scolarisé en milieu ordinaire ;
- Améliorer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en situation de handicap âgés de 16 à 25 ans, en particulier ceux qui sont maintenus en structure pour enfants au titre de l'amendement creton ;
- Améliorer la réponse aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes ;
- Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap ;
- Décliner en région la stratégie nationale de soutien pour les aidants.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Les objectifs concernent l'ensemble des personnes en situation de handicap quel que soit l'origine du handicap : congénital (génétique, indéterminé) ou acquis (post traumatique, filière séquelles de ~~post~~ polio, en lien avec une maladie chronique, rare, etc.) et quel que soit le type de déficience (psychique, sensorielle, motrice, etc.).

Ils s'appuieront sur la mise en place d'un observatoire régional des besoins et des ressources des personnes en situation de handicap à partir des données prioritairement issues de l'outil via trajectoire PH et d'études spécifiques commanditées par l'ARS. Plus particulièrement, une étude relative à la filière séquelles de ~~post~~ polio sera réalisée afin de définir des préconisations opérationnelles.

L'ambition de l'ARS est de faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins d'accompagnement et de soins des personnes en situation de handicap, en tenant compte des orientations suivantes :

- Permettre le maintien au domicile ou en milieu ordinaire avec un accompagnement adapté ;
- Faciliter l'accès / l'intervention des dispositifs de droit commun tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés dédiés dès lors que le milieu ordinaire n'est pas ou plus adapté (habitat inclusif ; soutien des aidants ; organisation de l'accès aux soins ; scolarisation en milieu ordinaire ; emploi en milieu ordinaire) ;
- Faire évoluer l'offre d'accompagnement vers :
  - Une logique de « prestations » en réponse à des besoins souvent complexes : construire des réponses inclusives, pluridimensionnelles, graduées, modulaires et modulables dans le parcours de vie, de l'enfance à l'avancée en âge ;
  - Une réponse à la logique d'un parcours global et coordonné entre les acteurs de la prévention, du secteur social, médico-social, sanitaire, scolaire, de l'emploi et de nature à anticiper et gérer les situations de rupture.
- Promouvoir et mettre en œuvre des dispositifs spécifiques pour les situations complexes dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche « réponse accompagnée pour tous » ;
- Organiser et promouvoir des actions innovantes relatives à la prise en compte des spécificités de certains handicaps (épilepsies pharmaco-résistantes, traumatisme crânien, troubles chroniques du comportement, trachéotomies, handicap rare, etc.) ;
- Décliner la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, en particulier les volets spécifiques polyhandicap et handicap psychique ;
- Construire une politique régionale autisme en cohérence avec « la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement » présentée le 6 avril 2018. Cette politique se traduira par le déploiement régional de mesures concrètes qui porteront sur l'ensemble du parcours de vie des personnes de la petite enfance à l'âge adulte.

Pour ce faire, l'amélioration du développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive s'appuiera sur différents chantiers stratégiques engagés au niveau national :

- La démarche « une réponse accompagnée pour tous » ;
- La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale ;
- La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ;
- Les plans et schémas nationaux : schéma national handicap rare, plan polyhandicap, plan handicap psychique ;
- La stratégie nationale de soutien pour les aidants ;
- La généralisation de dispositifs spécifiques : le dispositif ITEP, l'emploi accompagné, l'habitat inclusif ;
- La Charte « Romain Jacob ».

En découlent **sept objectifs opérationnels** articulés autour de 2 axes principaux :

- La mise en place d'organisations territoriales fonctionnelles, graduées par degré de spécialisation et d'expertise et coordonnées avec pour objectif de passer d'une logique de places à une logique de réponse aux besoins concernant :
  - Les troubles neuro-développementaux **[objectif 1]** ;
  - Les troubles du langage et des apprentissages dans le territoire Champagne-Ardenne **[objectif 1]** ;
  - Les situations complexes **[objectif 2]** ;
  - Les personnes handicapées vieillissantes **[objectif 5]** ;
  - L'accompagnement en soins des personnes en situation de handicap **[objectif 6]**.

- Une évolution des pratiques des établissements et services médico-sociaux confrontés à des besoins évolutifs en termes d'accompagnement, à travers :
  - La mise en œuvre d'un plan de formation sur la prévention et la gestion des troubles sévères du comportement / comportements défis, à destination des professionnels des établissements médico-sociaux, en priorité, et des autres professionnels (aide sociale à l'enfance, Éducation nationale, médecins généralistes, protection maternelle infantile, etc.) et en lien avec les associations de personnes handicapées **[objectifs 2 et 3]** ;
  - La mise aux normes par rapport aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM « Les comportements-problèmes : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et des adultes handicapés » **[objectif 2]** ;
  - La mise en place d'organisation(s) et d'outils au sein des établissements et services médico-sociaux (enfants et adultes) permettant le développement et la reconnaissance des aptitudes à exercer une activité professionnelle ou à s'insérer socialement en milieu ordinaire **[objectifs 3 et 4]** ;
  - La mise en œuvre par territoire d'un plan de formation au repérage des signes du vieillissement, à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et à l'accompagnement en fin de vie ;
  - La mise aux normes par rapport aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » **[objectif 5]** ;
  - La diffusion et l'essaimage des bonnes pratiques dans la région en matière d'accompagnement par les pairs et de soutien aux aidants, en matière d'accès aux soins et à la santé **[objectifs 6 et 7]** ;
  - La simplification et la lisibilité des organisations, la restructuration et l'évolution de l'offre dans les territoires **[Objectif 8]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces

Les troubles du neuro-développement regroupent le champ vaste des troubles moteurs, cognitifs et de la communication. Actuellement, la filière de prise en charge n'est pas assez lisible pour les professionnels en proximité au contact des enfants et de leur famille, ce qui participe grandement aux errements de diagnostic et aux ruptures de parcours.

Cet objectif est commun avec celui retenu dans le cadre du parcours de santé de l'enfant et adolescent (objectif n°4) et sera travaillé conjointement dans sa déclinaison opérationnelle avec l'ensemble des partenaires et acteurs concernés par ces deux parcours.

L'objectif vise à organiser le repérage, le dépistage et le diagnostic des troubles neuro-développementaux le plus précocement possible de façon à :

- Pouvoir orienter et proposer des interventions adaptées et ainsi permettre la meilleure autonomie possible ;
- Fluidifier l'accès au diagnostic et aux interventions en réduisant les délais d'attente, notamment au niveau des centres ressources et des services de neuro-pédiatrie.

Il s'appuie sur la structuration d'organisations et de dispositifs spécifiques mis en place dans la région concernant l'autisme et les troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Il nécessite ainsi la définition d'une organisation territoriale graduée et fonctionnelle comprenant trois niveaux interdépendants :

- Un niveau de repérage des troubles (niveau 1) par les professionnels de la petite enfance, les acteurs de la médecine de ville, les membres de la communauté éducative ainsi que les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les services de protection maternelle et infantile (PMI) et familles au sens large ;
- Un niveau de dépistage et de diagnostic fonctionnel (niveau 2) qui pourrait être constitué à partir des CAMSP, des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), des services de (neuro) pédiatrie et de pédopsychiatrie, des médecins généralistes, psychiatres et pédiatres libéraux, services de médecine physique et de réadaptation pédiatrique ;
- Un niveau de recours au diagnostic étiologique et à l'expertise (niveau 3) à partir des trois CHU de la région et du CHU de Dijon.

Objectif 2 Réduire d'au moins un tiers le nombre de situations sans solution stable

Cet objectif est centré sur les situations complexes de handicap, en rupture de prise en charge ou exposées à un risque de rupture de leur prise en charge, en raison notamment de la technicité de leurs besoins ou de la spécificité de leurs troubles.

Il vise à déployer pour l'ensemble de la région la démarche « une réponse accompagnée pour tous »[21], dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, afin d'éviter toute rupture dans son parcours. Il s'appuie sur le rapport dit « Piveteau », intitulé « *Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans*

[21] Il s'appuie sur le rapport dit Piveteau de 2014 *« Zéro sans solution »* : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proche » et sur la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle.

rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » commandité par le Gouvernement et publié en juillet 2014.

L'objectif répond à un double enjeu :

- Limiter la survenue de nouvelles situations sans solution ;
- Trouver une réponse stable, durable et adaptée aux situations qualifiées de critiques.

Il s'agit ainsi essentiellement de situations complexes de handicap caractérisées par des troubles sévères du comportement.

Au 31 décembre 2016, 77 situations qualifiées de critiques[22] ont ainsi été repérées en région Grand Est. 68 d'entre elles concernaient des moins de 20 ans dont 18 bénéficiant d'un suivi par l'aide sociale à l'enfance.

Il s'agira en particulier :

- De déployer progressivement le dispositif « réponse accompagnée pour tous » dans les 8 départements et poursuivre la mise en place dans les 2 départements pionniers (Vosges et Haut-Rhin) ;
- De poursuivre la mise en œuvre du plan de prévention des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique ;
- De faire en sorte que le projet institutionnel et les pratiques des établissements et services médico-sociaux soient conformes à la recommandation de l'ANESM de juillet 2016 intitulée : *« Les comportements-problèmes : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et des adultes handicapés »* ;
- De tracer le parcours de chaque situation repérée comme critique afin d'évaluer la pertinence des actions mises en œuvre ;
- D'organiser l'articulation entre le secteur médico-social et le secteur de psychiatrie au niveau de chaque département intégrant des professionnels des secteurs médico-social / santé mentale / protection de l'enfance / protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).
- D'évaluer les 10 pôles de compétences et de prestations externalisées créés fin 2016 en vue d'en définir une modélisation et de poursuivre leur développement en priorité par redéploiement de moyens dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- De définir des actions / dispositifs innovants permettant l'accompagnement des patients sortant de soins de suite et de réadaptation.

Objectif 3 Augmenter la part d'enfants et d'adolescents en institution médico-sociale bénéficiant d'une scolarisation en milieu ordinaire, et adaptée à leurs besoins

En 2016, 6 431 enfants et adolescents sont scolarisés en Unités d'Enseignement (UE) au sein des établissements et services médico-sociaux de la région Grand Est, et 20 217 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire en établissements publics et privés sous contrat. Il s'agit de continuer à faire évoluer la scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire, de la maternelle au lycée.

Sont considérés comme bénéficiant d'une scolarisation en milieu ordinaire les enfants et adolescents qui suivent l'une des modalités de scolarisation suivantes :

- Une scolarisation individuelle soit avec l'aide de matériel pédagogique adapté, soit d'un auxiliaire de vie scolaire, soit d'un SESSAD ;

[22] Selon la définition de la circulaire DGCS/CNSA du 22 novembre 2013

- Une scolarisation en Section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), soit avec l'aide de matériel pédagogique adapté, soit d'un auxiliaire de vie scolaire, soit d'un SESSAD ;
- Une scolarisation dans un dispositif collectif en milieu ordinaire en Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS élémentaire ou collège).

Cet objectif implique une articulation forte avec l'Éducation nationale permettant :

- De faire en sorte que soit proposée, chaque fois que possible, une scolarisation en milieu ordinaire, à temps plein ou à temps partagé, pour les enfants et adolescents actuellement scolarisés uniquement au sein de l'unité d'enseignement en interne ;
- L'engagement des structures médico-sociales envers le développement de l'accès et/ou du maintien des élèves handicapés en milieu ordinaire, en apportant l'expertise et le soutien nécessaire (SESSAD, unités d'enseignement externalisées) ;
- De promouvoir le développement de dispositifs souples permettant de fluidifier le parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap.

Objectif 4 Réduire d'au moins 30% le nombre de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton

Au 31 décembre 2014 dans la région Grand Est, 3% de jeunes adultes handicapés sont maintenus dans des structures pour enfants au titre de l'amendement Creton. L'objectif répond à un double enjeu : anticiper les besoins des jeunes de 16 à 20 ans et proposer une solution d'accompagnement adaptée et durable pour les jeunes maintenus dans les structures pour enfants au titre de l'amendement Creton. À ce titre, il est prévu :

- D'installer à 5 ans dans chaque département au moins un dispositif « emploi accompagné » ;
- De s'appuyer sur la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre concernant les réponses à apporter s'agissant des jeunes maintenus au titre de l'amendement Creton présentant un polyhandicap ou présentant un handicap psychique ;
- De déployer progressivement le dispositif « réponse accompagnée pour tous » dans les 8 départements et poursuivre la mise en place dans les 2 départements pionniers (Vosges et Haut-Rhin). La problématique des jeunes maintenus au titre de l'amendement Creton peut être ciblée parmi les priorités en termes de déploiement de la démarche. L'engagement des établissements et services médico-sociaux à la démarche « réponse accompagnée pour tous » fera l'objet d'une inscription systématique dans les nouveaux CPOM ;
- De faire une analyse et un suivi précis des besoins en identifiant également les freins à la sortie vers le secteur adulte (manque de places adaptées, profil des publics, positionnement de certaines familles, paramètres extérieurs : mobilité, transport, financement, logement, etc.). Le déploiement et l'utilisation progressive du logiciel Via Trajectoire a, ici, toute sa pertinence, en permettant une vision précise des listes d'attente et du nombre de personnes en amendement Creton ;
- De proposer sur chaque territoire une offre en dispositif ITEP[23] au-delà de 16 ans.

Objectif 5 Parmi la population de plus de 45 ans accueillie en établissements et services médico-sociaux, doubler à minima le nombre de personnes bénéficiant d'un projet spécifique personne handicapée vieillissante

[23] La grande majorité des ITEP ne disposant pas d'agrément au-delà de 16 ans, ils ne sont pas concernés par l'accompagnement de jeunes au-delà de 20 ans. Pour autant, les jeunes en ITEP sont de fait plus exposés à un risque de rupture d'accompagnement à 16 ans.

L'objectif vise :

- L'évolution des pratiques des établissements et services médico-sociaux afin qu'elle soit conforme à la recommandation de l'ANESM *« L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes »*[24].
- Le repérage, en lien avec les Conseils départementaux et les maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH), des personnes handicapées vieillissantes à domicile exposées à un risque de rupture, du fait, par exemple, de l'évolution de leur état de santé ou encore de l'évolution de leur environnement familial, relationnel, matériel, etc. ;
- L'organisation et la structuration à l'échelle du département, d'un réseau d'acteurs permettant de proposer et de rendre lisible en proximité une offre d'accompagnement complémentaire et coordonnée des personnes handicapées vieillissantes (y compris les établissements et services d'aide par le travail). Cette offre doit être complémentaire, coordonnée, elle doit prévoir des compétences mutualisées (notamment entre structures d'un même gestionnaire), et des passerelles entre les secteurs (social/médico-social) « personnes âgées» et « personnes handicapées ».

Objectif 6 Développer la mise en œuvre de la charte « Romain Jacob » pour l'ensemble des établissements médico-sociaux et sanitaires, en vue d'améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap

L'accès à la santé des personnes en situation de handicap est un bon révélateur de la qualité de notre système de santé. Aussi, le handicap ne doit pas être un frein à cet accès et l'ARS, en tant que garant de l'accès à la santé pour tous, doit avoir une vigilance toute particulière pour cette population vulnérable. La charte « Romain Jacob » fait suite à la parution du rapport de Pascal Jacob en avril 2013 intitulé *« Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement »*. L'objectif répond à un double enjeu :

- Poursuivre la diffusion et la mise en œuvre de la Charte « Romain Jacob » ;
- Évaluer la réalité de son opérationnalité.

Il s'agit de :

- Poursuivre le recensement des bonnes pratiques pour l'ensemble de la région, en assurer la diffusion et inscrire cette action en continu ;
- Faire en sorte que les pratiques des établissements et services médico-sociaux soient conformes à la recommandation de l'ANESM de juin 2013 intitulée *« L'accompagnement à la santé de la personne handicapée»* ;
- Structurer dans les territoires une organisation fonctionnelle et coordonnée des acteurs du soin et de l'accompagnement permettant une déclinaison opérationnelle de la charte Jacob à travers les actions suivantes :
  - L'évaluation, à partir de septembre 2017, du projet Cap handisoins (territoire Alsace)[25] et définition des évolutions nécessaires afin de le déployer dans la région, étendu aux structures médico-sociales et aux établissements de santé mentale.
  - L'identification pour chaque territoire des établissements sanitaires et médico-sociaux pilotes, permettant la déclinaison opérationnelle de la charte « Romain Jacob ».
  - L'expérimentation de la constitution d'un réseau territorial fonctionnel et coordonné avec ces établissements et en y associant des professionnels libéraux.
- Décliner la charte Jacob sur la thématique « santé sexuelle des personnes en situation de handicap » et en tenir compte dans le cadre du plan de formation sur la prévention et la gestion

[24] ANAESM, décembre 2014
[25] Le centre Hospitalier de Haguenau, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace et le Centre Hospitalier de Colmar

des troubles sévères du comportement / comportements défis, à destination des professionnels des établissements médico-sociaux, en priorité, et des autres professionnels (aide sociale à l'enfance, Éducation nationale, médecins généralistes, protection maternelle infantile, etc.) et en lien avec les associations de personnes handicapées.

Objectif 7 Reconnaître et valoriser l'expertise des personnes handicapées, des aidants et leur apporter le soutien nécessaire

L'ARS déclinera en région la stratégie nationale de soutien pour les aidants décidée par le comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016. Cette déclinaison à l'échelle régionale implique nécessairement une mise en œuvre des actions à travers chacun des 6 objectifs opérationnels précédents. Il s'agira :

- De faire un état des lieux, en partenariat avec les Conseils départementaux, et en lien avec les associations représentants des usagers, des dispositifs et des ressources d'information, de conseil et de soutien des aidants existant dans leurs territoires ;
- De déployer progressivement l'axe 3 du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous », intitulé « création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs » ;
- D'organiser et de mettre en place des formations en binômes formateurs professionnel / personne en situation de handicap ou aidant relatives :
  - À la prévention et la gestion des troubles sévères du comportement / comportements défis ;
  - Au repérage des signes du vieillissement, à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et à l'accompagnement à la fin de vie ;
  - À l'accompagnement à la santé des personnes en situation de handicap.
- D'organiser et de mettre en place une journée régionale relative à l'annonce du handicap (en axant sur la problématique du travail avec les parents) ;
- D'identifier des personnes ressources (personnes en situation de handicap experts / aidants experts/ « tuteurs de résilience ») au sein de chaque territoire, les former (notamment sur la connaissance des différents dispositifs, les aspects déontologiques) ;
- De développer des supports d'information et de communication relatifs aux différents dispositifs handicap ;
- De recenser les bonnes pratiques des associations représentantes de personnes en situation de handicap en région, en matière d'actions de soutien aux aidants ;
- D'intégrer l'offre de répit (accueil temporaire, accueil de jour, de nuit) dans le cadre d'une organisation territoriale structurée et coordonnée, d'une dynamique partenariale avec les acteurs en amont et en aval.

Objectif 8 Structurer l'offre pour répondre aux enjeux du parcours de santé de la personne en situation de handicap

Cet objectif est développé dans la partie II – Organisation de l'offre médico-sociale (page 241).

Objectifs complémentaires au parcours Personnes en situation de handicap

- Promouvoir la santé bucco-dentaire, auprès des aidants professionnels et non-professionnels, du secteur sanitaire et médico-social, pour les personnes en situation de handicap (page 32)
- Garantir la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons (page 323)

3/ FACILITER L'ACCÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ À DES PARCOURS DE SANTÉ COORDONNÉS EN VUE D'UN RETOUR AU DROIT COMMUN (PRAPS)

/// CONSTATS ET ENJEUX

Les réflexions autour de la stratégie nationale de santé, concrétisées par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, réaffirment la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) comme priorité nationale. Dans ce cadre, le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), maintenu comme programme spécifique du schéma régional de santé, a pour principal enjeu de réduire ces inégalités sociales de santé et d'agir auprès des personnes les plus éloignées du système de santé.

Selon l'avis Wresinski[26] retenu par les Nations Unies, la précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ».

Selon le constat établi en juin 2016 dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPIS), près d'un habitant sur 7 de la région Grand Est se trouve en situation de pauvreté. Cependant, si l'ensemble du territoire est concerné, la situation régionale est très contrastée et il est nécessaire de prendre en compte des spécificités territoriales. Quatre zones de fragilité peuvent ainsi être distinguées, pour lesquelles les indicateurs en matière de mortalité générale, mortalité prématurée et défaveur sociale sont les plus marqués : le nord des Ardennes, un espace situé à la frontière de la Meuse, de la Haute-Marne et des Vosges, le territoire de Saint-Dié des Vosges ainsi que le cœur des grandes agglomérations (ex : quartiers « politique de la ville », centre-ville).

Au-delà du public retenu dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté (définition monétaire), les objectifs et actions du PRAPS visent plus largement toute personne en difficulté dans son parcours de santé du fait d'une situation de fragilité. Des publics très variés peuvent ainsi être concernés : personnes isolées, femmes, enfants, étudiants, personnes âgées, handicapées, migrantes ou encore en chantiers d'insertion. Le choix a été fait de travailler autour d'un parcours générique de santé et non par le biais d'une approche populationnelle ou thématique, afin de ne pas stigmatiser certains groupes et de ne pas exclure du champ d'action des populations parfois « invisibles ». La déclinaison territoriale des objectifs opérationnels du PRAPS devra donc tenir compte à la fois des spécificités territoriales et des différents types de publics pour construire des plans d'actions de proximité adaptés.

[26] Grande pauvreté et précarité économique et sociale : avis du Conseil Économique et Social, présenté par Joseph WRESINSKI - 10 et 11 février 1987

Les enjeux du PRAPS Grand Est sont de :

- Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à des parcours de santé coordonnés : il s'agit de favoriser le retour au droit commun qui permettra d'améliorer la qualité de leur prise en charge ;
- Proposer des dispositifs spécifiques d'accès aux soins pour les personnes démunies ou en situation de précarité : il ne s'agit pas de stigmatiser ces personnes mais au contraire de prendre en compte une situation pré existante inégalitaire et d'exclusion. L'objectif demeure d'aider la personne à évoluer dans son parcours de vie afin qu'elle soit en capacité de bénéficier, sans restriction, de l'offre de droit commun. Dans cette optique, les démarches transversales « d'aller-vers » et d'accompagnement spécifiques sont autant d'outils pour la réduction des inégalités territoriales de santé ;
- Mettre en synergie les différentes politiques publiques, tant pour élaborer que pour mettre en œuvre le PRAPS. Cet enjeu majeur et structurant se traduira par un conventionnement avec les autres administrations concernées (cohésion sociale, Assurance maladie, allocations familiales, collectivités territoriales, …), établissant la contribution de chacun dans la mise en œuvre et le suivi du PRAPS au niveau régional, mais aussi dans la déclinaison territoriale des actions.

Le PRAPS concourt aux ambitions du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPIS). En cohérence avec la feuille de route régionale, il en est la traduction dans le champ de la santé. L'ARS et la DRDJSCS partagent des pistes de travail sur le développement de l'inter ministérialité, le décloisonnement des politiques publiques (principe de subsidiarité), la coordination des acteurs (principe d'efficience), le renforcement de l'articulation sanitaire (incluant les problématiques de santé mentale) et sociale et la participation des personnes en situation de précarité.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Les **neuf objectifs opérationnels** visent à :

- Faciliter l'accès aux droits et l'entrée dans un parcours de santé, en partenariat notamment avec l'Assurance maladie, en agissant en direction des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) **[Objectif 1]** ;
- Faciliter l'accès aux soins et à la prévention, dans une démarche globale de promotion de la santé, en permettant un accompagnement de qualité par le développement de la médiation en santé et l'interprétariat pour la médecine de ville **[Objectif 2]** et la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics en difficulté (cadre méthodologique à construire) **[Objectif 3]** ;
- Développer l'articulation entre secteurs sanitaire, médicosocial et social afin de faciliter la prise en charge des personnes en difficultés sociales. L'offre de soins de droit commun doit pouvoir acquérir une connaissance, une souplesse ainsi que des moyens permettant d'inclure des personnes avec des difficultés très diverses liées à la précarité. Des dispositifs passerelles, innovants ou non, concourent à l'atteinte de cet objectif. Leur répartition, organisation et fonctionnement devront être adaptés aux besoins du territoire, qu'il s'agissent des plateformes territoriales d'appui (PTA) **[Objectif 4]**, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**, [Objectif 5]** ou des appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS) et lits d'accueil médicalisés (LAM) **[Objectif 6]** ;
- Améliorer la connaissance réciproque des acteurs santé/précarité de proximité, ainsi que de leurs missions, en prenant appui sur les dynamiques locales pour les fédérer dans des groupes de réflexion santé précarité plurisectoriels et pluri professionnels (au moins un par département) **[Objectif 7]** ;
- Faciliter la participation des personnes en situation de pauvreté à la mise en œuvre au suivi et l'évaluation du PRAPS et du Plan Pauvreté, en s'appuyant sur les « experts du vécu » **[Objectif 8]** ;

- Renforcer la dimension interministérielle, renforcer la territorialisation et décloisonner les différentes politiques en mettant en place une conduite de projet pluri institutionnelle du PRAPS **[Objectif 9]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Faciliter l'accès aux droits et à l'entrée dans un parcours de santé, en partenariat avec l'Assurance maladie

Les causes de non recours aux soins sont multiples : manque d'accessibilité géographique, faible disponibilité des professionnels de santé, distance socio-culturelle entre les professionnels de santé et les personnes précaires, manque de connaissance du système de santé lié en partie à sa grande complexité, raisons financières, notamment en l'absence d'assurance santé complémentaire, difficultés face au développement des démarches dématérialisées.

La place du médecin généraliste est fondamentale dans le parcours de soins. Lorsque le processus de réinsertion vers le droit commun est bien engagé, celui-ci peut assurer le rôle pivot du parcours, en particulier pour orienter la personne dans l'offre de soins spécialisée et l'accompagner. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé peuvent également jouer un rôle, tout comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs d'amont à vocation de trait d'union avec le système de santé de droit commun, en particulier avec la médecine de ville.

Toutefois, le parcours de soins coordonné sera fragilisé si les personnes n'utilisent pas les droits auxquels elles peuvent prétendre et n'ont pas de médecin traitant. Des outils existent pour accompagner les personnes sans accès à leurs droits, mais ils ne sont pas toujours connus des professionnels ni des personnes elles-mêmes.

- Diffuser les outils d'accès aux droits existants, notamment ceux de l'Assurance maladie ;
- Renforcer les compétences des professionnels de proximité (acteurs du sanitaire, du social et du médico-social) dans le repérage de la précarité « invisible » et la mobilisation des démarches d'accès aux droits et aux soins.

Objectif 2 Faciliter la relation patient – professionnel de santé en développant la médiation en santé et l'interprétariat pour la médecine de ville

Une fois les droits ouverts, d'autres freins liés à l'accès à un professionnel de santé peuvent être une cause de renoncement aux soins. Au-delà des problèmes de démographie médicale, les professionnels de santé peuvent être mis en difficulté pour établir un lien soignant-soigné de qualité en raison de problèmes de communication et de prise en compte des spécificités liées à la précarité. La nécessité de recourir à un interprète peut être un frein à l'accès à la prévention ou aux actions de promotion de la santé, auxquelles peuvent s'ajouter des freins culturels ou sociaux.

- Développer la médiation sanitaire en repérant les acteurs susceptibles de la mettre en œuvre, en assurant la diffusion et l'appropriation des référentiels HAS et en formant les professionnels de santé ;
- Développer l'interprétariat en médecine de ville ;
- Expérimenter et évaluer le dispositif des microstructures permettant aux médecins de bénéficier de compétences complémentaires (psychologue, travailleur social...) pour un accompagnement global de la personne.

Objectif 3 Construire un cadre méthodologique pour développer les actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics en difficulté

Le bilan des précédents PRAPS a montré que des actions de prévention et de promotion de la santé très diverses ont été mises en place à destination des personnes en situation de précarité, certaines d'entre elles s'appuyant sur des outils spécifiquement adaptés à ces publics (utilisation de photo-langage par exemple). Les actions en direction des publics en difficulté doivent lever les obstacles psycho-socio-culturels.

Elles doivent s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé, c'est-à-dire viser un impact sur les déterminants de la santé, et s'appuyer sur une méthodologie et des outils validés. Il conviendra de construire des outils de communication adaptés pour diffuser la connaissance de l'ensemble de l'« offre d'aide ».

- Favoriser la mise en place d'actions d'information, de prévention et de promotion de la santé adaptées et de qualité (sensibilisation sur les droits, dispositifs de prévention, travail autour de l'estime de soi et des représentations, etc.) ;
- Recenser les actions existantes et les outils utilisés dans le Grand Est, identifier les données probantes et les actions prometteuses ;
- Construire à partir de ces données une grille de critères qualité pour mener des actions, ce cadre méthodologique étant utilisé pour les appels à projet ou le soutien aux actions innovantes ;
- Favoriser l'appropriation des outils les plus pertinents par la formation des porteurs d'actions (connaissances et compétences sur les spécificités du public en situation de précarité et sur la méthodologie de projet en promotion de la santé).

Objectif 4 100% des plateformes territoriales d'appui intègrent la problématique de la précarité

Cet objectif s'intègre dans le thème plus global de la coordination des acteurs sur le territoire, identifiée comme une priorité. La loi de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé qui visent à apporter une réponse aux professionnels, en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge de situations qu'ils jugent complexes. Ces professionnels sont de plus en plus souvent confrontés à des patients qui présentent plusieurs pathologies, fréquemment associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques qui nécessitent un soutien.

Dans le cadre de la responsabilité territoriale qui leur est confiée, les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour mission d'apporter une réponse polyvalente aux demandes d'appui des professionnels de santé de ville, en incluant les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux tout en prenant en compte les transitions domicile - établissements. Le déploiement des fonctions d'appui devra s'inscrire dans une dynamique d'intégration territoriale et contribuer à diminuer les ruptures de parcours et éviter les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces.

Cette coopération entre professionnels induira des pratiques s'appuyant sur des systèmes d'information de santé communicants et sécurisés. L'exercice coordonné et la collaboration intersectorielle dans le cadre des parcours seront favorisés par un large usage d'outils numériques d'usage simple, permettant l'échange et le partage d'informations comme les messageries sécurisées de santé (MS-Santé), le dossier médical partagé (DMP) ou encore le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

- Sensibiliser et former les professionnels des PTA : (connaissance des facteurs psycho-sociaux, culturels liés à la précarité, connaissance des dispositifs, accueils et structures du territoire de proximité et de leur fonctionnement, organisation) ;
- Définir et intégrer au rapport d'activité des PTA un indicateur pour le recueil du nombre de situations gérées en lien avec la précarité.

En lien avec l'objectif « Offrir à l'ensemble des médecins généralistes de la région l'accès à un dispositif d'appui aux patients en situations complexes, notamment via les plateformes territoriales d'appui » (page 41)

Objectif 5 100% des permanences d'accès aux soins de santé sont en conformité avec le cahier des charges règlementaire

Les permanences d'accès aux soins (PASS) sont des cellules de prise en charge médicale et sociale qui facilitent l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. La plupart des PASS sont généralistes. Depuis 2012, des PASS d'un nouveau type ont été développées : dans des établissements autorisés en psychiatrie, pour les soins dentaires, s'y ajoutent des PASS à vocation de coordination régionale. Un grand nombre de PASS sont situées dans des établissements où le service des urgences a une activité importante. Tous les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux (CHU/CHR) disposent de PASS, de taille plus ou moins importante en nombre de patients comme en effectifs de professionnels.

- Modéliser un cahier des charges (ou adapter le cahier des charges nationales à paraitre) à partir de la réglementation précisant les missions des PASS, leur adaptation aux besoins et leur efficience (en particulier temps médical dédié) ;
- Généraliser un rapport d'activité commun ;
- Tester des PASS mobiles ou délocalisées dans certains territoires, développer la coordination entre hôpital et ville (postes de coordinateur médico-social), étoffer l'offre régionale en PASS buccodentaire, recenser les protocoles existants en termes d'articulation en santé mentale (PASS psychiatrique / équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)), les analyser et proposer des cadres régionaux ;
- Mettre en place une coordination régionale unique des PASS Grand Est.

Objectif 6 Créer des places d'appartement de coordination thérapeutique, des lits halte soins santé et des lits d'accueil médicalisés en priorité dans les zones blanches au regard des besoins identifiés

La recherche d'articulation et de travail en réseau doit permettre de faciliter la prise en charge des populations en difficulté sociale, souvent découragées par la complexité des parcours sociaux et de soins. Des dispositifs aux frontières du champ sanitaire et du champ social ont trouvé leur place et se sont développés pour cette raison. Les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM) combinent des compétences en matière sociale et sanitaire et sollicitent les partenaires nécessaires en tant que de besoin. Ces structures accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures. Les LHSS accueillent des personnes dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie dans la rue. Les LAM accueillent des personnes atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie. Les LHSS et les LAM proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, mettent en place un accompagnement social personnalisé et élaborent avec la personne un projet de sortie ou de vie individuel.

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) proposent un suivi médico-social à des personnes atteintes de pathologies chroniques invalidantes en situation de fragilité psychologique et sociale. La plupart des ACT sont généralistes, mais certaines places sont dédiées aux sortants de prison, aux personnes en situation d'addiction.

Le dispositif des ACT comportant un logement accompagné "Un chez-soi d'abord" est un service médicosocial qui permet l'accès direct au logement de personnes majeures, durablement sans abri et atteintes de pathologies mentales sévères, sous la condition d'un accompagnement renforcé leur permettant de développer leur accès aux droits et à des soins efficients, leur autonomie et leur intégration sociale.

Si l'offre en structures passerelle doit être développée dans les territoires déficitaires, l'étude des besoins reste toutefois à affiner, les critères utilisés pour quantifier ces besoins devant notamment être harmonisés.

- Mettre en place un groupe de travail inter-administrations sur les missions et fonctionnement de ces dispositifs et de ceux relevant d'autres partenaires notamment la DRDJSCS (Résidence Accueil), les publics accueillis et les modalités d'orientation (en lien avec les Services intégrés d'accueil et d'orientation - SIAO) ;
- Définir des critères communs pour quantifier les besoins ; identifier conjointement les zones non couvertes sur la base de ces critères ; répondre à ces besoins par appels à projet ou extensions de l'offre existante, en fonction des disponibilités financières ;
- Élaborer et mettre en place un rapport d'activité commun pour chaque type de structure.

En lien avec le parcours

Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en psychiatrie et en santé mentale (page 66)

Objectif 7 Constituer un groupe de réflexion santé précarité, plurisectoriel et pluri professionnel des acteurs de proximité (au moins un par département)

Il s'agit de mettre en place des groupes « santé – précarité » dans les territoires de proximité tout en s'appuyant sur les dynamiques territoriales existantes (maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), contrats locaux de santé (CLS), Ateliers santé Ville (ASV), Réseaux santé précarité, etc.) pour aller vers l'intégration, sans créer d'autres structures ou dispositifs. Il s'agit de fédérer les acteurs santé/précarité de proximité, de créer une culture commune, de connaître les intervenants au sein des territoires, de valoriser l'existant tout en formalisant l'engagement de tous autour d'une charte hors liens interpersonnels, qui permette la pérennité des dispositifs, notamment en cas de changement d'un acteur. Un soutien méthodologique et des temps d'échanges une fois par an sont souhaités. Une réflexion doit être conduite sur la façon de mieux intégrer les associations et autres acteurs de terrain (non institutionnels) à la réflexion.

- Repérer les dynamiques locales, mettre en place et faire vivre des groupes « santé précarité » dans tous les territoires de proximité avec l'appui DDCS/DT ARS, partager un état des lieux des dispositifs existants et des actions de prévention et de promotion de la santé menées localement, le faire connaître et prévoir sa mise à jour ;
- Mettre à disposition un cadre régional de charte de coopération ;
- Faciliter le partage d'expériences et l'évaluation d'actions innovantes au travers d'Assises annuelles « santé précarité » organisées conjointement DRDJSCS/ARS.

Objectif 8 Organiser la participation des « experts du vécu » à la mise en œuvre, au suivi et l'évaluation du PRAPS et du plan Pauvreté

La participation citoyenne constitue un enjeu de plus en plus fort pour les politiques publiques ; elle est notamment au cœur du PPIS. Cette participation se renforce dans les différents champs des politiques publiques, qu'elles concernent l'accès au logement, l'insertion ou encore la politique de la ville. En matière d'hébergement et de logement, ce principe de participation a récemment été concrétisé dans un décret d'application de la loi ALUR[27] qui précise les modalités de participation des personnes à la définition, au suivi et à l'évaluation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers le logement et l'insertion des personnes sans domicile. L'organisation de la participation des « experts du vécu » constitue un objectif conjoint ARS-DRDJSCS qui permettra entre autres de mieux adapter les actions aux besoins réels des populations accompagnées. Il s'agit d'intégrer le point de vue de personnes vivant dans la pauvreté (qui en possèdent donc une expérience personnelle) dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques publiques qui leur sont destinées.

- Définir avec les experts du vécu les modalités de participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRAPS ;
- Élaborer un cahier des charges formalisant la participation des personnes aux travaux du PRAPS (ARS) et du PPIS (DRDJSCS) ;
- Former les personnes concernées.

Objectif 9 Mettre en place une conduite de projet pluri institutionnelle intégrant les différentes administrations publiques concernées par la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRAPS

Un objectif à atteindre à horizon 2023, peut-être le plus structurant si ce n'est le plus important, consiste à renforcer la dimension interministérielle, renforcer la territorialisation et décloisonner les différentes politiques. De nombreux acteurs institutionnels interviennent dans le champ de la précarité. Aussi, le décloisonnement des différentes politiques publiques est un enjeu majeur du PRAPS et du PPIS. Différents niveaux et instances de coordination existent déjà et il convient de les utiliser pour favoriser cette synergie. Un premier niveau stratégique prendra place au sein des commissions de coordination des politiques publiques de santé dans les champs de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social.

- Structurer la gouvernance : conventionnement avec les autres institutions jouant un rôle important dans le champ de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (DRDJSCS, rectorat, Assurance maladie, Caisse d'allocations familiales, pôle emploi, etc.) pour établir la contribution de chacun des partenaires à la mise en œuvre et au suivi du PRAPS et organiser la déclinaison territoriale des actions ;
- Recueillir et partager les données : organisation d'une journée de restitution des résultats de l'étude INSEE (menée sous l'égide de la DRDJSCS) et d'échanges interinstitutionnels, indicateurs PRAPS complétés par les éléments fournis par les différents partenaires ;
- Organiser l'évaluation du PRAPS avec les partenaires.

[27] *LOI n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové*

4/ AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

/// CONSTATS ET ENJEUX

La région Grand Est est une importante région pénitentiaire qui dispose de 21 établissements pénitentiaires avec 11 maisons d'arrêt, 6 centres de détention, 2 maisons centrales et 2 centres pénitentiaires. Au total, la région Grand Est présente une offre de 5 760 places de détention avec hébergement qui ont accueilli, en 2016, plus de 12 000 personnes. Le taux d'occupation des maisons d'arrêt est fréquemment supérieur à 150%.

Les principaux constats identifiés en région sont les suivants :

- Une population détenue fortement touchée par la précarité ;
- Un nombre croissant de pathologies chroniques en milieu carcéral ;
- De forts besoins en matière d'éducation et de promotion de la santé ;
- Une démographie médicale et soignante défavorable ;
- Un accès aux soins inégal ;
- Un taux d'occupation de l'unité hospitalière spécialisée interrégionale du CHRU de Nancy faible.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Pour améliorer l'accès aux soins en milieu pénitentiaire, **six objectifs opérationnels** sont déclinés :

- La prévention et promotion de la santé auprès des personnes détenues **[Objectifs 1 et 4]** ;
- L'accessibilité et l'accès aux soins, la télémédecine dans les unités sanitaires médicales pénitentiaires **[Objectifs 2, 3 et 6]** ;
- L'attractivité des professions médicales et soignantes en milieu carcéral **[Objectif 5]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Élaborer un programme pluriannuel de prévention, de promotion de la santé dans chaque établissement pénitentiaire

Les personnes détenues présentent un état de santé altéré par rapport à la population générale et une exposition plus forte aux facteurs de risque. De plus, le temps de l'incarcération est en lui-même porteur de développements pathologiques liés à l'enfermement et aux conditions de détention. L'accès aux soins et aux systèmes de prévention de la population carcérale est par ailleurs faible avant l'incarcération.

- Généraliser les comités de pilotage de prévention et de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires sous la coordination des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- Assurer le dépistage VIH, hépatites, IST (infections sexuellement transmissibles) à l'entrée et en cours de détention ainsi que la prise en soins et le suivi des personnes détenues porteuses de VIH et d'hépatites ;

- Développer dans les établissements pénitentiaires une politique de réduction des risques et des dommages tant au niveau de la consommation des produits psychoactifs que des comportements et de l'hygiène de vie ;
- Développer la participation des personnes détenues à l'élaboration des actions de promotion de la santé et en relais de la communication autour de ces actions ;
- Renforcer les compétences des professionnels travaillant ou intervenant en milieu pénitentiaire en réduction des risques et des dommages.

En lien avec « Permettre aux patients de mieux vivre avec leurs maladies chroniques » (page 77)

En lien avec «Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction » (page 111)

Objectif 2 Organiser dans chaque établissement pénitentiaire des temps de concertation réguliers associant les professionnels de soins somatiques, psychiatriques, de l'addictologie et le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour préparer la sortie des patients présentant une problématique de santé

Il s'agit d'organiser des échanges et des rencontres formalisés entre professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire, pour favoriser une acculturation réciproque et une compréhension partagée des enjeux de santé des personnes incarcérées afin d'améliorer à la fois, la prise en soins des personnes souffrant d'addiction mais surtout, la continuité de cette prise en soins des personnes détenues lors de leur transfert dans un autre établissement pénitentiaire ou à leur sortie de détention.

- Organiser des réunions de préparation à la sortie dans les établissements pénitentiaires ;
- Développer des outils communs pour le partage des données médicales entre les professionnels des soins somatiques, psychiatriques et addictologiques (logiciel de prescription unique, fiches de transferts, documents de sortie type et dossier médical partagé) ;
- Assurer l'accès aux compensations, aux aides adaptées, aux prestations sociales pour répondre aux situations de handicap physique, psychique ou de perte d'autonomie.

Objectif 3 Développer la télémédecine pour faciliter l'accès aux soins spécialisés

Tout en veillant à l'adhésion des équipes médicales des établissements santé de rattachement qui assureront les téléconsultations et aux capacités techniques des établissements (débit internet suffisant), il est nécessaire de développer l'équipement des établissements pénitentiaires en télémédecine et de développer l'offre de téléconsultations spécialisées. Le déploiement de la télémédecine dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires permettra d'améliorer l'accessibilité des personnes détenues à des soins spécialisés et de réduire les délais de prise en charge.

- Réaliser un état des lieux technique des réseaux de communication des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- Déployer la télémédecine dans les unités sanitaires en établissement pénitentiaire ;
- Élargir l'offre de consultations spécialisées par téléconsultation (en addictologie, en dermatologie, en pré-anesthésie, en ophtalmologie, en psychiatrie et en médecine d'urgence).

Objectif 4 Réaliser un dépistage buccodentaire systématique pour toute personne détenue entrant en détention

La Haute autorité de santé caractérise la population carcérale comme une population à risque carieux élevé. Une enquête de la Direction générale de la santé, en 2016, met en évidence que l'examen bucco-dentaire n'est effectif que dans 50% des cas à l'entrée en détention. Or, l'amélioration de l'état bucco-dentaire, marqueur de santé et marqueur social, est une condition autant de la bonne santé que de la réinsertion future des personnes placées sous-main de justice.

- Permettre à la totalité des personnes entrant en détention de bénéficier d'un dépistage bucco-dentaire ;
- Réaliser en cours de d'incarcération les soins nécessaires recensés lors du dépistage bucco-dentaire ;
- Augmenter le temps de professionnels en odontologie ;
- Améliorer les équipements des cabinets dentaires et de radiologie ;
- Déployer des actions de promotion de la santé en hygiène buccodentaire ;
- S'assurer des bonnes pratiques de désinfection et de stérilisation du matériel en milieu pénitentiaire.

En lien avec « Renforcer la promotion de la santé bucco-dentaire » (page 31)

Objectif 5 Développer des mesures valorisant et rendant attractif l'exercice professionnel médical et paramédical en milieu pénitentiaire

L'exercice médical et paramédical en milieu pénitentiaire souffre actuellement d'un déficit d'attractivité. Les taux d'effectifs dans les unités sanitaires sont inférieurs aux préconisations établies dans le cadre des précédents projets régionaux de santé. Il s'agit de mettre en œuvre des actions pour améliorer :

- Les conditions d'exercice en milieu pénitentiaire ;
- La connaissance des particularités de cet exercice afin de faciliter les adaptations et lever les préjugés ;
- La formation universitaire et l'articulation avec la médecine légale.

- Développer des formations universitaires en articulation avec la médecine légale telles que DU de psychiatrie en milieu pénitentiaire, DU de santé publique en milieu pénitentiaire ;
- Créer et développer des postes en internes de médecine générale et de psychiatrie dans les unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP), les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et des postes d'externes en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), et en unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ;
- Soutenir les SMPR pour harmoniser les pratiques des unités sanitaires dans les situations particulières ou vécues comme à risque (ex : le quartier disciplinaire, le risque suicide, les hospitalisations sans consentement, la substitution, le décès d'un détenu, la radicalisation) ;
- Réaliser un bilan des postes financés et occupés en milieu pénitentiaire.

Objectif 6 Développer un projet d'évolution de l'unité d'hospitalisation spécialisée interrégionale

Ouverte en 2004, l'unité hospitalière spécialisée interrégionale (UHSI) du centre hospitalier régional universitaire de Nancy est un service de court séjour de 17 lits. Elle est une unité hospitalière de soins uniquement médico-chirurgicale (les malades relevant d'un motif obstétrical ou exclusivement psychiatrique n'y sont pas pris en charge). Elle a une vocation régionale : environ 75% des patients proviennent des établissements pénitentiaires lorrains, 15% des établissements alsaciens et 10% des établissements de Champagne-Ardenne.

L'UHSI a un faible taux d'occupation (51% en 2016), pour plusieurs raisons : l'annulation d'hospitalisation de dernière minute, l'augmentation des hospitalisations de jour dans les hôpitaux de proximité, l'absence de cour de promenade et, enfin, un changement de numéro d'écrou pour les détenus lors d'une hospitalisation à l'UHSI.

Dans le cadre du développement de l'offre sanitaire aux personnes détenues, et au regard du taux d'occupation de l'UHSI, différentes pistes d'évolution sont étudiées :

- Mesurer les besoins en soins de suite et de réadaptation (SSR) des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de la région ; concevoir un projet de SSR au sein de l'UHSI et évaluer son impact financier ;
- Évaluer la pertinence d'un projet médical de prise en charge des personnes détenues en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs ;
- Construire un projet permettant aux patients de l'UHSI de sortir de leur chambre hors déambulations sur prescription médicale.

6. AXE STRATÉGIQUE N°6 : DÉVELOPPER LES ACTIONS DE QUALITÉ, DE PERTINENCE ET D'EFFICIENCE DES SOINS

1/ RENFORCER LE VIRAGE AMBULATOIRE PAR UNE MEILLEURE GRADATION DES PRISES EN CHARGE EN MÉDECINE, SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION ET EN RENFORÇANT LE RECOURS À L'HOSPITALISATION À DOMICILE

/// CONSTATS ET ENJEUX

Dans le champ de la médecine, les principaux enjeux portent sur l'évolution de la démographie médicale avec le maintien de services en proximité tout en permettant l'accès à des spécialistes, notamment dans les territoires éloignés des centres urbains. En outre, la question de la coordination entre les acteurs hospitaliers est majeure afin de fluidifier les parcours de soins. Ainsi, les réflexions sur les organisations centrées sur le patient, lui permettant de ne rester à l'hôpital que le temps nécessaire, doivent se renforcer.

Concernant les soins de suite et de réadaptation (SSR), il est nécessaire de poursuivre le virage ambulatoire déjà bien amorcé dans la région. De même qu'en médecine, le développement de ce virage doit s'accompagner d'une gradation de l'offre. Ces différents enjeux doivent également être pris en compte dans le contexte de la nouvelle tarification en cours. Pour cette raison également, des réflexions doivent être menées sur les unités de médecine et de SSR de faible capacité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) doit prendre toute sa place dans le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. L'enjeu porte sur la simplification de son accès et son identification comme un maillon du parcours patient. Pour y répondre, une meilleure connaissance de cette modalité de prise en charge par les professionnels de santé et par les usagers doit être développée. Le recours à l'HAD dans l'ensemble des lieux de vie, y compris dans les établissements médico-sociaux devra également être favorisé.

En synthèse, les principaux enjeux relatifs à la médecine, aux SSR, et à l'HAD concernent l'amélioration de la performance et de l'efficience des organisations pour :

- Assurer l'accès à des soins de proximité de qualité sur l'ensemble des territoires du Grand Est ;
- Permettre des soins au plus près du domicile des patients, et ce tout au long de la vie ;
- Proposer au patient la prise en charge la plus adaptée dans une démarche de pertinence des soins ;
- Garantir la pérennité des structures en allant vers des organisations efficientes, notamment celles qui ne disposent pas d'une taille critique.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Augmenter d'au moins 30% le taux de recours en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation

Cet objectif vise à renforcer la dynamique ambulatoire engagée dans le champ des soins de suite et de réadaptation dans la région Grand Est où le taux de recours en ambulatoire est supérieur à la moyenne nationale. Cette modalité se distingue de la prise en charge à domicile par le plateau de rééducation et la multidisciplinarité des rééducateurs et des médecins spécialistes. À noter que le taux d'augmentation cible de 30% est un taux moyen à l'échelle de la région Grand Est, toutes les spécialités ne devront pas augmenter leur taux de recours de 30%.

Le développement des prises en charge ambulatoire pourra être favorisé par la mise en place d'équipes mobiles pouvant réaliser l'évaluation ou assurer les prises en charge. Il concerne les patients dont l'état de santé nécessite des soins et/ou bilan de rééducation et de réadaptation qui ne peut s'envisager dans le secteur libéral, dont les conditions de maintien à domicile sont remplies.

- Déterminer, le potentiel, les pathologies, les organisations nécessaires ainsi que les modalités spécifiques de prise en charge des enfants et des personnes âgées en s'appuyant sur les démarches existantes ;
- Déterminer pour chaque structure l'opportunité de développer l'hospitalisation de jour ;
- Renforcer la coordination avec la ville et le secteur médico-social.

Objectif 2 Augmenter le taux de recours à l'HAD

L'objectif est d'augmenter le taux de recours à l'HAD en prenant en compte les préconisations et recommandations de bonnes pratiques nationales.[28]

Le nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en région Grand Est en 2016 s'élevait à 16,8 avec une disparité infrarégionale qui permet d'identifier précisément les progrès à réaliser sur les 5 prochaines années.

- Déployer des actions de communication pour faire connaître l'HAD auprès du grand public et des professionnels ;
- Déployer des actions de formation des professionnels, de la formation initiale à la formation continue pour organiser des parcours en HAD.

En lien avec l'Axe stratégique n°3 : Adapter la politique de ressources humaines en santé (page 43)

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins » (page 262)

[28] Décret n°2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

Arrêté du 19 janvier 2017 relatif à la levée des restrictions d'indications des prises en charge HAD en EHPAD

Référentiel HAS du 7 décembre 2017 relatif à l'algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD

Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile

Objectif 3 Permettre un accès à une prise en charge ambulatoire pour les enfants en soins de suite et de réadaptation dans chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence

Actuellement, la région Grand Est compte 13 structures autorisées en SSR avec mention « prise en charge des enfants et adolescents ». L'objectif vise à améliorer l'accessibilité de l'offre pédiatrique en SSR pour l'ensemble des territoires de la région, en y maintenant des compétences adaptées pour répondre aux besoins spécifiques des enfants. Il ne s'agit pas de créer des structures SSR pédiatriques là où il n'y en a pas. De façon pragmatique, il s'agit de définir en fonction des besoins, un meilleur accès de proximité aux compétences SSR pédiatriques (avec leurs spécificités) en s'appuyant sur des modalités ambulatoires de prise en charge (hôpital de jour, équipes mobiles, consultations avancées, etc.), déployées à partir des structures SSR existantes ou d'autres structures (l'HAD par exemple).

Il est alors possible d'autoriser de nouvelles mentions en SSR « prise en charge des enfants et adolescents » pour les zones d'implantation du niveau de soins de référence non dotées, en fonction des besoins et des ressources.

- Réaliser un état des lieux et préciser les modalités ambulatoires les plus adaptées au regard des besoins pour quatre filières prioritaires : obésité ; troubles neuro-moteurs ; troubles spécifiques des apprentissages ; scoliose.
- Identifier les structures volontaires et étant en capacité de pouvoir mettre en place une hospitalisation de jour et une organisation adaptée à la prise en charge des enfants.

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins » (page 262)

En lien avec l'objectif « Améliorer l'offre en rééducation neurologique dans l'ensemble de la région » (page 99)

Objectif 4 : Définir et mettre en place des expérimentations relatives à la gradation de l'offre de soins en médecine pour l'hospitalisation complète et la prise en charge en ambulatoire

Sous obj. 4.1 Définir et mettre en œuvre la gradation de l'offre en médecine à travers une expérimentation dans aux moins deux zones d'implantation du niveau de soins de référence

La faible attractivité des territoires ruraux et semi-ruraux pour les médecins spécialistes (contexte démographique des médecins tendu et difficulté de recrutement pour les établissements) ainsi que le vieillissement de la population qui entraine une hausse des pathologies chroniques et souvent multiples impliquent l'organisation d'une offre de soins graduée et coordonnée. Il résulte de ces constats le besoin d'orienter l'offre de soins de proximité en médecine vers une plus grande polyvalence et de permettre l'appui de la médecine spécialisée en prenant en compte la rareté des ressources.

Il apparait donc pertinent de structurer la médecine hospitalière des établissements de proximité autour de service de médecine polyvalente dont les équipes, rompues à une approche globale du patient pourront s'appuyer sur l'avis de médecins spécialistes en tant que de besoin. Ces avis spécialisés pourront être rendus par le biais de consultations avancées physiques ou en recourant à la télémédecine. Cela permettra de maintenir une réponse spécialisée de proximité tout en prenant en compte les difficultés de recrutement des professionnels de santé. Les médecins spécialistes au sein des territoires formeront ainsi des équipes territoriales couvrant un bassin de population suffisant pour

assurer un volume d'activité attractif en termes de diversité des pratiques médicales et de qualité et de sécurité des soins.

Ces orientations s'appuieront sur :

- Les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT) favorisant la création de filières entre les établissements de proximité et les établissements de recours ;
- Le déploiement de la télémédecine au service d'une gradation et d'une coordination des soins ;
- Les travaux sur l'offre ambulatoire de proximité ;
- Les partenariats public/privé.

Sous obj. 4.2 Expérimenter une gradation des soins des unités de médecine ambulatoire dans les territoires alsacien, lorrain et champardennais dans la perspective d'un déploiement régional

Le développement de la médecine ambulatoire au sein des établissements implique un travail d'optimisation des organisations internes et des moyens humains et techniques nécessaires à ces prises en charge courtes.

En tant que maillon entre la médecine de ville et l'hôpital, la médecine ambulatoire doit être une réponse aux besoins de soins de proximité de la population. Pour autant, le plateau technique des établissements de proximité doit être organisé pour permettre la réalisation sur place de l'ensemble des investigations diagnostiques nécessaires. Il en est de même en ce qui concerne les différents avis de spécialistes mobilisables dans ces établissements. Face à ces constats, il est alors souhaitable de privilégier le développement d'unités de médecine ambulatoire polyvalentes.

Il apparait dès lors pertinent d'organiser la prise en charge ambulatoire autour de deux types d'unités :

- des unités à visée diagnostiques et thérapeutiques sur les sites bénéficiant d'un plateau technique conséquent et des ressources médicales spécialisées adéquates ;
- des unités thérapeutiques, permettant, une fois le diagnostic établi de réaliser les soins et le suivi nécessaires au plus près du lieu de vie du patient. Ces unités thérapeutiques de médecine ambulatoire seront sous la responsabilité d'un médecin référent qui travaillera en étroite collaboration avec l'unité de médecine ambulatoire diagnostique : avec la mise en place de protocoles pour la mise en œuvre des traitements proposés, en lien directs entre les praticiens ;
- Les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire. Les partenariats public/privé permettant d'optimiser l'accès à l'ensemble des ressources techniques sur un territoire ainsi que l'optimisation des ressources des hôpitaux de proximité.

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins (page 262)

Objectif 5 Intégrer l'hospitalisation à domicile dans la structuration des filières de soins dans 100% des projets médicaux partagés des GHT

Cet objectif vise à :

- Identifier, au sein de chaque filière de soins du projet médical partagé (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT), la place de l'HAD[29] ;
- Garantir une accessibilité à une prise en charge en HAD polyvalente au sein de chaque périmètre territorial des 12 GHT de la région Grand Est ce qui oblige à l'organisation d'une permanence des soins effective afin de répondre à l'obligation réglementaire de la continuité médicale et soignante 24h/24 dans le cadre du fonctionnement des HAD.

[29] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé « VI : les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires »
Décret n°2016-524 du 27 avril 2016, art. R6132-3 du code de la santé publique
Décret n°2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile

Les actions suivantes devront être déclinées :

- Contractualiser avec les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les acteurs de la prévention ;
- Faciliter l'accès aux systèmes d'informations (accès aux DMP…) ;
- Élaborer une fiche profil type à l'attention des centres hospitaliers et des médecins généralistes sur la base des recommandations HAS.

En lien avec « Une permanence des soins en établissement de santé organisée » (page 284)

Objectif 6 Promouvoir des organisations efficientes, notamment en termes de capacitaire, pour les unités de soins de suite et de réadaptation

Dans la perspective de la réforme de la tarification à l'activité pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), il est nécessaire d'avoir une réflexion sur l'efficience des organisations des services concernés. Selon les données de la statistique annuelle des établissements (SAE) 2015, 62 structures ont une capacité inférieure à 30 lits installés et 16 de moins de 20 lits.

Sans préjuger des conclusions qui seront apportées, un état des lieux doit être réalisé avant d'envisager lorsque c'est possible, un regroupement de structures ou un redéploiement en préservant l'accès aux soins, et garantissant la réponse par l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS.

- Réaliser un état des lieux par zone d'implantation du niveau de soins de référence ;
- Définir des projets de réorganisation en lien avec les besoins des zones d'implantation du niveau de soins de référence ;
- Promouvoir des organisations fédérées à l'échelle d'un territoire pour favoriser les mutualisations et le partage des compétences.

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins (page 262)

Objectif 7 Définir et identifier dans chaque établissement de santé une fonction ou une organisation de coordination de la prise en charge des patients en aval

Une meilleure coordination avec les services d'aval, tant hospitaliers SSR qu'ambulatoires, doit permettre d'apporter une réponse adaptée au patient en sortie d'hospitalisation en fonction de ses besoins et des ressources disponibles sur son territoire. Cela passe par la préparation de la sortie dès le début de l'hospitalisation et nécessite une connaissance très fine des acteurs de terrain de chaque territoire. Dans cette perspective, la définition et l'identification d'une fonction de coordination au sein de l'établissement permettra d'organiser et de fluidifier les liens en amont et en aval. Cette fonction de coordination recouvre donc plusieurs champs d'expertise : coordination proprement dite, mais aussi régulation et gestion de cas. Chaque établissement pourra mettre en œuvre cette fonction selon les modalités les mieux appropriées à son organisation.

Pour promouvoir cet objectif, peuvent être mobilisés :

- Les CPOM des établissements ;
- L'expérience pluridisciplinaire des équipes mobiles de gériatrie ;
- Le partage d'expérience entre établissements.

Objectif 8 Améliorer l'efficience des organisations et la coordination entre les acteurs par la rédaction d'une charte régionale de bonnes pratiques commune aux HAD

Il s'agit d'harmoniser les pratiques des HAD dans un objectif d'efficience des organisations et de coordination de l'HAD avec tous les professionnels de santé (hospitaliers et libéraux) et acteurs du maintien à domicile. Cette harmonisation des pratiques doit être élaborée dans une logique de parcours gradué de la prise en charge des patients en amont comme en aval d'une hospitalisation.

- Mise en place d'une gouvernance de projets spécifiques à l'HAD au niveau régional ;
- Rédiger une charte régionale de bonnes pratiques ;
- Évaluer l'appropriation des bonnes pratiques par les acteurs.

Objectif 9 Favoriser l'accessibilité à l'HAD en créant un ou plusieurs guichet(s) unique(s) d'appel pour les professionnels

Il s'agit d'identifier une porte d'entrée unique des demandes d'HAD sur les différents territoires en fonction des pratiques existantes et des besoins pour améliorer la lisibilité et garantir une réponse appropriée aux demandes (confirmation HAD ou réorientation…). Les territoires peuvent varier en fonction des pratiques et des besoins des professionnels (territoires de projet).

Ces guichets visent également à réduire les délais d'attente.

- Mettre en place des dispositifs en articulation avec les autres dispositifs d'aide à l'orientation et ne pas additionner les dispositifs. Les plateformes territoriales d'appuis (PTA) peuvent être un support possible d'orientation des appels.

2/ RENFORCER LE VIRAGE AMBULATOIRE ET LA PERFORMANCE DES PLATEAUX TECHNIQUES DE CHIRURGIE ET D'IMAGERIE

/// CONSTATS ET ENJEUX

L'offre hospitalière en région Grand Est est plus conséquente que dans certaines régions, et dépasse les taux nationaux en médecine et en chirurgie. Cependant, l'accès aux soins de santé demeure disparate sur l'ensemble du territoire avec une concentration autour des grandes aires urbaines. Ces inégalités sont renforcées par les contraintes des ressources médicales et soignantes, dans les zones rurales.

Par ailleurs, les vulnérabilités et fragilités qui caractérisent certaines catégories de populations, comme les populations précaires, les personnes âgées, ou encore les personnes en situation de handicap, sont insuffisamment prises en compte. Ces constats peuvent s'expliquer par une méconnaissance mutuelle des acteurs sur un même territoire, notamment de leurs missions, ainsi que d'une coordination parfois inexistante.

L'organisation des activités de chirurgie et d'imagerie doit s'inscrire dans un environnement élargi en tant que maillon du parcours de prise en charge et anticiper les évolutions nécessaires pour adapter les modalités de prise en charge aux évolutions sociétales. La formation, le développement de compétences nouvelles, la e-santé et la performance des systèmes d'information hospitaliers (et leurs interconnexions) sont des leviers incontournables de la modernisation de l'offre hospitalière.

Le numérique en santé constitue un levier majeur de modernisation en termes d'organisation, d'information des patients et de collaboration des professionnels et organismes de santé. Les technologies numériques :

- Permettent d'améliorer les flux d'informations en les formalisant, et de faire franchir des distances tout en assurant la traçabilité ;
- Facilitent la déclinaison de nouveaux modèles de prise en charge via une approche plus collaborative et partagée des pratiques ;
- Permettent également la mise en œuvre effective des parcours centrés sur le patient, grâce au partage et à l'échange des informations collectées ;
- Concourent à la réponse aux problématiques de démographie médicale, en particulier dans l'exercice de la permanence des soins.

Les enjeux principaux sont :

- De renforcer la qualité et la sécurité du parcours du patient ;
- De renforcer la coordination ville-hôpital dans une dynamique de parcours ;
- De permettre un égal accès aux plateaux techniques (notamment en imagerie), en renforçant la mutualisation dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), y compris avec les acteurs privés ;
- De renforcer la gradation des soins entre établissements ;
- D'aboutir à une meilleure répartition des moyens, et une participation de tous à la continuité et à la permanence des soins ;
- De renforcer l'attractivité pour les professionnels de santé.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin d'améliorer l'accès, la sécurité des soins et l'efficience des plateaux techniques lourds, il est nécessaire d'organiser et de déployer ces derniers au travers de **neuf objectifs opérationnels** :

- Un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous et pour tout le territoire est une volonté forte, prenant appui, outre le renfort de l'offre de soins de proximité sur des prises en charge d'imagerie et de chirurgie qui respectent les critères en vigueur en termes de qualité et de sécurité des soins **[Objectif 1]**. Une attention toute particulière sera apportée pour les populations spécifiques, et plus particulièrement les personnes âgées, les personnes handicapées **[Objectif 3]**, et les enfants **[Objectif 9]**. Cet accès à tous et en tous points sera garanti par un schéma de la permanence des soins en établissement (PDSES) mutualisé fonctionnel entre le secteur public et le secteur privé **[cf. Une permanence des soins en établissement de santé organisée, page 284]** ;
- La performance du système de santé sera développée par un renforcement du virage ambulatoire **[Objectif 4]** et de la performance des plateaux techniques de chirurgie et d'imagerie **[Objectif 2]**. Une démarche de type *« récupération améliorée après chirurgie »* et le développement de la prise en charge ambulatoire devra être généralisé dans tous les établissements **[Objectif 5]**. Le maintien et le développement des compétences des professionnels de santé par l'accès à des plateaux spécialisés seront facilités **[Objectif 8]** ;
- La promotion des outils et usages du numérique en santé sera poursuivie (télé radiologie, téléconsultation, télé expertise **[Objectif 6],** tout comme le partage d'image régional accessible à tous **[Objectif 7]**.

Les objectifs ci-après sont en lien avec le chapitre « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 195) et l'organisation de l'offre (251)

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 100% des prises en charge d'imagerie et de chirurgie respectent les critères en vigueur en termes de qualité et de sécurité

La qualité des soins est un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples : qualité des contacts humains, qualité du « parcours » du patient dans un établissement, qualité du raisonnement médical devant un examen diagnostique, sécurité des soins, accessibilité, continuité. Sa mise en œuvre passe notamment par l'élaboration de protocoles, de « checklists » (et la vérification de leur bonne utilisation), la prise en charge de la douleur, l'attention portée à l'identitovigilance, la collaboration entre professionnels de santé en établissements et en ville pour la gestion de la continuité des soins à l'admission et à la sortie du patient. Pour améliorer la sécurité des soins, deux principaux leviers sont mis en œuvre : la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et le développement d'une culture de sécurité des soins.

- Recenser les expertises dans certains domaines ciblés ;
- Réaliser une campagne de communication à destination des professionnels de santé et du grand public ;
- Identifier les activités en volume par typologie et lieux de prise en charge de l'imagerie interventionnelle ;
- S'assurer de la mise en œuvre de l'environnement adéquat pour les activités d'imagerie interventionnelle.

Objectif 2 100% des établissements et structures ont mis en place une démarche d'efficience dans les domaines de la chirurgie et de l'imagerie

L'approche de l'efficience est multidimensionnelle. Si elle comporte nécessairement un volet qualité et sécurité des soins (exemple d'examens redondants ou imprécis en imagerie, optimisation de l'utilisation des blocs, etc.), elle repose également sur une organisation sociale, matérielle et financière optimisée. En outre, l'interaction avec les autres acteurs d'un même territoire et les professionnels de la ville doit être renforcée, notamment pour l'organisation de la sortie de l'hôpital, qui est une étape clé dans le parcours du patient et la poursuite de sa prise en charge au plus proche de son lieu de vie.

- Favoriser l'appropriation des outils de dématérialisation des demandes d'examens d'imagerie ;
- Optimiser l'organisation interne de l'accès au plateau technique d'imagerie en visant la diminution des examens dits d'attente et la réduction des durées de séjour, notamment par la mise en place d'équipements dédiés et de créneaux spécifiques ;
- Mettre en place un modèle de recueil de données d'activité et de délai d'accès aux examens ;
- Structurer l'organisation respective des prises en charge programmées / urgences afin de ne pas désorganiser les activités programmées ;
- S'assurer du principe de subsidiarité notamment via le développement des délégations de tâches.

Objectif 3 La totalité des établissements de santé dispose d'un projet de prise en charge adapté pour les populations vulnérables et plus particulièrement les personnes âgées et les personnes handicapées

Les établissements doivent mettre en place une organisation spécifique et une évaluation de la prise en charge. Concernant plus spécifiquement les personnes âgées et les personnes handicapées, il s'agit de :

- Éviter le recours aux services d'urgences, et permettre l'organisation d'une réponse adaptée en lien avec le médecin traitant (cf. objectif spécifique parcours des personnes âgées) ;
- Organiser si nécessaire le recours à l'expertise gériatrique au cours de l'hospitalisation de même que le recours aux autres spécialités (oncogériatrie, rééducation, gérontopsychiatrie...) ;
- Anticiper la sortie dès le début de l'hospitalisation et repérer les risques de réhospitalisation ;
- Développer des outils d'information entre l'hôpital et la médecine de ville (via les systèmes d'information) ;
- Développer des consultations dédiées ;
- Favoriser les entrées directes au sein du service ;
- Mettre en place un numéro direct d'accès au sein des établissements à destination des professionnels de ville, et plus particulièrement le médecin traitant ;
- Préparer les sorties d'hospitalisation dès l'entrée ;
- Former des professionnels aux spécificités de certaines prises en charge du vieillissement et du handicap ;
- Organiser la coordination des acteurs (IDE de coordination par établissement ou coordinateur de parcours).

En lien avec les parcours « Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées » (page 122) et « Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive » (page 126)

Objectif 4 Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour atteindre au moins la cible nationale de 70%

Le développement de la chirurgie ambulatoire bouleverse les représentations relatives à l'hospitalisation, et induit une préoccupation forte de l'adaptation de cette politique aux patients fragiles et vulnérables sur le plan social. Tout comme la démarche de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), la chirurgie ambulatoire nécessite une organisation encadrée qui vise à :

- Réorganiser l'activité autour du patient ;
- Optimiser son parcours intra-hospitalier ;
- Maîtriser les flux et les risques à chaque étape ;
- Mobiliser une équipe (médicale, paramédicale, administrative) structurée autour de la prise en charge du patient, impliquée et formée spécifiquement ;
- Assurer la continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital avant et après l'intervention.

La phase extrahospitalière, pré et surtout post-opératoire ne doit pas constituer un risque supplémentaire. Un environnement adapté, informé et réactif est essentiel. Le cas échéant, le développement de l'ambulatoire pourra être favorisé par :

- Les actions de gestion du risque (GDR) de mise sous accord préalable ;
- La mise en place d'hôtels patients (sous réserve des conclusions de l'expérimentation nationale).

Objectif 5 100% des structures réalisant de la chirurgie mettent en place une démarche de type « récupération améliorée après chirurgie » pour favoriser le rétablissement précoce du patient et le développement de la prise en charge ambulatoire

La démarche « récupération améliorée après chirurgie » (RAAC) implique une organisation des soins centrée sur le patient qui joue un rôle actif dans sa prise en charge. Une telle démarche induit une réflexion sur l'adaptation des pratiques pour l'ensemble des professionnels. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri-professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, des équipes hospitalières et de ville.

Outre l'impact dynamique que la RAAC peut avoir sur le virage ambulatoire, elle entraîne une évolution des techniques notamment anesthésiques avec un impact significatif sur la prise en charge des patients pendant leur hospitalisation et la possibilité d'en réduire la durée.

Objectif 6 Promouvoir le recours aux ressources et à l'expertise médicale en imagerie

L'un des axes majeurs pour développer ce recours est la télé radiologie, elle doit faciliter :

- La mise en œuvre de la continuité des soins et de la permanence des soins (PDSES) ;
- L'organisation de l'imagerie par territoire de l'offre hospitalière, notamment via des plateaux mutualisés public / privé d'imagerie médicale ;
- La mobilisation des expertises en rapport avec les besoins.

▶ Accompagner le déploiement de l'outil de télé-radiologie régional, en lien avec les systèmes d'information ;

▶ Encourager les coopérations public / privé.

En lien avec « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 195)

Objectif 7 Assurer l'utilisation du partage d'images par tous les plateaux d'imagerie

L'accès à l'imagerie des patients via une plateforme spécifique par tout professionnel de santé (praticien de ville ou en établissement) impliqué dans leurs prises en charge constitue une évolution incontournable pour améliorer les prises en charge. Cet accès permet au professionnel une meilleure connaissance des examens réalisés et de leurs résultats, d'éviter la répétition d'examens, et d'optimiser le suivi médical. La plateforme de partage d'images constitue également un levier pour le déploiement de la télé-radiologie.

▶ Développer le partage d'images

- Mettre en œuvre une plateforme unique régionale, avec convergence des plateformes existantes ;
- Accompagner les professionnels pour lever les freins à son utilisation ;
- Organiser et évaluer son fonctionnement ;
- Structurer un modèle économique.

▶ Mesurer la montée en charge de son utilisation et procéder à l'évaluation de son fonctionnement et de l'organisation des soins.

En lien avec « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 195)

Objectif 8 Développer l'accès aux plateaux techniques spécialisés à tous les professionnels pour garantir une attractivité et le maintien ou le développement des compétences

Le maillage des installations chirurgicale, endoscopique et radiologique interventionnelle présente une grande hétérogénéité, en termes d'environnement péri-interventionnel (présence d'un laboratoire d'analyse biologique 24h/24 et 7 jours/7, réanimation polyvalente ou spécialisée, etc.). Cet environnement conditionne les pathologies prises en charge sur le plateau technique de l'établissement de santé.

L'avènement de la chirurgie assistée par robot offre de nombreux avantages tels qu'une précision renforcée, des techniques moins invasives, un impact significatif sur la récupération des patients.

La salle hybride, autre avancée technologique, associe un bloc opératoire à un système de radiographie pour pratiquer des interventions mixtes. Elle permet d'associer aux gestes chirurgicaux et médicaux, des techniques d'imagerie interventionnelle.

La possibilité d'accès de tels plateaux techniques spécialisés aux professionnels de la région offre plusieurs avantages :

- Optimiser et offrir une meilleure articulation entre les établissements sur un même territoire ;
- Favoriser l'égal accès des patients à l'offre spécialisée et hautement spécialisée lorsque les bénéfices pour sa prise en charge seront significatifs ;
- Organiser une gradation des soins au regard de la complexité des patients et de leurs pathologies ;
- Assurer une attractivité de certains établissements en garantissant un épanouissement professionnel et un cadre de vie optimum ;
- Minimiser les coûts de transport pour l'Assurance maladie ;
- Permettre aux praticiens de développer des compétences, de les maintenir, et de recourir aux techniques de pointe lorsqu'elles n'existent pas dans son établissement d'origine.

Il faut pour cela :

- Organiser des formations à l'utilisation d'un robot chirurgical et d'une salle hybride ;
- Créer des plateformes de simulation pour l'apprentissage et le maintien des compétences en chirurgie robotique et intervention en salle hybride ;
- Élaborer un cahier des charges universel d'accès au robot chirurgical quelle que soit la structure détentrice (publique ou privée) ;
- Élaborer un cahier des charges universel d'accès à une salle hybride quelle que soit la structure détentrice (publique ou privée).
- Élaborer une charte universelle d'accès au plateau technique spécialisé intra zone d'implantation du niveau de soins de référence quelle que soit la structure détentrice (publique ou privée).

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins (page 262)

Objectif 9 Définir une organisation graduée de prise en charge en chirurgie pédiatrique

D'une manière générale, dans les centres référents ou de recours de prise en charge chirurgicale de l'enfant, exercent des chirurgiens qualifiés spécialistes ou compétents en chirurgie pédiatrique, ayant une activité prépondérante en chirurgie pédiatrique, ou des chirurgiens qualifiés spécialistes justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en chirurgie de l'enfant. Les médecins anesthésistes réanimateurs qui gèrent la prise en charge de ces enfants, y compris les enfants de moins de 1 an, justifient d'une formation et d'une expérience attestées en anesthésie pédiatrique. Toutes ces ressources sont rares.

Dans les établissements hors centres de référence ou recours en chirurgie de l'enfant, les compétences des équipes « adultes » sont liées au degré d'expérience chez l'enfant et donc au volume d'activité, ce dernier pouvant être insuffisant sur certains sites, plus particulièrement chez le petit enfant, pour envisager le maintien d'un niveau d'expérience.

L'objectif vise à organiser une prise en charge graduée en chirurgie pédiatrique sur le territoire de manière sécurisée et lisible, en tenant compte des niveaux de compétences et d'expériences des équipes :

- Réaliser un schéma d'organisation de la gradation de la prise en charge en plusieurs niveaux (selon compétences et expériences nécessaires, plateaux techniques, etc.). Un groupe de travail devra être constitué associant les centres de référence, les centres de recours, et une représentation des hôpitaux périphériques et établissements de santé privés en associant les valences de chirurgie pédiatrique et d'anesthésie a minima voire de pédiatrie.
- Définir, avec les professionnels, un cahier des charges relatif à chaque niveau afin de préciser ce qui est attendu de la part des établissements prenant en charge des enfants (compétences attendues / nécessaires, inscription dans une logique de filière, conventionnement avec les établissements de recours).

- Définir les modalités de mise en œuvre de cette gradation : formation des professionnels, système de partage d'informations, réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) dédiées à la chirurgie pédiatrique, télé-expertise / échanges entre praticiens, formation des internes, organisation de la permanence des soins en établissement (PDSES), analyse des dysfonctionnements (comité de retour d'expérience - CREX).

  - *En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins (page 262)*
  - *En lien avec le parcours « Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents » (page 57)*
  - *Objectifs complémentaires à la performance des plateaux d'imagerie : « Mettre en œuvre des actions régionales d'optimisation de la pertinence des actes d'imagerie médicale » dans le chapitre « Renforcer l'efficience et la pertinence des soins » (page 178)*

3/ AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

/// CONSTATS ET ENJEUX

Selon la Haute autorité de santé, « *le parcours de santé en périnatalité doit être organisé dès le projet de grossesse et se poursuivre jusqu'au retour au domicile. Il se structure en cinq étapes : la période anténatale (avec l'entretien prénatal précoce, les séances de préparation à l'accouchement, le suivi clinique et paraclinique…), l'accouchement et le séjour à la maternité, le suivi post-natal précoce à domicile et enfin, l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans les mois suivant la naissance* ». La prise en charge du couple mère-bébé est assurée tout le long du parcours par de nombreux intervenants et des équipes pluridisciplinaires, dans le cadre de « communautés périnatales » définies comme l'ensemble des professionnels qui œuvrent pour la prise en charge des femmes, des couples et des nouveau-nés. L'enjeu de ce parcours est de faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, et de prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance.

La prise en charge périnatale présente de nombreux points forts en région Grand Est avec des résultats en termes de mortalité désormais comparables à la moyenne nationale, une offre structurée de maternités en niveaux de prise en charge, une offre diversifiée d'assistance médicale à la procréation (AMP). Toutefois, des marges de progrès sont possibles au vu des constats suivants :

- Une coordination opérationnelle entre les professionnels de la périnatalité insuffisante empêchant l'harmonisation des pratiques. Il manque notamment un outil de coordination et de partage d'information entre professionnels ;
- Une répartition inégale des ressources médicales et un nombre de professionnels (sages-femmes et gynécologues obstétriciens) inférieur à la moyenne nationale ;
- En matière de qualité des prises en charge :
  - Une offre de soins qui ne respecte pas dans certains territoires les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins (équipes incomplètes, vétusté des équipements, activité insuffisante à la limite des seuils réglementaires, distances importantes parcourues par les parturientes, taux de césariennes en augmentation, taux de nouveaux nés « out-born[30] ») ;
  - Une durée moyenne de séjour encore trop élevée par rapport aux pays de l'OCDE et des points de rupture dans l'accompagnement lors du retour à domicile ;
  - Des indicateurs de périnatalité qui se dégradent (exemple : taux de naissances prématurées) en raison des situations de précarité et de conduites addictives en augmentation.
- En termes de prévention du handicap, un repérage et une prise en charge des encéphalopathies hypoxiques ischémiques des nouveau-nés peu développés conduisant à de lourdes complications (mortalité et invalidité à long terme) ;
- En matière d'accessibilité aux soins, une prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) non optimale car non assurée à certaines périodes de l'année.

[30] Nouveau-né « out-born » est un enfant né vivant et prématuré dans une maternité d'un niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risques observés.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Il s'agit de faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé de la mère et de l'enfant par la mise en œuvre de **huit objectifs opérationnels** :

- L'amélioration de la coordination des acteurs en périnatalité notamment par la constitution de communautés périnatales au sein des zones d'implantation du niveau de soins de référence **[Objectif 1]** ;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins grâce à la consolidation d'une offre de maternités :
  - Respectant les exigences en matière de qualité, de sécurité et de continuité des soins **[Objectif 2]** ;
  - Assurant l'adéquation entre le niveau de risque, pour la mère et l'enfant, et l'offre de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés ainsi qu'une bonne organisation des transferts néonataux **[Objectif 3] ;**
- L'amélioration de l'accompagnement global du couple à travers un parcours de santé coordonné, notamment lors du retour à domicile des mères, avec une attention particulière au soutien à la parentalité **[Objectif 4]** ;
- Le renforcement et la coordination des offres de prévention, de repérage à travers le dépistage et la prise en charge des grossesses à risques médico-psycho-sociaux **[Objectif 5]**, la prévention du handicap avec une prise en charge neuro-protectrice des nouveau-nés à risque et l'amélioration du suivi des nouveau-nés prématurés **[Objectif 6]** ;
- La garantie de l'accessibilité aux soins, d'une part en matière d'IVG pour les grossesses avancées et en période estivale **[Objectif 7]** et, d'autre part, en matière de préservation de la fertilité pour les personnes atteintes du cancer **[Objectif 8]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Assurer un parcours de soins coordonné en constituant les « communautés périnatales » dans chaque zone d'implantation

Beaucoup de professionnels interviennent dans le champ de la périnatalité et agissent souvent de façon non coordonnée. Afin d'assurer un parcours de soins et un accompagnement global, l'identification de communautés périnatales par zone d'implantation du niveau de soins de référence est nécessaire.

Une communauté périnatale s'entend comme l'ensemble des professionnels œuvrant pour la prise en charge des femmes, des couples et des nouveau-nés (réseaux de santé périnatale, sages-femmes, médecins généralistes, médecins spécialistes de ville et hospitaliers, psychologues, professionnels intervenant dans les services de protection maternelle infantile, des caisses d'allocations familiales, des services sociaux, etc.).

En appui de l'atteinte de cet objectif, la mise à disposition d'un outil, tel qu'un dossier médical informatisé communicant, permettra de renforcer les liens entre tous les professionnels de la périnatalité (établissements, acteurs de proximité et autres acteurs) et leur coordination.

En outre, le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est à compléter suite à l'identification des ressources locales dédiées à la périnatalité via une rubrique spécifique.

- Mettre en place un comité de pilotage de la communauté périnatale sur chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence impliquant les réseaux de périnatalité fonctionnant sur la base d'un cahier des charges et d'un règlement intérieur ;
- Disposer d'un outil régional informatisé communicant et création d'une rubrique spécifique à la périnatalité au sein du ROR.

En lien avec « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 195)

Objectif 2 100% des maternités doivent respecter les exigences en matière de qualité, de sécurité et de continuité des soins

Les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 ont mis en place une activité obstétricale et périnatale graduée en fonction des niveaux de soins à apporter aux nouveau-nés (maternités de niveau 1, 2A, 2B et 3). La Cour des comptes, dans son rapport de décembre 2014, relatifs aux maternités constatait que *« seize ans après la parution des décrets du 9 octobre 1998, la qualité et la sécurité des prises en charge restent imparfaitement assurées, faute en particulier que les normes alors instituées soient partout respectées »*. Aussi, le renforcement de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins nécessite de faire évoluer l'offre en périnatalité afin que la totalité des maternités du Grand Est respectent la réglementation, notamment de disposer d'une équipe médicale complète permettant d'assurer la couverture médicale et la permanence des soins 24h sur 24.

Les visites de conformité, les missions d'inspection et leur suivi permettent de vérifier le respect de la règlementation des maternités. Elles seront organisées de façon synchronisée avec le calendrier des visites de certification de la Haute autorité de santé (HAS). Il s'agira également d'optimiser l'organisation des transferts néonataux et des transferts in utero.

- Formaliser, dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire et dans la charte de fonctionnement, des modalités de prises en charge des femmes admises en secteur naissance via les différentes filières possibles et les circuits de transfert in utero ou lors du post-partum ;
- Organiser la continuité des soins obstétricaux, anesthésiques, chirurgicaux et pédiatriques, selon la réglementation, en prenant en compte les urgences, les pics d'activité, les remplacements de personnel durant les congés ou en cas d'absence ;
- Susciter l'adhésion au réseau de santé périnatale ;
- Formaliser des collaborations avec le SMUR adulte, pédiatrique, néonatal, et le SAMU local.

Objectif 3 Atteindre un taux égal ou inférieur à 5% de prématurés de moins de 30 semaines d'aménorrhée

La part des grands prématurés (avant 30 semaines d'aménorrhée) nés vivants dans une maternité de niveau inférieur à 3 est un indicateur reconnu pour évaluer l'organisation de la filière de soins. On parle ainsi de nouveau-né « out-born » pour un enfant né vivant et prématuré dans une maternité d'un niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risques observés. En région Grand Est, le taux de nouveau-nés « out-born » est de 16,6%, pour les grossesses de moins de 30 semaines d'aménorrhée.

Afin de ramener ce taux à moins de 5% en 2023, les réseaux et les acteurs devront prioritairement :

- Harmoniser les critères de transferts in utero (d'une femme enceinte d'une maternité vers une autre) ;
- Définir et analyser les parcours des nouveau-nés « out-born » selon la méthodologie régionale définie par la Coordination périnatale Grand Est (CoPéGE) ;
- Poursuivre la tenue des revues de morbi-mortalité (RMM) territoriales et partager au niveau régional les analyses des RMM territoriales ;
- Proposer des formations communes.

Objectif 4 100% des parturientes bénéficient d'un accompagnement global et adapté au retour à domicile grâce aux dispositifs de proximité

L'organisation de la prise en charge continue et coordonnée à la sortie de la maternité permet un soutien à la parentalité et à l'allaitement par un accompagnement du retour à domicile et un accompagnement spécifique aux situations à risque. Cette organisation sera portée par l'ensemble des professionnels de la périnatalité. On peut projeter une diminution des durées moyennes de séjour en obstétrique de -20% de la valeur initiale pour le post-partum à -25% de la valeur initiale pour les accouchements par voie basse sans complication pour l'enfant.

- Organisation de la prise en charge continue et coordonnée à la sortie de la maternité pour un soutien à la parentalité par l'ensemble des professionnels (protection maternelle infantile, sages-femmes libérales, praticiens libéraux, etc.) :

- Anticipation lors de l'entretien prénatal précoce,
- Mise en place d'une fiche de liaison entre la puéricultrice et la sage-femme de la maternité et celles de ville,
- Accompagnement au retour à domicile,
- Soutien à l'allaitement,
- Cours de puériculture et rencontres de jeunes parents,
- Accompagnement des situations à risques.

- Organisation du suivi à domicile de la mère et de l'enfant en cas de séjour sans complication dans le cadre du service de retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO) pour les sorties précoces, voire très précoces ;
- Organisation du suivi à domicile en cas de complication, avec, notamment, les structures d'hospitalisation à domicile à destination de la mère et/ou de l'enfant ;
- Faire adhérer toutes les maternités aux dispositifs d'accompagnement du retour à domicile de la région : PRADO et PRADO sorties précoces, hébergement dans les hôtels hospitaliers ou autres structures d'accueil, prise en soins dans les structures d'hospitalisation à domicile (filières obstétricale et néonatale) y compris pour les problématiques d'addictions ;
- Expérimenter une filière de prise en charge néonatale par une structure d'hospitalisation à domicile rattachée à un service de néonatologie ;
- Expérimenter les accouchements en ambulatoire.

Objectif 5 Au moins 80% des femmes enceintes bénéficient d'un entretien prénatal individuel afin de repérer les grossesses à risque médico-psycho-social

Le dépistage et la prise en charge des grossesses à vulnérabilité médicale et/ou sociale doivent être améliorés, en particulier pour les facteurs de risque tels que le surpoids, l'obésité, le diabète, le tabac, l'alcool, l'usage de substances psychoactives, l'hypertension artérielle, la précarité, les violences conjugales, les fragilités psychologiques et les pathologies psychiatriques.

- Mener des actions de sensibilisation des professionnels de santé à l'entretien prénatal individuel et aux indicateurs de risque médico-psycho-social[31] ; ces indicateurs devront être évalués et suivis dans leur évolution lors de tout entretien prénatal individuel (EPI) y compris lors de l'entretien prénatal précoce (EPP), quel que soit le professionnel qui le mène ;
- Identifier des référents (pédo) psychiatres pour chaque maternité ;
- Mettre en place les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en périnatalité selon la méthodologie de la Haute autorité de santé (HAS) pour les situations identifiées à risque, notamment en cas de précarité : formalisation et mise en œuvre d'un cahier des charges Grand Est des « RCP en Périnatalité » pour l'ensemble des maternités, analyse de la totalité des situations à risque repérées lors des EPI en RCP « périnatalité », mise en place du plan d'actions décidé pour chaque cas.

Objectif 6 100% des nouveau-nés à risque bénéficient d'une prise en charge neuro-protectrice optimale et d'un suivi formalisé

La prise en charge neuro-protectrice chez les nouveau-nés à risque représente un enjeu dans le cadre de la prévention du handicap. L'encéphalopathie hypoxique-ischémique (EHI), trouble dû à une lésion cérébrale au moment de la naissance suite à un trop faible apport de sang ou d'oxygène, demeure une cause importante de mortalité et d'invalidité à long terme chez les nouveau-nés nés à terme.

- Faire bénéficier aux nouveau-nés, nés à terme, d'un accès à l'hypothermie thérapeutique au sein des unités de réanimation néonatale en accord avec les recommandations nationales et internationales ;
- Dispenser, dans le cadre des naissances prématurées, des soins de développement centrés sur la famille pour développer des stratégies d'adaptation aux facteurs environnementaux dont le but est d'aider au développement harmonieux de l'enfant né avant terme ;
- Former les professionnels intervenant auprès des nouveau-nés à risque (prématurés essentiellement) au niveau 1 (bases théoriques des soins de développement) et passage progressif au niveau 2 (soutien à l'implantation des soins de développement) par les réseaux de santé périnataux qui mettront en place une organisation permettant le suivi des enfants vulnérables.

Objectif 7 Garantir l'accès à l'IVG pour les grossesses au terme avancé (12 à 14 semaines d'aménorrhée) dans un délai de 5 jours, avec une vigilance particulière en période estivale

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans un délai habituel (5 jours maximum) pour les grossesses au terme avancé (12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA)) et en période estivale doit faire l'objet d'actions de sensibilisation des professionnels et des établissements de santé.

[31] Notamment ceux développés par Michel Soulé, un des pionniers de la pédopsychiatrie en France.

- Poursuivre les actions de sensibilisation à la sexualité et à la contraception dans les établissements scolaires, collèges et lycées ;
- Former des médecins de ville (gynécologues obstétriciens et médecins généralistes) et des sages-femmes libérales à la réalisation des IVG médicamenteuses en ville afin d'améliorer l'accès à l'IVG ;
- Effectuer des actions de sensibilisation des professionnels et des établissements de santé sur la prise en charge des IVG tardives : formation des professionnels de tous les centres d'orthogénie et mise à disposition des professionnels des protocoles de prise en charge.

Objectif 8 Permettre l'accès à la préservation de la fertilité à toute personne atteinte de cancer

L'objectif n°8 du troisième plan cancer 2014-2019 prévoit de systématiser la prévention et la prise en charge des séquelles liées à la maladie et aux traitements, avec notamment un accès à la préservation de la fertilité pour toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité. Les professionnels de santé travaillent ensemble afin d'organiser cette activité au niveau de la région Grand Est.

- Élaborer des protocoles communs aux différents centres autorisés pour cette activité ; charte et fiche de liaison communes à la région Grand Est pour tous les patients ;
- Finaliser la « Charte régionale cancer et fertilité » promouvant les bonnes pratiques en oncofertilité qui engage les établissements autorisés en cancérologie signataires de cette charte.

En lien avec « Améliorer le parcours de santé des personnes atteintes d'un cancer » (page 83)

Objectifs complémentaires à ce parcours : Mettre en place un programme de sensibilisation sur les perturbateurs endocriniens notamment en direction des futurs parents et notamment des femmes enceintes (page 26)

4/ CONFORTER LES SERVICES DE RÉANIMATION ET DE SURVEILLANCE CONTINUE POUR GARANTIR UNE ORGANISATION EFFICIENTE DES PARCOURS DE SOINS

/// CONSTATS ET ENJEUX

Les soins critiques sont la filière prenant en charge les patients présentant, ayant présenté et/ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales. Ils s'organisent autour d'une gradation, allant de la surveillance continue à la réanimation, en fonction de l'intensité des moyens mis en œuvre et de l'état de santé du patient.

Les unités de soins intensifs (USI) qui prennent en charge les patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance monoviscérale relèvent des services de soins critiques. La prise en charge de ces patients s'inscrivant dans une filière spécialisée (par exemple filière cardiovasculaire pour l'unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)), ces unités ne sont pas abordées spécifiquement dans ce chapitre.

Si le Grand Est se présente au 31 décembre 2015 comme une région avec une offre en soins critiques plus dense qu'au niveau national, on note des disparités fortes selon les territoires avec en particulier un gradient Est-Ouest. Au-delà des disparités régionales, la filière des soins critiques est confrontée à plusieurs problématiques, justifiant une réflexion quant à son organisation :

- Enjeu démographique, et en particulier pour les professions médicales ;
- Enjeu en termes de déploiement des nouvelles technologies pour permettre la mise en œuvre d'un environnement de travail partagé dans le cadre des parcours de soins ;
- Enjeu en termes de réponse à certaines situations de tension.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

L'organisation de la filière des soins critiques doit permettre de garantir et de conforter la gradation des prises en charge dans le cadre de parcours de soins structurés au sein d'un territoire. **Huit objectifs opérationnels** sont identifiés pour y concourir.

- La filière des soins critiques garantit la sécurité de l'ensemble des prises en charge dans le cadre de parcours de soins ; à ce titre, l'interface doit être organisée entre tous les services concernés, dans un cadre conventionnel évalué **[Objectif 1]** ;
- L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des solutions organisationnelles qu'elles permettent, doivent favoriser le fonctionnement optimal de la filière dans le cadre de parcours gradués **[Objectifs 1 et 3]** ;
- L'organisation territoriale doit être cohérente au regard des effectifs des équipes médicales, qui doivent être en mesure de garantir la continuité et la permanence des soins : pour la filière pédiatrique en particulier, dans un contexte de forte tension démographique, l'effort doit porter plus spécifiquement sur l'organisation des transports sanitaires pour garantir l'accès aux soins critiques **[Objectifs 2 et 7]** ;
- Les réponses aux situations de tensions auxquelles la filière soins critiques est confrontée doivent être définies en amont de leur survenue **[Objectif 4]** ;
- Les unités de surveillance continue sont le premier niveau des soins critiques, mais leur fonctionnement n'est pas défini de manière univoque sur le plan réglementaire. Des principes

d'organisation doivent donc être partagés au niveau de la région Grand Est **[Objectif 5]** et plus largement, la pertinence du recours à un tel niveau de prise en charge doit pouvoir faire l'objet d'une évaluation **[Objectif 6]** ;

- Les services de soins critiques sont des acteurs majeurs dans l'organisation des prélèvements d'organes. Il est donc essentiel de sensibiliser tous les services aux enjeux que cela représente et aux différentes évolutions dans ce domaine. **[Objectif 8]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Un système conventionnel relie toutes les structures autorisées de réanimation et reconnues comme unité de surveillance continue

Les dispositions du code de la santé publique imposent que des conventions soient signées entre les services relevant de la filière des soins critiques, permettant un adressage rapide et efficace des patients au bon niveau de prise en charge.

Si de nombreuses conventions sont déjà signées, il est nécessaire d'abord d'en revoir le contenu afin d'intégrer la gestion de l'aval des soins critiques et l'évaluation de ces dernières. Elles doivent ensuite s'inscrire dans un cadre territorial rénové, qui est en première intention celui de la zone d'implantation du niveau de soins de référence, pour l'ensemble des établissements qui y sont implantés.

En termes de planification, cela implique qu'il y ait au moins une réanimation autorisée par zone d'implantation du niveau de soins de référence ; le « maillage » de ce territoire en unité de surveillance continue (USC) doit être défini en fonction de la taille de la zone d'implantation du niveau de soins de référence et des ressources des autres établissements de santé (ressources qui déterminent les activités développées et la capacité à faire fonctionner une USC dans des conditions satisfaisantes). Cette organisation territoriale de l'offre doit cependant prendre en compte les coopérations existantes, indépendamment du rattachement à une zone d'implantation du niveau de soins de référence.

Un niveau de soins de recours est identifié pour quelques prises en charge très spécialisées. Cela concerne d'abord les réanimations pédiatriques et ensuite les réanimations en lien avec un plateau technique lui-même qualifié de recours.

Objectif 2 Les établissements garantissent une équipe médicale suffisante pour assurer la permanence et la continuité des soins

La situation en termes de démographie médicale a pour conséquence de créer des tensions sur les équipes et des difficultés à assurer la continuité et la permanence des soins, de manière variable selon la taille de l'établissement et son attractivité. Si aucune disposition du code de la santé publique ne précise le nombre de praticiens à affecter à une réanimation, la taille de l'équipe doit être fonction de la charge en soins (taille de la réanimation, nombre et type de patients pris en charge) et permettre l'organisation d'une permanence sur place de manière soutenable à long terme pour les praticiens y concourant, compte tenu de la réglementation sur le temps de travail médical. Dans cette perspective, la plus grande vigilance sera portée aux effectifs des équipes médicales.

Plusieurs outils sont à disposition des établissements et le cas échéant de l'ARS pour créer un cadre permettant de maintenir l'attractivité d'un service et assurer une taille d'équipe suffisante.

- Un facteur important de l'attractivité d'un service réside dans le projet médical et la place qu'y occupe la filière des soins critiques ;
- L'organisation de temps partagé est une piste pour améliorer l'attractivité de services situés en périphérie d'un plus grand centre, avec néanmoins quelques points de vigilance : il est envisageable de créer des postes ou équipe partagé(e)s entre établissements au niveau d'un

territoire ; la distance entre les services des différents établissements concernés ne doit pas être trop importante.

En lien avec « Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins » (page 262)

Objectif 3 Les technologies de la e-santé sont mises en œuvre

Dans un environnement de plus en plus intégré et coordonné, les services de soins critiques doivent s'approprier les nouveaux outils afin d'optimiser le fonctionnement de la filière de soins. Indirectement, la mise en place de ces outils et leur déploiement concourra à améliorer l'attractivité de certains territoires en permettant notamment de sécuriser l'exercice grâce à ces différents outils :

- Environnement de travail unique et partagé ;
- Avis du spécialiste (neurochirurgien) auprès de toute structure de soins critiques, a fortiori dans celles disposant le moins d'un tel avis sur site (USC, réanimations dans des établissements de taille moyenne) ou avis du médecin anesthésiste réanimateur, du réanimateur médical ou de médecine intensive réanimation pour une USC.

En lien avec « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 195)

Objectif 4 Un plan « réanimation en tension » est défini

L'hôpital est régulièrement confronté à des situations de tension, plus ou moins prévisibles ; les plans « Hôpital en tension » (pour faire face à des tensions saisonnières) et les plans blancs (pour faire face à un afflux imprévisible de patients) apportent des réponses à certaines de ces situations mais ils ne suffisent pas à décrire la diversité des situations de tension auxquelles peuvent être confrontés les services de soins critiques. Se pose alors la pertinence d'un plan « réanimation en tension » et d'un système d'alerte efficace et rapide. La mise en place d'un tel plan implique une réflexion à trois niveaux :

- Identifier la situation de tension :
  - avant même de définir des indicateurs spécifiques aux situations de tension en réanimation, il faut pouvoir assurer la mise à jour régulière de la disponibilité en lits de soins critiques dans l'outil « répertoire opérationnel des ressources (ROR) » (3 fois par jour), voire en temps réel grâce à une interface mis en place avec le système d'information hospitalier ;
  - un indicateur intéressant serait le nombre de nouveaux malades ou demandes d'admissions par heure admis en réanimation.
- Identifier des moyens suffisants, notamment en termes de ressources paramédicales pour faire face à cette situation :
  - Moyens en termes de lits (intérêt des USC intégrées) ;
  - Ressources humaines : avoir un pool de personnel formé et mobilisable.
- Évaluer les situations d'aval ; les tensions sont liées aux difficultés de trouver un lit en post-soins critiques pour des patients pouvant encore nécessiter des soins techniques.

Objectif 5 Les unités de surveillance continue reconnues sont toutes conformes à un cahier des charges défini par les professionnels et validé par l'ARS Une proposition de schéma d'organisation pour les unités de surveillance continue concertée entre les professionnels concernés

Si le code de la santé publique est relativement exhaustif pour décrire les conditions de fonctionnement d'un service de réanimation, il est très peu disert sur celles auxquelles doit répondre une unité de surveillance continue. Aussi, les professionnels participant aux travaux régionaux relatifs aux ~~réunis dans le cadre de la réflexion sur les~~ soins critiques, ont contribué à la proposition ~~à la définition défini un cahier des charges~~ ~~réfléchi à~~ d'un schéma d'organisation de ces unités permettant de l'optimisation de la sécurité et de la qualité des soins, et d'identifier ces unités comme premier niveau de prise en charge des soins critiques. ~~Les principes qui ont présidés à la réflexion sont les suivants :~~ Deux orientations ont présidé la réflexion du groupe :

- Les conditions de fonctionnement doivent permettre une surveillance méthodique et répétée du patient (D.6124-117 CSP) ;~~ cela emporte des conséquences en termes de plateau technique et d'organisation des présences médicales et paramédicales~~ ;
- L'USC doit pouvoir faire face à une défaillance viscérale : si elle ne doit pas en assurer la prise en charge (du moins au long cours), elle assure la surveillance de patients susceptibles d'en présenter une et doit donc pouvoir faire face à sa survenue et prendre en charge le patient le temps que le transfert (hors décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) puisse s'organiser.

Objectif 6 Les établissements de santé disposent des outils et mettent en œuvre une analyse de la pertinence du recours aux unités de surveillance continue

Dans un certain nombre de cas, les demandes d'admission dans un service de soins critiques et notamment de surveillance continue ne sont pas liées à l'objet de ces services, mais procèdent d'un « détournement » de ces structures :

- soit parce que les autres services de soins ne disposent pas de la compétence, ou plus largement des moyens, pour réaliser certains actes (par exemple, une transfusion sanguine) ;
- soit parce que la démarche LATA (limitation et arrêt des thérapeutiques actives) n'est pas maîtrisée ou à tout le moins, mise en œuvre quand cela serait pertinent.

Pour autant, aucun indicateur satisfaisant de la pertinence du recours à l'USC n'apparaît. Il serait donc judicieux, en lien avec les professionnels, de travailler à un outil d'analyse de la pertinence au niveau régional.

Objectif 7 Une réflexion est mise en œuvre sur l'organisation des SMUR pédiatriques

Relevant d'un niveau de recours, les soins critiques pédiatriques font face à de fortes tensions en termes de démographie médicale. Trois services de réanimation pédiatrique et 8 unités de surveillance continue sont implantés dans la région Grand Est. Le maillage en termes de réanimation (et de plateau technique spécialisé qui y est adossé) apparaît suffisant. Dans ces conditions, afin de garantir la sécurité des prises en charge voire simplement l'accès à une prise en charge pédiatrique, il convient d'organiser les transports sanitaires médicalisés des enfants. Un travail doit être mené, permettant de conforter leur activité : équipe dédiée pour les SMUR pédiatriques, équipes de SMUR polyvalentes formées à la prise en charge pédiatrique.

Objectif 8 Les professionnels médicaux et soignants de la filière de soins critiques (inclus les soins intensifs, notamment les UNV) sont sensibilisés dans tous les services au prélèvement d'organes et aux donneurs à critères élargis

La thématique des prélèvements d'organes devra être travaillée de manière plus approfondie dans le cadre du schéma interrégional en santé et en lien avec la réflexion sur les greffes d'organes. Elle devra associer très largement tous les professionnels concernés :

- Filières de soins critiques (inclus USI et UNV) bien évidemment ;
- Chirurgiens assurant le prélèvement ;
- Autres services d'amont, notamment les services d'urgence pour garantir un recensement précoce.

Pour autant, au regard des évolutions des taux de prélèvement constatés dans la région Grand Est et de leur niveau, sensiblement inférieurs à ceux constatés ailleurs, il apparait nécessaire de maintenir la sensibilisation de l'ensemble des services de soins critiques à la question du prélèvement d'organes à partir de donneurs en état de mort encéphalique et également à l'ouverture à la possibilité d'autres modes de prélèvement (Maastricht III).

Ce travail doit être réalisé en lien avec l'Agence de Biomédecine dans le cadre du nouveau plan Greffe 2017-2021.

5/ ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS PALLIATIFS

/// CONSTATS ET ENJEUX

Si l'offre en soins palliatifs apparait globalement suffisante quantitativement dans la région Grand Est, il est constaté une forte hétérogénéité de fonctionnement selon les territoires. En outre, le contexte réglementaire est en constante évolution depuis 2015. Ainsi, les principaux enjeux portent sur l'accès à une prise en charge en soins palliatifs, la clarification des missions et du fonctionnement des « lits identifiés soins palliatifs (LISP) » et des unités de soins palliatifs (USP) ainsi que sur une meilleure répartition territoriale favorisant l'accès aux patients.

/// Une offre en soins palliatifs hétérogène selon les territoires

- Un taux d'équipement global supérieur à la moyenne nationale avec une forte hétérogénéité régionale : 647 lits de soins palliatifs (dont 113 en unités de soins palliatifs) et 39 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) au 31 décembre 2015, la région Grand Est dispose d'une offre supérieure à la moyenne nationale (0,12 lits pour 1000 habitants versus 0,10 lits au niveau national) ;
- Quatre territoires ne sont pas pourvus en unités de soins palliatifs (USP) : Charleville-Mézières, Bar-le-Duc, Sarreguemines, Vosges ;
- La répartition territoriale des EMSP est globalement homogène ; la composition des équipes et leur fonctionnement le sont beaucoup moins ;
- Une équipe régionale ressources de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) dans chacun des territoires (alsacien, lorrain et champardennais), portée par le CHU du territoire concerné (CHU de Strasbourg, de Nancy, ou de Reims). Les trois équipes ont élaboré un plan de développement des soins palliatifs pédiatriques commun afin de favoriser l'accès à cette ressource, en cohérence avec la circulaire du 25 mars 2008, le rapport de l'Observatoire national de la fin de vie d'octobre 2016 et le plan national « Soins palliatifs 2015-2018 » ;
- Des réseaux de soins palliatifs à finalités différentes : deux réseaux de coordination, l'un couvrant le territoire alsacien, le second le territoire champardennais, et deux réseaux assurant une prise en charge de patients couvant le territoire lorrain.

/// Une prise en charge des soins palliatifs dans les lieux de vie à améliorer

- Aux niveaux national et régional, les soins palliatifs représentent le second motif de prise en charge en EHPAD, après les pansements complexes, et le premier en établissements sociaux et médicosociaux hors EHPAD ;
- Selon le rapport Aubry de 2011, 80% des patients souhaitent finir leur vie chez eux alors que 27% seulement y sont décédés en 2010. Pour la région Grand Est, en 2014, 13 280 personnes sont décédées à domicile, parmi les 39 360 qui en avaient émis le souhait, soit une personne sur 3 seulement ;
- L'annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement de la SFAP permet de retrouver 17 associations d'accompagnement de la fin de vie : 3 en Alsace, 5 en Champagne Ardenne, 9 en Lorraine. Un seul département ne dispose pas d'association, la Meuse.

/// Un contexte réglementaire et des recommandations en constante évolution depuis 2015

- Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 (mesure 30 : améliorer l'accompagnement de la fin de vie) ;
- La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 : nécessité pour les EHPAD d'améliorer l'accompagnement de fin de vie ;
- Le plan national « Soins palliatifs 2015-2018 » : renforcement du domicile ;
    - La loi du 2 février 2016 (« Loi Léonetti II ») : création de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie ;
    - Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de juin 2016 : maintien à domicile des patients adultes, amélioration de la sortie de l'hôpital ;
    - Les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) : accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile, accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD.

Ce contexte justifie, outre le renouvellement des équipes et l'évolution des prises en charge vers le domicile et la proximité, de mener une politique de formation initiale et continue volontariste intégrant les notions d'interdisciplinarité et de pluridisciplinarité.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Au regard de ces quelques éléments de constat, plusieurs axes d'amélioration sont identifiés :

- Clarifier les missions et le fonctionnement des lits identifiés de soins palliatifs et des unités de soins palliatifs ;
- Améliorer la répartition de l'offre dans la région ;
- Développer les soins palliatifs pédiatriques ;
- Favoriser le maintien à domicile (équipes mobiles de soins palliatifs, réseaux, HAD, coordination…) ;
- Développer la prise en charge dans les lieux de vie, dont les établissements médico-sociaux ;
- Améliorer la formation et diffuser la culture de soins palliatifs.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Élaborer un plan d'action régional relatif à la formation en soins palliatifs en direction des professionnels et mettre en place des formations à destination des aidants

Toutes les études relatives à la mise en œuvre de soins palliatifs témoignent du besoin de coordination et de pluridisciplinarité pour aborder des situations complexes par nature et mener en commun un questionnement éthique autour des conditions de la fin de vie. Cet objectif s'inscrit dans un cadre plus général qui est de renforcer la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux et de mettre en place des formations à destination des aidants.

L'espace régional éthique de la région Grand Est constitue un centre de ressources essentiel pour les acteurs de santé de la région.

- ▶ Créer des unités d'enseignement libre interdisciplinaires au cours du cursus pour les étudiants en santé et en sciences humaines, au sein desquelles ils se retrouveront autour de l'apprentissage

d'une démarche éthique pluri professionnelle. Ces unités d'enseignement pourront associer des étudiants en santé, mais également en philosophie, en psychologie, en sociologie et en droit.

En lien avec Axe stratégique n°3 : Adapter la politique de ressources humaines en santé (page 43)

Objectif 2 Améliorer le maillage, adapter les moyens et optimiser la répartition territoriale des lits identifiés de soins palliatifs et des unités de soins palliatifs

- Réaliser une étude quantitative et qualitative du fonctionnement au sein des zones d'implantation du niveau de soins de référence ;
- Labelliser périodiquement les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) ;
- Évaluer périodiquement les unités de soins palliatifs (USP).

Objectif 3 Clarifier les missions, adapter les moyens et optimiser la répartition territoriale des équipes mobiles de soins palliatifs et des réseaux de soins palliatifs

- Réaliser une étude quantitative et qualitative du fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux de soins palliatifs au sein des zones d'implantation du niveau de soins de référence ;
- Évaluer périodiquement les EMSP et les réseaux ;
- Intégrer la thématique « soins palliatifs » dans les CPOM des établissements médico-sociaux ;
- Redéfinir les rôles respectifs des EMSP, HAD et des réseaux.

Objectif 4 Améliorer l'accès aux soins palliatifs pédiatriques par le conventionnement entre les équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques et les acteurs de la néonatalogie et de l'enfance

Les trois équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) de la région Grand Est ont élaboré un plan de développement des soins palliatifs pédiatriques s'appuyant sur le cadre de référence pour l'organisation des ERRSPP selon la circulaire du 25 mars 2008, sur le rapport de l'observatoire national de la fin de vie (ONFV) d'octobre 2016 et sur le plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie 2015-2018.

Cet objectif opérationnel s'inscrit dans un cadre plus large concernant les soins palliatifs pédiatriques :

- Conventionner avec les établissements sociaux et médico-sociaux ;
- Développer des partenariats avec les équipes obstétricales et les centres de dépistage et de diagnostic prénataux (CDDPN) ;
- Au sein des territoires, identifier les besoins d'accompagnement des établissements médico-sociaux (dont les instituts médico-éducatifs) et les mettre en lien avec les équipes régionales ressources de soins palliatifs.

En lien avec le parcours « Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents (page 57)

En lien avec le parcours «Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive » (page 126)

En lien avec le parcours « Améliorer le parcours de santé en périnatalité » (page 164)

6/ RENFORCER L'EFFICIENCE ET LA PERTINENCE DES SOINS, DES PRESCRIPTIONS DES TRANSPORTS ET DES PRODUITS DE SANTÉ

/// CONSTATS ET ENJEUX

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices/risques, et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales : « le bon soin, au bon moment, au bon patient ».

La question de la pertinence offre un lien direct entre qualité, sécurité et efficience. L'optimisation de la pertinence des soins est un thème de travail important des ARS et de l'Assurance maladie depuis quelques années, et un axe majeur des programmes d'amélioration et de transformation du système de santé 2018-2022 (PATSS). Il s'agit de mener un ensemble d'actions dans les différents segments d'activité pour améliorer l'adéquation des soins aux référentiels.

Les variations géographiques des pratiques médicales s'observent dans tous les pays ayant mesuré les taux de recours, et aucun pays ne peut expliquer entièrement cette variabilité par des différences en termes d'état de santé de la population. Remédier à ces variations injustifiées relève de la responsabilité de trois acteurs : les pouvoirs publics, les professionnels de santé, et les patients. Le partenariat entre ces acteurs contribuera à promouvoir des soins de qualité et répondant aux besoins des patients, et à réduire l'incidence des procédures à faible valeur ajoutée.

Au niveau national, on estime entre 20 et 30% la part des prescriptions non pertinentes.

La démarche pertinence régionale concerne les champs suivants :

- La pertinence des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète, prise en charge en SSR versus kinésithérapie en ville) ;
- La pertinence des actes et des pratiques (notamment actes chirurgicaux, interventionnels, d'imagerie ou de biologie médicale), en privilégiant le travail sur les actes bénéficiant de référentiels de pratiques, permettant ainsi des actions d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- La pertinence des séjours (pertinence à l'admission ou sur la durée d'hospitalisation) ;
- La pertinence des parcours (hospitalisations ou ré-hospitalisations potentiellement évitables) ;
- La pertinence de la prescription et de l'utilisation des transports sanitaires ;
- la pertinence de la prescription et de l'utilisation des produits de santé.

Les enjeux sont de garantir des parcours de santé pertinents, sans redondance et sans rupture.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

L'ARS et l'Assurance maladie ont co-construit avec les acteurs en santé et les représentants d'usagers un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) 2016-2019 dont l'objectif est de favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles et des organisations, en optimisant leur niveau de pertinence, notamment en poursuivant le développement des prises en charge en ambulatoire.

Ce plan d'actions gradué place les professionnels de santé au cœur de la démarche. Il prévoit des actions d'accompagnement (partage de données, rencontres avec praticiens, avec les établissements, mise à disposition d'outils, mise sous accord préalable,…) voire de contractualisation

tripartite (entre les établissements de santé, l'ARS et l'Assurance maladie), mais également des actions de communication, de sensibilisation, tant auprès des professionnels de santé que des usagers.

Il s'agit de faciliter la diffusion des recommandations, de soutenir les initiatives des professionnels et de les inciter à adopter de meilleures pratiques, plus proches des recommandations en vigueur.

Les actions communes sont classifiées ci-après en fonction de la cible à laquelle elles s'adressent, l'objectif étant de mobiliser de manière large l'ensemble des acteurs du système de santé, parties prenantes à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.

/// Une gradation des actions menées auprès des établissements de santé selon le niveau des atypies observées

- Au premier niveau, l'accompagnement des établissements de santé

L'accompagnement comprend notamment :

- le suivi de l'évolution des taux de recours, et de la production des établissements ;
- la transmission régulière de données favorisant le benchmark (taux de recours, taux de chirurgie ambulatoire, tableaux de bord de l'Assurance maladie et de l'ARS, etc.) ;
- la sensibilisation à l'appropriation des référentiels de bonnes pratiques, des échanges confraternels médecins conseils de l'Assurance maladie / praticiens des établissements de santé ;
- l'accompagnement par les délégués de l'Assurance maladie pour certaines campagnes thématiques ;
- le soutien au partage d'expériences, à la mutualisation des outils ;
- les actions de communication ;
- le service de retour à domicile des patients hospitalisés (programme PRADO) de l'Assurance maladie ;
- la mise sous accord préalable (MSAP).

- Au 2e niveau, la contractualisation avec les établissements de santé

Dans le cadre du socle concernant les produits de santé du volet pertinence d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) tripartite entre l'ARS, l'Assurance maladie et l'établissement, il s'agit de définir des objectifs d'amélioration de la pertinence des soins *(art. R162-44-2 du code de la sécurité sociale)*.

- Au-delà, en cas de non satisfaction aux engagements contractuels, possibilité de MSAP voire de pénalités financières.

/// Des échanges confraternels entre médecins conseils de l'Assurance maladie et médecins libéraux

/// La diffusion de référentiels, interventions lors de formations auprès de l'ensemble des professionnels de santé

/// Des campagnes de communication et de diffusion d'information auprès des usagers

D'autres thématiques, non intégrées aujourd'hui dans le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) font l'objet également d'actions ciblées :

- En matière de transports sanitaires, les travaux d'accompagnement actuels doivent être complétés par un appui organisationnel, tel la mise en place de dispositifs permettant d'améliorer et de réguler la prescription et la commande de transport.
- En matière de prescriptions d'examens de biologie médicale, source d'économie et de qualité des soins potentiellement importantes.
- En matière de prescription et d'utilisation des produits de santé : la prescription des génériques et des médicaments biosimilaires, le bon usage des antibiotiques, la iatrogénie médicamenteuse, la pharmacie clinique, l'appropriation des référentiels et recommandations de bonnes pratiques.
- Le développement des outils numériques au regard de la prescription notamment à l'hôpital mais aussi en ville sera retenu.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Huit objectifs opérationnels sont identifiés pour concourir à l'optimisation de l'efficience et de la pertinence des soins, des prescriptions, des transports et des produits de santé :

- Assurer la lisibilité et la cohérence de l'ensemble des actions régionales relatives à la pertinence, par leur intégration dans le PAPRAPS **[Objectif 1]** ;
- Doter tous les établissements de santé MCO d'un plan d'actions pertinence personnalisé **[Objectif 2]** ;
- Optimiser le degré de pertinence des hospitalisations **[Objectif 3]** ;
- Mettre en place des actions d'optimisation de la pertinence des actes d'imagerie médicale **[Objectif 4]**, des examens de biologie médicale **[Objectif 5]**, des prescriptions de transports **[Objectif 6]** et de produits de santé **[Objectif 7]** ;
- Favoriser l'acculturation des professionnels de santé et des usagers **[Objectif 8]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Mettre en œuvre le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, et l'actualiser afin d'y intégrer l'ensemble des dimensions relatives à la pertinence des soins

La pertinence des soins est un concept multidimensionnel, et pouvant concerner toutes les étapes et modalités du parcours de soins : les modalités de prise en charge (en ville ou à l'hôpital, en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation complète), les prescriptions de transports, de médicaments et de dispositifs médicaux, les actes diagnostiques (incluant la biologie, l'imagerie médicales, mais aussi les endoscopies digestives, les coronarographies, les biopsies, etc.) et les actes thérapeutiques, et plus globalement les parcours de soins.

Pour le champ de la pertinence des actes, le choix a été fait de centrer les analyses sur une sélection de gestes, choisis parmi les 33 gestes définis au niveau national, pour lesquels :

- Le taux de recours s'écarte significativement de la moyenne nationale (atypies régionales et/ou infra régionales) et/ou présente un rythme de croissance particulièrement élevé ;
- Des référentiels de bonne pratique et/ou des outils d'amélioration des pratiques sont disponibles ;
- Un volume significatif d'actes est constaté ;
- Le caractère invasif impose d'autant plus une analyse bénéfice/risque, socle de la pertinence ;
- Et/ou ayant fait l'objet de travaux par la CNAMTS (production de mémos et d'indicateurs de comparaison des pratiques).

Au vu des éléments de diagnostic, et après concertation dans le cadre de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), les actes suivants ont fait l'objet d'une priorisation au sein du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) Grand Est 2016-2019 :

- Césariennes programmées ;
- Chirurgie du canal carpien ;
- Angioplasties coronaires ;
- Amygdalectomies ;
- Thyroïdectomies ;
- Cholécystectomies ;
- Chirurgie du rachis ;
- Chirurgie bariatrique ;
- Appendicectomies (pas d'atypie particulière de taux de recours observée mais des outils CNAMTS disponibles offrant des possibilités d'accompagnement) ;
- Chirurgie des varices ;
- Prothèses de genou.

Pour ces deux derniers gestes, il est noté une absence de référentiel mais de fortes atypies observées, justifiant un ciblage aux fins de suivi des atypies, avec possibilité d'élaboration d'une grille régionale.

La disparité des taux de recours, observée en 2016, persiste et justifie le maintien de ces priorités, avec des taux de recours régionaux nettement plus élevés que la moyenne nationale notamment pour la chirurgie du canal carpien (de 25% supérieur à la moyenne nationale), la chirurgie du rachis (+20%), les thyroïdectomies (+19%), et les angioplasties coronaires (+17%), et d'importantes disparités infrarégionales.

Aussi, afin d'optimiser la priorisation, la cohérence et la lisibilité des actions relatives à la pertinence, il convient de les regrouper dans un document unique.

- ▶ Actualiser le diagnostic régional pertinence, incluant l'ensemble des champs, dont la pertinence des prescriptions de produits de santé, et la pertinence des prescriptions de transports ;
- ▶ Actualiser le PAPRAPS Grand Est, en en faisant un document plus transversal et englobant.

Objectif 2 Tous les établissements autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique ont réalisé un diagnostic interne pertinence, élaboré un plan d'actions et initié la mise en place d'une démarche pertinence

Pour améliorer la pertinence des soins, deux principaux leviers sont mis en œuvre : la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et le développement d'une culture de sécurité des soins. Afin d'inciter à la mobilisation de ces deux leviers, il a été demandé aux établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de désigner des binômes de référents pertinence, en charge de la coordination des travaux et de la diffusion de la culture pertinence. Ces référents ont vocation à constituer les interlocuteurs privilégiés sur cette thématique, tant pour les acteurs internes qu'externes. Il leur est également demandé de produire un diagnostic interne sur la base d'une proposition de trame type et d'élaborer sur cette base un plan d'actions

pertinence. L'objectif de cette démarche est d'engager au sein des communautés médicales une réflexion sur les pratiques et de prioriser les thématiques sur lesquelles des actions peuvent être entreprises, en termes de conduite d'évaluation des pratiques professionnelles, d'actions de communication ou de formation.

- Finaliser la désignation de binômes référents pertinence par les établissements ;
- Recenser les établissements ayant élaboré un plan d'actions pertinence et valoriser les actions innovantes ;
- Organiser des journées régionales pertinence réunissant les référents pertinence, pour favoriser le partage d'expériences.

Objectif 3 Mettre en place des actions visant à optimiser le degré de pertinence des hospitalisations

Le sujet de la pertinence des hospitalisations comprend la pertinence des admissions (notamment en MCO, en soins de suite et de réadaptation), la pertinence des durées de séjour (ambulatoire versus hospitalisation complète), la pertinence des ré hospitalisations (notamment pour certaines maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque chronique), ou encore la pertinence de l'admission dans certaines unités comme les unités de surveillance continue (USC).

/// Le développement de la chirurgie ambulatoire

Il persiste en région Grand Est des marges de développement de la chirurgie ambulatoire en substitution de l'hospitalisation complète : en 2016, le taux régional global de chirurgie ambulatoire atteignait 51,7%, contre une moyenne nationale de 54,3% ; le taux régional pour les 55 gestes marqueurs identifiés par l'Assurance maladie était de 81% contre une moyenne nationale de 82,9%.

Il s'agit de développer la chirurgie ambulatoire :

- en accompagnant les établissements ;
- en favorisant le retour d'expériences ;
- en développant la formation des acteurs ;
- en renforçant la coordination des acteurs dans une logique de parcours ;
- en assurant une large communication auprès des patients et des professionnels ;
- en poursuivant la procédure mise sous accord préalable (MSAP) auprès des établissements les plus en retard sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

En lien avec l'objectif « Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour atteindre au moins la cible nationale de 70% » (page 160)

/// L'amélioration de la pertinence des admissions en soins de suite et de réadaptation, et plus globalement de la pertinence des séjours

L'objectif poursuivi est d'utiliser au mieux les structures d'hospitalisation existantes, en les réservant aux seuls cas nécessitant une hospitalisation.

Pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), il s'agit notamment de favoriser le retour à domicile après un séjour en MCO, en complémentarité avec les dispositifs existants (dont PRADO).

- Réaliser une étude régionale relative à la pertinence des admissions en SSR (menée par les pôles de coordination SSR) ;

- Restituer les résultats de l'étude et élaborer un plan d'actions régional ;
- Doter chaque établissement SSR d'un projet pertinence.

/// La réduction de la part des réhospitalisations des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique, en optimisant la pertinence de leur parcours de soins

- Élaborer un diagnostic régional et territorial relatif au parcours de soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique ;
- En déduire un plan d'actions régional, visant notamment à réduire la part des ré hospitalisations évitables.

En lien avec l'objectif « Au moins 50% des patients insuffisants cardiaques en ALD sont inclus dans un protocole de coopération type « Asalée » ou dans un protocole de suivi à domicile » (page 100)

/// L'optimisation du degré de pertinence des séjours en unité de surveillance continue

En lien avec l'objectif «~~Les unités de surveillance continue reconnues sont toutes conformes à un cahier des charges défini par les professionnels et validé par l'ARS~~ Des principes d'organisation pour les unités de surveillance continue sont définis et partagés par les professionnels » (page 173)

Objectif 4 Mettre en œuvre des actions régionales d'optimisation de la pertinence des actes d'imagerie médicale

Le champ des actes d'imagerie médicale est concerné par la problématique de la redondance des actes (en particulier par défaut de partage des images), mais aussi par une nécessaire optimisation de leur pertinence. Les actions proposées au niveau national comprennent la facilitation du déploiement de l'informatisation de la demande d'examen d'imagerie, des plateformes de partage d'images, et de la formation des acteurs (médecins demandeurs et radiologues).

Une étude régionale menée en 2016 dans certaines régions dont le Grand Est, a objectivé les éléments suivants :

- Un manque de complétude des demandes d'examens ne favorisant pas l'analyse de leur pertinence par le radiologue ;
- Des demandes parfois pressantes des usagers ;
- Un défaut de connaissance et d'appropriation du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale par les demandeurs d'examens.

Les enjeux sont d'obtenir une diminution des variations de pratiques, la disparition des redondances d'examens, et une amélioration de la substitution. Dans ces perspectives, il est attendu une diminution des délais d'accès à certains examens tels que l'IRM, et une diminution de l'exposition aux rayonnements ionisants et à leurs effets indésirables.

Les actions suivantes au niveau régional doivent contribuer à optimiser la pertinence des actes d'imagerie médicale :

- Accompagner la substitution du scanner par l'IRM, notamment en proposant une méthodologie régionale de diagnostic interne sur le volume d'actes substituables ;
- Diffuser une culture de la pertinence, et réaliser des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relatives à la pertinence des actes d'imagerie médicale ;
- Favoriser le partage d'expériences et encourager les actions de formation ;

- Favoriser les échanges d'informations, en incitant à l'utilisation des solutions digitales de partage d'images, afin d'éviter la redondance des examens, notamment les examens irradiants.

En lien avec « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 195)

Objectif 5 Optimiser la pertinence des prescriptions d'examens de biologie médicale

Le protocole d'accord 2016-2019 conclu entre l'Assurance maladie et les syndicats représentants de la profession doit permettre de réguler les dépenses de biologie médicale.

Les biologistes médicaux sont habilités, lorsqu'ils l'estiment appropriée, à proposer au prescripteur la réalisation d'examens de biologie médicale autres que ceux figurant sur la prescription, ou à ne pas réaliser tous les examens qui y figurent *(cf. art. L6211-8 du code de la santé publique)*.

Le domaine de la biologie médicale a par ailleurs bénéficié de travaux de la CNAMTS, en lien avec la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), avec repérage à partir des bases de données nationales, des examens pré interventionnels inutiles au regard des recommandations de la SFAR de 2012. Il apparaît ainsi des marges d'amélioration des prescriptions dans certaines situations cliniques telles que le bilan d'hémostase chez l'enfant et l'adulte, le groupe sanguin ou l'ionogramme sanguin.

Dans ce contexte, il est nécessaire de travailler sur la pertinence des prescriptions d'examens de biologie médicale en région Grand Est, source d'optimisation de qualité des soins et d'économies potentiellement importantes.

- Déterminer les examens de biologie médicale les plus prescrits en région Grand Est, dans les secteurs ambulatoire et hospitalier ;
- Analyser l'évolution quantitative et qualitative des prescriptions d'examens de biologie médicale ;
- Informer et sensibiliser les prescripteurs et les biologistes médicaux sur la situation régionale et sur la pertinence des prescriptions transmises aux biologistes médicaux ;
- Transmettre à tous les établissements de la région leur profil CNAMTS relatif aux examens biologiques pré interventionnels, en les incitant à engager une réflexion sur la pertinence de leurs pratiques, et à élaborer un plan d'actions, puis en évaluer les résultats.

Objectif 6 Mettre en place des actions d'optimisation de la pertinence des prescriptions de transports sanitaires

Les enjeux se situent au niveau de la maîtrise des dépenses de transports prescrits par les établissements. Les dépenses de transports représentent plus de 250 M€ en Grand Est en 2016, en évolution à la hausse de +2,2% par rapport à 2015. Des marges de manœuvre sont identifiées d'une part quant au respect de la réglementation (remboursements relatifs aux transports des patients en ALD par exemple), et d'autre part, quant à l'adaptation du mode de transport à l'état de santé du patient, et notamment concernant le recours à l'ambulance, les transports partagés, ainsi que l'efficience de l'organisation des transports de patients dialysés.

- Rappeler aux prescripteurs la réglementation relative à la prescription de transport (affections longue durée, prescription a priori, accord préalable, etc.) ;
- Inciter les prescripteurs à réduire le recours à l'ambulance en augmentant la part des transports en adéquation avec l'état du patient ;
- Contractualiser *(intégration d'un chapitre « transports » aux contrats d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins, les CAQES)* avec les établissements les plus atypiques, afin d'encourager la maîtrise des dépenses, par la définition et la mise en œuvre d'un plan d'actions ;
- Améliorer l'organisation interne des établissements pour permettre la centralisation de la commande et la régulation des transports en développant des plateformes de régulation des

commandes de transports : disposer d'au moins une plateforme par groupement hospitalier de territoire et atteindre 35% de transports assis en intra et interhospitalier ;

- Mettre à disposition des outils d'accompagnement des patients, professionnels de santé et établissements de santé ;
- Diminuer les carences ambulancières.

Objectif 7 Mettre en œuvre des actions régionales visant à améliorer la pertinence des prescriptions de produits de santé

Des données de plus en plus nombreuses indiquent qu'une partie des dépenses de santé sont inappropriées, 20% selon le rapport de l'OCDE. Les produits de santé sont évidemment concernés. Au-delà du gaspillage lié à des prescriptions inefficaces ou inappropriées, certaines pratiques engendrent un risque pour les patients et sont cause d'iatrogénie médicamenteuse et/ou d'évènements indésirables. Dans certaines situations, le choix de la prescription se fait au bénéfice de thérapeutiques plus récentes, pour lesquelles le recul est moindre en termes d'efficacité et d'effets secondaires, et cela au détriment des solutions mieux éprouvées et/ou celles de médicaments dont le brevet est expiré avec les génériques et les médicaments biosimilaires. Enfin, les problèmes de continuité des parcours patients peuvent aussi générer des gaspillages notamment par défaut de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses.

En région, les axes de travail suivants seront privilégiés :

- Favoriser la prescription des médicaments génériques (prescription d'un médicament sur deux dans le répertoire des génériques d'ici 2020) et surtout de médicaments biosimilaires (80% de pénétration des biosimilaires sur le marché de référence d'ici 2022) en incitant les établissements de santé à mettre en place un plan d'action visant à sensibiliser les prescripteurs à une utilisation plus efficiente des médicaments ayant les mêmes bénéfices thérapeutiques pour les patients (fixation d'objectifs, suivi des prescriptions, etc.) ;
- Renforcer les actions pour promouvoir une juste prescription des antibiotiques, l'objectif de la stratégie nationale de santé étant de diminuer de 25% la consommation d'antibiotiques ;
- Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, en particulier pour ce qui concerne les personnes âgées, en analysant les pratiques de prescriptions identifiées à travers des études des bases médico-administratives. Leurs résultats doivent fonder la construction de programme intégrant un panel d'actions graduées allant de la diffusion de recommandations de bonnes pratiques jusqu'à la conception de formations à l'intention des prescripteurs afin de favoriser les démarches de dé-prescription ;
- Contribuer au déploiement et à la promotion de la pharmacie clinique, visant à sécuriser la prise en charge médicamenteuse et rendre plus efficient le parcours de soins en améliorant la pertinence des prescriptions ;
- Favoriser toutes démarches d'accompagnement en lien avec l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficience de la prescription, de la dispensation et de l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux, notamment en encourageant la conciliation médicamenteuse, démarche qui permet de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses ;
- Promouvoir les référentiels et recommandations de bonnes pratiques thérapeutiques.

Objectif 8 Favoriser l'acculturation des professionnels de santé et des usagers notamment par la réalisation d'une campagne de communication régionale sur la pertinence des soins

L'objectif est de réduire l'asymétrie d'information entre usagers et professionnels, afin de permettre aux usagers d'aborder plus facilement le sujet de la balance bénéfices / risques avec leur médecin, et ainsi prendre leurs décisions de santé en connaissance de cause.

- Élaborer des messages clairs et non anxiogènes, en relais de la communication nationale, et intégrant les particularités régionales ;
- Réaliser une campagne de communication à destination des professionnels de santé et du grand public ;
- Inciter les usagers à l'utilisation du dossier médical partagé, permettant notamment d'éviter des redondances, des examens et actes non pertinents ;
- Intégrer la thématique pertinence dans les priorités régionales de formation continue avec valorisation dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

7/ RENFORCER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

/// CONSTATS ET ENJEUX

La politique d'amélioration continue de la qualité doit être appréhendée de manière globale en ville, à l'hôpital, et dans le secteur médico-social, avec pour ambition d'offrir aux usagers une offre de services de santé adaptée aux besoins et soutenable sur le long terme.

Les orientations stratégiques de l'ARS Grand Est en matière de politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins repose sur les constats et enjeux suivants :

/// Le développement de la culture positive de l'erreur

Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des usagers du système de santé et des soins qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables et la gravité de leurs conséquences.

La gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en secteurs sanitaire, médico –social et ambulatoire.

En France, les deux enquêtes menées par la DREES sur cinq ans (Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) en 2004 ; ENEIS 2 en 2009) ont montrée l'incidence des événements indésirables graves (EIG) en hospitalisation, évaluée à 6,2 EIG pour mille jours d'hospitalisation, soit un EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits.

Les évolutions législatives et réglementaires récentes rappellent l'importance de la démarche et contribuent à structurer le cadre :

- La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé confie la mission aux ARS de coordonner l'action des Structures régionales de vigilances et d'appui (SRVA).
- Le Réseau régional des vigilances et d'appui, sous le pilotage de l'ARS, est constitué de l'ensemble des SRVA chargées de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans la région (Instruction du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaire).
- Le décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients complète le code de la santé publique dans ses articles R. 1413-74 à R. 1413-78 en introduisant une définition des SRA et de leurs missions.
- Le décret précise les modalités de la déclaration, et impose notamment, dans un délai de trois mois, le descriptif de la gestion de l'événement, l'analyse approfondie des causes de l'événement et le plan d'actions correctrices mis en place.
- L'instruction du 17 février 2017 relative à la déclaration des EIG aux ARS. L'instruction précise les modalités de déclaration et de gestion des événements indésirables associés à des soins (EIGS). Le retour d'expérience et la SRA apparaissent comment deux éléments pivots de cette gestion.

L'ambition de l'ARS en matière de déclaration des EIGS s'appuie sur les fondements de la gestion des risques en santé et répondre ainsi à la triple boucle de la sécurité des soins (Savoir : obligation de signaler ; Comprendre : par l'analyse systémique structurée ; Traiter : a priori et a posteriori) puis communiquer, partager, organiser les structures par le retour d'expérience, non culpabilisant et valorisant.
La mise en place et l'animation du Réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA) et l'installation de la Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des usagers (SRA) constituent deux axes stratégiques prioritaires.

/// Une culture et des pratiques hétérogènes entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire

Il existe en région une réelle disparité entre le secteur sanitaire et les secteurs médico-social et libéral relative :

- aux méthodes et outils de la qualité adaptés à la situation et à l'objectif recherché ;
- à une forte hétérogénéité de maturité et de culture.

Cela peut s'expliquer notamment par l'antériorité de la mise en place des démarches qualité dans les différents secteurs, de l'évolution de la réglementation dans des temporalités différentes et de la segmentation des différents secteurs en fonction des prises en charge et des besoins des usagers.

L'enjeu régional consiste à promouvoir l'amélioration de la qualité et de la sécurité du service rendu (aux patients, aux résidents, aux usagers). Cela passe par des actions de facilitations des coopérations, des actions de sensibilisation et de formations, une acculturation aux démarches qualité dans les différents secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire.

/// Un niveau de qualité et de sécurité des soins régulièrement mesuré par les évaluations

Effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la Haute autorité de santé (HAS), la certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tout établissement de santé, public ou privé, quelles que soient sa taille et son activité. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations des hôpitaux et cliniques en France.

En région Grand Est, le taux d'établissements de santé certifiés sans obligation d'amélioration et sans réserves est actuellement de 73% en janvier 2018, sur les 123 établissements de santé ayant un rapport de certification publié.

Pour le secteur médico-social, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services médico-sociaux à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations. Dans le cadre de l'autorisation, la législation distingue deux types d'évaluations : l'évaluation interne et l'évaluation externe. La première est menée par l'établissement lui-même, alors que l'évaluation externe est réalisée par un organisme extérieur habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Ces évaluations reposent sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La mobilisation des résultats de ces différentes évaluations doit permettre de servir au déploiement d'une politique régionale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour les trois secteurs : sanitaire, médico-social et ambulatoire.

La démarche d'appui méthodologique autour des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire sera réalisée en collaboration étroite avec la Structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des usagers (SRA).

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Ce diagnostic régional fait émerger quatre objectifs opérationnels, identifiés pour concourir à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en région Grand Est :

- Assurer la mise en place d'une structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients **[Objectif 1]** ;
- Promouvoir la déclaration des évènements indésirable graves associés à des soins (EIGS), faciliter leur analyse sur les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire et développer la culture positive de l'erreur **[Objectif 2]** ;
- Mettre en place et animer le réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) de la région Grand Est **[Objectif 3]** ;
- Accroître le niveau de qualité et sécurité des soins pour l'ensemble de la région Grand Est **[Objectif 4]**.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Assurer la mise en place d'une structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des usagers

Conformément au cadre réglementaire, la Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des usagers (SRA) apportera un soutien méthodologique, à leur demande, aux professionnels de santé, aux établissements de santé, aux établissements ou services médico-sociaux ou à l'ARS en cas de survenue d'un évènement indésirable grave. La SRA répondra aux demandes d'appui pour l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients. Elle apportera un soutien méthodologique notamment pour définir un programme ou actions de gestion des risques associés aux soins et de prévention des événement indésirables associés aux soins (IAS) en impliquant l'ensemble des professionnels et structures concernés tout au long du parcours de la prise en charge du patient puis à mettre en œuvre ce programme. Le développement de la culture positive de l'erreur doit faciliter les adaptations des organisations et des pratiques par l'analyse et le partage facilité des dysfonctionnements.

Son action et ses travaux seront coordonnés avec ceux des structures régionales de vigilance et d'appui, et seront intégrées dans une animation en réseau au sein du réseau régional des vigilances. L'appui de l'ARS doit être également en ligne directe avec les établissements de santé et les professionnels de santé et peut se situer à différents niveaux :

- Par le prisme de la certification : notamment par la procédure d'accompagnement graduée (accompagnement individuel) ;
- Par les évaluations internes et externes des établissements et services médico-sociaux ;
- Par la mise en place d'expérimentations ;
- Par l'impulsion d'actions de communication et de partage d'expériences ;
- Par la contractualisation.

En région, les axes de travail suivants seront privilégiés :

- Déployer le projet en région, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés et en s'appuyant sur l'expertise de l'association CEPPRAAL, Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes ;
- Publier le cahier des charges régional de la SRA dont le cadre est défini par arrêté ;
- Contractualiser avec la SRA Grand Est en définissant les modalités de travail et d'échange d'informations ;
- Définir, en collaboration étroite avec la SRA, le programme d'actions pluriannuel.

Objectif 2 Promouvoir la déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins, faciliter leur analyse pour les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire et développer la culture positive de l'erreur

Les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ont été introduits dans la réglementation sanitaire française par le décret du 25 novembre 2016. Leur déclaration a vocation à identifier les défauts d'organisation ou de pratiques qui ont un impact avéré sur la qualité et la sécurité des soins et à être utilisés dans un objectif global d'amélioration des pratiques et des organisations de soins. Le dispositif est coordonné par la HAS qui est destinataire, in fine, de toutes les déclarations d'EIGS au niveau national.

La notion d'EIGS couvre l'ensemble des champs sanitaire, médico-social et ambulatoire.

En soutien, la mise en place d'une structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des usagers (SRA) apportera ses compétences techniques et méthodologiques aux déclarants, aux structures et à l'ARS.

Dans le secteur sanitaire, les démarches de retour d'expérience font partie intégrante des politiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par le processus de certification HAS. Dans les secteurs médico-sociaux et ambulatoire, ces démarches sont à conforter, avec une organisation adaptée, afin d'améliorer la capacité d'analyse.

En région, les axes de travail suivants seront privilégiés :

- Promouvoir la SRA dans sa mission de conseil et d'expertise des EIGS ;
- Donner du sens à la déclaration des EIG pour les professionnels directement impliqués ;
- Acculturer les secteurs ambulatoire et médico-social aux démarches de gestion des risques ;
- Favoriser les groupes de travail et les formations dans le domaine de la gestion des risques (Comités de retour d'expériences (CREX), Revues de morbi-mortalité (RMM), etc.) pour l'ensemble des 3 secteurs ;
- Encourager la participation à la semaine sécurité patient (SSP) ;
- Développer la thématique « gestion des risques » lors de journées régionales ;
- Recourir à toutes les compétences pour l'analyse des EIG au sein du réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA).

Objectif 3 Mettre en place et animer le réseau régional de vigilance et d'appui

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé confie la mission aux ARS de coordonner l'action des Structures régionales de vigilances et d'appui (SRVA). Le Réseau régional des vigilances et d'appui (RREVA), sous le pilotage de l'ARS, est constitué de l'ensemble des SRVA chargées de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans la région (Instruction du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaire).

Les structures régionales d'appui ont notamment comme mission d'apporter une expertise et un appui à la gestion et la qualité des soins aux établissements, éventuellement à l'ARS, d'organiser des échanges réguliers et des partages d'expériences entre les professionnels.

L'ARS Grand Est doit constituer et animer un réseau régional de vigilances et d'appui comprenant les personnes et les représentants de structures chargées d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en santé dans la région. Il coordonne l'activité régionale de ces structures dans le respect de leurs missions et leurs obligations respectives.

- Conforter l'installation du RREVA Grand Est, organiser les actions de vigilances et formaliser le règlement intérieur du réseau ;
- Favoriser les mutualisations entre membres du réseau régional de vigilances et d'appui, portant

notamment sur les outils, les méthodes et les moyens ;

- Organiser le recueil, la transmission et le traitement partagé : des données relatives aux maladies notifiées ou signalées, des déclarations d'infections associées aux soins et d'évènements indésirables graves liés aux soins, des signalements de menaces imminentes pour la santé de la population ;
- Favoriser la déclaration et la gestion des EIG, en lien avec les différentes SRVA ;
- Définir le programme de travail auquel contribuent les membres du réseau régional de vigilances et d'appui pour la mise en œuvre, dans le ressort territorial de l'agence régionale de santé, de la politique de développement de la qualité et de la sécurité des prises en charge en santé, et organise, dans ce champ, la coordination de leurs actions.

Objectif 4 Accroître le niveau de qualité et sécurité des prises en charge pour l'ensemble des opérateurs et acteurs de santé

Les axes de travail suivants seront privilégiés :

- Renforcer le partenariat avec la Haute autorité de santé ;
- Accompagner individuellement les établissements de santé dans le cadre de la certification HAS (procédure d'accompagnement gradué des établissements de santé en fonction de leur niveau de décision) ;
- Assurer l'animation régionale et soutenir les expériences innovantes sur le sujet ;
- Développer et conforter l'expertise « Qualité/gestion des risques » des établissements et services médico-sociaux et du secteur ambulatoire ;
- Poursuivre l'amélioration des démarches qualité relatives à la gestion des différentes filières de professionnels médicaux, paramédicaux, de type accréditation des médecins de spécialités à risques :

  - en incitant à développer des méthodes qualité innovantes : simulation en santé, gestion des risques en équipe (Programme d'amélioration continue du travail en équipe – PACTE), patient traceur en médecine de ville ;
  - en favorisant les démarches des recherches /actions en soins ;
  - en appliquant des méthodologies et outils utilisés et optimisés dans le cadre du développement professionnel continu médical et paramédical.

- Améliorer la qualité des soins en lien avec les structures d'appui thématiques : le Centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) pour la prévention des infections liées aux soins, l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) pour la prise en charge thérapeutique et Antibiolor (destinée à devenir à court terme ANTIBIOEST, et couvrir l'ensemble de la région de manière effective) pour le juste usage des antibiotiques.

En lien avec l'Axe stratégique n°6 : Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficience des soins (page 149)

7. AXE STRATÉGIQUE N°7 : DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'INNOVATION ACCOMPAGNANT LES TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

1/ AGIR SUR ET AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ GRÂCE À LA E-SANTÉ

/// CONSTATS ET ENJEUX

Le numérique dans le système de santé ou e-santé constitue un levier majeur de modernisation en termes d'organisation, d'information des patients et de coopération des professionnels et organismes de santé. La e-santé donne aux acteurs la capacité d'agir sur et au sein du système de santé, et en particulier sur les ruptures du parcours de santé et la réduction des inégalités d'accès aux soins. Il permet notamment :

- De faciliter la déclinaison de nouveaux modèles de prise en charge via une approche plus collaborative et partagée de l'exercice et des pratiques ;
- La mise en œuvre effective des parcours centrés sur le patient grâce au partage et à l'échange des informations collectées ;
- La transformation des métiers professionnels de santé par une promotion opérationnelle des bonnes pratiques numériques dans leur quotidien et l'assistance des outils numériques à leur activité ;
- La participation du patient à ses soins et surtout son implication dans son projet de vie en restant connecté avec l'équipe soignante ;
- L'amélioration des flux d'informations en les formalisant, tout en assurant la traçabilité ;
- La réponse aux problématiques de démographie médicale, en particulier dans l'exercice de la permanence des soins.

La mise en œuvre de l'e-santé par les acteurs est encadrée par la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) ainsi que deux instructions nationales :

- L'instruction n° SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé, qui décline en particulier les référentiels à respecter dans la mise en œuvre de tout projet de e-santé et le socle commun minimum de services numériques à déployer dans chaque région et à intégrer à minima dans les systèmes d'information métier et de parcours et de coordination ;
- L'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région qui précise le dispositif de gouvernance en matière de politique régionale d'e-santé à organiser en région et d'autre part les caractéristiques du groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) à constituer.

/// Rappel des principes de l'e-santé

Dans ce cadre et en premier lieu, le déploiement de services numériques de coordination et de parcours doit poursuivre un objectif général de résolution des problématiques de rupture dans la continuité des parcours, en facilitant la circulation de l'information, la relation entre les acteurs et en donnant la capacité d'avoir une vision globale dans le temps du parcours du patient.

Pour ce faire, il est nécessaire de poser les principes suivants :

- Si l'enjeu est fondamentalement territorial (au niveau de chaque bassin, de chaque territoire), cela ne doit pas pour autant se traduire par un enfermement et par la recherche isolée de solutions. Les solutions viennent au contraire du collectif, d'une approche commune, cohérente et transversale, permettant à chacun de bénéficier de l'expérience des autres ;

- La circulation de l'information doit s'appuyer, autant que faire se peut, sur des mécanismes standardisés :
  - Information structurée (et normée) lorsque celle-ci a un caractère pérenne. Ceci implique l'utilisation des normes et standard lorsqu'ils sont disponibles, et leur élaboration lorsqu'ils ne le sont pas ;
  - Information produite à l'issue immédiate d'une prise en charge ;
  - Utilisation des véhicules prioritaires que sont le dossier médical partagé (DMP) et le système de messageries électroniques réservé aux professionnels de santé (MSSanté), dès lors que les usages ciblés le permettent.
- L'intégration la plus transparente possible des nouveaux outils de coordination dans l'environnement de travail des professionnels est une clé de réussite essentielle (dans une logique d'environnement de travail intégré) ;
- La concertation entre les acteurs, professionnels et usagers de manière générale, doit intervenir autant dans l'élaboration et le choix des outils que dans la mise en œuvre des principes organisationnels adaptés au territoire concerné ;
- Les systèmes d'information sont le support de processus organisationnels, ils permettent souvent de les mettre en œuvre, mais ne doivent pas conduire à une adaptation des pratiques aux possibilités des outils.

/// Les usages du numérique

Malgré l'existence de nombreux services numériques nationaux, régionaux et locaux, les usages par les professionnels et les usagers restent faibles au regard de leur potentiel. L'appropriation des services et usages du numérique par les professionnels et les patients est un objectif prioritaire.

L'utilisation des services et le bon usage du numérique par les professionnels et les usagers passe essentiellement par la mise à disposition de services utiles et utilisables ainsi que par leur valorisation et leur promotion.

- En réponse aux objectifs portés par le schéma Régional de Santé, un service est utile s'il permet principalement l'amélioration :
  - De la prise en charge des patients ;
  - De l'accompagnement ou du suivi des patients ;
  - De leur information.
- Un service est utilisable si :
  - Il est co-construit avec les utilisateurs ;
  - Il est accessible à travers des environnements simples et adaptés aux spécificités de l'utilisateur (contextes, modalités et lieux d'exercice) ;
  - L'utilisateur peut l'utiliser en ayant toute confiance en l'exhaustivité et la qualité des données, au respect des règles d'habilitation établies, et en sa disponibilité ;
  - Il est pertinent, c'est à dire qu'il met à disposition de l'utilisateur les informations et fonctions utiles et exploitables au contexte d'usage ;
  - Il est intégré à l'écosystème numérique local, régional et national ;
  - L'utilisateur est correctement formé à son usage et a accès à un support qualifié.

/// L'usager comme acteur de santé

L'usager considéré comme un acteur de santé doit être pris en compte dans les dispositifs de définition et de mise en œuvre des services numériques en santé. Ainsi, chaque acteur de santé, doit être garant de ces principes pour les services qu'il met en œuvre et/ou qu'il déploie et en assurer leur promotion et leur valorisation.

Le GRADeS, sous le pilotage de l'ARS et en lien avec l'Assurance maladie pour les sujets qui la concerne (DMP, MSS, etc.), est garant de ces principes au sein de l'espace numérique régional de santé (ENRS) et de sa relation avec l'ensemble des acteurs de la santé qu'il accompagne si besoin.

/// Un environnement de travail intégré

Afin de rendre l'ensemble des services numériques utilisables, il faut s'orienter vers la mise à disposition de l'utilisateur d'un environnement de travail intégré qui doit :

- Lui permettre d'accéder de manière simple et sécurisée à l'ensemble des données et fonctions utiles à son action, qu'elles soient locales, régionales ou nationales ;
- Être adapté à son contexte d'utilisation (mobilité, handicap, circonstances…) ;
- de partager et d'échanger naturellement des données structurées avec l'ensemble de l'écosystème de la santé en s'appuyant prioritairement sur les services socles que sont le DMP et la MSS ;
- S'appuyer sur des référentiels techniques et fonctionnels exhaustifs, partagés et harmonisés (répertoire des ressources, annuaire, normes d'interopérabilité, sécurité, …).

/// Le développement de la télémédecine

Le développement de la télémédecine constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles et permet une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients. Elle donne aux professionnels de santé une capacité d'agir mieux, plus vite et/ou plus tôt. Afin que la télémédecine s'inscrive naturellement dans les pratiques professionnelles et les organisations, il paraît essentiel de :

- Permettre à tous les professionnels concernés de s'approprier les cadres existants et à venir de la télémédecine : programme national d'expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES) et conventionnement médical entre médecins libéraux et l'Assurance maladie et ce en lien avec les représentations des professionnels et l'Assurance maladie ;
- Poursuivre l'accompagnement des programmes nationaux prioritaires tels que les maladies chroniques, l'ophtalmologie, la cardiologie le TéléAVC, la santé des détenus, la télé radiologie, etc. ;
- Identifier et permettre l'organisation hospitalière et libérale de l'offre par spécialités (dermatologie, psychiatrie, gériatrie, anesthésie, etc.) pour l'ensemble de la région Grand Est, au profit des territoires et des parcours tout en rendant cette offre lisible et accessible au plus grand nombre ;
- Faciliter le déploiement de la télémédecine au domicile des patients, ou au plus proche de leur domicile (MSP, EHPAD, etc.) et en particulier de la télésurveillance (cardiologie, insuffisance rénale, etc.) ;
- Garantir que les activités de télémédecine développées dans la région Grand Est soient pérennes et en adéquation avec les besoins des professionnels et des patients ;
- Accompagner les initiatives du terrain afin de mieux juger de leur intérêt et le cas échéant de leur déploiement.

Pour ce faire, la télémédecine doit répondre à plusieurs principes :

- La télémédecine ne déroge pas au parcours coordonné du patient ;
- La télémédecine n'est pas une fin en soi, elle est une modalité d'une organisation, d'une prise en charge et s'inscrit dans un projet de soins ;
- La mise en œuvre d'une activité de télémédecine doit intégrer la relation avec les systèmes d'information des acteurs de santé concernés.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Le chapitre « Ce que nous allons faire » est entièrement remplacé par ce qui suit :

Le développement de la capacité d'agir des acteurs de santé sur et au sein du système de santé, et en particulier sur les ruptures du parcours de santé et la réduction des inégalités d'accès aux soins passe par la mise en œuvre de **six objectifs opérationnels**.

Ces objectifs sont en cohérence avec les 5 orientations de la feuille de route nationale « Accélérer le virage numérique » du 25 avril 2019, feuille de route déclinée en 24 actions.

/// Axe 1 – Renforcer la gouvernance du numérique en santé

Au niveau national, le pilotage des chantiers de transformation numérique est assuré par la délégation ministérielle du numérique en santé rattachée directement à la ministre des Solidarités et de la santé. Elle assurera un pilotage resserré de l'agence du numérique en santé dont la mission sera centrée sur la mise en œuvre opérationnelle de la politique du numérique en santé (action 1 de la feuille de route).

Afin d'impliquer tous les acteurs, les grandes orientations de la politique du numérique en santé seront débattues au sein du Conseil du numérique en santé (action 2).

La délégation s'appuiera également sur une cellule d'éthique pour inscrire son action dans un cadre de valeurs humanistes. La doctrine technique de la feuille de route du virage numérique de Ma santé 2022 et le schéma d'architecture qui lui sera associé, seront mis à la concertation en septembre et publiés en décembre, puis mis à jour régulièrement (action 3).

En région Grand Est, le renforcement de la gouvernance du numérique en santé se traduit par l'élaboration d'une stratégie commune avec l'Assurance maladie, en s'appuie notamment sur le GIP Pulsy, choisi comme groupement d'appui au développement de la e-santé **[Objectif 1].**

/// Axe 2 – Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé

Améliorer l'identification numérique des acteurs de santé, c'est-à-dire de tous les professionnels concourant aux systèmes d'information de santé, est une condition indispensable au bon fonctionnement des systèmes d'information de santé. Pour ce faire, l'identification numérique issue d'un même référentiel national sera généralisée (action 4). La dématérialisation des moyens d'authentification (action 5) permettra de sécuriser l'accès aux télé-services, avec en particulier l'appli carte Vitale ou la e-CPS.

Afin d'assurer la continuité des parcours, un même patient devra être reconnu dans tous les systèmes informatiques de manière unique. Pour ce faire, le déploiement de l'identifiant national de santé (INS) sera accéléré (action 6). La mise à disposition de l'appli carte Vitale (action 7) permettra l'authentification numérique des usagers du système de santé.

Au-delà des problématiques d'accès et de sécurité, afin que tous les systèmes anciens ou nouveaux puissent communiquer, une étude sur l'opposabilité des référentiels d'interopérabilité communs sera lancée (action 8). Un accompagnement des acteurs concernés sera mis en place pour assurer la convergence.

Pour se prémunir collectivement des risques, tous les acteurs de santé pourront bénéficier du dispositif de déclaration des incidents de sécurité. Un service national de cyber-surveillance en santé sera déployé (action 9).

Ces différentes actions de la feuille de route nationale trouvent leur déclinaison régionale avec la volonté de faire de l'espace numérique de santé un environnement de travail intégré **[Objectif 2].**

/// Axe 3 – Accélérer le déploiement des services numériques socles

La feuille de route comporte quatre principaux services pour échanger et partager les données de santé en toute confiance :

- Le déploiement du dossier médical partagé sera poursuivi pour stocker toutes les données qu'il est utile de partager, entre le patient et les professionnels qui le prennent en charge tout au long de son parcours (action 11).
- L'usage des messageries sécurisées de santé pour sécuriser l'échange d'information de santé entre professionnels sera élargi et accompagné (action 12).
- La e-prescription sera développée pour simplifier et sécuriser le circuit de transmission de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à la dispensation par le pharmacien (action 13).
- Les services numériques territoriaux de coordinations de parcours inscrits dans le programme e-parcours seront déployés (action 14).
- Ces services se déploieront suivant leur propre calendrier, mais tous dans une même vision d'ensemble, un même schéma d'urbanisation.

/// Axe 4 - Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé

Ces plateformes constitueront un réceptacle aux applications proposées par les acteurs publics et privés qui s'y inscrivent. L'objectif est simple : permettre aux usagers et professionnels de santé de trouver leurs repères dans des espaces numériques fiables et simples d'accès.

Dans une vision d'ensemble, les pouvoirs publics organiseront la mise en œuvre de trois plateformes pour gagner en agilité toute en conservant une souveraineté par la maitrise des règles d'urbanisation, d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique :

- L'Espace numérique de santé permettra à chaque citoyen, acteur du système de santé, de choisir et d'accéder à des services numériques de santé dans un cadre sécurisé et avec une navigation fluide (action 15).
- Les professionnels pourront quant à eux accéder à une plateforme de bouquets de services communicants (action 16).
- En rassemblant les données de santé dans un même schéma d'urbanisation sécurisé, les pouvoirs publics se donneront les moyens de les analyser à grande échelle au bénéfice de tous. C'est l'objectif du Health Data Hub, la plateforme des données de santé, en cours de déploiement (action 17).

Ces espaces numériques se constitueront étape par étape, avec l'évolution de services existants, grâce à des méthodes de co-conception et via des appels à projet.

/// Axe 5 - Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé

Des grands programmes d'investissement concourront aux objectifs de la politique nationale, tels le programme HOP'EN pour le soutien aux systèmes d'information hospitaliers (action 19) et le plan « Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) numérique » (action 20) pour aider les structures médico-sociales à s'inscrire pleinement dans le virage numérique.

L'innovation en matière de services numériques en santé sera encouragée via la création du « Lab esanté » (action 23). Son rôle sera d'identifier, de faire émerger et de diffuser de nouveaux concepts, technologies, solutions et usages en matière de e-santé, et d'aiguiller les acteurs du marché dans l'ensemble des dispositifs existants.

Enfin, tous les acteurs seront invités à débattre autour de la politique nationale du numérique en santé et de ses modalités de mise en œuvre. Avec le « tour de France de la e-santé » (action 25), des rencontres seront organisées dans tous les territoires, sur une période de six mois. Au sein « d'ateliers citoyens du numérique en santé » (action 26), les usagers pourront définir les besoins de leur futur Espace Numérique de Santé, valider les principes ergonomiques et tester les premières maquettes

L'ARS et l'Assurance maladie soutiennent et accompagnent les démarches innovantes. Une organisation spécifique a été mise en place et prend en compte les projets innovants en e-santé. Dans ce cadre, il faudra veiller à l'articulation au sein du guichet territorial et garantir une mobilisation des acteurs du terrain, un partage de l'information et une capitalisation des différents projets.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

/// AXE 1 – RENFORCER LA GOUVERNANCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Objectif 1 (ex-obj 4) Permettre le développement et l'appropriation de services et usages numériques régionaux par les professionnels et les usagers Définir une gouvernance régionale lisible et partagée de la e-santé

La stratégie régionale e-santé est arrêtée par l'ARS en lien avec la DCGDR et après échange avec les acteurs de santé représentés au sein du GIP Pulsy qui contribue largement à son élaboration, à sa déclinaison et à sa mise en œuvre sur les territoires, puis à sa réévaluation périodique grâce aux liens privilégiés qu'il entretient avec les acteurs de santé et les partenaires institutionnels.

Comme précisé dans l'objet de la convention constitutive du GIP Pulsy, « le Groupement constitue le cadre d'une maitrise d'ouvrage opérationnelle pour la mise en œuvre de la stratégie régionale de e-santé, de conduite de ces projets et programmes et notamment ceux relevant du socle de services numériques en santé dans le respect des orientations données en la matière par l'Agence Régionale de Santé Grand Est et de ses préconisations pluriannuelles.»[1].

L'objectif à terme est que l'AG du GIP Pulsy constitue une représentation de l'ensemble de ces acteurs, et ainsi devienne le lieu d'échange, de concertation et de co-construction de cette stratégie qui assure l'articulation et la pertinence entre les orientations stratégiques et la réponse opérationnelle aux besoins des acteurs.

Le développement et l'appropriation de services régionaux et de leurs usages est la mission principale confiée par l'ARS au GIP Pulsy, GRADeS (Groupement d'Appui au Développement de la e-Santé). Pour ce faire, le GRADeS doit se doter d'une organisation et d'une gouvernance permettant, en lien avec l'ARS :

- De piloter et de mettre en œuvre un programme de travail, piloté via un tableau de bord, permettant de répondre à la stratégie régionale du numérique en santé et axé sur le développement de l'usage des services numériques ;
- d'assurer la promotion et la valorisation des services et de leurs usages ;
- D'assurer une animation territoriale de l'e-santé.

~~L'usager considéré comme un acteur de santé, doit être pris en compte dans les dispositifs de définition et de mise en œuvre des services numériques en santé. À ce titre, il faut identifier son rôle pour les services projetés et le cas échéant l'associer dans les différentes phases de conception et de déploiement des services. Pour ce faire l'identification de son rôle dans le cadre du développement et/ou déploiement de services régionaux doit se faire dès la phase de qualification d'un projet. De plus, il faut lui apporter une visibilité régulière sur le développement de l'e-santé en région et déterminer les modalités de son association.~~

~~Afin d'assurer aussi l'usage de services numériques par l'usager, ce dernier doit avoir les garanties nécessaires quant au respect des règles de traitement et d'accès à ses données personnelles.~~

Pour s'assurer de la mise en œuvre des orientations stratégiques et afin de répondre aux besoins des acteurs en santé, il est nécessaire d'organiser une gouvernance qui doit tenir compte des instances et/ou outils existants. Celle-ci doit permettre :

- D'animer, de mobiliser et d'entendre à l'ensemble des partenaires associés aux projets : Dans l'attente de l'élargissement de la base des membres du GIP Pulsy à l'ensemble des acteurs institutionnels et de santé, l'ARS Grand Est maintiendra des temps d'information et d'échange dans une dimension Grand Est. Ces réunions seront couplées et se dérouleront en amont d'une Assemblée Générale du GIP Pulsy, afin de garder à celle-ci son caractère délibératif autonome sans préemption de l'un de ses membres, tout en limitant les sollicitations redondantes des acteurs communs. Y seront invités en plus des membres du GIP Pulsy des partenaires non membres à date, comme le Conseil Régional et certains Conseils départementaux, des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux et leurs fédérations, des Unions, GCS, MAIA, MDPH, Réseaux de coordinations, etc. ;
- D'assurer un pilotage des projets confiés au GIP Pulsy en participant activement aux organes de gouvernance de Pulsy ;
- De favoriser l'émergence de projets sur les territoires en articulation avec l'ensemble des partenaires ;
- De donner de la visibilité aux réseaux territoriaux ARS/AM et les accompagner dans la mise en œuvre

/// AXE 2 – INTENSIFIER LA SÉCURITÉ ET L'INTEROPÉRABILITÉ DES SYSTÈMES D'INFORMATION EN SANTÉ

Objectif 2 (ex-obj 5) Faire de l'espace numérique régional de santé un environnement de travail intégré

Le principe de l'environnement intégré doit commencer à s'appliquer à deux niveaux : d'une part, dans le contexte local par l'intégration des services socles aux solutions métiers, d'autre part, dans le contexte régional par la transformation de l'Espace numérique régional de santé (ENRS), support des services régionaux, en environnement intégré.

Tout en reprenant les propriétés d'un environnement de travail intégré, et sur la base d'un socle de services et de référentiels partagés et intégrés, l'ENRS devra :

- Garantir l'identité du patient ;
- Gérer les habilitations de manière intégrée et optimisée ;
- Garantir l'interopérabilité et la fluidité des données entre services.

Il s'agira de :

- Être en capacité d'échanger et de partager des données structurées entre professionnels de santé : La feuille de route « Ma santé 2022 » prévoit, pour chaque usager, le déploiement d'un espace numérique de santé individuel et personnalisable lui permettant d'avoir accès à ses données et services de santé, tout au long de sa vie, d'ici 2022. La généralisation du dossier médical partagé au mois de novembre 2018 en a constitué la première étape.
- Accompagner les professionnels de santé dans l'évolution des normes techniques : L'anticipation de l'évolution de la norme technique permet d'avoir un effet de levier en participant, via le soutien de projets précurseurs, à la prise en compte de la problématique par les établissements de santé et leurs fournisseurs. Cette forme de soutien à l'investissement permettra à terme d'alléger la masse d'investissements nécessaire à la transition.
- Accompagner le développement des SI des GHT : l'objectif poursuivi et donné par la loi est la convergence des systèmes d'information au sein de chaque GHT. Cela doit également faciliter l'échange et le partage des données structurées entre professionnels de santé. Un comité régional des SI GHT a lieu tous les 6 mois et permet de suivre l'avancement de la convergence des systèmes d'information des GHT. Il est co-piloté par l'ARS et l'ASIP Santé/ANS (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé devenant l'Agence du Numérique en Santé au 1/1/19). La première étape importante est la production par chaque GHT d'un schéma directeur, appuyant

le PMP. Leur analyse est en cours et va permettre notamment une projection budgétaire des surcoûts consolidée au niveau régional, et de s'assurer de trouver les éventuelles synergies entre GHT.

L'un des leviers de financement sera le programme HOP'EN, qui est la suite du programme Hôpital Numérique. En outre, le GIP Pulsy recueillera les demandes et besoins de ses membres du collège sanitaire pour élaborer sa stratégie d'appui via la proposition d'une offre de services à destination des ES et des GHT :

- Étudier le besoin d'une mise à disposition du corrélateur d'identité en lien avec l'analyse régionale des schémas directeurs des GHT et des nouveaux télé-services de sécurisation des identités patients de l'Assurance Maladie
- Appuyer les ES qui sollicitent Pulsy dans la formalisation de la demande d'intégration d'un portail patient (Préadmission en ligne, prise de rendez-vous en ligne, et portail patient/usager) en lien avec le programme Ma santé 2022 et l'espace usager piloté par l'AM.
- Formaliser le besoin et éventuellement l'intégration en fonction de l'étude de pertinence économique avec les outils portés par Pulsy au sein de l'ENRS : Télé imagerie (partage et télé interprétation), e-Parcours (lien avec SNACs), Orientation (SIO ViaTrajectoire) et services socle (MS Santé, ROR et lien avec portail HET)

Concernant en particulier le programme HOP'EN (2018-2022), des prérequis doivent être atteints sur 7 thématiques pour bénéficier d'un accompagnement pour la mise en œuvre d'usages, avec des exigences d'harmonisation territoriale et régionale des services numériques.

/// AXE 3 – ACCÉLÉRER LE DÉPLOIEMENT DES SERVICES NUMÉRIQUES SOCLES

Objectif 3 Être en capacité d'échanger et de partager des données structurées entre professionnels de santé

Afin que l'ensemble des acteurs de santé puissent assurer facilement un minimum de coordination, de partage et d'échanges d'information, il est nécessaire que :

- Ils aient un accès, intégré à leurs solutions métiers, aux services socles de partages et d'échanges que sont le DMP (Dossier Médical Partagé) et les messageries sécurisées intégrées à l'espace de confiance (MSSanté) (actions 11 et 12 de la feuille de route nationale) ;
- Leurs solutions métiers leur permettent de générer ou d'intégrer des données structurées (biologie, lettre de liaison, dossier de liaison d'urgence, volet médical de synthèse, etc.) ;
- Ils soient référencés dans les référentiels que sont le ROR (Répertoire opérationnel des ressources) et l'annuaire régional (action 8 de la feuille de route nationale (axe 2)) ;
- Ces référentiels soient partagés.

Cette mise en capacité doit se faire principalement dans le cadre de projets de développement des usages.

De plus, la poursuite du peuplement du ROR et de l'annuaire régional, en pilotage du GRADeS et en lien avec les professionnels et sur les champs mentionnés précédemment est de ce fait un axe de développement prioritaire.

Il s'agira de :

- Développer le dossier médical partagé (DMP) et la Messagerie sécurisée en santé (MSSanté) : Des actions de développement des services socles de partage (DMP) et d'échanges (MSSanté) ont été menées en 2018 : appels à projets à destination des laboratoires, des structures médico-sociales et des maisons de santé pluridisciplinaires et accompagnement financier à l'acquisition d'interfaces avec le DMP et l'espace de confiance MS Santé dans le cadre d'accords conventionnels et du programme HOP'EN (EHPAD, activités libérales, établissements sanitaires,

laboratoires de biologie, cabinets de radiologie).

- Permettre le développement et l'appropriation de services et usages numériques régionaux par les professionnels et les usagers
- Déployer et favoriser les usages du répertoire opérationnel des ressources (ROR) : Le ROR est avant tout un référentiel opérationnel de l'offre et des filières permettant l'alimentation de divers applicatifs nécessitant un annuaire de ressources de l'offre de santé (projets en cours concernés: Hôpital en Tension HET, SMUR-T@b, ViaTrajectoire/IMad, SI SAMU). C'est également un service en ligne qui aide les professionnels de santé de l'urgence dans l'orientation des patients au sein des filières de prise en charge. Un projet d'amélioration de la qualité des données visant à mettre en place un processus de vérification et d'amélioration continue sera déployé.
- Faire de l'Espace Numérique Régional de Santé un environnement de travail intégré (ENRS) : l'ENRS se situe au sein de l'Espace Numérique de Santé. Il comprend l'ensemble des outils, systèmes d'informations ou applicatifs mis à disposition des professionnels de santé. Sa valeur ajoutée consiste à donner l'assurance aux utilisateurs que tout ce qui est au sein de l'ENRS respecte l'ensemble des règlementations en vigueur ainsi que les normes d'interopérabilité permettant de rendre ceux-ci communiquant et interfacés à terme.
- Le GIP Pulsy est le garant de la mise en œuvre de l'ENRS pour le compte de l'ARS Grand Est. L'ENRS devra permettre de répondre aux directives de l'Instruction no SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé (Actions 8, 9 et 14) et de s'adapter aux évolutions nationales :
  - Intégrer l'ensemble des services e-santé de la région ;
  - Assurer l'interopérabilité des solutions déployées en région ;
  - Fournir un ensemble de services socles nécessaires aux professionnels de santé comprenant à minima les services du socle commun minimum (MSSanté, DMP, DP, DCC, PACS régional, ROR…).

/// AXE 4 - DÉPLOYER AU NIVEAU NATIONAL DES PLATEFORMES NUMÉRIQUES DE SANTÉ

Objectif 4 (ex-obj 2) Définir précisément les services offerts dans un espace numérique de coordination, et les mettre en œuvre à l'échelle de la région

L'usager considéré comme un acteur de santé, doit être pris en compte dans les dispositifs de définition et de mise en œuvre des services numériques en santé. À ce titre, il faut identifier son rôle pour les services projetés et le cas échéant l'associer dans les différentes phases de conception et de déploiement des services, idéalement dès la phase de qualification d'un projet. De plus, il faut lui apporter une visibilité régulière sur le développement de l'e-santé en région et déterminer les modalités de son association. Afin d'assurer aussi l'usage de services numériques par l'usager, ce dernier doit avoir les garanties nécessaires quant au respect des règles de traitement et d'accès à ses données personnelles.

L'appui du numérique aux organisations de type parcours de santé passe par diverses catégories d'outils d'aide à la coordination (Actions 14, 15 et 16 de la feuille de route nationale) :

- Échanges d'informations structurées, intégrés aux environnements de travail quotidiens des professionnels ;
- Référencement de filières et des ressources permettant de renforcer la connaissance des acteurs de l'offre sur le territoire, leur coordination et de fait la prise en charge des patients ;
- Communication instantanée entre professionnels, tirant notamment parti du fort déploiement des outils mobiles dans la vie quotidienne ;
- Vision globale des parcours des usagers du système de santé.

Bon nombre de ces services sont d'ores et déjà disponibles et utilisés, à différentes échelles, en région Grand Est pour :

- Les patients atteints de maladies chroniques ;
- Les personnes âgées dépendantes au sein des organisations réseaux, du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ;
- Des plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
- Les services LIGO (système d'information collaboratif et pluri-thématique) ;
- La plateforme sécurisée de coordination et d'échange d'informations médicales (Ornicare),
- Le service informatisé et sécurisé de gestion et de production des fiches de réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie (e-RCP) ;
- Dans le cadre de la coordination de proximité dans le Sud Alsace, le projet de fiche de liaison numérique pour les professionnels de santé intervenants au domicile des personnes âgées (SICODOM) ;
- ViaTrajectoire, l'outil d'aide à l'orientation des patients en structures sanitaires ou en structure médico-sociales ;
- Le service iMad (internet Medical Admissions) portail unique pluri-thématique et multi-structures de gestion du parcours patient, ou encore le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Toutefois la définition de ces services manque d'homogénéité et toutes les fonctions de coordination et de parcours ne sont pas couvertes.

Au-delà d'une coordination générale des acteurs, exprimée dans tous les parcours, les modalités de coordination les plus mentionnées sont :

- La concertation (soins aux détenus, addictologie, périnatalité, la personne handicapée) ;
- Le partage et l'échange de données (soins aux détenus, cancérologie, périnatalité, santé mentale, personnes handicapées, santé de l'enfant et de l'adolescent) ;
- Le référencement et la lisibilité de filières et ressources (maladies rares, maladies neuro-vasculaires, génétique et biologie, addictologie, accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, soins critiques, soins de proximité, cancérologie, filière bariatrique, professionnels para médicaux, réseaux de santé, réseaux d'activités physiques adaptées, programmes d'éducation thérapeutique du patient, activités et organisations de Télémédecine, etc.).

Il convient donc de définir une cible régionale commune, afin d'une part d'assurer une égalité territoriale d'accès à ces dispositifs et d'en développer de nouveaux, et d'autre part de garantir leur soutenabilité.

Le programme régional de déploiement de l'espace numérique de coordination ainsi défini servira de base au développement d'initiatives territoriales et permettra la capitalisation de nouveaux services émergents au sein des territoires pour les rendre disponibles au plus grand nombre (ex. : projet Territoire innovant de grande ambition (TIGA) du territoire de Strasbourg, projet e-Meuse).

Il s'agira de :

- Définir les services offerts dans un espace numérique de coordination, et les mettre en œuvre à l'échelle de la Région :

  - Définition et mise en œuvre des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) : L'objectif est de définir une cible régionale commune, afin d'une part d'assurer une égalité territoriale d'accès à ces dispositifs et d'en développer de nouveaux, et d'autre part de garantir leur soutenabilité. La stratégie régionale e-Parcours Grand Est a été élaborée en 2017/2018 (état des lieux de l'existant, état de l'art national, cibles à attendre et trajectoires à suivre) en association avec les acteurs concernés et dans le respect des règles d'interopérabilité et d'urbanisation relatives aux référentiels nationaux et régionaux.
  - Quatre territoires pilotes ont été sélectionnés, via un appel à manifestation d'intérêt national en 2018 : « Grand Reims – Ardennes », « Grand Der –Meuse », « Vosges », « Haute-Alsace ».

- Déploiement et développement des usages des solutions d'orientation : Via Trajectoire et Imad sont des outils d'aide à l'orientation en structures sanitaires (SSR, HAD) ou en structure médico-sociales (établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap). Une mise en cohérence des solutions d'orientation autour du patient dans le cadre de la

politique nationale doit être mise en œuvre.

Objectif 5 (ex-obj 1) Renforcer l'offre régionale de télémédecine tout en la rendant lisible, accessible et intégrée dans les pratiques médicales

La prise en charge globale d'un patient nécessite des expertises multidisciplinaires et concertées, notamment dans l'approche du parcours de santé. Or, les intervenants peuvent être physiquement distants. La dispersion de la ressource dans certains territoires et le sentiment d'isolement que cette dernière engendre peuvent être effacés grâce aux nouvelles technologies.

La télémédecine (téléconsultation et télé-expertise) a pour principal objet de rapprocher les professionnels de santé et d'apporter une réponse spécialisée à tous les patients dont l'accès aux soins est aujourd'hui plus difficile (personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, détenus, patients domiciliés dans des « déserts médicaux », etc.).

Pour ce faire l'offre de télémédecine doit :

- Se renforcer : il faut déterminer les spécialités prioritaires et les organiser dans l'ensemble des régions et/ou les territoires concernés ;
- Être lisible : il faut recenser et cartographier l'offre de télémédecine et la mettre à disposition de l'ensemble des acteurs de la santé ;
- Être accessible : il faut que l'offre de télémédecine existante puisse bénéficier au plus grand nombre et que ses modalités d'accès (organisationnelles et techniques) soient définies et diffusées ;
- Être intégrée dans les pratiques et organisations existantes.

Comme évoqué précédemment, le développement de la télémédecine doit se poursuivre et s'accentuer pour l'accès aux personnes âgées et handicapées, les détenus et l'appui aux soins de proximité et de manière générale pour le suivi des maladies chroniques.

Au-delà de ces domaines prioritaires, le développement de la télémédecine permettant de favoriser la prise en charge de proximité et éviter le déplacement du patient et/ou du médecin spécialiste, d'apporter une expertise sur les territoires qui en sont dépourvus, de faciliter le suivi avec un appui aux professionnels de la ville et plus particulièrement au médecin traitant est plus précisément ciblé pour les maladies rares, la chirurgie, les endoscopies et l'addictologie.

Par ailleurs, le développement de la télé-radiologie reste un axe de développement important afin d'optimiser et de sécuriser les organisations et leurs évolutions et ce dans une logique d'accompagnement du déploiement d'un service régional et d'encouragement des coopérations professionnelles.

Afin de passer des modalités existantes à une réponse plus globalisée et intégrée aux pratiques médicales, il faut se mettre en capacité de capter les besoins du terrain, de valider les projets sur tous leurs aspects (médical, organisationnel, territorial, juridique, technique et financier) pour en assurer un déploiement cohérent et pérenne, de mettre en relation les acteurs et d'apporter une parfaite lisibilité des projets et des activités existantes et du cadre de développement de la télémédecine.

Pour ce faire l'ARS Grand Est et l'Assurance maladie ont ouvert, depuis le 1er septembre 2017, un guichet intégré volet télémédecine. Tout en apportant la meilleure lisibilité possible sur la télémédecine, son cadre et son développement en région et à terme sur l'offre existante, ce guichet via ses relais territoriaux composés de référents dans les CPAM et dans les délégations territoriales de l'ARS assure une relation de proximité avec les acteurs de santé et doit permettre de faciliter l'émergence et l'accompagnement des projets de télémédecine.

Il s'agira de :

- Développer les usages de la télémédecine : L'ambition régionale est d'accompagner la transformation du système de santé par les usages de la télémédecine et plus particulièrement :

- De faciliter l'accès aux soins ;
- D'accompagner l'évolution de l'offre de soins ;
- D'offrir à la population de nouvelles possibilités d'accès aux médecins généralistes et spécialistes
- De permettre aux acteurs en santé de se mobiliser en abolissant les distances.

Cela se traduit par des actions coordonnées avec l'AM en termes de :

- De communication vers les professionnels et les patients ;
- D'accompagnement à l'équipement des structures requérantes, d'accompagnement des projets de télémédecine venant du terrain ne s'inscrivant pas encore dans le cadre conventionnel ;
- D'appui aux organisations représentatives (URPS, fédérations) pour diffuser les usages, - de collaborer à l'examen des dossiers de demandes de passage en commissions paritaires au titre de l'avenant 6 (organisations territoriales dont la qualification des demandes de création de centres de santé par des plateformes de télémédecine hors parcours) ;
- D'accompagnement des structures requérantes et notamment des EHPAD, des MSP, des centres de santé, des CPTS et des structures MS PH. Ces accompagnements se font dans le cadre du maintien d'une politique de libre choix des solutions à financer par les structures requérantes.

▶ Recenser et cartographier l'offre de télémédecine et la mettre à disposition de l'ensemble des acteurs en santé

Des instructions complémentaires de la CNAM précisent les modalités du référencement par l'assurance maladie des organisations territoriales qui devront être mises en place en cas de difficultés d'accès au médecin traitant (hors parcours) pour organiser l'orientation vers les médecins télé consultants (cf. article 28.6.1.2 de la convention médicale dans sa rédaction issue de l'avenant 6). Ces organisations territoriales, qui vont faire l'objet d'un référencement par les caisses, doivent ensuite être facilement identifiables par les patients et les professionnels de santé d'un même territoire. Cette information sera disponible auprès de l'assurance maladie (publication par les caisses de la liste des organisations de leur territoire sur Ameli.fr), auprès des ARS (avec information sur leur site internet et le portail santé.fr), auprès des médecins.

En complément, les autres offres de télémédecine (ETAPES, établissements) seront consolidées et partagé au niveau régional.

La consolidation de l'ensemble de ces données permettant d'établir une cartographie des usages et une cartographie des modalités techniques et fonctionnelles.

▶ Déterminer les spécialités prioritaires et les organiser dans l'ensemble des régions et/ou territoires concernés. Les projets prioritaires identifiés sont :

- Finaliser le déploiement du télé AVC sur le territoire ;
- Finaliser l'équipement des unités sanitaires en milieu carcéral pour atteindre un taux d'équipement cible de 100% ;
- Accompagner le développement des pratiques et la montée en charge de la télé-radiologie.

Objectif 6 Être en capacité d'exploiter, au niveau régional, les masses de données issues de la production de soins

L'appropriation des services numériques et de leurs usages augmente la capacité d'agir des utilisateurs. Cette capacité d'agir est encore accrue par l'exploitation des données collectées et générées en masse par ces services, autrement dit par le « Big Data ».

Le « Big Data » peut être utilisé :

- Pour la création de valeur par le croisement des données, de granularités diverses, individuelles ou agrégées, à finalités différentes ;
- En vue d'obtenir, par l'utilisation de techniques d'analyses et de traitement innovants, une prédiction d'une maladie ou d'une complication donnée, de prévenir l'affluence dans des structures de premier recours ou de déterminer les effets indésirables à certains médicaments que pourraient développer des personnes ou groupes de personnes.

Le déploiement des premières plateformes haut débit de séquençage du génome, dans le cadre du programme « France Médecine génomique 2025 », basées sur le traitement de volumes important de données pour le développement de la médecine personnalisée en est une parfaite illustration.

Il est donc important que la région Grand Est s'organise pour poser une stratégie en la matière, sachant qu'il est d'ores et déjà recommandé de travailler à la mutualisation des données afin de pouvoir mobiliser et manipuler de très grands ensembles d'information.

- Définir une stratégie « Big Data » Grand Est ;
- Organiser une gouvernance propre au « Big Data » et organiser les compétences nécessaires ;
- Définir une feuille de route.

/// AXE 5 - DÉPLOYER AU NIVEAU NATIONAL DES PLATEFORMES NUMÉRIQUES DE SANTÉ

L'ARS et l'assurance maladie soutiennent et accompagnent les démarches innovantes. Une organisation spécifique a été mise en place et prend en compte les projets innovants en e-santé. Dans ce cadre il faudra veiller à l'articulation au sein du guichet territorial et garantir une mobilisation des acteurs du terrain, un partage de l'information et une capitalisation des différents projets.

2/ DÉVELOPPER ET PROMOUVOIR LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES EN SANTÉ

La diffusion d'une médecine fondée sur les preuves scientifiques a été accompagnée depuis le milieu du XX^{e} siècle par un prodigieux développement des innovations technologiques dans le champ de la santé.

Mais celles-ci n'ont pu produire leur plein impact qu'accompagnées par des évolutions organisationnelles majeures. Ainsi, l'organisation hospitalière s'est trouvée profondément transformée avec la spécialisation croissante des disciplines médicales et chirurgicales, l'apparition de nouvelles spécialités telles la réanimation ou encore la médecine d'urgence et une très forte technicisation des prises en charge. L'architecture hospitalière reflète cette évolution avec l'abandon du modèle pavillonnaire au profit d'une structuration des services autour des plateaux techniques et des blocs qui jouent désormais un rôle central dans le fonctionnement de l'hôpital.

De fait, les innovations organisationnelles, étroitement liées aux évolutions technologiques et à la recomposition des métiers, ont été multiples. On peut citer la transformation des prises en charge chirurgicales liées aux progrès de l'anesthésie et à la lutte contre les infections ou le développement de techniques d'intervention moins invasives et de la chirurgie ambulatoire. On peut aussi citer la modification des prises en charge des patients atteints de cancers ou victimes d'infarctus du myocarde qui illustre l'intrication étroite entre innovation technique et innovation organisationnelle, reposant non seulement sur l'amélioration de la connaissance des maladies, sur le progrès des traitements, sur la modification des comportements des patients mais aussi sur la reconfiguration des services et de leur articulation, intégrant notamment pour les infarctus, la médecine d'urgence.

En ville, les évolutions ont été également importantes, avec un mouvement vers de plus en plus d'organisations regroupées et coordonnées. Ce sont les spécialités qui mobilisent les équipements les plus complexes et coûteux qui ont connu les transformations les plus importantes de leur organisation, obéissant à une logique de concentration des moyens imposée par les contraintes techniques et économiques. Mais dans la médecine de premier recours aussi, une structuration s'est mise en place, avec la définition du médecin traitant, puis les différentes modalités d'organisation des équipes de soins primaires, les expérimentations de coopération entre professionnels (comme le dispositif « Asalée"[32]), etc.

Parallèlement, le besoin de dispositifs de coordination entre les acteurs s'est fait de plus en plus pressant, ayant conduit à de multiples expérimentations : réseaux de santé, parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), plateformes territoriales d'appui (PTA), etc., l'enjeu étant de faire fonctionner de manière harmonieuse ces différents dispositifs sur un territoire.

[32] Créée en 2004, l'association Asalée met en œuvre un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmiers, en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Le dispositif est intégré à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération de 2012 à 2014. L'arrêté du 12 janvier 2015 autorise le financement dérogatoire du protocole de coopération Asalée. L'instruction du 29 avril 2015 publiée par le Ministère de la santé présente l'évolution du déploiement du protocole de coopération et les modalités d'organisation.

D'une manière générale, pour réussir, les innovations organisationnelles doivent satisfaire à un certain nombre de conditions :

- Être portées par une large communauté de professionnels ;
- Être accompagnées par des logiques économiques ou techniques fortes ;
- Faire l'objet d'une vision partagée des partenaires et des financeurs et être soutenues dans la durée, en particulier pour les projets hors cadre expérimental ou dérogatoire ;
- Donner lieu à la mise place de tous les outils nécessaires, juridiques, financiers, techniques (à commencer par les systèmes d'information) ;
- Faire l'objet d'évaluations multidimensionnelles ;
- Inscrire dans une vision systémique la position des différents professionnels et structures, leurs rôles respectifs, vision qui doit aussi trouver sa traduction dans les formations initiales et continues.

L'engagement aux côtés des collectivités territoriales apporte une réponse adaptée aux besoins locaux et soutenue par l'ensemble de la puissance publique au service de la population. L'opportunité des projets « Territoires d'innovation de grande ambition » (TIGA) permet la mise en avant de dynamiques locales soutenues, par exemple pour le territoire du Bas-Rhin, par les communautés de communes du Pays de Saverne Plaine et Plateau, la ville de Saverne en lien avec l'Eurométropole de Strasbourg (EMS). Un second projet TIGA est porté avec les acteurs locaux en Meuse.

Des écueils sont à éviter. Des innovations peuvent réussir sans pour autant être positives du point de vue de l'évolution d'ensemble que l'on pourrait souhaiter. Cela vaut particulièrement de celles qui s'imposent sous l'impulsion d'une partie des acteurs et qui peuvent aboutir soit à des solutions partielles qui ne sont pas optimales, soit à une accentuation de cloisonnements en définitive bloquants, soit encore à une orientation des moyens contestable. D'autres en revanche peinent à émerger dans certains segments parce que leurs effets positifs ne sont susceptibles de se révéler pleinement qu'à condition que le reste du système se transforme, conduisant à des évaluations qui peuvent paraître décevantes.

Il faut donc qu'une proposition d'innovation organisationnelle puisse d'emblée s'inscrire dans une vision d'ensemble du schéma de l'organisation de l'offre de santé souhaitée.

À cet égard, la perspective du virage ambulatoire, esquissée dès le milieu des années 1980, est aujourd'hui devenue un axe structurant de la transformation de notre système de santé. Elle constitue le cadre dans lequel doivent être situées les innovations en cours dans les différents compartiments du système de santé. Cette perspective suppose à la fois une organisation hospitalière tournée vers l'efficience et le raccourcissement des prises en charge, et une organisation de ville performante, coordonnée, organisée sur un mode pluri-professionnel, capable d'assumer en amont comme en aval le suivi du patient.

L'autre axe essentiel, complémentaire au premier, est d'aborder les parcours de santé de manière transversale pour les patients atteints de maladie chronique en particulier, notamment en cherchant à lever les séparations fonctionnelles trop souvent observées entre les différents segments du système de santé ; par exemple, l'interface ville-hôpital devrait être fluide et coordonnée. Ceci étant, la coordination de la prise en charge des usagers dépasse cette seule question du lien ville-hôpital, et implique l'ensemble des professionnels et structures de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale.

Un troisième axe structurant en matière d'innovation organisationnelle porte sur les différentes modalités d'accompagnement du patient atteint de maladie chronique : éducation thérapeutique, accompagnement du patient (ex : programmes Sophia et Prado de l'Assurance maladie), proposition de prestations complémentaires (soins de support, psychologues, diététiciennes…), et la plus grande implication du patient dans la gestion de son parcours.

Les chapitres précédents proposent un certain nombre d'objectifs relevant de ces axes : dispositifs de coordination avec mise en place des plateformes territoriales d'appui, expérimentations lancées au niveau national comme OBEPEDIA ou le parcours des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, procédure de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), etc.

/// Quelques exemples d'innovations organisationnelles dans le domaine de la prévention

Dans le domaine de la prévention, de nouveaux cadres d'intervention et de communication sont à trouver pour renforcer les messages et améliorer l'adhésion des populations ciblées à ces messages. De même la coopération étroite entre professionnels d'un même territoire devra être renforcée, notamment pour améliorer le repérage ou dépistage de certaines maladies chroniques et leur prise en charge.

L'expérimentation du dépistage du diabète par les pharmaciens d'officine est un des exemples de réponse à cet objectif.

Un autre exemple est représenté par le projet « Dites non au diabète », expérimentation nationale d'un programme de prévention du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque par modification des habitudes de vie en agissant sur trois volets : alimentation, activité physique, accompagnement psychosocial au changement. Ce projet est expérimenté dès 2018 dans le Bas-Rhin avec l'objectif de recruter de l'ordre de 3000 patients. L'expérimentation durera 5 ans.

La mise en place, en région Grand Est, d'une organisation permettant aux médecins traitants d'orienter les patients atteints de certaines maladies chroniques vers un opérateur assurant l'accompagnement de ces patients vers la pratique d'une activité physique adaptée est un autre exemple. Annoncée comme l'une des quatre priorités de la feuille de route de la Ministre des sports, la mise en place de 500 « maisons sport-santé » est également prévue. L'une d'elle devrait voir le jour à Strasbourg, ville pionnière en la matière depuis 2012 grâce à son dispositif « sport santé sur ordonnance » pour les patients souffrant de maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, cancers, VIH…). À l'instar de l'Eurométropole de Strasbourg, le réseau « Sport santé bien-être » est également un acteur clé du sport santé en Champagne Ardenne. Ces initiatives locales font du Grand Est une région vectrice d'innovation en matière de sport santé.

/// Quelques exemples d'innovations organisationnelles pour améliorer l'accès aux soins

Plusieurs expérimentations en région Grand Est visent à améliorer l'accès aux soins dans des zones rurales. On peut citer le cabinet médical virtuel à Oberbrück ; il agit à la fois dans le cadre du programme en télé expertise en relation avec le Groupe hospitalier Mulhouse Sud-Alsace (GHRMSA) et en téléconsultation dans le cadre d'un contrat de télémédecine spécifique associant l'ASAME (Association de soins et d'aides Mulhouse et environs), l'ARS et la CPAM du Haut-Rhin. Ce sont ainsi 250 téléconsultations réalisées en 9 mois pour des personnes d'un an à 97 ans pour tous les motifs de recours. Les médecins requis sont deux médecins salariés de l'ASAME et cinq médecins libéraux. Par ailleurs, une centaine de télé expertise ont été réalisées avec le GHRMSA.

D'autres applications de télémédecine sont en place pour le suivi à distance des patients à domicile ou en institution ; de nombreuses EHPAD sont couvertes par un tel dispositif dans la région.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé ont été évoqués à plusieurs reprises dans les chapitres précédents, à propos de l'expérimentation Asalée *(cf. l'axe stratégique n°2 relatif aux soins de proximité)* ou de la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes *(cf. l'axe stratégique n°3 relatif aux ressources humaines en santé)*. Ces dispositifs pourraient être développés dans d'autres domaines, par exemple pour le suivi des patients insuffisants rénaux chroniques au stade pré-suppléance (un protocole a été élaboré sur ce thème en Alsace avec les équipes de néphrologie de Colmar et de Mulhouse, pour mettre en place une consultation de suivi infirmier), le suivi des patients greffés, le suivi des patients insuffisants cardiaques faisant l'objet d'un programme de soutien à domicile, etc.

Pour faciliter les démarches, l'ARS apportera un appui pour des projets retenus dans le cadre des appels à projets régionaux qui seront lancés dès la publication du PRS.

/// Quelques exemples d'innovations organisationnelles dans le domaine de la santé mentale

En santé mentale, des expérimentations originales sont mises en place et doivent être déployées, sous réserve d'évaluation, pour améliorer la qualité des prises en charge.

Peuvent être mentionnés les exemples suivants :

- Les dispositifs de recontact des personnes suicidantes développés dans le Haut-Rhin et dans le Grand Nancy ;
- Le centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP) du centre psychothérapique de Nancy (CPN) qui propose notamment un niveau de prévention pour éviter l'installation de troubles psychotiques chroniques ;
- L'expérimentation d'habitat inclusif avec le centre psychothérapique de Nancy ;
- L'Espace santé Lunéville pour la souffrance psychique des adolescents ;
- La démarche du contrat social multipartite à l'attention des personnes souffrant de troubles psychiques (CH de Rouffach) ; ce projet a été retenu lors de l'appel à projets national « accompagnement de l'autonomie en santé ».

/// Des technologies numériques couvrant de multiples aspects

/// Aide au handicap

Exemple des chambres « intelligentes » de l'association AEIM (association adultes et enfants handicapés mentaux) dans le département de Meurthe-et-Moselle, destinées à prévenir les risques de chutes et identifier tout changement d'habitude de vie. Six cents capteurs disposés dans la pièce permettent de mesurer les déplacements de la personne, tout en respectant son intégrité physique et psychologique.

/// Suivi des objets connectés

Au service de la surveillance des patients dialysés à domicile (Association Saint-André dans la Moselle) ; pour le suivi à distance des patients souffrant d'apnée du sommeil, équipés d'appareils à pression positive continue (entreprise SEFAM) ; pour le suivi de certains paramètres physiologiques via des textiles connectés (projet porté par Innothera et Bioserenity, pour la surveillance de l'activité cardiaque par exemple).

/// Solution de télémédecine en médecine du travail

Développée par une entreprise à Épernay, abordant notamment les aspects de prévention, cette solution doit permettre de réaliser un suivi de l'état de santé des salariés, au regard des risques auxquels ils sont exposés et de participer à la traçabilité des expositions professionnelles, de cibler les actions en milieu de travail pour une meilleure prévention, de valoriser les entretiens infirmiers.

/// Nouveaux outils de formation initiale ou continue

Simulation via des applications de réalité virtuelle, des mannequins « connectés », etc. L'hôpital virtuel de Lorraine promeut ce type d'outils, couvrant une large gamme de situations, de la simple suture à la chirurgie robotique. Il constitue aussi une plateforme d'expérimentation pour les industriels. Une pharmacie virtuelle sera aussi développée pour préparer au mieux les futurs pharmaciens hospitaliers

(préparation des poches de chimiothérapie, validation des prescriptions, etc.), ainsi qu'une plateforme de gestion des risques infectieux.

La place de l'intelligence artificielle (IA) sera croissante dans le secteur de la santé[33] avec de nombreuses applications possibles : aide au diagnostic, aide au choix des examens complémentaires, aide à la lecture d'images, pharmacovigilance, aide au choix de la thérapeutique en fonction de critères multiples dans le cadre de la médecine dite personnalisée (en oncologie par exemple), robotique, interfaces homme-machine… Par exemple, le centre expert des maladies neurogénétiques rares à Strasbourg a mis au point un algorithme, nommé RADIAL (pour Recessive Ataxias ranking differential DIagnosis ALgorithm), qui permet de prédire le diagnostic moléculaire des 67 ataxies cérébelleuses autosomales récessives (ACAR) en se basant sur les caractéristiques cliniques du patient. Ces outils pourront en outre être de précieux atouts dans le cadre de l'enseignement.

Fondation de coopération scientifique labellisée dans le cadre du programme investissements d'avenir, l'institut hospitalo-universitaire de Strasbourg (IHU) de chirurgie guidée par l'image illustre ces différentes potentialités ouvertes par les nouvelles technologies. Cet Institut est à la fois :

- un lieu de soins qui propose une prise en charge personnalisée, utilisant les techniques les moins invasives possibles ;
- un centre de recherche regroupant des équipes qui conçoivent et développent les instruments et les procédures de demain ;
- un centre international de formation qui accueille les professionnels et les étudiants pour l'enseignement des pratiques mini-invasives.

Sont disponibles notamment une plateforme expérimentale de chirurgie mini-invasive et une plateforme expérimentale de chirurgie hybride.

/// La prise en charge de la personne âgée

/// Projets relevant de la « Silver Economie »

Sur la base d'un ancrage territorial, de nombreux projets relevant de la « Silver Economie » sont développés, cherchant à innover au bénéfice de la prise en charge des personnes âgées. En Champagne-Ardenne, a été ainsi constitué le Gérontopôle « Bien vieillir » doté de multiples missions :

- le développement économique, social et l'innovation,
- le conseil, le diagnostic et la prospective territoriale,
- la promotion de la recherche et de la production scientifique,
- la prévention pour faciliter le bien vieillir,
- la formation, l'accompagnement à l'évolution et l'émergence de nouveaux métiers

À noter aussi l'existence du Living Lab ActivAgeing à Châlons-en-Champagne et Troyes, plateforme de recherche et d'expérimentation de l'institut Charles Delaunay du CNRS. Des start-ups peuvent être accompagnées dans ce cadre pour répondre à la problématique de l'aide à la personne grâce à des robots.

/// Projet PAERPA à Nancy

Expérimentation de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 pour de nouveaux modes d'organisation de la prise en charge destinés à optimiser les parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en gérant leur sortie d'hôpital.

Dans le même esprit, en utilisant les technologies numériques, les Hôpitaux Champagne Sud développent depuis 2016 un projet global d'optimisation du parcours de soins des patients, OPTIMIPSTIC (OPTIMIsation du Parcours de Soins par les Technologies de l'Information et de la

[33] Voir notamment le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins : « Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle », janvier 2018

Communication). Ce projet a pour fer de lance un portail ville-hôpital ouvert en 2016 : le portail sécurité « ville-hôpital » My GHT, passerelle sécurisée permettant de partager l'information entre l'hôpital et les professionnels de santé, qui a vocation à couvrir progressivement toutes les activités médicales et paramédicales du territoire Aube Sézannais.

Conçu pour créer encore plus de lien entre les patients et les professionnels de santé, MyGHT a d'abord permis dans sa phase initiale d'implantation aux pharmaciens hospitaliers et de ville d'échanger en toute sécurité, et il est en cours d'extension aux médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, podologues et dentistes libéraux. Les patients ou les professionnels de santé peuvent ainsi s'enregistrer sur le portail.

Le centre hospitalier de Troyes a reçu en 2015 le soutien du Conseil Régional de Champagne Ardenne et de l'Europe au travers d'une subvention FEDER qui lui a permis de mener à bien le premier volet du projet MyGHT, prévu du 1er avril 2015 au 1er avril 2018.

Les projets de développement sont nombreux, avec notamment un volet de télémédecine pour les EHPAD et les maisons de santé pluri-professionnelles afin de réaliser des téléconsultations de spécialités et des télé-expertises pour les résidents des EHPAD, dans un contexte de fragilité en matière de démographie des professionnels de santé, en particulier médicale.

Ces quelques exemples illustrent la dynamique des acteurs engagée dans différents territoires de la région. Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2028, l'Agence régionale de santé encouragera fortement les initiatives et pratiques innovantes des territoires propres à répondre aux objectifs du schéma régional de santé 2018-2023 :

- En mettant en place un guichet unique régional de soutien aux innovations en santé (*cf chapitre partie III D. financement des projets par le fonds d'intervention régional)* ;
- En développant les coopérations avec les principaux partenaires concernés : Conseil régional, Universités, collectivités, etc. ;
- En organisant des séminaires annuels permettant notamment de valoriser les projets et les expérimentations des territoires.

3/ STRUCTURER LE PROJET RÉGIONAL DE PLATEFORME GÉNOMIQUE À TRÈS HAUT DÉBIT

Objectif 1 Disposer d'une plateforme régionale de génomique à très haut débit dans le cadre du plan de déploiement national

Le diagnostic génomique est une technologie en pleine évolution, posant des problèmes non seulement techniques (en termes notamment de volume d'informations à traiter et d'analyse) mais aussi organisationnels. Après une phase de déploiement de plateformes de génétique moléculaire des cancers (28 en France, dont 3 en Grand Est) pour la détection de certains gènes impliqués dans la physiopathologie des cancers (60 tests sont proposés dans la région), organisée et financée par l'INCa, la France devrait se doter d'une organisation plus resserrée et d'une certaine façon plus industrielle pour la réalisation de génomes entiers, dans la suite du rapport d'Yves Lévy (« France médecine génomique 2025 »). Le projet repose sur 3 volets :

- Déploiement d'un réseau de 12 plateformes de séquençage à très haut débit couvrant l'ensemble du territoire à l'horizon 2020 (la cible quantitative étant de 235 000 génomes séquencés par an) ;
- Mise en place d'un centre de calcul intensif (CAD : collecteur, analyseur de données) ;
- Création d'un centre de référence technologique, d'innovation, et de transfert à vocation nationale tourné vers les plateformes de séquençage, le CAD et les industriels.

Cette organisation permettra non seulement de répondre aux besoins des patients atteints de cancer mais aussi de structurer le parcours des personnes atteintes de maladies rares et certaines maladies chroniques, dont la prise en charge, pour la plupart d'entre elles, requiert le recours à l'analyse génétique (80% des maladies rares sont d'origine génétique).

Dans ce contexte, il revient aux professionnels de la région Grand Est de s'organiser, dans un esprit de coopération, pour répondre aux besoins des patients de la région en matière de génomique.

Si l'appel à projet national de 2016 relatif à la mise en œuvre et à l'évaluation de projet pilote de plateforme de très haut débit à visée sanitaire n'a pas permis de sélectionner le projet porté par les 6 établissements de la région Grand Est, les collaborations mises en œuvre entre les praticiens des CHU et des centre régionaux de lutte contre le cancer permettront de répondre aux prochains appels à projets.

Objectif 2 Les personnes atteintes de maladie rare qui le nécessitent doivent avoir accès à la médecine génomique

La nécessaire structuration de la filière de prise en charge ne pourra avoir lieu que par la dynamisation des coopérations entre les établissements de santé de recours, par la mise en place de consultations pluridisciplinaires (afin de favoriser la concertation entre le clinicien, souvent pédiatre, le généticien médical, les biologistes médicaux) et améliorer l'accès au diagnostic (stratification).

Cette révolution technologique doit s'accompagner d'une vigilance particulière pour la gratuité de l'accès aux examens pour les patients.

Elle doit conduire à l'avènement de nouveaux métiers dans le domaine du soin que sont les acteurs de la bio-informatique.

4/ PROMOUVOIR L'IMPLICATION DU CITOYEN EN AUGMENTANT SES COMPÉTENCES ET SES CAPACITÉS D'ACTION

L'implication des patients /usagers par choix et parfois par nécessité est entrée dans les faits, manifestant ainsi une évolution lente mais assurée du monde de la santé. Le législateur en a jalonné les étapes : lois de 2002 « droits de usagers » et de 2016 « modernisation du système de santé ».

Plusieurs initiatives sont en cours ou vont se développer dans la région Grand Est qu'il convient d'évaluer et d'étendre en fonction des résultats obtenus, en particulier :

- Le programme Sport santé sur ordonnance à Strasbourg : mise en place d'ateliers auxquels participe un patient-expert/partenaire.
- En santé mentale : recrutement de « médiateurs-santé-pairs ». Il s'agit d'une personne ayant eu recours à un dispositif de soins en psychiatrie, stabilisé et ayant du potentiel pour travailler auprès de professionnels de la santé mentale en apportant son expertise en tant qu'usager. Le dispositif contribue également à la réhabilitation et/ou à l'insertion sociale du médiateur lui-même. Le futur médiateur pair est formé en alternance en deux ans. Au cours de la première année, le médiateur alterne avec son immersion sur le terrain et des temps de formation universitaire dans le cadre d'une licence professionnelle. L'ARS Grand Est a validé, en 2017, le financement de deux médiateurs-santé-pairs au CH de Rouffach, un à l'EPSAN de Brumath et un à l'association « Accueil Prévention Protection Urgence Insertion Sociale (APPUIS) » de Mulhouse.
- Dans le secteur du handicap : organisation et mise en place de formations en binômes formateurs professionnels / personne en situation de handicap ou aidant relatives à la prévention et la gestion des troubles sévères du comportement, au repérage des signes du vieillissement, à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et à l'accompagnement en fin de vie, à l'accompagnement à la santé des personnes en situation de handicap ; identification de personnes ressources (personnes en situation de handicap experts / aidant experts / « tuteurs de résilience »).
- Dans les établissements de santé : déploiement de la méthode du patient-traceur permettant d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.
- Dans le cadre de la prise en charge des patients souffrant d'une maladie rare :

- Il s'agira d'identifier, pour chaque grand groupe de problématique « maladies rares », les lieux possibles d'expertises sanitaires à même de conduire au centre de référence, en lien avec les associations (savoirs profanes, patients-experts).
- La mise à disposition de documents pédagogiques pour les enfants atteints de maladies rares et leurs familles au moment du passage à l'âge adulte, visant à favoriser leur démarche active dans la gestion de leur maladie ; ces outils d'autonomisation du patient pourront limiter le nombre des perdus de vus à l'âge adulte.

- Dans le cadre de la prise en charge des enfants et adolescents :

- L'aide à la parentalité avec le soutien à la mise en place de programmes de parentalité positive[34] et l'appui à la recherche action sur la petite enfance dans le Lunévillois. Ces programmes sont fondés sur un accompagnement des familles pour les aider à renforcer leurs compétences pour exercer leur rôle de parent.
- Le plan d'action pour réduire les risques auditifs chez les jeunes via des actions pédagogiques qui visent à faire prendre conscience des risques liés à l'exposition sonore (ateliers, concerts pédagogiques, etc.). Il s'agit d'inciter les jeunes à adopter des comportements favorables.

- Dans le cadre de la prise en charge de patients en situation sociale difficile :

- La participation des « experts du vécu », de l'élaboration à l'évaluation du PRAPS.
- Le développement de la participation des personnes détenues à l'élaboration des actions de promotion de la santé dans le cadre de la mise en œuvre de programmes de prévention et de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires.

- La prise en compte des usagers dans la mise en œuvre des services numériques en santé en identifiant leur rôle pour les services projetés et, le cas échéant, en les associant dans les différentes phases de conception et de déploiement des services.

- L'espace régional éthique de la région Grand Est (ERERE) qui a pour vocation de susciter et de coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé. Il assure également des missions de formation, de stimulation de la recherche, de documentation et d'information en partenariat avec les structures existantes. Il doit avoir une fonction d'observatoire des pratiques éthiques dans les domaines des sciences de la vie et de la santé, de promotion du débat public et de partage des connaissances dans ces domaines.

Ces quelques exemples illustrent la place croissante de l'usager comme acteur de sa santé et la place des aidants dans ces dispositifs. Il s'agira, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2028, de définir, en lien avec les associations d'usagers, un programme d'actions pour renforcer :

- La formation ;
- L'information ;
- Les dispositifs de patients-usagers / experts-ressources ;
- Le suivi.

[34] La parentalité positive renvoie à un comportement parental qui respecte l'intérêt supérieur de l'enfant et ses droits, comme l'énonce la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant qui prend aussi en compte les besoins et les ressources des parents. Les parents qui agissent ainsi veillent au bien-être de l'enfant, favorisent son autonomie, le guident et le reconnaissent comme un individu à part entière.

II. UNE OFFRE DE SANTÉ ORGANISÉE ET GRADUÉE

1. L'OFFRE DE SANTÉ EN PROXIMITÉ

NOUVEAU CHAPITRE INTÉGRÉ À LA VERSION PUBLIÉE DE JUIN 2018 et qui pourra être actualisé à la publication de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé *(page 222 à 241)*

L'organisation de l'offre de santé demeure encore trop hospitalo-centrée et conduit à une polarisation de l'offre dans les zones urbaines au détriment des autres territoires.

Cette organisation de l'offre a pour corollaire une faible organisation des soins de proximité et conduit de fait à une réponse insuffisante en matière de prévention, de prise en charge des patients chroniques, de maintien à domicile, de soins non programmés.

Pour remédier à cette situation, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie[35] propose une nouvelle approche consistant à partir non plus de l'offre existante mais des services à rendre à la population par territoire de proximité pour structurer un réseau territorial de proximité investi d'une responsabilité populationnelle.

Ainsi, la loi issue de « Ma Santé 2022 » et relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a pour ambition de faire émerger un système de santé mieux organisé dans les territoires, en renforçant l'accès aux soins, de favoriser les coopérations entre les acteurs et les métiers de la santé et d'assurer à chaque français la qualité et la sécurité des soins.

Elle prévoit notamment, dans son titre II, de « créer un collectif de soins au service des patients et de mieux structurer l'offre de soins dans les territoires » grâce :

- Au déploiement de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant de structurer, entre autre, l'offre de proximité dans les territoires.
- Au développement d'une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et le renforcement de la gradation de l'offre de soins.

Dans le cadre de la mise en œuvre de « Ma Santé 2022 », l'identification en parallèle de quelques territoires « démonstrateurs » pourra permettre de démarrer la préparation de projets territoriaux de santé traduisant une organisation des soins alliant le développement de l'hôpital en proximité et une réelle structuration de la médecine de ville et donc permettant l'amélioration des parcours. Il est en effet prévu que l'élaboration de ces projets soit initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été approuvé et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.

Les orientations définies ci-après s'inscrivent dans cette dynamique. Elles pourront être révisées à tout moment en fonction de l'évolution des dispositions législatives et réglementaires.

[35] « Contribuer à la transformation du système de santé », rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), 2018

1/ UNE OFFRE DE SANTÉ EN PROXIMITÉ À RÉNOVER

L'accès à une offre de santé en proximité est une priorité tant sur son versant « ville » que sur son versant « hospitalier ». C'est dans la proximité que se gagnent les principaux défis du système de santé à savoir « garantir pour tous l'équité d'accès à des soins de qualité sur tous les territoires et réussir à construire des prises en charge fluides et efficaces pour des patients de plus en plus souvent atteints de pathologies chroniques et de plus en plus vulnérables, par leur âge, leur maladie, leur isolement ou leur situation sociale ».

Le système de santé doit ainsi permettre d'une part, le suivi au plus près du domicile de l'usager lorsque son état ne justifie pas de mobiliser les ressources d'un plateau technique spécialisé ou ultraspécialisé et, d'autre part, l'orientation vers le bon niveau de prise en charge dès lors que c'est justifié.

Pour répondre aux besoins de la population d'un bassin de vie, tous les acteurs du système de santé doivent ainsi être organisés en réseau. Ce réseau territorial de proximité doit permettre :

- l'organisation de parcours de santé ;
- l'accès à l'information en santé, à l'éducation à la santé, à la prévention et à la promotion de la santé ;
- l'accès aux prises en charge courantes, en particulier :
  - l'accès au diagnostic ;
  - l'accès aux soins (orientation et le suivi des patients chroniques, premier niveau de réponse en santé mentale, organisation de la réponse à la demande de soins non programmés, prise en charge et maintien à domicile des personnes âgées, etc.).

Cette organisation en réseau implique la coordination et l'évolution des pratiques professionnelles des acteurs de santé.

Axe stratégique n°2 : Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité (page 35)

Axe stratégique n°3 : Adapter la politique de ressources humaines en santé (page 43)

/// L'ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE DE SANTÉ EN PROXIMITÉ

L'accessibilité est le critère principal de la satisfaction de la population. Chaque obstacle à l'accès à l'offre de santé (délai d'attente, accès aux soins spécialisés, honoraires, etc.) a pour conséquence une diminution de la satisfaction du citoyen vis-à-vis du système de santé.

Pour répondre à l'accès à l'offre de santé, la proximité géographique (densités des professionnels et distances à parcourir) a souvent été le critère principal d'analyse et de préconisations dans les différentes politiques de santé. Aujourd'hui, avec le déploiement du haut débit et de la télémédecine, c'est l'accès à la compétence qui s'impose. L'expertise n'a plus de frontières et bien des avis de haute spécialisation peuvent être réalisés sans déplacement.

Par ailleurs, les patients souffrant de pathologies chroniques ou d'affections relevant d'une prise en charge relativement longues avec des interventions itératives, doivent pouvoir être pris en charge en sécurité au plus près de leur domicile dans une organisation des soins qui nécessite des coopérations entre acteurs et structures avec le soutien des technologies de la e-santé.

/// L'organisation de parcours de santé

Un parcours de santé s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue de l'usager, au plus près de chez lui. L'organisation de l'offre en fonction du lieu de vie de l'individu d'une part, la poly-pathologie d'autre part, expliquent que la stratégie nationale de santé place les équipes de soins de

proximité en pivot des parcours, avec un enjeu fort quant à leur coordination et avec l'expertise sanitaire et sociale portée par d'autres acteurs plus spécialisés.

En effet, la technicité et les soins spécialisés nécessitent des compétences rares (médecins anesthésistes-réanimateurs, oncologues, etc.), sont de plus en plus onéreuses (robots en chirurgie, salles hybrides, etc.), et la démographie des professionnels de certaines spécialités (pédiatres, radiologues, etc.) est aujourd'hui particulièrement contrainte. L'accès à ces ressources rares justifient de les concentrer sur les plateaux techniques spécialisés ou ultraspécialisés.

Ainsi, si l'accès à de telles ressources et expertises n'est pas possible en proximité pour tous les usagers du système de santé, l'orientation de ces derniers vers le bon niveau de prise en charge doit être garantie pour tous et doit être assurée par le professionnel de santé en proximité dans le cadre de la mise en œuvre d'un parcours de santé.

Depuis quelques années, la notion de parcours s'est imposée progressivement répondant à la nécessité de faire évoluer le modèle de soins dans un contexte marqué notamment par la prévalence accrue des maladies chroniques et le vieillissement de la population.

La notion de parcours est un axe principal de la loi Santé du 26 janvier 2016 qui intègre l'organisation des parcours de santé dans la politique de santé nationale et crée de nouveaux outils pour faciliter la coordination : notamment via la création des plateformes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Elle est également présente dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS) adoptée par le gouvernement fin décembre 2017. L'axe 3 de la SNS « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » prévoit notamment d'assurer la continuité des parcours en santé. La SNS promeut une logique de complémentarité qui doit se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture. Elle appelle, entre autres, à une meilleure gestion des transitions ville-hôpital et à une convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale (« MAIA », « PTA », « PAERPA », réseaux).

/// L'accès à l'information en santé, à l'éducation à la santé, à la prévention et à la promotion de la santé

Tout citoyen doit pouvoir accéder en proximité à des actions et à une offre en matière d'information, d'éducation à la santé, de prévention et de promotion de la santé.

Pour cela, il est nécessaire de faire appel à l'ensemble des professionnels. Il faut prendre en compte toutes les compétences mobilisables, dans chaque territoire et profession, sans oublier le rôle des associations et le rôle des usagers, des patients ou de leurs aidants, particulièrement déterminant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

Plusieurs milieux de vie ou d'exercice d'une profession peuvent ainsi être mobilisés : les cabinets libéraux, les centres de santé, les établissements de santé, les PMI, le milieu du travail, les établissements scolaires, les établissements sociaux et médico-sociaux, les lieux d'activité sportive ou de loisir, etc.

L'organisation des réponses dans un territoire peut prendre des formes variées : le maillage des officines pharmaceutiques fait de celles-ci des acteurs essentiels pour certaines actions de prévention (vaccination, dépistage du diabète, etc.). Les interventions à domicile de certains professionnels (médecins, professionnels paramédicaux, personnels exerçant dans les « services à la personne » notamment auprès des personnes âgées, etc.) permettent le repérage et sont l'occasion de déployer des actions d'information, d'éducation, etc., adaptées à la situation. De la même façon, les établissements médico-sociaux pourraient être davantage impliqués dans la prévention et la promotion de la santé.

Différents outils sont aussi à disposition, les contrats locaux de santé qui ont pour principale finalité la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et comportent des actions spécifiques d'information, d'éducation, de prévention et de promotion de la santé à destination notamment d'un public ciblé (scolaires, personnes âgées, etc.), des habitants de quartiers prioritaires de la ville, etc. Les communautés professionnelles territoriales de santé ont également vocation à inscrire ces actions dans

leur projet territorial de santé, ainsi que les groupements hospitaliers de territoire dans le cadre de leur projet médical partagé.

Cette démarche d'information, d'éducation, de prévention et de promotion de la santé doit être partenariale, décloisonnée, coordonnée et soutenue par les moyens techniques et l'expertise apportés notamment par l'hôpital en complémentarité des ressources existantes du territoire.

/// L'accès aux prises en charge courantes

En proximité, l'accès à la prise en charge comprend a minima :

- l'accès au diagnostic ;
- l'accès aux soins (orientation et le suivi des patients chroniques, premier niveau de réponse en santé mentale, organisation de la réponse à la demande de soins non programmés, prise en charge et maintien à domicile des personnes âgées, etc.).

L'accès au diagnostic nécessite que tout citoyen ait un médecin traitant et ait accès à des professionnels en proximité coordonnés. Cela implique de pouvoir disposer d'un accès à un plateau technique permettant les premières analyses : prélèvements biologiques, radiologie de base, éventuellement échographie et scanner, explorations fonctionnelles. Le développement de la télé-radiologie doit également permettre les interprétations à distance.

/// L'accès aux soins dans un territoire par une approche populationnelle, graduée et coordonnée

L'accès aux soins dans un territoire doit être organisé selon une approche pragmatique apportant des services gradués et coordonnés labellisés via une contractualisation entre les divers acteurs et professionnels de santé et sociaux.

L'approche populationnelle permet, en fonction du territoire, de répondre aux besoins en particulier :

- Des familles ;
- Des patients atteints de maladies chroniques ;
- Des personnes en situations de précarité ;
- Des personnes en situation de handicap ;
- Des personnes âgées.

en organisant l'entrée dans les parcours de santé qu'elle soit programmée ou urgente grâce à une permanence des soins rénovée.

Plus précisément pour les personnes âgées :

Il convient en proximité de structurer l'accès des personnes âgées en perte d'autonomie à des services pertinents et de qualité, leur permettant de rester au domicile le plus longtemps possible.

Les acteurs doivent s'organiser pour répondre aux besoins sanitaires, médico-sociaux ou sociaux des personnes âgées d'un bassin de vie dans le cadre d'une coopération renforcée et formalisée. Ce réseau de proximité doit intégrer :

- Les soins ambulatoires (communautés professionnelles territoriales de santé, équipes de soins primaires, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, professionnels libéraux, accès à des consultations de spécialistes notamment en ophtalmologie, ORL et dentaire, etc.) ;
- Les services à domicile (services de soins infirmiers à domicile, services d'aide et d'accompagnement à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile) ;
- Les EHPAD qui ont vocation à jouer une fonction de « pôle ressources de proximité » tout en agissant comme lieu spécialisé d'accompagnement et de soins, se concentrant sur les personnes âgées les plus dépendantes ;
- L'offre d'habitat intermédiaire (résidences autonomie, résidences séniors, habitats inclusifs, etc.) ;

- L'hospitalisation à domicile ;
- Les hôpitaux de proximité (avec la structuration de leur filière gériatrique, y compris la gestion, en règle générale, d'un EHPAD). Les hôpitaux de proximité ont vocation à porter une palette de services au bénéfice des personnes âgées de leur territoire, notamment dans leur coopération avec les CPTS ou les services et établissements sociaux et médico-sociaux.

/// LA COORDINATION DES ACTEURS DE SANTÉ EN PROXIMITÉ

Alors que les pathologies chroniques se développent, l'exercice coordonné des professionnels de santé doit être généralisé et l'exercice isolé ne peut perdurer. Il est donc essentiel que l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire travaillent ensemble, s'engagent et portent une responsabilité collective vis-à-vis des patients et de la population.

Les soins de proximité appellent ainsi à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé. Cet exercice coordonné signifie qu'à l'échelle d'un territoire, entre 20 000 et de plus de 100 000 habitants, l'ensemble des professionnels de santé doivent s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, pour proposer plus d'actions de prévention, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et pour mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des pathologies chroniques.

Il s'agit de poursuivre le développement des structures d'exercice coordonné que ce soit sous forme d'une coordination clinique de proximité, d'équipes de soins primaires, de maisons de santé pluri-professionnelles, de centres de santé, ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

En l'état actuel des négociations avec l'Assurance maladie dans le cadre d'un Accord conventionnel inter professionnel (ACI), les CPTS devraient avoir vocation à remplir quatre missions socles :

- Deux missions en faveur de l'accès aux soins :
  - L'accès facilité à un médecin traitant ;
  - L'accès à des plages de soins non programmés.
- Une mission pour favoriser l'organisation des parcours. Les communautés devront choisir d'organiser au moins un parcours pluri professionnel en fonction des besoins des patients du territoire identifiés lors du diagnostic établi par les professionnels de santé.
- Une mission en faveur de la prévention.

Au-delà de ces missions socle, les CPTS peuvent déployer des missions complémentaires en lien avec les besoins de leur territoire et les orientations du PRS. Peuvent d'ores et déjà être identifiées :

- Des actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins : concertations autour de cas patients (notamment cas complexes), retours d'expérience, pistes d'amélioration, harmonisation des pratiques, concertation sur la pertinence des actes et des soins.
- Des actions d'accompagnement des professionnels de santé dans les territoires afin de promouvoir et faciliter l'installation en ville des professionnels de santé notamment dans les zones en tension démographique.

Ces dispositifs de coordination et de coopération entre professionnels de santé doivent s'articuler avec les établissements de santé et médico-sociaux du territoire, les services à domicile, les laboratoires d'analyses médicales, etc. C'est ainsi que les CPTS ont vocation à participer aux instances de gouvernance des hôpitaux de proximité. Il s'agit de créer un cadre d'échange régulier et opérationnel entre l'hôpital et les professionnels libéraux.

L'organisation de ce réseau territorial de proximité, à partir des besoins de la population, invite ainsi les hôpitaux à repenser leurs missions de proximité en complémentarité avec l'offre de soins de ville qui va se structurer au travers des CPTS. Ces missions de proximité pourront être proposées par les établissements de santé, publics et privés, les CHU ainsi que les établissements de santé n'exerçant pas les activités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. Le renforcement de ces derniers, maillon

essentiel pour leur territoire et la coordination ville-hôpital, passera par la création d'une nouvelle catégorie d'établissement « Les hôpitaux de proximité ».

Cette coordination des acteurs de santé dans un territoire (ville/hôpital, sanitaire/médico-social, etc.) peut aussi être renforcée par le développement de l'exercice mixte des professionnels de santé ou par l'intervention d'équipes mobiles en soutien aux professionnels de santé libéraux.

Enfin, la mise en réseau des acteurs de santé d'un territoire vise à concrétiser l'émergence d'une responsabilité collective à l'égard de la population, formalisée notamment par la participation au projet de santé de la CPTS.

/// L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Cette rénovation de l'offre de santé en proximité implique également une évolution des pratiques professionnelles. L'ambition de « Ma Santé 2022 » est de remédier au manque de coordination et à l'insuffisance de communication entre les professionnels de santé par la création d'un collectif de soins, associant les hôpitaux et tous les professionnels de santé, de ville et du secteur médico-social pour rassembler leurs compétences au service des patients de leur territoire. Par ailleurs, les métiers évoluent et les professionnels de santé, notamment les plus jeunes, n'ont plus les mêmes aspirations.

Pour répondre à cette ambition et à ces évolutions, plusieurs mesures sont mises en œuvre :

- La création au niveau national de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital ;
- La création d'une nouvelle fonction d'"assistant médical" ; les assistants médicaux seront habilités à effectuer des tâches administratives ainsi que les actes médicaux préparatoires à une consultation, tels que la prise de tension, pour dégager 15 à 20% de temps médical aux médecins. Ces postes seront financés auprès des généralistes et spécialistes s'ils exercent de manière regroupée et s'engagent sur des objectifs de résultat, par exemple en nombre de consultations non programmées proposées. Ces postes seront créés dès 2019 dans les quartiers prioritaires et les zones sous-denses, puis déployés ensuite sur tout le territoire ;
- La diversification des modes d'exercices pour enrichir les parcours de santé, en facilitant le développement de nouvelles compétences, les dynamiques de coopération et les formes d'exercice mixte entre la ville et l'hôpital ;
- La revalorisation de la formation et des compétences des aides-soignants, maillon essentiel des soins, notamment en EHPAD ;
- La modernisation du statut de praticien hospitalier ;
- Le déploiement de la pratique avancée infirmière (IPA) dans de nouveaux domaines d'intervention (santé mentale) ; à ce jour 3 parcours (spécialisations) sont proposés : pathologies chroniques stabilisées (cf. arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées), oncologie et hémato-oncologie, maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- Une approche renouvelée du management des ressources humaines hospitalières et de la reconnaissance professionnelle" ainsi qu'une meilleure prise en compte des représentants de la communauté médicale dans le fonctionnement des hôpitaux et des groupements hospitaliers de territoire ;
- Le développement d'équipes mobiles gériatriques et de soins palliatifs.

2/ UNE NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La rénovation de l'offre de santé en proximité évoquée précédemment concerne également les établissements de santé. S'il reste le lieu privilégié de la plus grande technicité, l'organisation des soins et la diffusion des innovations doit se faire en premier lieu en proximité, dans un cadre rénové pour les usagers et pour l'établissement de santé.

/// L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN PROXIMITÉ

Le cloisonnement aujourd'hui entre les structures hospitalières et le secteur de la médecine de ville est une réalité.

Afin de promouvoir un modèle qui permette de répondre d'une part aux principaux enjeux de santé publique (vieillissement de la population, développement des maladies chroniques notamment), et d'autre part aux demandes des usagers d'un accès aux soins au plus proche de leur lieu de domicile, la place de l'établissement de santé en proximité doit être profondément revue.

L'établissement de santé en proximité s'inscrit dans une organisation structurée de l'offre de soins qui doit permettre, en privilégiant le maintien au domicile, l'accès aux soins pour les usagers et les prises en charge n'engageant pas de ressources rares et spécialisées.

/// Des prises en charge au plus près du domicile des usagers

L'établissement de santé en proximité doit pouvoir proposer une capacité d'hospitalisation de courte durée au service des médecins traitants pour les usagers du territoire qu'il dessert, permettant une surveillance courte si nécessaire, la mise en place d'un traitement ou l'accompagnement dans le cadre de soins palliatifs.

Il offre également des capacités d'hospitalisation pour des prises en charge plus longues, dans le cadre de services de soins de suite et/ou de réadaptation ou d'unités de soins de longue durée. Le cas échéant, un EHPAD peut lui être rattaché.

Il doit contribuer à certains diagnostics et au suivi des patients, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques, en proposant lui-même des consultations, voire dans le cadre de consultations avancées de spécialité, ou de bilans organisés en hôpital de jour.

En obstétrique en particulier, le suivi qu'il propose peut s'organiser en pré- et post-partum dans le cadre d'un centre de périnatalité de proximité (CPP).

Pour d'autres pathologies, il organise le cas échéant des soins en ambulatoire, comme par exemple des chimiothérapies dans le cadre d'un centre associé. Des interventions chirurgicales, ne mobilisant pas tout un bloc opératoire, peuvent également être envisagées en proximité ; ce sont avant tout des actes relevant de la nomenclature des forfaits santé-environnement (FSE).

Il participe enfin aux soins non programmés, en association avec les praticiens assurant la PDSA. En fonction du plateau technique à sa disposition et de son articulation avec un établissement disposant de moyens plus spécialisés dont des moyens pour réaliser des interventions chirurgicales 24h/24, un service d'urgences peut être implanté dans un établissement de santé en proximité. Le cas échéant, un centre de soins non programmés ou une antenne SMUR peuvent également être envisagés.

/// Des ressources au service de tous les acteurs de santé en proximité

En proximité, le plateau technique hospitalier doit être largement ouvert sur la ville et apporter les expertises complémentaires nécessaires au suivi des patients et non présentes par ailleurs.

- En radiologie, cela concerne avant la radiologie standard, éventuellement la mammographie et, si le bassin desservi le justifie, un scanner voire un IRM.
- En biologie, il convient de pouvoir organiser l'accès aux examens permettant le diagnostic, a minima dans le cadre d'un centre de prélèvements ou avec des outils de biologie délocalisée.

Il met à disposition des acteurs également des ressources pour apporter une expertise plus spécialisée en proximité, dans le cadre de consultations avancées à partir de centres plus spécialisés, le cas échéant en utilisant les moyens de la télémédecine, ou de bilans réalisés dans ces locaux.

L'établissement de santé en proximité est également le point à partir duquel rayonnent les équipes mobiles susceptibles d'intervenir dans les autres établissements, notamment médico-sociaux, voire au domicile et auprès des professionnels libéraux, afin d'apporter une expertise au plus près de l'usager.

L'offre de soins en proximité doit être au service de l'usager et construite pour et avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire. Cela implique une action volontariste quant à la formation et à l'organisation des ressources humaines en santé selon des principes d'organisation en équipes de territoire :

- La formation initiale des professions de santé (marquées dans les prochaines années par de profondes réformes) doit se décloisonner et aller vers des formations pluridisciplinaires d'équipes (médecins, infirmiers, infirmiers de pratiques avancées, masseurs kiné, sages-femmes, pharmaciens, dentistes…).
- Une analyse précise, dans chaque zone d'implantation, des ressources humaines en santé, selon une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, a été engagée dès 2019 avec tous les acteurs professionnels (facultés, ordres, URPS, fédérations…). Chaque projet de territoire doit ainsi établir un projet de ressources humaines en santé visant la mise en place d'équipes de territoire. Les parcours des professionnels de santé devront aller de la formation initiale (théorique et en stages professionnels), à la formation continue jusqu'à l'installation de professionnels de santé.

Cette démarche vise à répondre aux enjeux du choc démographique des professions de santé (30 % de départs en retraite des médecins dans la région) et à la nécessaire évolution des pratiques professionnelles vers des démarches coordonnées et pluridisciplinaires.

Axe 3 « Adapter la politique de ressources humaines en santé »

/// L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ

Cette partie pourra être révisée lors de la publication de la loi d'organisation et de transformation du système de santé à l'été 2019

L'établissement de santé en proximité se distingue de la notion « d'hôpital de proximité » introduite par la loi d'organisation et de transformation du système de santé. L'établissement de santé en proximité, dont le rôle a été précisé précédemment, concerne tout établissement de santé quelle que soit la technicité des activités de soins et équipements qu'il déploie.

Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.

En prenant en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

- Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque leur état le nécessite ;
- Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant de ceux-ci ;
- Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.

Pour la réalisation, dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, des missions définies précédemment, de façon obligatoire, les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, offrent des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

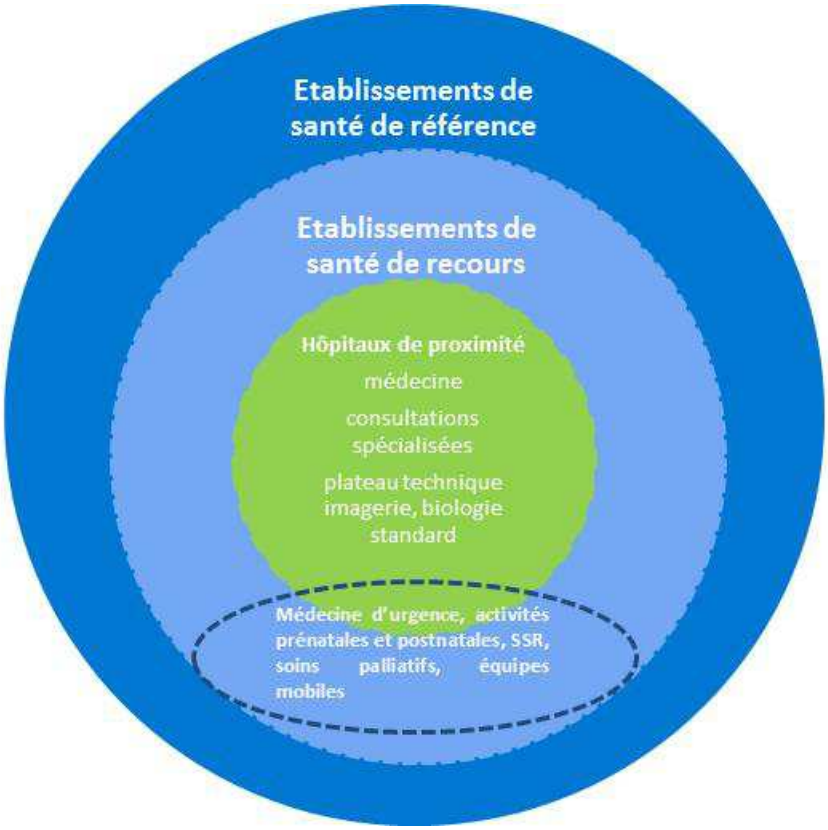
À titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné, un hôpital de proximité peut, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, pratiquer certains actes chirurgicaux. Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes concernés pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute autorité de santé.

En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins des territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

La labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité à partir de 2020 fait partie des 54 mesures annoncées par le Président de la République et la Ministre des solidarités et de la santé, lors de la présentation du plan « Ma santé 2022 » le 18 septembre 2018.

Leur répartition homogène et équilibrée dans le territoire est donc un enjeu fort de l'organisation de l'offre de santé dans les 5 à 10 ans à venir.

Schéma : Gradation des soins hospitaliers entre hôpitaux de proximité, établissement de santé de référence et établissement de santé de recours



3/ L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN RÉGION GRAND EST

Cette partie pourra être révisée lors de la publication de la loi d'organisation et de transformation du système de santé à l'été 2019

/// LES PRINCIPES D'ORGANISATION EN RÉGION

/// Communautés professionnelles territoriales de santé, les principes directeurs de la politique régionale de déploiement

Dans le cadre des orientations de Ma Santé 2022, l'ARS soutient le déploiement de différents niveaux de coordination, complémentaires les uns des autres, susceptibles de proposer une prise en charge adaptée aux besoins des patients et de répondre aux attentes des professionnels de santé :

- Un niveau de coordination organisé à l'échelle d'une patientèle où une organisation pluri professionnelle pour apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. Ce niveau correspond à la coordination organisée au niveau des équipes de soins primaires, des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé.
- Un niveau de coordination à l'échelle d'un territoire où les professionnels de santé s'organisent pour apporter une réponse collective aux besoins de santé dans une approche de responsabilité populationnelle. Ce niveau de coordination correspond aux missions confiées aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

À ce dernier niveau, l'enjeu est de déployer une centaine de CPTS**,** maillant le territoire régional sans chevauchement, tout en respectant les dynamiques remontant du terrain et les besoins reconnus dans les territoires.

Afin de favoriser ce déploiement, l'ARS a contractualisé avec l'URPS Médecins libéraux (UPRS ML), pour faire émerger et accompagner les projets initiés par les professionnels de santé.

L'URPS ML a pu ainsi recruter trois chargés de mission permettant de couvrir le périmètre de la région et répartis selon les 3 territoires suivants :

- Territoire 1 – Est : Bas-Rhin, Haut-Rhin, Moselle, Vosges ;
- Territoire 2 – Centre : Meurthe et Moselle, Meuse ;
- Territoire 3 - Ouest : Ardennes, Aube, Marne Haute-Marne.

Leurs missions principales sont :

- De réaliser un diagnostic du territoire Grand Est en identifiant les logiques territoriales de recours aux soins ;
- D'identifier les périmètres avec les médecins libéraux et les professionnels de santé ;
- D'élaborer une « valise pédagogique » ou boîte à outils.

L'enjeu est également de soutenir l'implication des autres offreurs de soins du territoire (hôpital de proximité, structures médico-sociales...).

Dans le même temps, un comité de sélection, d'accompagnement et de suivi des projets de CPTS a été mis en place, associant l'ARS, l'Assurance maladie (MSA et DCGDR), les URPS médecins libéraux, IDE, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et les fédérations régionales des maisons de santé. Son rôle est de rendre un avis sur les projets de CPTS (que ce soit au stade de la lettre d'intention ou dans le cadre de l'avis rendu sur le projet de santé), et d'engager les démarches de contractualisation ; le comité joue également un rôle dans le soutien, le suivi et l'évaluation des projets mis en œuvre. Ce

comité est un lieu de dialogue entre l'ARS, l'Assurance maladie, les représentants des professionnels de santé et les porteurs de projet.

Le projet de santé reste la base de la contractualisation. Celui-ci doit être en cohérence avec le projet régional de santé et répondre aux besoins en santé identifiés pour le territoire afin d'apporter une réponse adaptée à la situation particulière du territoire et aux besoins de la population.

Une phase d'amorçage, via une convention entre l'ARS et le porteur de projet, permet un accompagnement financier FIR destiné d'une part, à l'accompagnement au diagnostic territorial et à l'élaboration du projet de santé, et d'autre part, au début de la mise en route opérationnelle (temps de coordination).Cette première phase devrait être relayée dans le cadre de l'ACI par un contrat territorial conclu entre la CPTS, la CPAM et l'ARS avec deux niveaux de financements pour la structure, l'un en fonction de la taille de la CPTS, et un autre pour les missions mises en œuvre.

Des financements complémentaires par le FIR pourront être envisagés en parallèle pour la mise en œuvre de missions spécifiques répondant à des besoins particuliers reconnus par l'ARS.

/// Hôpitaux de proximité, les principes directeurs de la politique régionale de déploiement

Le pouvoir réglementaire a introduit dès 2016 des critères de spécificité territoriale pour caractériser les hôpitaux de proximité, notamment le caractère rural du territoire, une densité médicale faible et une surreprésentation des personnes âgées ou en situation de précarité[36]. Ce cadre juridique visait à prévoir des modalités de financement dérogatoires.Ainsi, une première liste d'hôpitaux de proximité, établie avant tout dans une logique financière, en partant d'une catégorie pré-existante d'anciens hôpitaux locaux, a été arrêtée en avril 2018.

Ces derniers répondent pour partie aux orientations de « Ma Santé 2022 ». Il convient, afin d'être conforme au nouveau cadre des hôpitaux de proximité, de conforter leurs missions et leur organisation au regard notamment de la nécessaire coordination ville-hôpital.

Les zones d'implantation dites de « référence » définies au chapitre II.2 « L'organisation de l'offre sanitaire » constituent le cadre de l'organisation de l'offre de soins hospitalière. Ainsi, il est préconisé que dans chaque zone d'implantation, les établissements de santé d'un groupement hospitalier de territoire précisent collectivement l'organisation de leurs activités afin d'assurer une continuité de la prise en charge dans une logique de parcours de santé. Cette organisation est définie dans leur projet médical partagé (PMP) et identifie précisément les établissements de santé qui seront labellisés « hôpital de proximité ».

Les établissements de santé privés de cette même zone d'implantation ainsi que le secteur médico-social sont incités à s'inscrire dans cette démarche de maillage territorial et d'identification d'hôpitaux de proximité.

À échéance 2022, il s'agit de labelliser une cinquantaine d'hôpitaux de proximité dans la région sachant que l'arrêté du 27 mai 2019 a déjà identifié 23 hôpitaux de proximité en Grand Est.

/// Résultats attendus et conditions de réussite

Des expérimentations peuvent être menées permettant de mettre en œuvre un projet de santé du territoire, partagé entre la médecine de ville (communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, etc.), les établissements de santé et médico-sociaux du territoire, et associant des représentants d'usagers.

Les résultats attendus en région d'une organisation territoriale de proximité entre les professionnels de ville, en particulier les CPTS, les hôpitaux de proximité et le secteur médico-social, ainsi que de la gradation de l'offre hospitalière définie par zone d'implantation sont :

- Une qualité et une sécurité des prises en charge renforcées ;

[36] Décret du 20 mai 2016 et art. R 6111-24 à R 6111-26 du code de la santé publique

- Une réponse à la hauteur des attentes de la population en proximité ;
- Un meilleur accès aux soins dans tous les territoires en préservant la qualité de vie des usagers et de leurs proches ;
- Une coordination ville-hôpital, sanitaire et médico-sociale accentuées ;
- Une continuité de la prise en charge ;
- Une réponse aux enjeux identifiés pour les 10 parcours de santé du projet régional de santé ;
- Une adaptation des ressources hospitalières pour des hospitalisations à bon escient, des durées de séjour plus courtes, des plateaux techniques moins nombreux et plus performants.

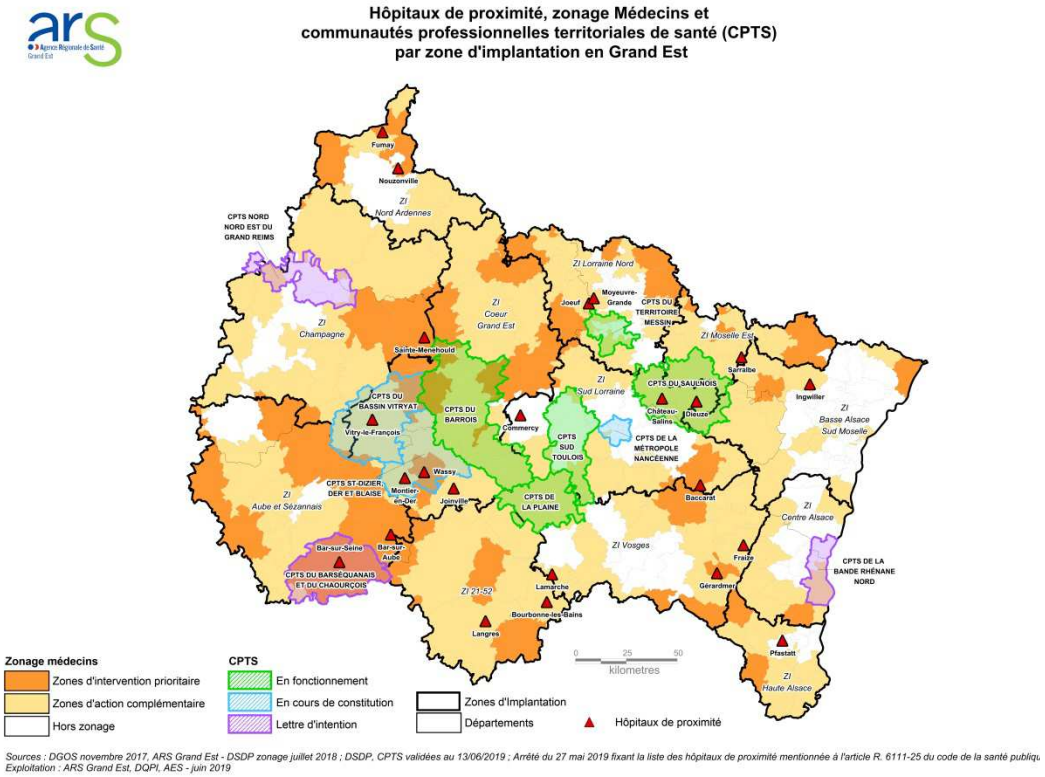
Les conditions de réussite de cette organisation territoriale de l'offre de santé ont trait notamment à :

- La volonté et l'engagement des partenaires (élus, professionnels de santé, doyen de la faculté de médecine, etc.) dans un projet de santé de territoire ;
- L'implication du CHU concerné ;
- L'association des usagers dans les réflexions et l'organisation de la réponse aux besoins ;
- Un diagnostic précis du territoire en matière de flux de patients, de conditions de mobilité, du contexte socio-économique ;
- Un dialogue avec l'ensemble des parties prenantes ;
- Le développement de l'exercice coordonné.

/// L'OFFRE DE SOINS PAR ZONES D'IMPLANTATION

Les initiatives locales des acteurs de santé, le déploiement régional du plan national d'accès aux soins et la mise en œuvre de la politique régionale de santé, répondent d'ores et déjà à ces enjeux de l'offre de santé en proximité et de la gradation de l'offre de soins hospitalière. Des exemples de réalisation ou en cours sont précisés ci-après par zones d'implantations de référence définies au chapitre II.2 « L'organisation de l'offre sanitaire ».

Répartition des hôpitaux de proximité de l'arrêté du 27 mai 2019 *(définis selon les textes de 2016)*, des CPTS au 13 juin 2019



Sources : DGOS novembre 2017, ARS Grand Est - DSDP zonage juillet 2018 ; DSDP, CPTS validées au 13/06/2019 ; Arrêté du 27 mai 2019 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publiqu
Exploitation : ARS Grand Est, DQPI, AES - juin 2019

/// Zone d'implantation de référence n°1 « Nord Ardennes »

La commune de Signy-le-Petit accueille une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) depuis janvier 2015. Trois médecins généralistes y exercent et d'autres professionnels de santé interviennent : dentiste, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophoniste, pédicure-podologue, psychologue clinicienne et diététicienne. La MSP de Signy-le-Petit envisage de développer dans son projet de santé l'organisation de pratiques avancées d'infirmiers dans le champ de la santé mentale, en coopération avec le centre hospitalier psychiatrique de Bélair.

Une CPTS « Portes du Luxembourg » est également en projet en 2019.

Les communes de Fumay et de Nouzonville bénéficient déjà d'hôpitaux dits de proximité selon l'arrêté d'avril 2018. À l'avenir le CH de Sedan devra également investir les missions de proximité même s'il reste un établissement de santé de référence.

/// Zone d'implantation de référence n°2 « Champagne »

Une CPTS « Nord Nord-Est Grand Reims » est en projet (lettre d'intention).

Le CH d'Argonne est un hôpital de proximité déjà identifié par l'arrêté de mai 2019. Bien qu'établissements spécialisés, les CH de Rethel-Vouziers et d'Epernay doivent, à l'avenir, investir très fortement les missions de proximité, même s'ils restent des établissements de santé de référence.

/// Zone d'implantation de référence n°3 « Aube et Sézannais »

Une CPTS « Barséquanais et Chaourçois » est en projet (lettre d'intention).

Les CH de Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine sont déjà identifiés comme des hôpitaux de proximité par l'arrêté de mai 2019.

Au regard des spécialités du territoire, le CH de Troyes constitue un établissement de référence pour cette zone d'implantation. Les autres établissements membres du groupement hospitalier de territoire doivent donc, sans remettre en cause le cas échéant leur caractère spécialisé, investir le champ de la proximité.

/// Zone d'implantation de référence n°4 « 21-52 »

Les CH de Bourbonne-les-Bains et de Langres sont identifiés comme hôpital de proximité par l'arrêté de mai 2019. Leur positionnement doit être clairement affirmé dans les années à venir pour l'ensemble des missions de proximité.

/// Zone d'implantation de référence n°5 « Cœur Grand Est »

Une CPTS « Barrois » est en fonctionnement et deux CPTS « Bassin Vitryat », « Saint-Dizier, Der et Blaise » sont en cours de constitution.

Les établissements de santé de Montier en Der, Joinville et Wassy ainsi que le CH de Vitry-le-François jouent leur rôle et sont en première ligne pour les patients des territoires qu'ils desservent. Ils organisent une prise en charge de proximité. Ils sont reconnus hôpitaux de proximité.

Le CH de Vitry-le-François évolue depuis plusieurs années ; la maternité a été transformée en centre périnatal de proximité en 2016 et l'établissement n'exerce plus l'activité de chirurgie depuis 2018. Il se positionne comme un acteur incontournable de la proximité pour le territoire qu'il dessert avec :

- La mise en place de consultations spécialisées en lien avec le CH de Saint-Dizier ;
- La mise en œuvre d'un système de télé-AVC.

Cette offre de proximité est complétée avec le développement d'une offre de recours pour tout le territoire et de soins pour des adolescents relevant d'une prise en charge psychiatrique.

Par ailleurs le parcours de prise en charge des personnes âgées est opérationnel dans le bassin vitryat depuis plusieurs années. Fédérant tous les acteurs locaux (CLIC, circonscription sociale départementale, MAIA, intervenants à domicile, centre hospitalier, plateforme territoriale d'appui, maisons de santé pluridisciplinaires, EHPAD…), il permet tout à la fois le repérage précoce des fragilités et la prise en charge graduée, la bonne orientation de la personne âgée vers la structure adaptée et l'admission directe dans le service hospitalier ad hoc ainsi que la préparation à la sortie hospitalière en évitant les ré-hospitalisations inadéquates.

Les CH de Saint-Dizier, Bar-le-Duc et Verdun-Saint Mihiel sont les établissements spécialisés des filières qui s'organisent dans le cadre du groupement hospitalier de territoire. Si Verdun, du fait de son positionnement est isolé au nord du territoire, au sud, la complémentarité entre les CH de Saint-Dizier (maternité de niveau 2B et chirurgie) et de Bar-le-Duc (pôle de médecine spécialisé) a été renforcée. Le CH de Verdun-Saint-Mihiel devra investir très fortement les missions de la proximité au regard de son positionnement dans le territoire.

Le CH de Bar-le-Duc qui se positionne comme un pôle de médecine fort sur le sud de la zone d'implantation devra également être capable d'investir les missions de la proximité. Il en est de même, peut-être dans une moindre mesure, pour le CH de Saint-Dizier.

À la fois à Saint-Dizier et à Bar-le-Duc, la coopération avec les cliniques privées a été recherchée de longue date, soit avec des partages d'activité (Bar-le-Duc) soit avec un partage de locaux avant de travailler à un projet médical commun (Saint-Dizier).

Enfin, une mission régionale est en cours dans ce territoire ayant pour objectif de permettre une meilleure accessibilité des soins de la filière visuelle. Cette mission couvre tous les aspects de la filière de soins en termes :

- d'organisation graduée de la filière de soins visuels ;
- de développement de coopérations entre professionnels ;
- de renouvellement et d'attractivité des professionnels de santé ;
- d'innovations techniques et organisationnelles.

/// Zone d'implantation de référence n°6 « Lorraine Nord »

La CPTS du territoire messin est en fonctionnement. L'organisation de la prise en charge des soins de 1re urgence est un axe prioritaire de son projet de santé, en s'appuyant sur la plateforme numérique de coordination des soins Entr'actes. Ce projet fait suite au constat de patients en déshérence au regard de la démographie des médecins traitants (médecins traitants surchargés, absents ou injoignables, et qui ne se déplacent pas, voire pas de médecins traitants), de l'augmentation de fréquentation des services d'accueil d'urgence, sans hospitalisation en aval, et du nombre important d'appels au centre 15 en dehors des heures de la permanence des soins en ambulatoire.

La CTPS du territoire messin se donne comme objectifs de :

- Organiser les échanges et le partage d'informations : meilleure coordination des soins ville – hôpital, amélioration et confortation de la continuité des soins, accueil de stagiaires, etc. ;
- Fluidifier et coordonner l'accès aux consultations médicales et aux soins ;
- Participer à la prise en charge des soins non programmés et contribuer à leur organisation et leur développement ;
- Libérer du temps médical par la mise en œuvre d'une fonction accueil et orientation : mise en place d'une plateforme téléphonique, utilisation du logiciel Entr'actes ;
- Faciliter et organiser les rendez-vous avec les spécialistes : réduction des délais d'accès à une consultation par une meilleure coordination et organisation entre et avec les professionnels ;
- Contribuer à l'éducation thérapeutique des patients (ETP) : information sur les ressources existantes, promotion de la formation en ETP, etc. ;
- Suivi et actualisation de l'évolution des ressources en matière de santé du territoire : création d'un annuaire interactif en ligne des acteurs de santé, etc. ;

L'hôpital de Joeuf, celui de Moyeuvre-Grande et l'association hospitalière de Château-Salins sont identifiés aujourd'hui comme hôpitaux de proximité. L'hôpital de Boulay, autorisé en médecine et SSR, ainsi que celui de Hayange, pourraient le cas échéant s'inscrire dans une organisation en proximité rénovée.

L'accessibilité à l'offre de soins en hospitalisation à domicile (HAD) dans la zone territoriale de Boulay a pu être maintenue depuis l'hôpital de Boulay dans le cadre d'une activité organisée et assurée par l'HADAM (HAD de l'agglomération messine) et en articulation, le cas échéant, avec l'HAD de Freyming-Merlebach selon la zone de résidence du patient.

Par ailleurs, les établissements de Mont-Saint-Martin et de Briey doivent se positionner clairement sur un rôle en proximité en complément de leur plateau spécialisé.

/// Zone d'implantation de référence n°7 « Sud Lorraine »

Deux CPTS « Sud Toulois » et « Saulnois » sont en fonctionnement et une CPTS « Métropole du Grand Nancy » est en cours de constitution.

L'organisation du maintien à domicile des personne âgées mise en œuvre dans le cadre de l'expérimentation de parcours de santé pilote PAERPA (Personnes Agées en risque de Perte d'Autonomie) pour le territoire du Grand Nancy puis du département 54 a permis de mettre en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives (approche parcours, décloisonnement des différentes parties prenantes). Certaines réalisations ont pu montrer leur plus-value que ce soit le soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la coordination territoriale d'appui préfiguratrice de la plateforme territoriale d'appui, la découverte de pratiques professionnelles, la mise en œuvre de dispositifs innovants entre hôpital et EHPAD (hébergement transitoire en sortie d'hospitalisation) ou entre hôpital et domicile (infirmière navigatrice, fiche de sortie hospitalisation).

L'hôpital de Dieuze, la Maison hospitalière de Baccarat et le centre hospitalier de Commercy sont reconnus comme hôpital de proximité. De manière générale, la présence du CHRU de Nancy dans la zone d'implantation exige des autres hôpitaux une forte implantation dans la proximité.

/// Zone d'implantation de référence n°8 « Vosges »

Une CPTS « La Plaine » est en fonctionnement au Nord-Ouest du département des Vosges.

Huit structures hospitalières implantées à Châtel-sur-Moselle, Bruyères, Mirecourt, Lamarche, Moyenmoutier, Gérardmer, Fraize, Le Thillot-Bussang doivent investir les missions de proximité. Trois de ces établissements ont déjà été identifiés par l'arrêté de mai 2019 : le CH de Gérardmer, l'hôpital de Fraize et l'hôpital local de Lamarche. La labellisation « hôpital de proximité » devra être expertisée pour l'ensemble de ces huit établissements.

Au-delà de ces huit établissements et sans remettre en cause leur caractère spécialisé, les centres hospitaliers de l'ouest vosgien, de Saint-Dié des Vosges et de Remiremont devront très fortement investir les missions de proximité à l'avenir. Le territoire rural et montagneux justifie une présence très forte en proximité de ces établissements ; les taux de fuite déjà identifiés par ailleurs imposent ce positionnement pour préserver à moyen-long terme ces plateaux techniques.

/// Zone d'implantation de référence n°9 « Moselle Est »

L'hôpital Saint-Joseph de Sarralbe a été reconnu hôpital de proximité par arrêté de mai 2019. L'hôpital de Bitche pourrait s'inscrire dans une organisation en proximité rénovée. De manière générale, tous les établissements de cette zone d'implantation, tant publics que privés, doivent investir les missions de proximité, sans que leur niveau spécialisé ne soit par ailleurs interrogé.

/// Zone d'implantation de référence n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »

L'hôpital du Neuenberg a été reconnu hôpital de proximité par arrêté de mai 2019. Parmi les établissements spécialisés, les CH de Sarrebourg, Saverne et Wissembourg doivent se positionner fortement sur des missions de proximité, en plus des activités qu'ils exercent et relevant d'un plateau technique spécialisé.

/// Zone d'implantation de référence n°11 « Centre Alsace »

Une CPTS « Bande rhénane » est en projet (lettre d'intention).

Le CH de Guebwiller doit clairement être positionné comme un hôpital en proximité. Certes, il continue à mettre en œuvre une activité de chirurgie ambulatoire grâce aux équipes communes avec les Hôpitaux civils de Colmar.

/// Zone d'implantation n°12 « Haute Alsace »

Le centre hospitalier de Pfastatt a été identifié comme hôpital de proximité par arrêté de mai 2019. La réflexion est en cours concernant les sites de Thann et d'Altkirch, rattachés au Groupement hospitalier de Mulhouse et de la région Sud Alsace (GHRMSA) susceptibles de bénéficier du statut d'hôpital de proximité.

2. L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

1/ L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES

/// DESCRIPTION DE L'OFFRE

/// L'offre sanitaire

Tenant compte de la diversité de la population des personnes âgées, sont précisées parmi les activités de soins celles nécessitant un avis gérontologique. Ainsi, le périmètre des activités de soins du « Parcours des personnes âgées » sont celles identifiées dans la circulaire du 28 mars 2007 :

- Le court séjour (en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour) ;
- Les soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique (en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour) ;
- Les unités cognitivo-comportementales (UCC) installées au sein des services de SSR ;
- Les unités de soins de longue durée (USLD) ou « long séjour » au sein desquels ont été installés dans certains territoires des Unités d'Hébergement Renforcés (UHR) ;
- Les équipes mobiles de gériatrie.

À noter que si l'activité de médecine est soumise à autorisations, la spécificité « médecine gériatrique » correspond à une reconnaissance contractuelle.

Dans le cadre de l'expertise gériatrique, les équipes mobiles de gériatrie intra et extra hospitalières sont des maillons importants. Si chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) dispose, a minima d'une équipe mobile de gériatrie, leurs activités ne sont à ce jour pas normées, certaines sont intra et extra hospitalières, d'autres uniquement intra hospitalières, certaines ne disposent pas des professionnels adéquat (absence de médecins). Leurs territoires d'intervention restent également à préciser. Un travail est en cours avec l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) afin de normaliser les rapports d'activités. Tester à ce jour en Alsace, il conviendrait qu'il soit généralisé à l'ensemble du Grand Est.

Les prises en charge suivantes sont traitées par ailleurs dans le schéma régional de santé 2018-2023 :

- Les SSR gériatriques : les implantations seront traitées dans le cadre des autorisations en SSR, néanmoins chaque GHT dispose d'un SSR gériatrique sauf le GHT des Vosges ;
- L'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- L'oncogériatrie : la structuration des unités de coordination régionale en oncogériatrie (UCROG) sera traitée dans « parcours cancer » ;
- La gérontopsychiatrie : le maillage du territoire afin de disposer d'une expertise efficiente est fondamentale dans la prise en charge des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD.

/// L'offre médico-sociale

Le périmètre de l'offre médico-sociale comporte :

- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en hébergement temporaire et permanent ;
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- Les accueils de jour ;
- L'ensemble des structures et dispositifs développés dans le cadre des plans Alzheimer et des maladies neurodégénératives : méthode pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), équipes spécialisées Alzheimer (ESA), plateformes de répit des aidants (PFR), pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), unités d'hébergement renforcé (UHR). Ces structures sont traitées dans le cadre du parcours des maladies neurodégénératives.

/// L'offre de médecine de ville

L'amélioration du parcours des personnes âgées passe par une meilleure lisibilité de l'offre disponible au sein des territoires. De nombreux dispositifs de coordination ont été mise en place au cours des dernières années pour simplifier l'accès à cette l'offre. Ces dispositifs relativement proches dans leurs missions peuvent se superposer si leur articulation n'est pas prévue (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), plateforme territoriale d'appui (PTA), centres locaux d'information et de coordination (CLIC), parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)).

/// L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES À MENER DANS LES 5 ANS À VENIR

L'adaptation de l'offre de santé sera intégrée aux plans départementaux permettant de conduire la déclinaison territoriale du projet régional de santé, elle doit également tenir compte des projets médicaux partagés élaborés par les groupements hospitaliers de référence. Globalement, elle passe par son renforcement dans certains territoires sans que cela ne nécessite pour autant de nouvelles implantations d'activités.

Cette adaptation de l'offre devra en outre être guidée par la mise en œuvre des programmes nationaux 2018-2022 de transformation du système de santé. En effet l'offre sanitaire et médico-sociale en direction des personnes âgées a toute sa place dans la réalisation des enjeux de ces programmes, notamment au regard de l'égalité d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, du renforcement de la place de la prévention ou de l'accès à l'innovation, dans l'objectif de participer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie pour garantir la pérennité du système de santé.

À ce titre, l'adaptation de l'offre répond, dans une logique d'accompagnement des personnes âgées, notamment aux objectifs suivants :

- Développement des prises en charge les plus efficientes et innovantes dans une logique de parcours et de qualité (en renforçant la coopération et la coordination entre acteurs de santé, en réduisant les hospitalisations évitables, etc.) ;
- Renforcement du pilotage de la performance des établissements par l'amélioration de l'organisation de l'offre et de l'efficience du secteur (adaptations capacitaires des EHPAD et de leurs plateaux techniques, regroupements, suivi et appui spécifiques des EHPAD en difficulté, optimisation de la gestion des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, etc.) ;
- Développement de la télémédecine.

/// L'offre sanitaire

Afin de répondre au mieux aux objectifs identifiés, il convient de mettre en place au sein de chaque GHT, une filière complète qui comprend :

- un court séjour gériatrique (en hospitalisation complète et en séjour de jour),
- un service de soins de suite et de réadaptation gériatriques (en hospitalisation complète et en séjour de jour),
- des lits d'unités de soins de longue durée (USLD) ainsi qu'une équipe mobile de gériatrie (EMG) intra et extrahospitalière disposant de personnel adéquat (médecin, infirmier, ergothérapeute, secrétariat).

Il importe également de consolider le maillage territorial en matière d'unité cognitivo-comportementale (UCC) au sein des territoires du Grand Est.

Pour les USLD, dans un premier temps, une nouvelle évaluation des groupes iso-ressources (GIR) moyen pondéré "soins" (GMPS) devrait permettre de mieux appréhender la population prise en charge. À terme, il conviendra de définir une stratégie Grand Est pour l'ensemble de ces structures permettant entre autres de fixer des objectifs afin de répondre aux enjeux populationnels et aux besoins identifiés lors des différents travaux du PRS.

Pour les équipes mobiles de gériatrie, le rééquilibrage de l'offre en termes d'expertise gériatrique nécessitera que ces dernières disposent, à minima, d'un praticien hospitalier spécialisé en gériatrie, d'une infirmière, d'un ergothérapeute, d'une secrétaire et éventuellement d'un temps d'assistante sociale. Le champ d'intervention de leur activité devra être autant intra qu'extrahospitalier. Le dimensionnement de ces équipes mobiles de gériatrie (EMG) devra se faire sur une base populationnelle. Par ailleurs, il faudra tenir compte, dans certains territoires de l'organisation par les réseaux gérontologique de cette expertise.

Il conviendra, sur la base d'états des lieux, de restructurer l'offre sanitaire pour disposer dans chaque GHT de la filière complète de prise en charge gérontologique.

D'autre part, il importe que la totalité des établissements de santé dispose d'un projet de prise en charge adapté pour les populations vulnérables et plus particulièrement les personnes âgées.

/// L'offre médico-sociale

Les évolutions de l'offre médico-sociale ne peuvent s'envisager qu'en lien avec les conseils départementaux en charge également de cette politique.

Pour rappel, un point de vigilance doit être souligné à propos du reste à charge pour les familles compte tenu de la baisse des retraites et des difficultés potentielles à s'acquitter du tarif hébergement.

Le développement des aides en faveur du maintien à domicile s'est traduit en EHPAD par une augmentation du niveau de dépendance et du niveau de soins requis des résidents. L'apparition voire l'aggravation des troubles cognitifs, chez les personnes âgées est signe de limite du maintien dans le lieu de vie ordinaire. Ces deux facteurs conjugués modifient la population institutionnalisée plus tardivement et plus lourdement dépendante et présentant des troubles du comportement cognitif.

Il importe en conséquence d'avoir une vigilance particulière quant à la prise en charge dans la même structure d'une population dépendante physiquement et d'une population dépendante psychiquement. Aussi, il convient de s'assurer que les Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR) soient répartis de façon homogène en région Grand Est.

La télémédecine devra se développer, elle permettra de disposer d'une expertise au plus proche du résident en évitant des transports sanitaires inutiles. Les expérimentations d'astreintes infirmières de nuit devront être évaluées et modélisées au niveau Grand Est puis développées sur l'ensemble du territoire.

La contractualisation avec les gestionnaires des EHPAD est un levier pour d'une part permettre à terme de disposer de plan de formation adéquat pour le personnel tant sur le plan de la prévention que sur celui de prises en charges spécifiques, d'autre part faire évoluer l'offre de services compte tenu des besoins et des ressources des territoires. C'est effectivement en prenant appui sur les besoins et les ressources des territoires qu'il faudra faire preuve d'innovation et s'interroger notamment sur

l'accessibilité du plateau technique des EHPAD aux personnes à domicile, sur l'élargissement des modalités d'accueil et de l'offre de services des EHPAD, sur le développement des coopérations entre EHPAD de manière à maintenir une qualité de services dans le respect des bonnes pratiques.

Pour les services intervenant au domicile, le maillage cohérent de l'ensemble du territoire régional est l'objectif à atteindre pour disposer à 5 ans d'une offre équitablement répartie. Il convient de s'assurer que chaque territoire, au moins au niveau départemental, soit maillé afin de disposer d'une palette d'offre permettant de prendre en charge les aidés et de soulager les aidants. Il serait souhaitable de faire évoluer les plateformes de répit vers des plateformes de services pour les aidants et de les légitimer en tant que tels sur leurs territoires de compétences. Il apparait indispensable d'évaluer ces dispositifs.

D'un point de vue général, il s'agit de promouvoir au sein des territoires le développement de l'offre médico-sociale sous la forme d'une gamme de services intégrés, de dispositifs ou de plateformes de services auxquels peuvent participer le cas échéant d'autres structures (résidence autonomie).

À terme, le maillage territorial devra être complet pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Équipes spécialisée Alzheimer (ESA) et les plateformes de répit (précisé au niveau du parcours « Maladies neurodégénératives »).

Le développement des UHR est précisé au niveau du parcours « Maladies neurodégénératives ».

Les EHPAD devront nécessairement s'adapter pour accueillir les personnes âgées les plus dépendantes, présentant des troubles cognitifs. Par conséquent, ils s'attacheront à disposer d'une offre d'hébergement (temporaire et permanent) cohérente avec les besoins de leur territoire. L'offre en pôles d'activités et de soins adaptés au sein des EHPAD de plus de 80 lits doit pouvoir se développer de manière à assurer un bon maillage territorial de cette offre (voir l'objectif opérationnel du parcours « Maladies neurodégénératives »).

En tout état de cause, les EHPAD seront encouragés à s'intégrer dans les réflexions à mener territorialement sur la restructuration de l'offre, en particulier pour les EHPAD de taille modeste ou petite (inférieure à 80 lits) ; les mutualisations de fonctions seront une piste de restructuration à explorer. Il conviendrait de mener une réflexion sur le modèle économique de l'EHPAD de demain.

La contractualisation avec les gestionnaires d'EHPAD traduira de manière opérationnelle, la mise en œuvre territoriale des objectifs d'évolution et de restructuration de l'offre.

/// L'offre de médecine de ville

L'enjeu majeur des fonctions d'appui à la coordination territoriale est de faciliter le parcours, notamment de celui des personnes en situation complexe. Différents dispositifs d'appui à la coordination se sont successivement développés au sein des territoires (CLIC, MAIA, CTA, PTA). Pour gagner en lisibilité et en efficience, ces dispositifs ont vocation à converger. Une attention particulière devra être apportée au développement des PTA qui fédèrent les autres dispositifs d'appui à la coordination des territoires, pour au final constituer une porte d'entrée unique par territoire lisible et reconnue par les professionnels de santé.

Chacun des territoires devra disposer d'un point de coordination dont les objectifs seraient d'appuyer les professionnels, de coordonner les plans d'accompagnement co-construits avec la personne âgée et/ou son entourage et de suivre leur mise en œuvre.

Aussi en fonction des ressources locales et des dispositifs d'appui à la coordination déjà en place (CLIC, MAIA, PTA, CTA) et des expérimentations menées sur les parcours (PAERPA, parcours Personnes Âgées alsacien, expérimentation article 70 dans la Marne), il conviendra en lien avec les acteurs du système de santé et les acteurs institutionnels (conseils départementaux et l'URPS notamment) de mettre en place cette structure de coordination respectant l'existant tout en le faisant évoluer. La déclinaison opérationnelle des objectifs du PRS ne peut s'envisager qu'en fonction des dynamiques de territoires tant la région Grand Est est hétérogène en termes d'offre et en termes de ressources humaines.

Concernant les modalités de fonctionnement, et afin de gagner en lisibilité et en efficience, le point de coordination vient en soutien de l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe. Ainsi, à titre d'exemple une aide-ménagère, une coordinatrice de SSIAD pourraient solliciter ce point de coordination face à des difficultés de prise en charge rencontrées lors de leurs interventions auprès des personnes âgées. Cette procédure (à décliner territorialement) permettrait de déceler bien en amont les premiers signes de fragilité et d'alerter le médecin qui lui reste coordonnateur du programme de soins à mettre en place en lien avec ce point de coordination.

À termes, le regroupement des moyens financiers et les éventuelles économies d'échelles pourrait permettre de financer des expérimentations innovantes.

2/ L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'organisation de l'offre médico-sociale concerne les établissements et services pour enfants et pour adultes en situation de handicap sous compétence exclusive ou conjointe avec le conseil départemental, tels que mentionnés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles.

La création de « places » en établissements ou en services, même si elle peut encore être pertinente ne suffit plus à répondre à la diversité des aspirations des personnes en situation de handicap. Accompagner le développement de l'autonomie de celles-ci implique de rénover l'offre médico-sociale dans une logique de parcours global favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap. Ces évolutions s'accompagnent d'un important mouvement de transformation de l'offre médico-sociale.

La circulaire DGCS du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016, définit la transformation de l'offre comme suit :

« On entend par transformation de l'offre toute action visant à la rendre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes dans un objectif de fluidification des parcours. Cela passe à la fois par la création de nouveaux dispositifs, la diversification des modes de fonctionnement des ESMS existants et le renforcement qualitatif des accompagnements proposés ».

Ces orientations sont reprises et amplifiées au sein de la feuille de route du 9 août 2017 confiée par le Premier ministre à Madame la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées. Celle-ci prévoit l'engagement d'un plan de transformation massif de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire d'accompagnement des personnes handicapées au profit d'un accompagnement, spécialisé si nécessaire, en milieu ordinaire.

C'est ce cadre qui fondera la mise en œuvre du PRS 2018-2028 de la région Grand Est.

/// L'ADAPTATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'évolution d'ampleur qui doit désormais être conduite engage fortement l'ARS mais aussi les autorités et institutions partenaires de l'agence dans la mise en œuvre du virage inclusif. L'enjeu est bien celui de la capacité collective à garantir la continuité et la qualité des parcours de vie des personnes en situation de handicap.

L'adaptation ou la transformation de l'offre médico-sociale décrite ci-dessous sera intégrée aux plans départementaux permettant de conduire la déclinaison territoriale du projet régional de santé. Les opérations retenues devront faire l'objet d'une inscription au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La démarche « une réponse accompagnée pour tous », en cours de déploiement sur les 10 départements du Grand Est, prévoit à travers l'axe 2 « déploiement d'une réponse territorialisée » la déclinaison territoriale de la transformation de l'offre en lien avec les objectifs du projet régional de santé.

L'ensemble de l'évolution à porter en matière d'offre médico-sociale sera soutenue par la généralisation de la contractualisation (conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les

établissements et services) prévue par l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2016. L'ARS Grand Est a élaboré une trame type pour les nouveaux CPOM qui a été harmonisée avec les dix conseils départementaux. Il est prévu que le diagnostic partagé dont découlent les objectifs stratégiques retenus dans chaque CPOM, comporte obligatoirement un axe sur l'évolution de l'offre. Il s'agit ainsi de faire du CPOM un outil de mise en œuvre du présent PRS.

La transformation de l'offre se traduira en priorité par des actions de recomposition de l'offre existante sur chacun des territoires dans une logique de parcours global et coordonné. Les actions de renforcement de l'offre existante au service des parcours seront quant à elles ciblées sur la mise en œuvre des plans nationaux (polyhandicap, handicap psychique, autisme, handicap rare).

Ces orientations sont en cohérence avec les programmes nationaux 2018-2022 de transformation du système de santé. En effet l'offre en direction des personnes en situation de handicap participe de la réalisation des enjeux de ces programmes, notamment au regard de l'égalité d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, du renforcement de la place de la prévention ou de l'accès à l'innovation, dans l'objectif de participer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie pour garantir la pérennité du système de santé.

À ce titre, l'adaptation de l'offre médico-sociale décrite ci-après répond, dans une logique d'accompagnement des personnes en situation de handicap, notamment aux objectifs suivants :

- Développement des prises en charges les plus efficientes et innovantes dans une logique de parcours et de qualité (notamment par la mobilisation possible d'une palette de réponses sur les territoires et par la structuration de l'accès à la santé des personnes en situation de handicap) ;
- Renforcement du pilotage de la performance des établissements par l'amélioration de l'organisation de l'offre et de l'efficience du secteur (adaptation aux besoins dans une logique de société inclusive, transformation de l'offre médico-sociale au profit des services pour renforcer l'accompagnement en milieu ordinaire).

Les objectifs d'adaptation de l'offre médico-sociale se traduisent principalement à travers 2 axes :

- La création et/ou le développement de nouveaux dispositifs permettant de compléter l'offre médico-sociale au service des parcours :
  - La généralisation du dispositif des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) sur l'ensemble de la région impliquant l'accès aux trois modalités d'accompagnement internat, semi-internat et prestation en ambulatoire ;
  - La reconnaissance des pôles de compétences et de prestations externalisées ;
  - La mise en œuvre d'au moins un dispositif « emploi accompagné » par département ;
  - La mise en œuvre d'au moins une expérimentation d'habitat inclusif par département ;
  - Le développement des unités d'enseignement externalisées.
- L'évolution des agréments et la création de places supplémentaires en réponse aux besoins sur les territoires :
  - Améliorer l'accès territorial aux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et faire en sorte qu'ils puissent répondre aux enjeux en termes de dépistage, de diagnostic et d'interventions précoces ;
  - Augmenter les places de service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en priorité en direction de l'intervention précoce et de l'insertion professionnelle ;
  - Augmenter les places en foyers d'accueil médicalisés (FAM), en maisons d'accueil spécialisées (MAS), en services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), et en services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées adules (SSIAD-PH) en priorité concernant le public polyhandicapé ou présentant un handicap psychique ;
  - Structurer une offre de répit au service des aidants qui s'inscrive dans le cadre d'un réseau territorial et partenarial avec les acteurs en amont et en aval.

Ces objectifs et les actions qui en découlent sont directement rattachés aux objectifs opérationnels du parcours des personnes en situation de handicap (page 126) :

Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces

- Structurer sur chaque département une plateforme de dépistage et de diagnostic fonctionnel des troubles neuro-développementaux pour les enfants de moins de 6 ans. Ce dispositif s'intègre dans le cadre d'une organisation graduée en 3 niveaux, repérage-diagnostic-expertise. Il devra se construire avec les CAMSP en structure pivot et avec les équipes de pédiatrie des centres hospitaliers, en prévoyant la coordination des niveaux, avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les acteurs de l'intervention précoce (SESSAD pour le secteur médico-social) ;
- Structurer une filière de dépistage, diagnostic et interventions précoces concernant les troubles spécifiques du langage et des apprentissages pour le territoire Champagne-Ardenne. Pérenniser après évaluation les plateformes expérimentales de diagnostic autisme afin de pouvoir, le cas échéant, les faire évoluer ;
- Améliorer la couverture territoriale des CAMSP.

Réduire d'au moins un tiers le nombre de situations sans solution stable

- Structurer dans chaque département des solutions d'accueil de transition, d'urgence et temporaire pour les situations complexes, dans le cadre d'une organisation coordonnée avec les services de pédo-psychiatrie visant à la fois à prévenir les ruptures, éviter les ruptures et préparer la mise en œuvre d'une solution durable ;
- Évaluer les 10 pôles de compétences et de prestations externalisées en vue d'en définir une modélisation et d'envisager leur développement en priorité par redéploiement de moyens dans le cadre de CPOM.

Augmenter la part d'enfants et d'adolescents en institution médico-sociale bénéficiant d'une scolarisation en milieu ordinaire, et adaptée à leurs besoins

- Développer des unités d'enseignements externalisées, en priorité dans les départements les moins bien dotés ;
- Faire en sorte que le nombre de places de SESSAD atteigne au moins 35% de l'offre globale pour enfants en situation de handicap dans la région (contre 28% au 1er janvier 2016). Cette évolution doit se faire par transformation de places d'institut médico-éducatif (IME) ou d'institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) ;
- Recomposer l'offre en ITEP dans le cadre de la généralisation du dispositif ITEP (proposition des trois modalités d'accueil, accompagnement jusqu'à 20 ans).

Réduire d'au moins 30% le nombre de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton

- Créer des places de MAS/ FAM / SAMSAH/ SSIAD PH dans les territoires les moins bien dotés en priorité concernant le public polyhandicapé ou présentant un handicap psychique. Ces places seront dédiées en priorité aux jeunes adultes maintenus en établissement au titre de l'amendement Creton ;
- Soutenir des actions/dispositifs innovants permettant l'accompagnement des patients sortants de soins de suite et de réadaptation ;
- Accompagner une expérimentation d'habitat inclusif par département ;
- Installer à 5 ans dans chaque département au moins un dispositif « emploi accompagné » ;
- Développer les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) à visée professionnelle.

Parmi la population de plus de 45 ans accueillie en établissements et services médico-sociaux, doubler à minima le nombre de personnes bénéficiant d'un projet spécifique personne handicapée vieillissante

- Développer au niveau de chaque département, des solutions d'accompagnement pour personnes handicapées vieillissantes (y compris ESAT) en proximité, lisibles, complémentaires et coordonnées, avec des compétences mutualisées (notamment entre structures d'un même gestionnaire), et des passerelles entre les secteurs (social/médico-social) « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

Développer la mise en œuvre de la charte « Romain Jacob » pour l'ensemble des établissements médico-sociaux et sanitaires, en vue d'améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap

- Structurer dans les territoires une organisation fonctionnelle et coordonnée des acteurs du soin et de l'accompagnement permettant une déclinaison opérationnelle de la charte Jacob.
- Intégrer l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées dans les projets médicaux des GHT.

Reconnaître et valoriser l'expertise des personnes handicapées, des aidants et leur apporter le soutien nécessaire

- Structurer dans chaque département l'offre de répit au service des aidants (accueil temporaire, accueil de jour, de nuit), afin d'intégrer cette offre dans le cadre d'une organisation territoriale structurée et coordonnée, et d'une dynamique partenariale avec les acteurs en amont et en aval.

3. L'ORGANISATION DE L'OFFRE SANITAIRE

1/ LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE SANITAIRE

Le système sanitaire français est confronté à de nombreux facteurs d'évolution lesquels imposent une adaptation profonde d'une part, de l'offre territoriale de soins hospitalière et d'autre part, des organisations internes des établissements de santé.

L'offre sanitaire doit s'organiser dans un cadre territorial et une logique de gradation de l'offre tenant compte de l'ensemble des acteurs (professionnels libéraux, établissements de santé publics et privés, établissements médico-sociaux et sociaux, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, etc.) et en s'appuyant sur les nouveaux dispositifs de coordination et de coopération (plateforme territoriale d'appui, communauté psychiatrique de territoire, etc.). En particulier, en proximité, la place et le rôle de l'hôpital doivent totalement être repensés et redéfinis. Il doit s'inscrire dans une articulation des plus étroites avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire et proposer une plateforme support pour l'organisation de soins *(cf. « Une offre de santé en proximité à rénover » page 317)*.

Pour les territoires frontaliers, des réponses à l'accès aux soins peuvent également être apportées dans le cadre de la coopération transfrontalière (cf. « Encourager la coopération transfrontalière afin de faciliter l'accès aux soins » page 317)

En interne, les établissements de santé vont devoir de plus en plus se recentrer sur leur mission principale, le soin. En effet, les prises en charge de courte durée et en ambulatoire se développeront davantage, d'une part, grâce aux évolutions technologiques et thérapeutiques, et d'autre part, du fait d'une demande croissante des patients. Le virage ambulatoire se renforcera et des modes innovants d'hébergement, « les hôtels hospitaliers » se développeront très certainement. Par ailleurs, les contraintes financières et de démographie médicale imposent de poursuivre la recherche de l'efficience des organisations de l'offre sanitaire.

Les perspectives de l'offre de sanitaire à 2023 s'appuient sur des diagnostics de territoire tenant compte de ces évolutions et de la nécessité de réfléchir de manière décloisonnée, en associant tous les acteurs susceptibles de contribuer aux soins.

/// Une offre de soins graduée

Afin d'améliorer l'accès à l'offre sanitaire, il est nécessaire d'inscrire l'hôpital dans une logique de filières et de parcours, associant et mobilisant l'ensemble des acteurs du système de santé, publics et privés, hospitaliers et de ville. La finalité est d'offrir l'accès au meilleur soin, notamment pour les pathologies lourdes nécessitant un plateau technique de pointe en s'appuyant sur la fluidité des relais au sein d'un territoire.

Cela implique de définir des niveaux de soins et l'offre de soins correspondante. Dans le cadre de la réflexion sur les zones d'implantation *(cf. page 257)*, deux niveaux d'offre de soins ont été retenus :

- Le niveau soins de référence correspond à une offre spécialisée ambulatoire et hospitalière qui puisse répondre 24h/24 aux demandes de soins en médecine, chirurgie et obstétrique, pour une activité programmée ou non (services des urgences). Ce niveau de soins de référence implique de disposer d'un plateau technique d'explorations fonctionnelles et de techniques interventionnelles fonctionnant 24h/24 ainsi que de disposer des moyens de prendre en charge des patients requérant un niveau de soins élevé : maternités de niveau 2a et 2b, unités de soins intensifs, réanimation ;
- Le niveau de soins de recours assure les prises en charge les plus spécialisées pour des activités spécifiques et requérant les techniques les plus sophistiquées et les pratiques les plus avancées.

L'organisation et le contenu de l'offre de soins de proximité ont par ailleurs été précisés dans la partie introductive du chapitre II « Une offre de santé organisée et graduée : une offre de santé en proximité à rénover ».

~~doivent également être précisés. Cette offre de proximité correspond à une offre de premier recours : consultations médicales et paramédicales, plateau d'imagerie et de biologie et pharmacie. Les moyens mis en œuvre doivent permettre un diagnostic, avant l'orientation vers un niveau de prise en charge de référence ou de recours. Ils doivent également garantir la prise en charge régulière d'une pathologie chronique ou le retour à domicile des patients le souhaitant avec l'appui de structures d'hospitalisation à domicile ou de soins infirmiers à domicile par exemple.~~

~~De nouveaux modèles d'organisation des soins en proximité ont permis, ces dernières années de répondre à un besoin et à des contraintes notamment en matière de démographie des professionnels de santé. Il s'agit par exemple, des centres périnataux de proximité qui permettent d'organiser le suivi pré et post-partum dans les établissements dans lesquels le maintien d'une maternité n'était plus envisageable, ou encore, les centres de soins non programmés, sur les territoires où la démographie médicale ne permettait pas de garantir une permanence de l'accueil 24h/24 et 7j/7.~~

~~Des expérimentations qu'elles soient d'ores et déjà lancées (télémédecine, objets connectés) ou à venir avec le développement de nouvelles pratiques (accouchement en HAD…) ou de nouveaux modes d'exercice pour les professionnels de santé (maisons de santé pluri-professionnelles, etc.) permettront de consolider cette définition des soins de proximité *(cf. Axe stratégique n°2 : Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité » page 35).* Elle devra s'adapter aux contraintes et enjeux de chaque territoire.~~

/// La nécessaire adaptation de l'offre de soins

L'offre de soins hospitalière régionale présente une situation particulièrement fragilisée. En 2017, les établissements de santé publics et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) et de la région Grand Est présente un déficit cumulé de 156 M€[37].

Cette situation nécessite de poursuivre les mesures menées pour maintenir un maillage territorial satisfaisant de l'offre de soins hospitalière dans la région Grand Est et redresser la situation des établissements de santé en renforçant les démarches de performance des établissements de santé.

/// Les groupements hospitaliers de territoire

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT), en tant que dispositif par lequel les établissements publics de santé s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée des patients, sont une des réponses. Définis sur la base notamment des flux de patients, les 12 GHT de la région Grand Est présentent une cohérence dans l'organisation de l'offre de soins. Chaque GHT doit élaborer un projet médical partagé construit dans une logique de filières de prise en charge. Ces projets médicaux partagés (PMP) doivent prendre en compte les objectifs du schéma régional de santé 2018-2023 et feront l'objet d'une présentation et d'un échange dans le cadre des instances de démocratie en santé.

Cette réflexion du maillage territorial de l'offre de soins doit être menée avec tous les établissements et structures de prise en charge du territoire tant publics que privés. Les acteurs de santé d'un territoire doivent en effet répondre de façon concertée aux besoins de la population en s'appuyant sur les dispositifs en amont et en aval de la prise en charge hospitalière (médecine de ville et médico-social en particulier). Les coopérations entre tous les partenaires, quel que soit leur statut, doivent être promus, notamment les coopérations "public-privé" qui peuvent être le moyen de pérenniser une offre de soins sur un territoire, en alliant les moyens de chacun.

[37] Estimation issue des rapports infra-annuels (RIA) de septembre 2017 relatifs à l'exécution des états prévisionnels des recettes et des dépenses des établissements de santé publics et ESPIC

/// Le service de santé des armées

Le service de santé des armées (SAA) est le soutien médical de l'armée de Terre, de l'armée de l'Air, de la Marine et de la Gendarmerie, en toutes circonstances et en tous lieux. Si sa mission première est le soutien médical des forces armées, depuis 2017, le service de santé des armées contribue à la politique de santé publique et participe à la gestion des risques dans le domaine de la santé et aux secours en cas de catastrophes naturelles :

- D'une part, le protocole signé entre le ministre de la Défense et le ministre de la Santé le 6 avril 2017 inscrit clairement ce dernier dans un territoire et demande de définir les actions de coopération entre le SSA et le service public de santé qui permettent au SSA de contribuer à la réponse aux besoins d'un territoire et à l'ensemble des professionnels de santé de participer activement à la réponse aux besoins spécifiques de la défense ;
- D'autre part, l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018, mise en application de l'article 222 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 donne un ensemble d'outils juridiques permettant de favoriser l'ouverture du SSA dans le monde de la santé.

C'est dans ce contexte que l'hôpital d'instruction des armées Legouest de Metz, a établi, dans le cadre de la mise en place d'un ensemble hospitalier civil et militaire (EHCM), une coopération renforcée avec le CHR de Metz-Thionville et est associé au groupement hospitalier de territoire Lorraine Nord. Plusieurs centres médicaux des armées, implantés dans la région, ont établi des liens privilégiés avec des centres hospitaliers, l'intérêt majeur étant pour les praticiens du SSA d'optimiser leurs compétences pour remplir leur mission première, à savoir le soutien des Forces armées en tout temps, en tous lieux et en toutes circonstances.

Il sera nécessaire, dans le cadre de la déclinaison de la politique régionale de santé, de poursuivre les actions de coopération existantes, d'en promouvoir de nouvelles et de les formaliser dans un protocole régional. Il permettra ainsi la reconnaissance de la place accordée aux structures militaires qui participent à l'offre de soins du territoire (participation à la PDSES, proposition d'une offre spécialisée, etc.) et l'association des structures civiles à l'effort de défense (proposition d'une offre spécialisée aux militaires blessés ou aux victimes d'attentats, etc.). La gestion des situations sanitaires exceptionnelles s'inscrit aussi pleinement dans ces coopérations *(cf. page 311)*. De plus, il est important de souligner l'intérêt de ces coopérations dans le cadre de l'enseignement et de la recherche.

/// Les démarches de performance

Les démarches de performance des établissements de santé seront renforcées. Il s'agira notamment d'avoir une attention particulière aux durées moyennes de séjour (DMS). Il convient ainsi de limiter la durée de chaque séjour à celle strictement nécessaire à la prise en charge du patient. Cela implique de travailler à une organisation optimale des plateaux techniques, de manière à ce que les actes nécessaires soient réalisés de manière coordonnée et efficace. Ces dernières années, l'évolution des DMS a surtout concerné la chirurgie avec une augmentation significative du taux de chirurgie ambulatoire. Cet effort doit être poursuivi en chirurgie et également en médecine (développement des séjours programmés et non programmés sans nuitée), en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie (promotion de la réadaptation psychosociale).

La performance des organisations repose également sur le juste dimensionnement capacitaire en lits et places. Une attention particulière sera portée aux unités hospitalières de petite taille, qui s'avèrent en général peu performantes au regard des ressources mobilisées, notamment en professionnels de santé.

Il est constaté également d'une part, une augmentation du nombre d'équipements, ce qui concourt à une meilleure accessibilité pour le patient, et d'autre part, des tensions de plus en plus fortes en termes de démographie médicale. Aussi, la performance des plateaux techniques dépend de l'adéquation des ressources médicales (radiologues, anesthésistes, chirurgiens, etc.) avec le nombre d'équipements (IRM, scanner, etc.) et unités (bloc opératoire).

Garantir une organisation performante repose à la fois sur des réflexions en termes de regroupement de certains éléments du plateau technique pour éviter la dilution des ressources (blocs opératoires par exemple) et le développement d'organisations innovantes (télé-radiologie, équipes de territoire, délégations de compétences…) permettant le maintien en proximité de cette offre de soins.

Enfin, au-delà de la performance des organisations des services de soins, c'est toute l'organisation interne des établissements de santé qui doit être interrogée à l'aune de leur niveau de performance. Les charges de personnel doivent être maitrisées et le recours à l'intérim, qui est nécessaire dans certaines situations pour assurer la continuité des soins, ne peut être un recours quotidien. Cela concerne également les achats hospitaliers (produits hôteliers et généraux, dépenses de formation, médicaments et dispositifs médicaux…) pour lesquels les établissements de santé de la région ont réalisé des efforts remarquables ces dernières années en atteignant voir dépassant les objectifs nationaux assignés à la région. Il s'agit maintenant de poursuivre cette dynamique.

- *En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire par une meilleure gradation des prises en charge en médecine, soins de suite et de réadaptation et en renforçant le recours à l'hospitalisation à domicile » (page 151)*
- *En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire et la performance des plateaux techniques de chirurgie et d'imagerie » (page 157)*

2/ DES ZONES D'IMPLANTATION DIFFÉRENCIÉES PAR NIVEAU DE SOINS

Le schéma régional de santé identifie les besoins et fixe les objectifs quantifiés pour les activités de soins et équipements matériels lourds (EML) soumis à autorisation énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de santé publique en précisant :

- Les créations et suppressions de ces activités de soins et EML ;
- Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé.

Ces objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont fixés pour chacune des zones du schéma arrêtées par le directeur général de l'ARS.

Selon l'article L.1434-9- 2 du code de santé publique, l'ARS délimite les zones d'implantation des OQOS donnant lieu :

- À la répartition des activités et des équipements mentionnés à l'article L. 1434-3 ;
- À l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4.

/// Douze zones d'implantation pour le niveau de soins de référence

Afin d'organiser les activités de soins et équipements et matériels lourds du niveau de soins de référence, la maille géographique de base pour la définition du périmètre géographique des zones d'implantation correspond aux territoires induits par les groupements hospitaliers de territoire. En tant que niveau principal de mise en œuvre de la planification sanitaire, la délimitation de leur périmètre doit répondre à deux impératifs :

- Elles doivent avoir une réalité en termes de structuration de l'offre sanitaire, c'est-à-dire qu'elles doivent tenir compte des habitudes actuelles de consommation en soins de la population basées notamment sur les flux hospitaliers ;
- Elles doivent permettre d'organiser une offre de soins cohérente et graduée *(cf. page 253)*. Cela signifie que la taille des zones d'implantation doit être suffisante pour qu'il puisse être proposé un « panier de soins » cohérent pour la plupart des demandes formulées par la population : une offre en médecine, chirurgie et obstétrique, un plateau technique complet permettant le développement d'une activité interventionnelle, un service de réanimation, par exemple. Ce territoire ne doit être ni trop grand ni trop petit pour permettre d'organiser une telle offre de manière pérenne.

À ces principes, s'ajoute la prise en compte des spécificités suivantes :

- Les projets de reconfiguration de l'offre en cours (exemple du projet médical Moselle Est qui a associé les établissements de santé publics et privés du territoire) ;
- Les flux de patients qui ont eu pour conséquence de dépasser les frontières administratives ; ce qui explique par exemple le rattachement du centre hospitalier Mont-Saint-Martin (situé en Meurthe-et-Moselle) ~~au GHT~~ à la zone d'implantation n°6 Lorraine Nord, principalement mosellan.

En ce sens, les territoires induits par les GHT présentent une cohérence générale dans l'organisation de l'offre de soins, qu'elle soit publique ou privée.

Il s'agit ensuite, dans une démarche prospective, de fixer un cadre unique à l'organisation de l'offre de soins hospitalière. En effet, les GHT, de par la contrainte qui pèse sur eux de mettre en place un projet médical partagé et de structurer l'offre de soins entre leurs membres, auront un effet structurant majeur sur l'offre de soins d'un territoire. Dans ce contexte, prévoir différents maillages d'organisation, un pour la planification sanitaire régionale, s'imposant à tous les offreurs de soins, et un spécifique pour l'offre publique hospitalière, n'aura pour seule conséquence que de dégrader la cohérence de l'organisation sanitaire et se fera au détriment des patients.

Il est par contre évident que l'offre de soins doit être construite sur un territoire en complémentarité avec tous les acteurs concernés et ce, quel que soit leur statut.

Cette approche permet enfin de ne pas multiplier les différents découpages territoriaux déjà à l'œuvre dans le cadre des politiques de santé (territoire de démocratie sanitaire, territoires induits par les GHT, zones d'implantation, départements…) et de préserver une lisibilité plus aisée.

Ainsi, 12 zones d'implantation pour le niveau de soins de référence sont retenues, dont les limites géographiques correspondent à celles des territoires induits par les groupements hospitaliers de territoire de la région Grand Est. Pour le GHT « 21/52 » partagé avec la région Bourgogne Franche-Comté, l'ARS Grand Est reste compétente pour la planification au sein du territoire relevant de la région Grand Est soit le sud de la Haute-Marne.

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

La carte des zones d'implantation du niveau de soins de référence est présentée ci-après.

Zones d'implantation relatives aux activités de soins et
d'équipements lourds soumis à autorisation pour le niveau de soins de référence
Charleville-Mézières
Zone d'implantation n°1
Nord Ardennes
Zone d'implantation n°2
Champagne
Châlons-en-Champagne
Zone d'implantation n°3
Aube et Sézannais
Troyes
Zone d'implantation n°4
21 - 52
Chaumont
Zone d'implantation n°5
Coeur Grand Est
Bar-le-Duc
Zone d'implantation n°6
Lorraine Nord
Metz
Zone d'implantation n°7
Sud Lorraine
Nancy
Zone d'implantation n°8
Vosges
Épinal
Sarreguemines
Zone d'implantation
n°9
Moselle Est
Zone d'implantation n°10
Basse Alsace
Sud Moselle
Strasbourg
Zone d'implantation
n°11
Centre Alsace
Colmar
Mulhouse
Zone d'implantation
n°12
Haute Alsace
1:1 100 000
0
25
50 km
Délimitation des zones d'implantation

/// Trois zones d'implantation pour le niveau de soins de recours

Le niveau de soins de recours comprend une offre de soins très spécialisée, requérant les techniques les plus sophistiquées et les pratiques les plus avancées. Les activités relevant de ce niveau de prise en charge sont les suivantes :

	Liste des activités de soins et équipements matériels lourds relevant du niveau de soins de recours
Activités de soins	• Gynéco-obstétrique : maternité de niveau III (réanimation néonatale) • Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie pour les actes portant sur la cardiopathie de l'enfant, y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte • Réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée • Assistance médicale à la procréation et diagnostic prénatal – examen génétique de l'ADN fœtal libre dans le sang maternel • Activités relevant des ~~SSR~~ mentions spécialisées de SSR suivantes : - Affections respiratoires - Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien - Affections onco-hématologiques - Affections des brûlés
Équipements matériels lourds	• Caisson hyperbare • Cyclotron pour protonthérapie

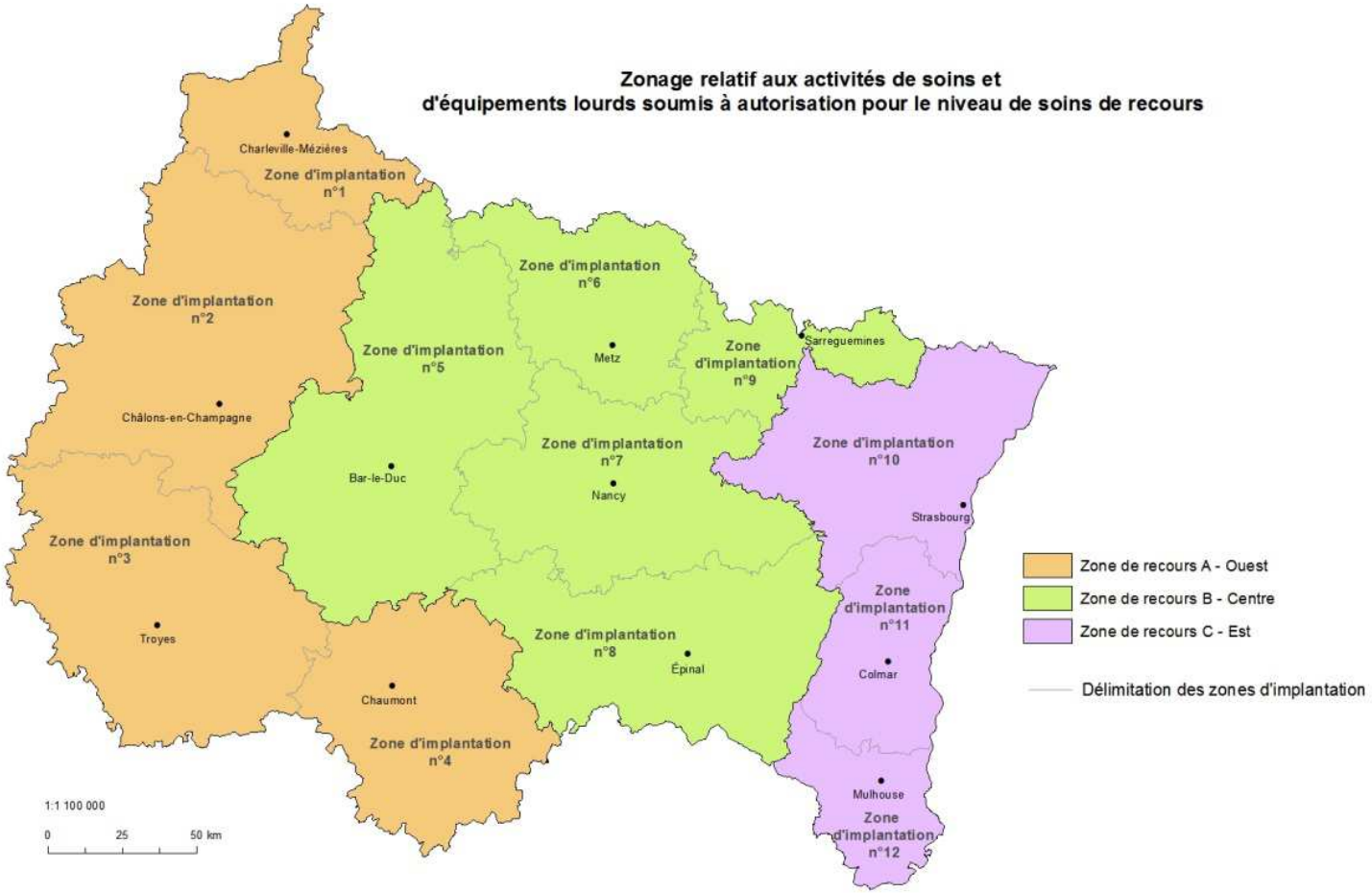
Ces activités de soins et équipements matériels lourds relevant du niveau de soins de recours, demandent à la fois une expertise élevée dans leur mise en œuvre et répondent à une demande en soins moins importante avec une file active potentielle plus faible que pour les activités relevant du niveau de soins de référence. Ces activités nécessitent d'être organisées sur des territoires plus grands que les zones d'implantation de référence.

Pour autant, plusieurs implantations pour le même type d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd (EML) relevant du niveau de soins de recours peuvent être identifiées au sein d'une même zone de recours. Ces activités ne sont pas le monopole des centres hospitaliers universitaires ou régionaux et des centres de lutte contre le cancer, même si ces établissements ont une mission de recours qui leur est consubstantielle. De même, l'ensemble de ces activités de soins ou d'EML relevant du niveau de soins de recours peuvent ne pas être installés au sein d'une zone de recours, dès lors que le niveau de demande qui leur serait adressée ne le justifie pas et que d'autres territoires peuvent y répondre.

Trois zones de niveau de soins de recours ont été identifiées en tenant compte de l'analyse des flux de patients relatifs à ces activités et EML de recours. Les zones de niveau de soins de recours regroupent plusieurs zones d'implantation du niveau de soins de référence. Le périmètre ainsi obtenu reste très proche de celui des anciennes régions qui constituent le Grand Est, l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Lorraine.

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

La carte des zones d'implantation du niveau de soins de recours est présentée ci-après.


Zonage relatif aux activités de soins et
d'équipements lourds soumis à autorisation pour le niveau de soins de recours
Charleville-Mézières
Zone d'implantation n°1
Zone d'implantation n°2
Zone d'implantation n°3
Zone d'implantation n°4
Zone d'implantation n°5
Zone d'implantation n°6
Zone d'implantation n°7
Zone d'implantation n°8
Zone d'implantation n°9
Zone d'implantation n°10
Zone d'implantation n°11
Zone d'implantation n°12
Châlons-en-Champagne
Bar-le-Duc
Troyes
Chaumont
Metz
Nancy
Épinal
Sarreguemines
Strasbourg
Colmar
Mulhouse
1:1 100 000
0
25
50 km
Zone de recours A - Ouest
Zone de recours B - Centre
Zone de recours C - Est
Délimitation des zones d'implantation

3/ LES PRINCIPES DE DÉFINITION DES OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS

Le schéma régional de santé doit comporter les objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité et équipement matériel lourd, soumis à autorisation énumérés aux articles R 6122-25 et R 6122-26 du code de santé publique. Il sera amené à être modifié notamment en fonction des évolutions législatives et réglementaires, en particulier celles liées à la réforme des autorisations sanitaires prévues par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) cibles à 2023 sont exprimés selon une fourchette précisant le nombre minimal et le nombre maximal d'implantations. Ils tiennent compte des évolutions connues et anticipées (regroupements d'établissements, projets validés de nouvelles activités, etc.), des évolutions démographiques, des pratiques médicales et des innovations technologiques.

Les activités de neurochirurgie, chirurgie cardiaque, neuroradiologie interventionnelle, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques et de traitement des grands brûlés ne relèvent pas du PRS. Ces activités sont prises en compte dans le schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS) qui est prorogé jusqu'à l'adoption du futur schéma interrégional de santé (SIS).

Par principe, une implantation vaut pour une activité réalisée en hospitalisation complète et en alternative à l'hospitalisation (médecine, chirurgie et soins de suite et de réadaptation), sauf si l'autorisation initiale mentionne explicitement que l'activité n'est réalisée que sous une seule modalité. Dans ce dernier cas, la possibilité d'avoir l'ensemble de la palette des modalités de prise en charge nécessitera une demande de modification de l'autorisation initiale.

Les principes ayant concouru à la définition des OQOS sont présentés ci-après, les tableaux détaillés des OQOS par zones de référence et de recours étant présenté dans un document annexe au schéma régional de santé 2018-2023.

/// LES IMPLANTATIONS DES ACTIVITÉS DE SOINS

/// Médecine

En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire par une meilleure gradation des prises en charge en médecine, soins de suite et de réadaptation et en renforçant le recours à l'hospitalisation à domicile » (page 151)

Le taux d'équipement global régional en médecine est plus important qu'au niveau national (2,33 lits et places pour 1000 habitants contre 2,08). L'offre en médecine montre que la capacité d'accueil en région Grand Est est supérieure à la moyenne nationale pour tous les départements excepté l'Aube. Pour les structures de jour en particulier, la région est au-dessus du taux national (0,22 places pour 1000 habitants contre 0,20). De même, en 2016, le taux de recours global pour 1000 habitants en médecine est supérieur à la moyenne nationale (123 séjours pour 1000 habitants contre 113 au niveau national).

Dans ce contexte, une réflexion territoriale doit être menée concernant les unités de médecine dont la capacité en lits et places est inférieure aux référentiels nationaux de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et du COPERMO[38] relatifs à la taille critique d'une unité d'hospitalisation efficiente.

[38] Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

Même si le nombre de lits et places installés n'est plus précisé dans une autorisation, les unités ou les services doivent disposer d'une taille critique suffisante. Cette réflexion territoriale doit :

- Préciser le rôle et le périmètre d'un service de médecine de proximité ;
- Intégrer la possibilité de regrouper des lits de médecine pour atteindre une taille critique suffisante ;
- Être menée en lien avec l'offre de soins de suite et de réadaptation dans la perspective d'une opération de fongibilité le cas échéant.

Pour la zone d'implantation n°6 « Lorraine Nord », une activité de médecine réalisée actuellement par un même établissement sur deux sites va faire l'objet d'un regroupement sur un seul site. Aussi, afin de répondre aux besoins de la population, la capacité en lits du site de regroupement sera augmentée. En conséquence, le nombre d'implantation sur cette zone est fixé à 17, ce qui correspond à la situation actuelle dans l'attente du regroupement. Le minimum est quant à lui porter à 16 pour prendre en compte cette opération de regroupement.

L'augmentation du nombre d'implantations de la zone d'implantation n°7 « Sud Lorraine » permet de répondre à la situation particulière du transfert d'une activité vers un site actuellement non autorisé. Il s'agit du projet d'addictologie entre le CHU de Nancy et le centre psychothérapique de Nancy.

/// Hospitalisation à domicile (HAD)

En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire par une meilleure gradation des prises en charge en médecine, soins de suite et de réadaptation et en renforçant le recours à l'hospitalisation à domicile » (page 151)

Le territoire d'intervention d'une structure HAD n'est pas forcément superposable aux zones d'implantation de référence. Aussi, la zone d'implantation retenue est celle où la structure HAD réalise la plus grande partie de son activité, avec possibilité d'intervention au-delà de cette zone. Le territoire d'intervention de la structure est précisé dans l'autorisation qui est délivrée.

L'activité d'hospitalisation à domicile doit augmenter sur tout le territoire en prenant en compte les préconisations et recommandations nationales[39], notamment le décret n°2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement :

- « Art. D. 6124-307. L'organisation générale, le personnel, la nature et la localisation des locaux ainsi que l'équipement des établissements d'HAD doivent être adaptés au volume d'activité et à la nature des prises en charge de l'établissement, telles qu'elles sont définies par son projet médical, et lui permettre d'assurer ses missions sur l'intégralité de l'aire géographique mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 6121-4-1 ;
- Art. D. 6124-309.-I. Tout établissement d'HAD est tenu d'assurer, sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris les jours fériés, la continuité des soins aux patients accueilli ;
- III. En considération de la nature et du volume de son activité ainsi que de son projet médical, l'établissement d'hospitalisation à domicile propose au directeur général de l'agence régionale de santé une organisation adaptée de la continuité des soins. Cette organisation prévoit au minimum, à tout moment, une capacité d'intervention infirmière à domicile et la possibilité de recours à un avis médical, en interne ou en externe, pour l'ensemble des patients pris en charge par l'établissement. Lorsqu'une coopération avec le dispositif de permanence des soins ambulatoires est envisagée, elle fait l'objet d'une procédure formalisée. Tout projet de changement concernant l'organisation définie à l'alinéa précédent est transmis au directeur de l'agence régionale de santé ».

Une vigilance sera portée aux demandes de renouvellement des établissements autorisés en HAD dont les modalités de fonctionnement et d'organisation ne répondraient pas pleinement à ces orientations. Il sera préconisé de promouvoir une logique de regroupement avec maintien d'antennes pour maintenir le maillage territorial et l'accessibilité aux soins de proximité. Le but est de disposer de structures d'une taille suffisante pour réaliser une activité leur garantissant les ressources nécessaires permettant d'organiser de manière pérenne son activité et de répondre à l'ensemble des exigences du décret du

39
- Décret n°2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ;
- Arrêté du 19 janvier 2017 relatif à la levée des restrictions d'indications des prises en charge HAD en EHPAD ;
- Référentiel HAS du 7 décembre 2017 relatif à l'algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD ;
- Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

5 mai 2017 relatives au fonctionnement des structures d'HAD, notamment en termes d'organisation de la continuité des soins 24h/24 et 7j/7.

/// Chirurgie

En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire et la performance des plateaux techniques de chirurgie et d'imagerie » (page 157)

Le maillage territorial de l'activité de chirurgie est globalement satisfaisant. Elle s'organise essentiellement au niveau de soins de référence avec :

- Une activité de chirurgie de proximité essentiellement ambulatoire ;
- Une activité de chirurgie en hospitalisation complète nécessitant un environnement spécifique (réanimation…).

Pour ce qui relèverait davantage d'un niveau de soins de recours, il s'agit d'une activité chirurgicale hyperspécialisée, avec le plateau technique le plus moderne (salle hybride par exemple).

Les évolutions du nombre des implantations concernent :

- ~~La zone d'implantation n°2 « Champagne » : mise en conformité pour une structure titulaire d'une autorisation de chirurgie carcinologique sans autorisation de chirurgie (les deux sont liées)~~ ;
- Les zones d'implantation n°4 « 21-52 », n°10 « Basse Alsace Sud Moselle », n°11 « Centre Alsace » et n°12 « Haute Alsace » : réduction du nombre d'implantations en lien avec des regroupements de sites.

/// Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale

En lien avec « Améliorer le parcours de santé en périnatalité » (page 157)

Les activités de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale sont fortement liées aux enjeux de démographie médicale. Ainsi, cette offre devra donc évoluer dans les années à venir en tenant compte :

- Des conditions d'exercice des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres dont la présence dans certaines maternités est difficile à assurer ;
- Des évolutions démographiques des professionnels de santé ;
- Des évolutions démographiques de la population ;
- Des seuils réglementaires pour les autorisations d'obstétrique ;
- Des compétences nécessaires afin de répondre aux exigences selon le niveau de la maternité et en termes de qualité et de sécurité des soins ;
- De l'organisation de la prise en charge des grossesses à risque, en renforçant l'efficacité des réseaux de périnatalité et en clarifiant le rôle des maternités de niveau 3.

Les implantations actuelles répondent aux besoins de la population. Toutefois, face à la fragilité de certaines implantations, en particulier des maternités de niveau 1, une réflexion devra être engagée à court terme sur la possibilité de les maintenir sans mettre en cause la sécurité des prises en charge et sur la nécessité de mutualiser les moyens entre plusieurs structures actuellement autorisées permettant de construire des parcours gradués de prise en charge.

Trois situations sont déjà intégrées dans les cibles 2023 des objectifs quantifiés de l'offre de soins :

- La suppression d'une implantation du groupement de coopération sanitaire des 3 Frontières à Saint-Louis (zone d'implantation n°12 « Haute Alsace »), dont l'activité est suspendue depuis la fin d'année 2017 et qui doit évoluer vers des prises en charges périnatales ;
- Une évolution de niveau de maternités 2A à 2B est anticipée dans la zone d'implantation n°2 « Champagne » concernant le regroupement des maternités de niveau 2A des polycliniques Courlancy et Saint-André à Reims. Une analyse des données du réseau périnatal de Champagne-Ardenne de 2014 à 2017 a mis en évidence que ces maternités prenaient en charge, chaque année, entre 70 et 100 nouveaux nés relevant de soins intensifs. Afin de mettre en adéquation le niveau de la maternité à la prise en charge, il est proposé de passer à un niveau 2B ;

- Pour la zone d'implantation n°5 « Cœur Grand Est », une organisation graduée de l'activité de périnatalité est mise en œuvre reposant sur deux maternités (une de niveau 2A et une de niveau 2B) et sur un centre périnatal de proximité.
- ~~Enfin, dans le cadre du projet de performance du GHT Cœur Grand Est (zone d'implantation n°5), une nouvelle organisation graduée de l'activité de périnatalité est souhaitée. Cette zone propose actuellement une offre de soins reposant sur trois maternités dont deux de niveau 2A et une de niveau 2B. Aussi, afin de promouvoir une organisation plus graduée, il convient de faire évoluer la maternité du centre hospitalier de Bar-le-Duc, actuellement de niveau 2A, en maternité de niveau 1.~~

Des évolutions de maternité en centre périnatal de proximité pourront le cas échéant être envisagées au-delà des évolutions indiquées, lorsque la structure autorisée n'est plus en capacité de fonctionner dans les conditions techniques définies par le code de la santé publique, ou lorsque l'activité est inférieure à 300 accouchements par an durant les trois dernières années.

/// Psychiatrie

Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en psychiatrie et en santé mentale » (page 66)

La prise en charge en santé mentale est trop souvent appréhendée uniquement sous l'angle de la prise en charge psychiatrique et hospitalo-centrée. Même si le domaine sanitaire de la psychiatrie occupe une place importante, il doit être élargi aux notions de bien être mental, de la prévention de la souffrance psychique et de la santé mentale « positive ». Il est nécessaire d'éviter les hospitalisations inadéquates faute de structure médicosociale ou de projet d'insertion et de réhabilitation psychosociale adaptés.

La région Grand Est présente un taux d'équipement en lits et places de psychiatrie inférieur à la moyenne nationale avec des disparités territoriales. Ainsi, les départements de la Meuse et de la Haute-Marne présentent un taux d'équipement global nettement supérieur, alors que celui de Meurthe-et-Moselle dispose de moins d'un lit ou place pour 100 000 habitants. L'offre sanitaire privée est, par contre, peu présente dans la région.

Pour autant, le nombre d'implantations apparait globalement suffisant dans la région Grand Est dans la plupart des zones d'implantation. C'est pourquoi, le PRS présente peu d'évolutions dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins en psychiatrie à l'exception des évolutions suivantes :

- Le développement des capacités des centres de crise ;
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète dans la zone d'implantation n°2 « Champagne » ;
- Le développement d'une offre de soins complémentaire dans la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace Sud Moselle » ;
- Le développement d'une offre complémentaire dans la zone d'implantation n°12 « Haute Alsace ».

Le développement des centres de crise

Les évolutions prévues de l'offre en psychiatrie concernent le renforcement de la capacité d'accueil dans le cadre de centres de crise qui n'existent pas dans les zones de recours « A - Ouest » et la zone de recours « C - Est ». Au regard de l'intérêt de ces unités pour la prise en charge de l'urgence (hors soins sans consentement), il a été choisi de renforcer le maillage territorial et de prévoir de nouvelles implantations qui seront, en particulier pour les centres de crise, installées de préférence à proximité immédiate d'un service d'urgences.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète dans la zone d'implantation n°2 « Champagne »

Les évolutions prévues concernent notamment des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile.

Un besoin exceptionnel en hôpital de jour en psychiatre adulte a été reconnu en fin d'année 2017 dans la zone d'implantation n°2 « Champagne ». Il correspond à une adaptation au plus près des besoins des patients et de l'évolution des types de prise en charge. La reconnaissance d'une nouvelle

implantation, en plus de celle reconnue dans ce cadre, permet, en augmentant les sites de prise en charge, de moduler les approches thérapeutiques et les types de patientèles, dont la cohabitation n'est parfois pas souhaitable.

Plus généralement, il apparait nécessaire de développer les prises en charge ambulatoires pour des soins de santé mentale pour des publics spécifiques.

Le développement d'une offre de soins complémentaire dans la zone d'implantation n°31 « Aube-Sézannais »

Une offre de soins complémentaire à celle existante pour la zone d'implantation n°3 « Aube-Sézannais » est envisagée concernant la psychiatrie adulte et infanto-juvénile en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Il s'agit d'assurer également un accès à une pluralité d'offreurs de soins, en particulier en termes de statut, ainsi que plusieurs rapports nationaux le préconisent[40].

Sur ce territoire, l'offre de psychiatrie est portée par

- L'Établissement public de santé mentale de l'Aube (EPSMA), seul établissement spécialisé du territoire ;
- Une offre libérale reposant sur quatre praticiens qui ne peuvent pas couvrir à eux-seuls les besoins de ville ;

Cette offre est aujourd'hui insuffisante pour répondre aux enjeux pour le territoire :

- Une personne sur 5 aura une maladie psychiatrique au cours de sa vie ;
- Une personne sur 10 sera confrontée à des troubles mentaux au cours de la vie ;
- La schizophrénie touche 2% des adultes ;
- La dépression touche 8% des adultes ;
- La bipolarité touche 5% des adultes avec un risque de suicide élevé ;
- Les troubles anxieux touchent une femme sur cinq et un homme sur 10 au cours de sa vie, avec un risque d'addiction à l'alcool et aux psychotropes

Or, la population de l'Aube augmente de 0,4% par an et sera en 2030 de 323 000 habitants versus 310 000 en 2020. 30% de la population est âgée de moins de 25 ans et 28% de plus de 65 ans. Il convient donc de :

- Organiser la réponse territoriale graduée de l'offre de soins intégrée dans le projet territorial en santé mentale ;
- Développer une diversification globale de l'offre pour permettre une prise en charge des troubles de l'humeur, de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans, de la gérontopsychiatrie ;
- Réduire les inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins en psychiatrie qu'elle soit publique ou privée ;
- Renforcer l'attractivité médicale en psychiatrie en autorisant la pratique professionnelle mixte public-privé ;
- Conforter la permanence des soins et l'organisation des urgences en santé mentale.

[40] Rapport d'information du 15 février 2017 de Denys Robillard et Denis Jacquat en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Rapport de novembre 2017 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif à l'organisation et au fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960

Le développement d'une offre de soins complémentaire dans la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace Sud Moselle »

La possibilité d'une offre de soins complémentaire à celle existante pour la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace Sud Moselle » est envisagée concernant la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Il s'agit d'assurer également un accès à une pluralité d'offreurs de soins, en particulier en termes de statut, ainsi que plusieurs rapports nationaux le préconisent[41].

Plus spécifiquement sur l'analyse des besoins, on note en termes de capacités d'accueil, un taux d'équipement en lits et places dans le Bas-Rhin souvent inférieur au taux national :

- En psychiatrie générale : 1,2 lits et places pour 1000 habitants de plus de 16 ans (versus 1,5 en moyenne nationale) ;
- En psychiatrie infanto-juvénile : 0,1 lit pour 1000 enfants de plus de 16 ans (versus 0,2 en moyenne nationale). Le taux d'équipement est plus favorable lorsqu'il est appréhendé dans sa globalité (lits et places), ce qui traduit une très bonne capacité de prise en charge en hôpital de jour, mais un déficit pour les hospitalisations à temps complet.

Une étude de territoire de l'Eurométropole de Strasbourg montre notamment un développement de l'activité ambulatoire de +33 % entre 2008 et 2014 avec cependant un taux de recours standardisé de 274 actes/100 000 habitants inférieur à la moyenne nationale de 313 actes/100 000 habitants.

Le diagnostic territorial partagé en santé mentale du Bas-Rhin fait ressortir trois problématiques.

- Des ruptures dans la prise en charge des enfants-adolescents et jeunes adultes ;
- La nécessité de renforcer l'offre de gérontopsychiatrie ;
- Un manque de lits d'hospitalisation ou des hospitalisations inadéquates.

Ainsi, une nouvelle offre sur le territoire de l'Eurométropole est envisagée. Celle-ci devra correspondre à un projet concerté avec tous les acteurs présents sur ce territoire dans le sens d'une réelle complémentarité. Le futur promoteur devra être partie prenante du projet territorial de santé mentale défini aux articles R. 3224-1 et suivants du code de la santé publique.

Au regard des besoins du territoire, l'offre complémentaire pourrait légitimement se développer sur ~~trois~~ quatre axes :

- La gérontopsychiatrie

En gérontopsychiatrie, une nouvelle offre en hospitalisation complète et de jour pourrait renforcer l'offre de soins pour ces patients, en donnant aux usagers la possibilité du libre choix entre établissements de statuts différents. Plus spécifiquement, un hôpital de jour, centré sur l'adaptation et la transition pour des personnes âgées orientées vers un EHPAD et présentant a priori ou a posteriori des problématiques psychologiques avec un risque de dépression et de passage à l'acte suicidaire, apporterait une offre complémentaire pertinente pour ce territoire.

Deux implantations complémentaires en psychiatrie générale, une en hospitalisation complète et une hospitalisation de jour sont prévues à cette fin.

- La filière adolescents-jeunes adultes

Dans le cadre de la filière adolescents-jeunes adultes, les trois établissements autorisés en psychiatrie de ce territoire ont développé une activité de psychiatrie pour les adolescents, mais parfois insuffisante qualitativement ou quantitativement, notamment en hospitalisation complète. Des lits d'hospitalisation complète de crise sont ainsi nécessaires, afin de couvrir les besoins de ce public. Enfin, l'offre, telle qu'elle est proposée aujourd'hui, ne permet pas non plus le libre choix du patient entre structures de

[41] Rapport d'information du 15 février 2017 de Denys Robillard et Denis Jacquat en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Rapport de novembre 2017 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif à l'organisation et au fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960

différents statuts. Il s'agit donc à la fois de proposer une offre complémentaire à celle existante et de proposer un libre choix du patient entre des structures de statut différent.

Plusieurs implantations complémentaires sont identifiées pour renforcer cette offre et éviter les ruptures dans les prises en charge :

- En pédopsychiatrie : deux implantations d'hospitalisation complète et un hôpital de jour
- En psychiatrie générale, limitée aux 16-25 ans, une implantation d'hospitalisation complète et une en hôpital de jour

▶ La psychiatrie générale

En psychiatrie générale, il est souhaitable de garantir le libre choix du patient par la pluralité des statuts des établissements d'accueil, notamment pour les prises en charge des troubles de l'humeur, qui sont le 2e diagnostic principal le plus fréquent au sein des établissements de l'Eurométropole.

Deux implantations complémentaires en psychiatrie générale, une en hospitalisation complète et une hospitalisation de jour sont prévues à cette fin.

▶ La prise en charge des professionnels de santé

L'amélioration de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques psycho-sociaux est un objectif du programme « Ressources humaines en santé » du PRS (objectif 8). Cet objectif vise à adapter les formations universitaires en favorisant les liens entre l'université, les établissements de santé mentale et les institutions médico-sociales.

Il vise également à trouver des réponses adaptées à la souffrance des professionnels de santé en développant notamment des structures de soins spécifiques aux professionnels de santé.

L'étude de l'INVS de 2015 a constaté que le taux de prévalence de la souffrance psychique au travail (3,1% chez les femmes, 1,4% chez les hommes en 2012) a augmenté sur la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique, contrairement au secteur d'activité.

Dans ce cadre, il convient de promouvoir un maillage régional avec des Unités de soins pour les professionnels de santé (USPS) en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour accueillant des personnes présentant des problématiques psychopathologiques liées à la souffrance au travail tant pour la population générale que pour des groupes professionnels spécifiques (soignants, militaires, etc).. Des implantations ont d'ores-et-déjà été autorisées en territoires champardennais et lorrain. Cette offre doit également pouvoir être proposée pour le territoire alsacien et en particulier dans la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace – Sud Moselle », siège du CHU.

Elle doit s'inscrire dans les implantations précédemment identifiées.

Le développement d'un offre de soins complémentaire dans la zone d'implantation n°12 « Haute Alsace »

Les parcours des enfants et des adolescents et de la prise en charge des personnes en psychiatrie et santé mentale prévoient « d'améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte ».

Dans ce cadre, il conviendra notamment de faciliter l'accès précoce à la prise en charge et à l'évaluation des adolescents en souffrance. Afin de gérer les situations de crise en évitant les ruptures de parcours et offrir un accompagnement global pluri professionnel de ce public, il est nécessaire de compléter l'offre de la zone d'implantation n°12 « Haute Alsace » par une structure de soins. Ainsi, une implantation supplémentaire d'hôpital de jour de psychiatrie infanto juvénile adapté à la tranche d'âge allant de l'adolescence à l'âge adulte est créée dans cette zone.

/// Soins de suite et de réadaptation (SSR)

En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire par une meilleure gradation des prises en charge en médecine, soins de suite et de réadaptation et en renforçant le recours à l'hospitalisation à domicile » (page 151)

Globalement, le taux d'équipement en SSR est plus faible en région Grand Est qu'au niveau national (1,63 lit pour 1000 habitant contre 1,80 au niveau national). Seuls trois départements atteignent ou dépassent le niveau national : Vosges, Haut-Rhin et Meurthe-et-Moselle.

Le taux d'équipement en hôpital de jour (HDJ) est au-dessus du taux national (0,21 places pour 1000 habitants contre 0,18 au niveau national) et le taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète est en dessous du taux national (1,41 lit pour 1000 habitants contre 1,63 au niveau national).

Le taux de recours en hospitalisation complète en 2016 est inférieur à celui du niveau national de près de 10% (466 journées pour 1000 habitants contre 520). Seulement deux zones d'implantation présentent un taux de recours supérieur : zone d'implantation n°7 « Sud Lorraine » et zone d'implantation n°8 « Vosges ».

Concernant l'hospitalisation partielle, le taux de recours en région Grand Est est supérieur au niveau national de 18% (68 journées pour 1000 habitants contre 57). Pour les séances, le taux de recours en région Grand Est est très supérieur au niveau national (9 séances pour 1000 habitants contre 2 au niveau national).

À partir de 2017, le mode de financement du SSR évolue, avec une part liée à l'activité. Le modèle n'est pas encore stabilisé, les éventuelles conséquences sur les niveaux d'activité des structures seront à évaluer.

SSR polyvalents

Le taux d'équipement est plus élevé que le niveau national (0,87 lits et places pour 1000 habitants contre 0,77 pour le national).

Concernant les taux de recours aux SSR polyvalents en hospitalisation complète, il est supérieur de 13% par rapport à la moyenne nationale (246 journées pour 1000 habitants contre 205 au niveau national). Pour l'hospitalisation partielle, le taux de recours régional présente un niveau très supérieur au niveau national (13 journées pour 1000 habitants contre 5 au niveau national).

Au regard de ces constats, les principes d'organisation suivants sont retenus pour les SSR polyvalents :

- Il n'est pas envisagé d'implantations complémentaires au regard des taux d'équipement ;
- Pour les unités SSR polyvalentes dont le capacitaire est inférieur aux recommandations de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ou du COPERMO[42], de même qu'en médecine, il est nécessaire de préciser la place de cette offre de soins, son articulation avec les autres services et le cas échéant d'envisager des réorganisations.

SSR spécialisés

Le taux d'équipement est inférieur au niveau national**,** 0,76 lits et places pour 1000 habitants contre 1,03 pour le niveau national. Le maillage de l'offre SSR spécialisés est hétérogène selon les mentions spécialisées et les zones d'implantation. Les taux de recours en hospitalisation complète pour les mentions spécialisées sont tous inférieurs à la moyenne nationale. Pour ce qui est des taux de recours en hospitalisation partielle, cinq mentions présentent un taux de recours supérieur à la moyenne nationale (appareil locomoteur ; système nerveux ; système digestif, métabolique et endocrinien ; brûlés et personnes âgées poly-pathologiques) et quatre mentions présentent un taux inférieur.

Au regard de ces constats, les principes d'organisation suivants sont retenus pour les SSR spécialisés :

- Il est prévu au moins une implantation par zone d'implantation du niveau de soins de référence pour la mention « Affection de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance » ;

[42] Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

- Pour la mention « Affections cardio-vasculaires », le maillage peut être renforcé, notamment en hôpital de jour. Pour la zone d'implantation n°6 « Lorraine Nord », du fait d'un taux de fuite de 57% des patients prise en charge, il est envisagé une implantation supplémentaire pour cette zone ;
- Pour la mention enfants/adolescents, un renforcement du maillage notamment pour l'hôpital de jour est envisagé. Une étude précisera les besoins complémentaires pour les principales pathologies prévalentes ;
- Il est prévu au moins une implantation par zone de recours pour la mention oncohématologie ;
- Pour la mention respiratoire, renforcement de l'offre de soins dans les zones de recours « B - Centre » et « C - Est » ;
- Pour les autres mentions, le maillage territorial est considéré comme suffisant.

Le cas échéant, dans le cadre de réflexion concernant les soins hospitaliers en proximité, des mentions complémentaires, notamment de SSR polyvalents et de SSR mention « Affection de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance » peuvent être envisagées pour organiser la prise en charge des patients au plus près de leur lieu de vie, notamment pour la mention personnes âgées poly-pathologiques. C'est le cas pour la zone d'implantation n°12 « Haute Alsace ».

/// Soins de longue durée

En lien avec « Préserver l'autonomie des personnes âgées » (page 121)

Les implantations actuelles sont reconduites dans l'attente des coupes PATHOS qui sont à réaliser et dont le résultat permettra la définition d'une politique régionale.

/// Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

En lien avec « Améliorer le parcours de santé des patients atteints d'une maladie cardio-neuro-vasculaire » (page 96)

Les activités de cardiologie interventionnelle sont de 3 types, chacun étant soumis à autorisation. Il s'agit d'une activité soumise à seuils.

Dans le cadre de la mise en œuvre des autorisations, au regard des enjeux de démographie médicale des cardiologues dans la région, il est nécessaire de promouvoir des centres de cardiologie interventionnelle assurant au patient, sur une même unité de lieu, dans des conditions de qualité et de sécurité, les différents types d'activité de cardiologie interventionnelle, et a fortiori les types 1 et 3. De tels centres offrent également des conditions de fonctionnement et un panel d'activités attractifs pour les professionnels.

Type 1 : Rythmologie interventionnelle

La rythmologie interventionnelle représente essentiellement des activités programmées. Une augmentation du volume d'activité est prévue, liée au vieillissement de la population (augmentation de l'activité d'ablation de fibrillations auriculaires et augmentation du nombre d'indications de pose de stimulateurs de resynchronisation dans certains types d'insuffisance cardiaque).

~~Le vieillissement de la population est en effet un facteur de risque des troubles du rythme, plus marqué pour la population (taux de variation des plus de 85 ans de 1,66% entre 2018 et 2027, *source Insee*). De plus, l'augmentation des maladies chroniques, associée à un élargissement des indications de rythmologie interventionnelle encore à venir vont dans le sens d'une croissance de l'activité.~~

~~Pour la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace – Sud Moselle », il a été observé une forte progression de l'activité entre 2012 et 2016 : avec un doublement de l'activité soumise à seuil. Elle continue à progresser en 2017 avec + 6 points par rapport à 2016. Sur la base de ce constat, un besoin exceptionnel a été reconnu en fin d'année 2017 pour cette zone d'implantation.~~

De même, Il est observé dans la zone d'implantation n°7 « Sud Lorraine », des délais d'accès pour une ablation de fibrillation atriale allant de 3 à 6 mois, qui doivent être réduits. Dans ce contexte, une implantation supplémentaire est identifiée.

Pour les autres zones d'implantation, le nombre d'implantations est adéquat.

Une attention particulière sera portée aux établissements en limite inférieure de seuil.

Type 2 : Cardiopathies congénitales

La région Grand Est compte 4 implantations pour cette activité.

L'activité de type 2 pourrait connaitre une progression en raison d'une prévision à la hausse du nombre d'adultes porteurs d'une cardiopathie congénitale « vieillie » avec rupture de suivi à partir de l'adolescence. Parmi celles-ci, certaines sont susceptibles de se compliquer d'AVC par embolisation et nécessitent un geste curatif par cathétérisme.

Par ailleurs, la progression des techniques non-invasives telles que l'IRM cardiaque n'infléchirait que partiellement le volume d'activité étant donnée la persistance d'indications incompressibles (nécessité absolue d'obtention de données hémodynamiques).

Cependant, compte tenu d'un maillage cohérent du territoire (une implantation au moins par zone de recours), l'organisation de l'offre et les implantations actuelles sont considérées adéquates et suffisantes.

Type 3 : Angioplastie coronarienne

L'activité est en constante augmentation, liée en particulier au vieillissement de la population. Les implantations actuelles~~, en tenant compte du besoin exceptionnel reconnu fin 2017~~, permettent de répondre aux besoins de la population.

~~Un besoin exceptionnel a été reconnu en fin d'année 2017 pour l'ancien territoire de santé n°2 alsacien (Eurométropole de Strasbourg) désormais inclus dans la zone d'implantation n°10 « Basse-Alsace-Sud Moselle ». Il concerne les activités de type 1 et de type 3. Cette implantation supplémentaire est justifiée par une forte progression de ces activités dans cette zone et des facteurs épidémiologiques défavorables en termes de pathologies cardiovasculaires. En effet, si la population du territoire de l'Eurométropole est en moyenne plus jeune que celles de l'Alsace et de la France métropolitaine, les projections démographiques de l'Insee prévoient un vieillissement important d'ici 2030 avec :~~

- ~~Un triplement de la population de plus de 75 ans ;~~
- ~~Une hausse de 47% du nombre des personnes âgées dépendantes.~~

~~Le tableau ci-après présente l'évolution de la population entre 2017 et 2027 dans la zone d'implantation n°10 par classes d'âge *(source INSEE)*. Elles mettent en évidence une augmentation de la population au cours de cette période particulièrement importante pour les personnes de plus de 61 ans, les plus susceptibles d'être concernées par un acte de cardiologie interventionnelle de type 3.~~

~~Nombre d'habitants de la ZI n°10~~	~~2017~~	~~2022~~	~~2027~~	~~Évolution 2022/2017~~	~~Évolution 2027/2022~~	~~Évolution 2027/2017~~
~~TOTAL~~	~~1 073 296~~	~~1 093 868~~	~~1 111 451~~	~~1,9%~~	~~1,6%~~	~~3,6%~~
~~< 18 ans~~	~~221 348~~	~~221 769~~	~~221 023~~	~~0,2%~~	~~-0,3%~~	~~-0,1%~~
~~16-60 ans~~	~~612 339~~	~~606 008~~	~~598 928~~	~~-1,0%~~	~~-1,2%~~	~~-2,2%~~
~~61-75 ans~~	~~157 314~~	~~180 300~~	~~188 521~~	~~14,6%~~	~~4,6%~~	~~19,8%~~
~~76-90 ans~~	~~74 381~~	~~75 894~~	~~91 680~~	~~2,0%~~	~~20,8%~~	~~23,3%~~
~~> 90 ans~~	~~7 914~~	~~9 897~~	~~11 299~~	~~25,1%~~	~~14,2%~~	~~42,8%~~

~~Les indicateurs de santé apparaissent globalement défavorables malgré un taux de mortalité prématurée (décès avant 60 ans) dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin inférieur au taux national *(données Insee)* :~~

- ~~Les principales causes de décès sont les cancers et les maladies cardio et neurovasculaires qui expliquent plus de 53% de décès annuels. Ces pathologies resteront les principales causes de décès dans les 20 prochaines années.~~
- ~~L'augmentation de la prévalence et de l'incidence des maladies chroniques dont le diabète : au 31 décembre 2014, près de 1 137 000 habitants du Grand Est étaient en affection longue durée, soit, un taux standardisé sur l'âge de près de 20 000 pour 100 000 habitants (taux supérieur de 2% à la valeur nationale). Ce taux standardisé est plus élevé dans le Bas-Rhin (23 133) ; 200 000 diabétiques en Alsace soit 10% de la population en 2016, 3e région la plus touchée de France *(Source CEED[43])*.~~

~~En parallèle, il est constaté une augmentation de l'activité dans le territoire de l'Eurométropole de Strasbourg pour les activités de type 3 (cardiopathies de l'adulte) de +39% entre 2013 et 2017.~~

~~De même~~,Cependant, dans le cadre de la réflexion relative au projet de performance du GHT « Nord Ardennes », au regard des fuites vers la Belgique ou vers les établissements autorisés de Marne, il est apparu pertinent de mettre en place une telle activité. La mise en œuvre est conditionnée à une étude plus précise en termes de faisabilité, notamment de recrutements de personnels médicaux.

Pour les autres zones d'implantation de référence, compte tenu d'un maillage cohérent du territoire (une implantation au moins par zone), l'organisation de l'offre et les implantations actuelles sont considérées adéquates et suffisantes.

/// Médecine d'urgence

En lien avec l'Axe stratégique n°2 : Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité (page 35)

Il est constaté :

- Quasiment un doublement du nombre de passages dans les services d'urgences (SU) entre 1996 et 2014 (de 10,1 à 19,7 millions de passages / an, + 95% de passages) alors que la population de la France n'a augmenté que de 11% ;
- 75% des passages dans les SU ont lieu entre 8h et 20h (source DREES 2013), donc aux heures d'ouverture des cabinets libéraux.

Cependant, les services hospitaliers autorisés à assurer la médecine d'urgence sont de plus en plus confrontés à des tensions majeures en termes de démographie médicale et des évolutions en centre de soins non programmés se sont imposées ces dernières années.

Pour autant, sauf situations particulières *(cf. infra)*, les implantations actuelles sont maintenues eu égard à la forte demande qui s'adresse aux établissements sanitaires. Il devient par contre nécessaire de promouvoir de nouveaux modèles d'organisation des soins urgents.

Les évolutions projetées des objectifs quantifiés de l'offre de soins concernent des projets de regroupement ou de restructuration déjà initiés ou des régularisations :

- Zone d'implantation n°4 « 21-52 » : une réflexion est en cours de mutualisation du SAMU au sein du GHT 21/52, ce qui aboutirait à supprimer une implantation ;
- Zones d'implantation n°11 « Centre Alsace » et n°12 « Haute Alsace » : des opérations de regroupement ont eu lieu ou sont en cours, réduisant le nombre d'implantations (CH de Colmar et GHRMSA) ;
- Zone d'implantation n°12 « Haute Alsace » : un service SOS Mains, actuellement autorisé comme service d'urgences, ne répond pas aux préconisations réglementaires exigeant qu'un tel service doit proposer une prise en charge polyvalente et non une prise en charge spécialisée. Un délai est laissé à l'établissement concerné pour régulariser sa situation.

43 CEED : Centre d'Étude Européen du Diabète

/// Réanimation

En lien avec « Conforter les services de réanimation et de surveillance continue pour garantir une organisation efficiente des parcours de soins » (page 170)

Le maillage territorial de l'offre de soins en réanimation adulte fait apparaitre un gradient Est-Ouest qui est conforme aux densités de population observées. La région Grand Est est la seconde région de France en termes de taux d'équipement après la région Ile-de-France. Au regard de ces éléments, aucune implantation supplémentaire n'est prévue.

Si aucune disposition du code de la santé publique ne précise le nombre de praticiens à affecter à une réanimation, la taille de l'équipe doit être fonction de la charge en soins (taille de la réanimation, nombre et type de patients pris en charge) et permettre l'organisation d'une permanence sur place de manière soutenable à long terme pour les praticiens y concourant, compte tenu de la réglementation sur le temps de travail médical.

Par conséquent, si aucune réduction du nombre du nombre d'implantations n'est à ce stade envisagée, l'Agence suivra avec la plus grande vigilance les conditions de fonctionnement des services dont la fragilité a pu être identifiée. Si le maintien d'une implantation devait devenir impossible compte tenu des contraintes de fonctionnement, la possibilité de déposer une autorisation par un autre promoteur de la zone d'implantation concernée ne serait pas forcément offerte, compte tenu du taux d'équipement régional, et dès lors que :

- Une réanimation adulte est toujours présente dans la zone d'implantation concernée, à l'exception de la zone d'implantation n°4 « 21-52 » pour laquelle l'offre de réanimation est située dans la région de Bourgogne-Franche-Comté ;
- Une réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée est toujours présente dans la zone de recours concernée.

/// Traitement de l'insuffisance rénale chronique

En lien avec le parcours « Permettre aux patients de mieux vivre avec leurs maladies chroniques » (page 77)

Selon les données 2014 du registre REIN, les trois territoires d'Alsace, de Lorraine et de Champagne-Ardenne présentaient un taux d'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) supérieur au taux de la France métropolitaine.

La Meurthe-et-Moselle et le Bas-Rhin présentent en 2014 des taux de prévalence de l'IRCT significativement supérieurs au taux métropolitain.

Enfin, la répartition des patients prévalents traités pour IRCT n'a pas évolué entre 2010 et 2014, avec 55% des patients dialysés (11% par dialyse péritonéale et 89% par hémodialyse) et 45% de patients greffés.

Dans ce contexte, l'offre de soins doit être soutenue voire développée au sein de la région Grand Est :

- Développement de l'autodialyse à domicile : une implantation supplémentaire est prévue dans les zones d'implantation n°5 « Cœur Grand Est », n°11 « Centre Alsace » et n°12 « Haute Alsace » ;
- Renforcement de l'offre de dialyse à domicile dans les zones d'implantation n°2 « Champagne » et n°11 « Centre Alsace » ;
- Identification d'une implantation pour un centre de dialyse supplémentaire dans la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace Sud Moselle ».

Pour la dialyse à domicile, plusieurs implantations sont autorisées actuellement et dont la gestion est confiée généralement à une seule association compétente pour un territoire important, souvent les territoires des anciennes régions. À moyen terme, il semble opportun de réfléchir à un regroupement des autorisations au profit d'un seul promoteur qui organise son activité sous forme d'antennes compétentes pour un territoire défini. La réflexion sera engagée dans le cadre des procédures de renouvellement des autorisations pour les implantations actuellement en activité.

/// Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal

En lien avec le parcours « Améliorer le parcours de santé en périnatalité » (page 164)

L'offre en termes d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de diagnostic prénatal (DPN) est apparue globalement suffisante au regard des besoins de la population. Quelques évolutions ont été retenues afin d'améliorer l'accès à cette offre de soins et optimiser le don :

- Dans la zone d'implantation n°7 « Sud Lorraine », s'agissant d'un territoire où se trouve situé un établissement de recours, il manquait deux implantations d'AMP pour que l'offre soit complète : une pour la préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don et une pour le prélèvement d'ovocytes en vue d'un don. Les implantations pour la génétique moléculaire (DPN) sont par contre revues à la baisse pour tenir compte d'un promoteur qui a cessé son activité, sans que cela n'ait de conséquence sur l'accès à ces examens.
- Dans la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace Sud Moselle », eu égard aux délais d'accès à la procréation médicale assistée, il a été retenu d'ouvrir les implantations complémentaires permettant la mise en place d'un second centre clinico-biologique ; cela concerne les implantations relatives aux activités de fécondation in vitro, de conservation des embryons, de prélèvements des ovocytes en vue d'une AMP et de transfert des embryons en vue de leur implantation.
- Dans la zone d'implantation n°12 « Haute Alsace », afin de promouvoir le don du sperme dans la partie Est de la région, qui ne compte qu'une implantation, une implantation supplémentaire pour le recueil, la préparation, la conservation et la mise à disposition du sperme en vue d'un don est ouverte.

Une modification plus importante est par contre nécessaire pour permettre le développement de l'activité de diagnostic prénatal non invasif (DPNI). Suite à la publication des recommandations de la Haute autorité de santé, dans ce domaine, les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel ont été inscrits dans le code de la santé publique par le décret n°2017-808 du 5 mai 2017 et a conduit à la modification de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique (CSP) en insérant une nouvelle catégorie d'examens soumis à une autorisation préalable (Article R.6122-25 du CSP).

Le pourcentage des femmes enceintes dans le Grand Est qui pourrait bénéficier de ce type d'examens de DPNI oscille entre 10 et 12%, soit pour 58 000 naissances en 2016 environ 7 000 analyses par an, auxquelles il faut ajouter les demandes dites « de convenance » dont le nombre est non négligeable. Ces examens pourront, à terme, être indiqués pour toutes les femmes enceintes. Cependant dans un premier temps, en raison du caractère très contraignant sur les compétences nécessaires et en raison des équipements (séquenceur à haut débit) très coûteux (investissement d'environ 600 000 euros), le recours à cette technique est organisé dans le cadre des zones de recours et les implantations prévues ont été pressenties en fonction des promoteurs qui ont commencé à organiser cette activité.

Au-delà des implantations d'examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel, une implantation complémentaire est prévue pour les analyses de biochimie y compris celles portant sur les marqueurs sériques maternels (zone d'implantation n°2 « Champagne »), car ces analyses sont nécessaires dans le cadre du DPNI.

/// Traitement du cancer

En lien avec le parcours « Améliorer le parcours de santé des personnes atteintes d'un cancer » (page 83)

Les seuils réglementaires qui s'appliquent à cette activité sont les suivants :

- 80 patients dont 50 au moins par an en chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour pour la chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer ;
- 30 interventions par an pour les pathologies mammaires, digestives, urologiques et thoraciques et 20 interventions par an pour les pathologies ORL/maxillo-faciales et pour la chirurgie des cancers ;
- 600 patients pour la radiothérapie externe.

À noter, en l'état actuel de la réglementation, les implantations sont polyvalentes et peuvent prendre en charge à la fois des adultes et des enfants. La spécificité d'une prise en charge pédiatrique ne fait ainsi

pas l'objet d'une autorisation ad hoc. Or, une implantation de radiothérapie était autorisée spécifiquement pour une activité pédiatrique. Cette implantation fera l'objet d'une régularisation dès parution du PRS 2018-2028.

La définition des implantations pour la chimiothérapie et la chirurgie carcinologique a été réalisée sur la base des implantations existantes et sur :

- L'analyse de l'activité réalisée par rapport aux seuils ;
- La population moyenne par implantation (comparaison de la moyenne pour chaque zone d'implantation à la moyenne régionale) ;
- L'activité moyenne régionale par implantation ;
- Pour la chimiothérapie en particulier, le bassin de population pertinent pour une implantation : de l'ordre de 200 000 habitants.

	Chimiothérapie		Chirurgie des cancers : interventions					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Urologie
Seuils	80*		30	20	20	30	30	30
Données PMSI 2016	26199	235556	5790	1777	2140	6479	2049	3646
Nombre d'implantations 2017	46		51	27	23	35	12	36
Activité moyenne/Implantation	570		5120	114	66	93	185	171
Population moyenne/implantation	120 704	108 870	205 644	241 408	158 640	462 699	154 233	

** dont 50 patients en chimiothérapie ambulatoire ou en hôpital de jour*

L'application de ces éléments a conduit à des propositions d'évolution du nombre d'implantations par zone d'implantation *(cf. tableaux des implantations du document des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS))*. Elles sont présentées en minimum (prise en compte des retraits d'autorisation liée à la non atteinte des seuils) et en maximum (situation actuelle). Elles intègrent par ailleurs les évolutions connues (regroupement d'activités connu).

/// Zone d'implantation n°1 « Nord Ardennes »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Urologie
Données PMSI 2016	619	3951	131	46	31	149		108
Nombre d'implantations 2017	2		2	1	1	1	0	2
Activité moyenne/Implantation	310	1976	66	46	31	149		54
Population moyenne/implantation	112 053		112 053	224 106	224106	224106		112 053

Deux implantations, une en chirurgie du cancer digestif et une en chirurgie du cancer urologique, n'atteignent pas les seuils d'activité (période 2014-2016).

Au regard du bassin de population et de l'activité, une implantation apparaît suffisante pour la chirurgie des cancers urologiques. Pour la chirurgie des cancers digestifs, une implantation apparaît suffisante au vu de l'activité même si le bassin de population pourrait justifier deux implantations.

/// Zone d'implantation n°2 « Champagne »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	4 378	38 628	896	304	521	1177	499	566
Nombre d'implantations 2017	6		6	4	4	5	2	4
Activité moyenne/Implantation	730	6438	149	76	130	235	250	142
Population moyenne/implantation	91 936		91 936	137 905	137 905	110 324	275 809	137 905

~~Trois implantations (chirurgie des cancers digestifs, du sein et ORL) n'atteignent pas les seuils d'activité (période 2014-2016).~~

~~Au regard du bassin de population, les implantations pour la chirurgie des cancers mammaires et ORL peuvent être réduites d'une implantation.~~

Selon les données d'activité pour la période 2014-2016, certaines implantations n'atteignent pas les seuils d'activité réglementaires. Cela concerne la chirurgie des cancers digestifs, du sein et ORL.

L'analyse des dossiers d'évaluation pour le renouvellement des autorisations réalisé en 2018 a confirmé ce constat et a mis en évidence la fragilité de certaines implantations pour d'autres spécialités. Aussi, au regard du bassin de population, des résultats de cette évaluation et des décisions sur les dossiers soumis à la CSOS suite à injonction, le nombre maximum d'implantation est fixé à 4 implantations pour les cancers du sein (soit -1 implantation) et digestifs (soit -2 implantations) et à 3 pour les cancers urologiques, gynécologiques et ORL (soit -1 implantation pour chacun d'eux).

/// Zone d'implantation n°3 « Aube et Sézannais »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	891	9 909	191	63	45	235	8	185
Nombre d'implantations 2017	1		3	3	1	3	1	3
Activité moyenne/Implantation	891	9 909	64	21	45	78	8	62
Population moyenne/implantation	332 951		110 983	110 983	332 951	110 983	332 951	110 983

Pour la chimiothérapie, l'activité est importante pour un seul centre autorisé. Un centre associé développe par ailleurs une activité importante : il a pris en charge 248 patients en 2016 dont 232 en ambulatoire, largement au-dessus des seuils rappelés précédemment.

Il est proposé d'en prévoir l'autorisation comme centre à part entière, s'il en remplit les conditions.

Plusieurs implantations apparaissent fragiles :

- Gynécologie : deux implantations n'atteignent pas les seuils,
- Sein : 1 implantation n'atteint pas les seuils et 1 est en baisse et n'atteint pas le seuil en 2016,
- Thorax : l'implantation n'atteint pas les seuils,
- Urologie : 2 implantations n'atteignent pas les seuils sur 1 des 3 années de la période de référence.

Au regard de l'activité et du bassin de population, ~~possibilité de 1 à~~ fixation à 2 implantations pour la chirurgie des cancers gynécologiques, à 2 pour les cancers du sein et à 0 pour les cancers thoraciques.

/// Zone d'implantation n°4 « 21-52 »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	273	2 290	35	8		6		7
Nombre d'implantations 2017	3		1	1	0	1	0	1
Activité moyenne/Implantation	91	763	35	8		6		7
Population moyenne/implantation	44 221		132 664	132 664		132 664		132 664

Aucune des implantations autorisées n'atteint les seuils d'activité réglementaires sur l'ensemble de la période de référence. Au regard du bassin de population, de l'activité et de la population moyenne par implantation : les implantations de chirurgie carcinologique ne sont pas maintenues en cible minimale, sauf pour la chirurgie des cancers digestifs au vu de l'activité réalisée dans cette zone et du bassin de population. La prise en charge des patients atteints de cancer doit s'intégrer dans une filière de soins organisée notamment dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

/// Zone d'implantation n°5 « Cœur Grand Est »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	750	6356	162	49	32	195	7	93
Nombre d'implantations 2017	4		4	2	2	3	0	3
Activité moyenne/Implantation	186	1589	41	25	16	65		31
Population moyenne/implantation	71130		71130	142260	142260	94840		94840

~~Plusieurs implantations apparaissent fragiles : en chirurgie digestive, gynécologique et urologique, une implantation dans chacune de ces spécialités n'atteint par les seuils ; elles sont deux pour les cancers ORL.~~

~~Au regard du bassin de population, de l'activité, de la population moyenne par implantation et des perspectives d'évolution des organisations, passage de 4 à 3 implantations pour la chirurgie des cancers digestifs, de 2 à 1 pour les cancers ORL, de 2 à 1 pour les cancers gynécologiques et de 3 à 2 pour les cancers urologiques~~.

L'activité réalisée au cours de la période 2014-2016 met en évidence la fragilité de certaines implantations qui n'atteignent pas les seuils réglementaires pour la chirurgie carcinologique ; cela concerne les cancers digestifs, gynécologiques, urologiques et du sein.

L'analyse des dossiers d'évaluation pour le renouvellement des autorisations de traitement du cancer réalisé en 2018 a confirmé ce constat et plusieurs autorisations n'ont pas été renouvelées. Aussi, au regard du bassin de population et des perspectives d'évolution des autorisations, les implantations maximales pour la chirurgie des cancers digestifs, urologiques, gynécologiques et ORL ont été réduites.

/// Zone d'implantation n°6 « Lorraine Nord »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	4085	40654	773	261	200	670	352	452
Nombre d'implantations 2017	7		6	3	4	5	2	5
Activité moyenne/Implantation	584	5808	129	87	50	134	176	90
Population moyenne/implantation	114553		133645	267291	200468	160375	400937	160375

Si une implantation sur les deux autorisées en chirurgie thoracique n'atteint pas le seuil d'activité, deux implantations sont maintenues au regard du bassin de population, de la population moyenne par implantation et de l'activité.

Au regard de l'évolution d'activité pour les cancers ORL et d'une implantation présentant une activité relativement faible et limite par rapport aux seuils réglementaires, il pourrait être envisagé de réduire le nombre d'implantations de 1.

Pour la chimiothérapie, un site autorisé pour une activité inférieure aux seuils et une évolution des implantations de 7 à 6, avec la mise en place le cas échéant, d'un centre associé.

Le bilan du précédent PRS fait apparaitre une implantation disponible sur le territoire mosellan pour la chirurgie des cancers gynécologiques, il est proposé de la maintenir et de l'inscrire dans la zone d'organisation de l'offre n°6 « Lorraine Nord » plutôt que dans la zone n°9 « Moselle Est », au regard des perspectives de mise en œuvre. Néanmoins, les filières doivent être organisées entre ces deux territoires afin d'assurer une prise en charge graduée du patient.

Deux implantations de radiothérapie sont autorisées pour la zone d'implantation n°6 « Lorraine Nord » ; l'une de ces implantations présente des fragilités en termes de fonctionnement. Aussi, afin de prévenir le risque d'une rupture de prise en charge, une implantation supplémentaire est inscrite en valeur cible maximale pour pallier rapidement à cette éventualité.

/// Zone d'implantation n°7 « Sud Lorraine »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	4477	35160	921	275	520	1172	447	502
Nombre d'implantations 2017	5		7	4	3	4	2	5
Activité moyenne/Implantation	895	7032	132	69	173	293	224	100
Population moyenne/implantation	122 430		87 450	153 038	204 050	153 038	306 075	122 430

Une implantation n'atteint pas les seuils d'activité pour la chirurgie carcinologique digestive et celle du sein. Deux implantations en urologie sont dans la même situation.

Le CHRU de Nancy et l'Institut de cancérologie de Lorraine (ICL) ont développé une complémentarité dans le cadre de la prise en charge des cancers du sein permettant de regrouper sur un seul site cette activité. Ce qui explique la suppression d'une implantation.

Au regard du bassin de population, de la population moyenne par implantation et de l'activité, il est envisagé le passage de 7 à 5 implantations pour la chirurgie des cancers digestifs, de 5 à 4 pour les cancers urologiques et de 4 à 3 pour les cancers mammaires.

/// Zone d'implantation n°8 « Vosges »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	959	7126	239	42	27	187	16	108
Nombre d'implantations 2017	3		4	1	0	2	1	2
Activité moyenne/Implantation	320	2375	60	42		94	16	54
Population moyenne/implantation	125075		93806	375226		187613	375226	187613

Au regard du bassin de population et de la population moyenne régionale par implantation, les évolutions suivantes sont envisagées :

- De 3 à 4 implantations pour la chirurgie des cancers digestifs ;
- De 1 à 2 pour les cancers gynécologiques ;
- De 1 à 2 pour les cancers ORL ;
- De 1 à 0 pour les cancers thoraciques ;
- De 3 à 2 pour les cancers urologiques (une implantation n'atteint pas les seuils de plus).

/// Zone d'implantation n°9 « Moselle Est »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	579	5595	197	21	7	94		89
Nombre d'implantations 2017	3		3	0	1	1	0	2
Activité moyenne/Implantation	193	1865	66		7	94		45
Population moyenne/implantation	107 467		107 467		322 407	322407		161203

Une implantation de chimiothérapie et celle de chirurgie ORL n'atteint pas les seuils.

Le bassin de population légitimerait une implantation en gynécologie et en ORL :

- Afin de permettre une pluralité de l'offre en chirurgie des cancers gynécologiques, une implantation supplémentaire est envisagée sur la zone d'implantation n°9 « Moselle Est » ;
- En ORL, ~~néanmoins~~ au vu de l'activité réalisée précédemment, des perspectives de mise en place et de maintien de celle-ci, il est prévu d'organiser une filière de prise en charge pour les patients de cette zone vers une zone limitrophe.

/// Zone d'implantation n°10 « Basse Sud Alsace Moselle »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	5860	53965	1462	462	574	1742	568	864
Nombre d'implantations 2017	8		10	5	4	7	2	6
Activité moyenne/Implantation	733	6746	146	92	144	249	284	144
Population moyenne/implantation	130230		104185	208369	260461	148835	520923	173641

Une implantation de chimiothérapie n'atteint pas les seuils et la réduction du nombre d'implantation est envisagée pour cela.

Les cancers sont la première cause de mortalité dans la région Grand Est, responsables de plus de 13700 décès annuels et représentant 28% des causes de décès ; le taux comparatif de mortalité par cancer est supérieur à la moyenne nationale.

Or, selon les scénarios INSEE, la population des plus de 75 ans dans la zone d'implantation n°10, restant toutefois plus jeune que la France métropolitaine, triplera d'ici 2030.

Par ailleurs, les tumeurs malignes et les maladies cardio-vasculaires resteront les principales causes de décès dans les 20 prochaines, faisant de ces pathologies un enjeu majeur de santé publique.

Les activités de chirurgie des cancers urologiques et de chirurgie des cancers gynécologiques ont progressé respectivement de 6% et de 8% sur la période 2013-2017.

Ainsi, deux implantations supplémentaires, une pour la chirurgie des cancers urologiques et une pour la chirurgie des cancers gynécologiques, sont nécessaires compte tenu de l'évolution d'activité constatée et en anticipation de l'augmentation des besoins liés à l'état de santé de la population de ce territoire.

Au regard du bassin de population, il n'y a pas d'autres évolutions des implantations de chirurgie carcinologiques, même si une pour les cancers ORL et une pour les cancers du sein apparaissent fragiles (seuils non atteints sur une partie de la période de référence).

/// Zone d'implantation n°11 « Centre Alsace »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	1427	13518	352	101	104	363	67	298
Nombre d'implantations 2017	2		3	1	1	2	1	1
Activité moyenne/Implantation	714	6759	117	101	104	182	67	298
Population moyenne/implantation	204251		136167	408501	408501	204251	408501	408501

Les implantations présentent un niveau d'activité satisfaisant. Une évolution est prévue pour les cancers mammaires en lien avec le regroupement de deux implantations sur un site unique.

/// Zone d'implantation n°12 « Haute Alsace »

	Chimiothérapie		Nombre d'interventions pour chirurgie du cancer					
	Patients	Séances	Digestif	Gynéco	ORL/MF	Sein	Thorax	Uro
Données PMSI 2016	1901	18404	431	145	74	489	81	374
Nombre d'implantations 2017	3		3	2	2	2	1	2
Activité moyenne/Implantation	634	6135	144	73	37	245	81	187
Population moyenne/implantation	161012		161012	241518	241518	241518	483036	241518

L'annexe 1 de l'arrêté du 28 septembre 2016 relatif à la révision partielle du PRS 1 d'Alsace 2012-2017 fait état dans son volet « Prise en charge des patients atteints de cancer » de l'évolution du GCS des 3 Frontières vers un centre associé de chimiothérapie par voie de convention avec le GHRMSA et de la réduction du nombre d'implantations de chimiothérapie en l'absence de besoin supplémentaire identifié.

Une seconde implantation de chimiothérapie est également supprimée, en lien avec un regroupement sur un site unique de deux implantations.

Pour les autres implantations relatives à l'activité de traitement du cancer (radiothérapie externe, curiethérapie et utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées), les implantations actuelles sont suffisantes et répondent aux besoins de la population sans qu'il apparaisse nécessaire d'en identifier de supplémentaires.

L'activité de radiothérapie externe pédiatrique a été identifiée comme activité relevant d'un niveau de soins de recours ; une seule implantation est ainsi identifiée pour la région Grand Est, pour autant cette activité peut être réalisée par les autres centres autorisés.

/// Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

En lien avec « Les laboratoires de biologie médicale et de génétique » (page 299)

L'offre proposée par les laboratoires de biologie médicale en matière d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales répond pour une partie d'entre eux aux besoins de la population de la région Grand Est (cytogénétique / mutation des facteurs de la coagulation, mutation du gène de l'hémochromatose), et également aux besoins de patients issus de toute la France (pour l'offre des unités de génétique des CHU notamment).

Les résultats de ce type d'examen étant immuable pour le patient, leur réalisation bénéficie d'un encadrement réglementaire : le biologiste médical doit disposer d'un agrément personnel délivré pour 5 ans par l'agence de biomédecine (R. 1131-9 du CSP) et le laboratoire de biologie médicale d'une autorisation d'activité de soin délivrée par l'ARS pour 5 ans selon les implantations définies dans le PRS (R. 6122-25 du CSP).

Les examens de génétique somatique (exemple : la biologie de la tumeur) et les examens réalisés dans le cadre du don (notamment les examens HLA dans le cadre de la greffe) sont en dehors du champ de la loi de bioéthique. Ils ne nécessitent pas d'être réalisés dans le cadre d'un laboratoire de biologie médicale (LBM) disposant d'une autorisation d'activité de soins.

Actuellement 16 établissements disposent d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins dans ce champ. Les besoins des quatre zones d'implantation qui ne disposent pas d'une offre spécifique en la matière sont pris en charge par l'intermédiaire des sous-traitances mises en place et, selon l'examen prescrit, soit par l'offre régionale, soit par l'offre proposée par les LBM privés ou publics autorisés en France.

Les synthèses d'activité proposées par l'agence de la biomédecine sur l'offre des trois territoires alsacien, lorrains et champardennais montrent que pour chacune d'entre elle l'offre est relativement cohérente, tant pour la réalisation des examens de cytogénétique, que pour les examens de génétique moléculaire.

- Les LBM installés dans le territoire lorrain offrent 33 diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national. En 2014, la technique de NGS *(Next-Generation-Sequencing)* a été utilisée au moins une fois par 2 laboratoires de biologie médicale de Lorraine (80 laboratoires de biologie médicale au niveau national).
- Les LBM installés dans le territoire alsacien offrent 34 diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national.
- Les LBM installés dans le territoire champardennais offrent 10 diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national. En 2014, la technique de NGS a été utilisée au moins une fois par 1 laboratoire de Champagne-Ardenne.

Ainsi, l'offre générale ne va évoluer qu'à la marge, afin de s'adapter aux évolutions des LBM publics ou privés de la région. Ils devraient tendre vers une plus forte coopération, notamment au vu des possibles prochains appels à projet pour l'obtention d'une plateforme de séquençage très haut débit telle que définie par le plan France génomique 2025 et repris dans l'axe stratégique n°7 du schéma régional de santé 2018-2023.

/// LES IMPLANTATIONS DES ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

En lien avec « Renforcer le virage ambulatoire et la performance des plateaux techniques de chirurgie et d'imagerie » (page 157)

L'un des enjeux majeurs dans la construction de parcours de soins gradués, associant tous les professionnels, est la garantie de pouvoir réaliser le diagnostic le plus rapidement possible au plus près du patient. En ce sens, il est devenu indispensable de réfléchir à renforcer l'offre disponible. Ainsi, pour la plupart des équipements lourds utilisés à des fins de diagnostic, il est prévu de voir à la hausse le nombre d'équipements autorisés.

De même, afin de promouvoir le virage ambulatoire et les prises en charge les plus performantes, le nombre d'équipements doit être revu à la hausse pour permettre, le développement de l'activité interventionnelle moins invasive que l'acte chirurgical et de sécuriser ce dernier en développant les salles hybrides, dans lesquelles le chirurgien peut recourir pendant l'intervention à un examen de scanographie voire d'IRM.

Dans le cadre de l'organisation des soins en proximité, le maillage des équipements lourds, notamment pour le scanner et l'IRM, doit permettre de proposer un accès renforcé au plateau technique.

Enfin, les nouvelles implantations d'équipements matériels lourds, notamment pour les IRM et scanners, doivent permettre un maillage territorial et un fonctionnement garantissant l'organisation efficiente de la permanence des soins au sein de la zone d'implantation.

/// Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons

Au regard des éléments de réflexion généraux présentés en introduction, il est prévu de renforcer les implantations disponibles pour cet équipement. Si au moins une implantation supplémentaire de TEP-SCAN est prévue par zone d'implantation siège d'un centre de lutte contre le cancer et/ou d'un CHU, d'autres implantations sont prévues. Il s'agit notamment de renforcer les outils disponibles et l'accessibilité notamment géographique pour le diagnostic et le suivi de l'évolution du cancer. Des implantations pourront également bénéficier aux patients relevant de cardiologie.

Au-delà de ces implantations, une implantation complémentaire est également prévue dans la zone d'implantation n°7 « Sud Lorraine » afin de permettre une activité de radiothérapie interne vectorisée.

Par ailleurs, dans le cadre de la promotion des équipements les plus modernes, une implantation de TEP-IRM est prévue dans la zone d'implantation n°10 « Basse Alsace Sud Moselle ». Cet équipement sert notamment dans le cadre des pathologies neurologiques et également cancéreuses.

Essentiellement utilisé pour le moment dans le cadre d'une activité de recherche, il pourra être envisagé dans un premier temps d'autoriser un TEP-SCAN supplémentaire dans cette zone, avant un TEP-IRM : l'évolution des implantations pour ces deux types de TEP est donc liée.

/// IRM

Les principes d'organisation suivants ont été retenus :

- Au moins une IRM accessible en 60 voire 90 minutes ;
- Lorsqu'un scanner est implanté au sein d'un établissement MCO mais sans accès à l'IRM sur site, prévoir la possibilité d'ajout d'une IRM sur site pour favoriser la substitution, et la réalisation de l'examen le plus pertinent pour chaque situation clinique ;

- IRM dédiée interventionnel : deux par zone d'implantation siège de CHU (dont une au bloc pour une salle hybride) et une par zone d'implantation siège de CHR pour le parcours des patients pris en charge en interventionnel ;
- Une IRM dédiée activité non programmée avec priorité neuro-vasculaire adossée à chaque « centre de recours UNV » ;
- Diminuer les délais d'accès pour les patients atteints de cancer, en priorisant la possibilité d'ajout d'une IRM sur les sites réalisant en 2017 au moins 20% de l'activité totale d'IRM en cancérologie ;
- Tendre vers une densité régionale en IRM d'au moins ~~20~~ 21 appareils par million d'habitants, et qui ne soit inférieure à ~~14~~ 16 par million d'habitants dans aucune zone d'implantation de référence ;
- Favoriser la fluidité des parcours en ne développant pas les IRM spécialisées ostéo-articulaires ;
- Envisager des regroupements de structures, avec des masses critiques en ressources médicales suffisantes, ce qui permet d'être attractif ; en particulier, dans le cadre d'une offre de proximité, l'implantation d'une IRM ne pourra être envisagée que si l'organisation médicale est garantie et suffisante.

/// Scanner

Les principes d'organisation suivants ont été retenus :

- Au moins un scanner accessible en 60 voire 90 minutes ;
- Un scanner implanté au sein de chaque établissement siège de service des urgences avec chirurgie en hospitalisation complète (en lien avec plateau technique et possibilité d'assurer la continuité des soins) ;
- Un scanner dédié urgences au sein des établissements accueillant au moins 80 000 premiers passages annuels aux urgences et comprenant une filière de prise en charge des polytraumatisés ;
- Diminution des délais d'accès pour les patients atteints de cancer, en priorisant l'implantation d'un scanner sur les sites réalisant en 2017 au moins 30% de l'activité totale de scanner en cancérologie ;
- Tendre vers une densité régionale en scanner d'au moins 19 à 20 appareils par million d'habitants et qui ne soit inférieure à 14 par millions d'habitants dans aucune zone d'implantation de référence ;
- Scanner dédié interventionnel : deux à trois par zone d'implantation siège de CHU et un par zone d'implantation siège de CHR pour le parcours des patients pris en charge en interventionnel ;
- Éviter les fuites de patients domiciliés en France vers d'autres territoires comme la Belgique, en facilitant le recours à un plateau technique d'imagerie limitrophe
- Envisager des regroupements de structures, avec des masses critiques en ressources médicales suffisantes, ce qui permet d'être attractif.
- Les nouvelles implantations doivent permettre doivent permettre un maillage territorial et un fonctionnement garantissant l'organisation efficiente de la permanence des soins au sein de la zone d'implantation.

Une étude médico-économique préalable sera nécessaire pour en valider le principe d'installation et le lieu d'implantation.

/// Caisson hyperbare

Deux caissons hyperbares sont actuellement installés dans la région Grand Est ; ils sont utilisés dans 3 indications essentiellement.

- Activité en urgence : intoxication au monoxyde de carbone et embolies gazeuses (suite accident de plongée notamment) ;
- Activité pour des patients chroniques : plaies chroniques, notamment patients diabétiques et lésions post-radiques) ;
- Activité possible en cas de surdité brusque.

Pour les deux dernières indications, il existe des discussions entre professionnels pour valider ou invalider la performance du recours à cette technique.

Au regard des indications et des volumes d'activité observés, les implantations actuelles sont suffisantes, elles permettent de couvrir l'Ouest de la région (EML de Reims) et l'Est de la région (EML

de Strasbourg) ; la prise en charge des patients lorrains notamment dans le cadre de l'urgence est assurée par un caisson installé au Luxembourg à Esch-sur-Alzette. Dans ce contexte, il est prévu le maintien des implantations actuelles.

/// Cyclotron pour développer une activité de protonthérapie

La protonthérapie est une technique de radiothérapie visant à détruire les cellules cancéreuses. La technique est encore peu développée en France du fait d'une part du faible nombre d'indications (essentiellement pour les cancers pédiatriques, les tumeurs de l'œil et les tumeurs intra-crâniennes). Pour autant, les sociétés savantes s'interrogent actuellement sur la possibilité de revoir les indications pour cette technique. En effet, il s'agit d'une technique qui minimise les dommages aux tissus sains et qui pourrait donc se substituer avantageusement aux autres techniques de radiothérapie.

Dans ce contexte, il est prévu de retenir le principe d'une implantation possible d'un cyclotron pour l'activité de protonthérapie. Il s'agira d'un équipement de recours de niveau régional voire interrégional ou européen. Une étude médico-économique sera réalisée pour en valider le principe d'installation et le lieu d'implantation.

4/ UNE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ORGANISÉE

/// Le cadre réglementaire

/// La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

Selon l'article R. 6111-41 du code de santé publique[44], le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins, dénommé ci-après « schéma régional de permanence des soins en établissements de santé (PDSES) ».

À partir d'un diagnostic régional évaluant les besoins de la population, le schéma de PDSES fixe les objectifs en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Ces objectifs, en nombre de ligne de garde et d'astreinte, sont définis selon les zones d'implantation précisées précédemment *(cf. partie II B2)*.

Le schéma de PDSES est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

/// L'adoption et la révision du schéma de PDSES

Arrêté, pour une durée de 5 ans, dans le cadre de la procédure d'adoption du PRS, ce volet peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie. Dans ce cas, par dérogation à la procédure d'adoption du PRS, le volet révisé est arrêté par le Directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du Préfet de région et de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le délai pour rendre l'avis est de deux mois. À défaut d'avis émis dans ce délai, l'avis est réputé rendu.

/// Les obligations liées à l'exercice de la mission de service publique

La participation au dispositif régional de PDSES implique :

- L'inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de chaque établissement des engagements pris au titre de la PDSES en application du schéma dont les modalités opérationnelles devront figurer dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- L'évaluation de l'activité réalisée aux horaires de PDSES ;
- La garantie de l'accessibilité financière pour cette mission de service public par une application stricte des tarifs opposables pour tout patient adressé par le SAMU, par une structure d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

[44] Créé par le décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier

/// Le périmètre de la PDSES

Texte ci-après relatif à la PDSES annule et remplace la version de juin 2018 (pages 247 à 251). En application de l'article R 6111-41 du code de santé publique, ce texte a été soumis à la consultation réglementaire de la CSOS en date du 30 avril, seule instance habilitée par les textes à rendre un avis concernant la PDSES.

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence la nuit (de 18h le plus souvent et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés de 8h à 18h.

Sauf cas particuliers, notamment l'existence d'un plateau technique spécialisé, seuls les établissements site d'un service d'urgence ont vocation à assurer la PDSES.

La continuité des soins, définie comme la prise en charge et la surveillance sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci, ou déjà intégrés dans une filière de soins est une obligation réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé.

Les établissements éligibles au titre de la mission de permanence des soins sont expressément désignés par le Directeur général de l'ARS ; ils sont par ailleurs dans l'obligation d'assurer la continuité des soins. À l'inverse, la non éligibilité au titre de la PDSES n'exonère pas l'établissement d'assurer toute prise en charge ou l'orientation de tout patient qui se présenterait à lui.

La PDSES s'applique aux seuls champs des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) des établissements, quel que soit leur statut, et englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées. Par conséquent, les ex-hôpitaux locaux, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) ne relèvent donc pas du dispositif de PDSES.

Les structures de médecine d'urgence des établissements publics, les structures autorisées à l'activité de greffe, de traitement des grands brûlés, les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Par ailleurs, le financement des urgences psychiatriques sont financées dans le cadre de la dotation annuelle de financement (DAF) ; les crédits qui y sont affectés font l'objet d'une identification et sont sanctuarisés avant application des mécanismes de péréquation.

La PDSES concerne les spécialités réglementées pour lesquelles les modalités de permanence sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser dans le cadre de la gradation des soins hospitaliers. Certaines spécialités relevant des activités réglementées ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins : traitement du cancer, soins de suite et de réadaptation, rééducation et réadaptation fonctionnelles, activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal, examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Ne sont pas inscrites dans le schéma de PDSES les activités suivantes : l'insuffisance rénale chronique, la diabétologie, la dermatologie, la rhumatologie, la médecine vasculaire, les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), les soins intensifs hors soins intensifs cardiologiques, neurovasculaires (UNV) et hématologiques, la surveillance continue (USC), la chirurgie plastique, la chirurgie bariatrique ainsi que les activités médico-techniques de pharmacie et biologie.

Le schéma PDSES couvre trois types de situations :

- Obligation réglementaire en lien avec une autorisation ou une reconnaissance contractuelle : périnatalité (obstétrique et néonatalogie), soins critiques (réanimation, soins intensifs de cardiologie, neuro-vasculaire et d'hématologie), chirurgie de recours (cardiaque et neurochirurgie) et plateaux techniques spécialisés (cardiologie interventionnelle (type 3), neuroradiologie interventionnelle, et urgences privées) ;
- Absence d'obligation réglementaire mais répondant à la continuité d'aval des structures d'urgence (autres chirurgies, anesthésie, gastroentérologie, etc.) ;

- Absence d'obligation réglementaire, liée aux activités médicotechniques nécessaires à la prise en charge des patients (imagerie et radiologie diagnostique).

Les différentes modalités de permanence des soins sont les suivantes :

- La garde sur place impliquant la présence continue d'un praticien dans l'enceinte de l'hôpital ;
- L'astreinte impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin, de répondre à tout appel pour intervenir dans les plus brefs délais.

Enfin, la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) issus de la loi 2013-41 du 26 janvier 2016 implique l'adoption d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau de chaque GHT, prévu par l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 4 novembre 2016. Les schémas territoriaux devront être la déclinaison des principes du SRS. Cet arrêté modifie l'indemnisation des astreintes : dès lors que les GHT auront adopté un schéma territorial de permanence et de continuité des soins, il n'y aura plus lieu de distinguer astreintes opérationnelles et astreintes de sécurité.

Dans le cadre du schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins qui doit être élaboré au sein de chaque GHT, le GHT peut être force de proposition en matière de PDSES. Les propositions qui pourraient être faites devront nécessairement s'inscrire dans l'enveloppe financière du schéma arrêté, respecter les conditions fixées par le CSP, s'assurer du respect des conditions de sécurité pour le patient et être validées par les instances du GHT. Ces propositions seront soumises à instruction et décision de l'ARS pour le cas échéant ajuster le schéma régional de PDSES.

/// Les enjeux du schéma cible de PDSES

/// Améliorer l'accès aux soins, y compris par le développement des nouvelles technologies (télémédecine)

La PDSES doit être optimisée et organisée pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent afin de garantir l'accès permanent aux soins, à l'échelle territoriale, supra-territoriale ou régionale selon les disciplines, en lien avec le réseau des urgences.

Ainsi, elle participera à l'amélioration de la qualité des prises en charge. L'amélioration de la lisibilité de l'organisation pour chacune des filières, objectif en soi, notamment pour le SAMU, participera à cette amélioration de l'accès et de la qualité des soins en PDSES.

/// Améliorer l'efficience

- Par l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles, notamment médicales, privilégiant par le développement des collaborations, la gradation de la permanence des soins, ainsi que la mutualisation des ressources entre établissements prenant en compte les filières de soins ;
- Par le développement de la télémédecine
- Par la réduction/élimination des redondances entre établissements afin d'éviter la mobilisation inutile de ressources.

/// Garantir la lisibilité des organisations pour les centres 15 pour permettre une bonne orientation des patients

/// Assurer une offre à des tarifs opposables sans reste à charge pour le patient

La PDSES relevant des missions de service public, les tarifs pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux, opposables, du secteur 1.

À terme, le schéma doit permettre de :

- Répondre à la gradation des soins ;
- S'adapter aux spécificités de chaque territoire de GHT, avec le cas échéant mise en place d'actions et organisations innovantes.
- Mutualiser les compétences entre le public et le privé avec nécessité de partage d'information ;
- Répondre à l'évolution sociétale de la profession médicale ;
- Renforcer l'attractivité pour les professionnels de santé avec une meilleure répartition de la charge de travail entre les acteurs de soins ;

Le schéma sera transcrit dans le répertoire opérationnel des ressources.

/// La démarche d'élaboration du schéma régional de PDSES – état des lieux et diagnostic

L'ARS Grand Est a été accompagnée dans le cadre d'un marché public par un consultant extérieur.

La démarche a été structurée en trois phases : le diagnostic, l'élaboration des principes régionaux et l'adaptation de ces principes aux réalités de terrain des territoires. Les volumes d'activité (Sources PMSI, ORU notamment) et la démographie médicale sont des facteurs déterminants de ce schéma.

Un comité technique constitué de médecins (urgentiste, anesthésiste réanimateur, médecin, chirurgien, radiologue, psychiatre, représentant du SAMU notamment) et représentants des établissements, des fédérations, de l'URPS et des usagers a été associé aux travaux d'élaboration de ce schéma PDSES.

Au 20 juin 2018, date de publication du PRS2, il était dénombré 673,3 lignes dont 155 lignes de garde et 518,3 lignes d'astreinte.

Tableau 1 – Nombre de lignes de garde et d'astreinte de la région Grand Est au 20/06/2018

Nombre de lignes	CHU	CHR	CH	ESPIC	Privés	Total
Garde	49,0	14,5	55,5	7,0	29,0	**155,0**
Astreinte	125,5	34,0	264,9	27,0	66,8	**518,3**
Total	**174,5**	**48,5**	**320,4**	**34,0**	**95,8**	**673,3**

L'état des lieux a été réalisé à partir d'un questionnaire web adressé aux établissements portant sur le recensement des lignes, l'activité en PDSES et des données relatives aux ressources médicales (effectifs et perspectives/pyramide des âges). Le diagnostic a notamment recensé le volume d'activité en PDSES des établissements (avis, interventions, interprétations…) et le volume de passages aux urgences.

Ce diagnostic a intégré l'appréciation des besoins de santé avec la prise en compte :

- Du vieillissement de la population mais également de la réduction de la traumatologie observée depuis 20 ans : baisse près de -50% pour la traumatologie routière et de -15% pour la traumatologie domestique ;
- La dispersion des services d'urgence sur le même territoire avec calcul du temps moyen de parcours entre établissement support de GHT et les autres établissements, publics et privés, du territoire ;
- De l'évolution des techniques médicales, par exemple avec le développement de la prise en charge précoce et adaptée des accidents vasculaires cérébraux sur l'ensemble du territoire régional ;
    - De l'évolution des modes de prise en charge, avec la programmation des soins et le développement de l'activité ambulatoire qui doivent limiter l'activité non programmée et par là réduire les besoins en termes de PDSES ;

- Des recommandations posées par les experts en matière d'organisation de l'offre de soins, notamment des objectifs du projet régional de santé et de l'organisation des filières.

Il a été partagé avec les établissements dans le cadre de réunions territoriales qui ont permis de :

- Préciser le recensement des lignes de PDS et de vérifier leur opérationnalité ;
- Consolider la compréhension des organisations médicales, dont notamment le niveau des coopérations ;
- Prendre en compte les caractéristiques du territoire : offre de soins, niveau des plateaux techniques, données démographiques et géographiques, niveau d'activité des établissements autorisés à la médecine d'urgence.

/// Organisation de la PDSES

Le schéma PDSES garantit aux horaires de permanence des soins un accès aux soins à l'échelle territoriale (zone d'implantation), supra-territoriale ou régionale selon les disciplines concernées.

Le schéma PDSES définit pour chaque spécialité concernée, le nombre de lignes et leurs implantations.

/// Principe de gradation

Ce schéma est fondé sur une approche territoriale de l'organisation des soins dans le cadre de la gradation de la PDSES, s'appuyant notamment sur la gradation des filières de soins définies dans chacun des volets du PRS.

La PDSES pourra évoluer, au regard des besoins identifiés et des organisations définies dans les projets médicaux territoriaux, notamment les projets médicaux partagés des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et évoluer en fonction des coopérations, mutualisations et regroupements qui pourraient être mis en œuvre.

Le schéma régional de la PDSES repose sur la gradation des soins suivante :

- PDSES de niveau de recours :

Chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie thoracique, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie et anesthésie pédiatrique, chirurgie de la main, réanimation chirurgie cardiaque, pédiatrique et néonatale, prise en charge des grands brûlés, infectiologie, pneumologie/bronchoscopie pédiatrique, hématologie, hyperbarie, neuroradiologie interventionnelle.

- PDSES de niveau territorial :

Chirurgie traumatologique, viscérale, vasculaire, urologique, ORL, Ophtalmologie, pneumologie (endoscopie), hépato-gastro-entérologie (endoscopie), activités d'obstétrique (gynécologie et pédiatrie, anesthésie, réanimation adulte, cardiologie interventionnelle de type 3, USIC, médecine polyvalente et gériatrique.

- PDSES de niveau supra-territorial

Toute activité ne pouvant, notamment pour des raisons de ressources insuffisantes, être organisées à l'échelle territoriale.

/// Principe d'évolutivité du schéma

L'évolution du schéma devra prendre en compte :

- Les évolutions des volumes d'activités ;
- Le fonctionnement médical (effectifs disponibles) des activités de soins, autorisées ou contractualisées ;

- Les mutualisations et coopérations inter-établissements ;
- Les évolutions de l'organisation de l'offre, notamment suite aux démarches performance engagées par l'ARS.

/// Les principes régionaux d'organisation de la PDSES

Sauf cas particuliers, notamment l'existence d'un plateau technique spécialisé, seuls les établissements site d'un service d'urgence ont vocation à assurer la PDSES.

Spécialité	Principe d'organisation	Références au Code de santé publique
Activités réglementées		
Réanimation adulte	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne de garde par service avec possibilité d'une 1/2 G - 1/2 A supplémentaire pour les réanimations d'au moins 20 lits, si ressources médicales suffisantes	R. 6123-34 et 35 D. 6124-29, 31 et 34
Réanimation pédiatrique	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne de garde par service	R. 6123-34 D. 6124-34 D. 6124-34-3
USIC	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne de garde par service	D. 6124-105, 109 et 111
USI UNV	1 ligne de garde pour les UNV de recours ; 1 ligne d'astreinte pour les autres UNV.	D. 6124-105
USI hématologie adulte	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne / établissement disposant d'une USI hémato reconnue contractuellement	D. 6124-105
USI hématologie pédiatrique	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne / établissement disposant d'une USI hémato reconnue contractuellement	D. 6124-106
Gynécologie-Obstétrique	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement en fonction du volume d'accouchements. 1 ligne d'astreinte si moins de 1500 accouchements ; 1 ligne de garde au-delà. *Pour les maternités de plus de 3000 accouchements, possibilité d'1 ligne d'astreinte en renfort (sous réserve de ressources médicales suffisantes)* *L'astreinte est assurée par un gynécologue ayant une compétence chirurgicale.*	R. 6123-43 D. 6124-44

Spécialité	Principe d'organisation	Références au Code de santé publique
MAR obstétrique	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement en fonction du volume d'accouchements: - moins de 1500 accouchements: 1 ligne d'astreinte MAR polyvalente (pour le site) - de 1500 à 2000 accouchements: 1 ligne de garde MAR polyvalente (pour le site) - plus de 2000 accouchements: 1 ligne de garde MAR dédiée obstétrique *Pour les maternités de plus de 3000 accouchements, possibilité d'1 ligne d'astreinte en renfort (sous réserve de ressources médicales suffisantes)*	R. 6123-43 D. 6124-44
Pédiatrie	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement en fonction du volume d'accouchements et du niveau autorisé de l'activité (1, 2a, 2b ou 3). Maternité de niveau 1 et 2a: 1 ligne d'astreinte pour le site si moins de 1500 accouchements; 1 ligne de garde pour le site au-delà. Maternité de niveau 2b: 1 ligne de garde pour le site Maternité de niveau 3 : ° Réanimation néonatale: 1 ligne de garde dédiée ° Maternité : 1 ligne d'astreinte si moins de 1500 accouchements; 1 ligne de garde au-delà. *Pour les maternités de plus de 3000 accouchements, possibilité d'1 ligne d'astreinte en renfort, sous réserve de ressources médicales suffisantes.*	R. 6123-43 D. 6124-44
Réanimation néonatale	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne de garde de pédiatrie dédiée par service	R. 6123-43 D. 6124-61
Chirurgie cardiaque	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement	R. 6123-73 D. 6124-123
MAR chirurgie cardiaque	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne d'astreinte dédiée par établissement autorisé	R. 6123-73 D. 6124-124
Neurochirurgie	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne d'astreinte par établissement autorisé	R. 6123-101 D. 6124-138
MAR neurochirurgie	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne d'astreinte pouvant être mutualisée avec ligne d'astreinte d'anesthésie polyvalente	R. 6123-101 D. 6124-139
Cardiologie interventionnelle type 3	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne d'astreinte par autorisation	R. 6123-132 R. 6123-32-2 D. 6124-181
Neuroradiologie interventionnelle	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne d'astreinte par autorisation	R. 6123-108 D. 6124-150

Spécialité	Principe d'organisation	Références au Code de santé publique
Urgences privées	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement 1 ligne de garde par SU autorisé	
Grands Brûlés	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement	R. 6123-114 D. 6124-155 et 156
Activités en aval des urgences		
Chirurgie ortho-traumatologique	Organisation territoriale de la PDSES tenant compte des niveaux d'activité et des ressources disponibles : astreinte ou garde. Le développement d'équipes médicales de territoire est incité favorisant la mutualisation de la PDSES. L'organisation graduée et/ou mutualisée de la PDSES permet de limiter celle-ci à la 1ère partie de nuit, week-end et jours fériés sur certains sites en fonction du contexte.	
Chirurgie viscérale	Organisation territoriale de la PDSES tenant compte des niveaux d'activité et des ressources disponibles : astreinte ou garde. Le développement d'équipes médicales de territoire est incité favorisant la mutualisation de la PDSES. L'organisation graduée et/ou mutualisée de la PDSES permet de limiter celle-ci à la 1ère partie de nuit, week-end et jours fériés sur certains sites en fonction du contexte.	
Urologie	Au moins une ligne d'astreinte est identifiée sur chaque zone d'implantation en fonction du volume d'activité du service des urgences et sous réserve de ressources médicales suffisantes. 1 ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec gros volume d'activité.	
ORL	Une ligne d'astreinte est identifiée sur chaque zone d'implantation sous réserve de ressources médicales suffisantes ; à défaut, ligne supra-territoriale.	
Odontologie	Une ligne d'astreinte par zone de recours	
OPH	Une ligne d'astreinte est identifiée sur chaque zone d'implantation sous réserve de ressources médicales suffisantes ; à défaut, ligne supra-territoriale.	
Chirurgie thoracique (Gros vaisseaux)	Une ligne d'astreinte de recours est identifiée dans les établissements de référence disposant des ressources suffisantes	
Chirurgie vasculaire	Garantir l'accès à une compétence chirurgicale dans les établissements trauma-center de grade élevé et les établissements en capacité de réaliser de la radiologie vasculaire. Une ligne d'astreinte peut être identifiée sur chaque zone d'implantation sous réserve de ressources médicales suffisantes.	
Chirurgie maxillo-faciale	Garantir l'accès à une compétence chirurgicale notamment dans les établissements labellisés trauma-center. Une ligne d'astreinte de recours est identifiée dans les établissements disposant des ressources suffisantes	

Spécialité	Principe d'organisation	Références au Code de santé publique
Chirurgie pédiatrique	La PDSES est organisée dans les établissements disposant d'équipes spécialisées, chirurgicales et anesthésiquesCHU : - 1 ligne d'astreinte de chirurgie pédiatrique viscérale et - 1 ligne d'astreinte de chirurgie ortho -traumatologique, sous réserve d'effectifs suffisants; Autres établissements :- 1 ligne d'astreinte de chirurgie pédiatrique polyvalente dans les établissements disposant d'un service de chirurgie pédiatrique et sous réserve d'effectifs suffisants notamment d'anesthésistes formés à l'anesthésie pédiatrique; A défaut, organisation protocolisée de la prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques notamment des urgences viscérales	
Chirurgie mains	La PDSES est organisée sur les centres disposant d'équipes spécialisées, de préférence labellisés FESUM	
Anesthésie polyvalente	Organisation de la PDSES anesthésique en fonction de l'organisation (et donc du niveau d'activité de l'anesthésie liée à l'activité de la maternité) et/ou à l'activité de PDSES de chirurgie (notamment le nombre de lignes couvertes).	
Anesthésie pédiatrique	1 ligne de garde de recours par zone de recours	
Infectiologie	1 ligne d'astreinte de recours par zone d'implantation de recours, dans les établissements sanitaires de référence pour les infections à fort potentiel épidémique permettant de garantir l'accès à des ressources médicales hautement spécialisées, notamment pour les pathologies émergentes	
Hépato-Gastro-Entérologie	1 ligne d'astreinte par zone d'implantation sous réserve de ressources médicales suffisantes, à défaut ligne supra zone, de préférence sur des sites disposant de compétence en radiologie interventionnelle afin de répondre aux urgences endoscopiques (hémorragies digestives graves). 1 ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec gros volume d'activité (CHU) La mutualisation des ressources, notamment avec le privé, sera recherchée du fait d'une démographie médicale peu favorable.	
Pneumologie - Bronchoscopies adulte	1 ligne d'astreinte par territoire d'implantation afin de garantie un accès pour les urgences endoscopiques. 1 ligne supplémentaire peut être envisagée en renfort des établissements avec gros volume d'activité (CHU) La mutualisation des ressources entre établissements est recherchée.	
Pneumologie - Bronchoscopie pédiatrique	1 ligne d'astreinte de recours par zone d'implantation de recours afin de garantir un accès pour les urgences endoscopiques pédiatriques	
Médecine polyvalente	Cette activité relève de la continuité des soins. Une ligne d'astreinte peut néanmoins être identifiée en fonction du volume d'activité du service des urgences et des ressources médicales disponibles, en aval du service des urgences afin de fluidifier la filière l'aval de ce service.	

Spécialité	Principe d'organisation	Références au Code de santé publique
Médecine gériatrique	Une ligne d'astreinte en 1ère partie de nuit, les week-end et jours fériés, peut être identifiée en fonction du volume d'activité du service des urgences, de l'existence d'un court séjour gériatrique répondant aux critères de fonctionnement d'une telle unité et des ressources gériatriques disponibles, en aval du service des urgences afin de fluidifier la filière l'aval de ce service.	
Pédiatrie	1 ligne en aval du SU pédiatrique afin de fluidifier l'aval de ce service sous réserve d'effectifs suffisants pour assurer l'ensemble des lignes de pédiatrie.	
Néphrologie-Dialyse - IRC	Cette activité relève de la continuité des soins. En urgence, la prise en charge est assurée en réanimation	
Activités médico-techniques		
Radiologie et imagerie diagnostique	Nombre de lignes fonction du niveau d'activité du territoire s'inscrivant nécessairement dans une organisation mutualisée s'appuyant sur le développement de la télé-radiologie dont le projet médical est communiqué à l'ARS.	
Radiologie interventionnelle	1 ligne d'astreinte par zone d'implantation ; à défaut, ligne couvrant plusieurs zones d'implantation.	
Caisson hyperbare	1 ligne d'astreinte par EML autorisé	

/// La déclinaison territoriale du schéma

La déclinaison territoriale permet de prendre compte les spécificités suivantes :

- Caractéristiques géographiques (éloignement, enclavement…)
- Déploiement des dispositifs de télémédecine ;
- Démographie des professionnels

Elle incite au développement d'équipes médicales de territoire favorisant les mutualisations et permettant, en fonction du contexte (démographique, géographique, populationnel) de limiter la PDSES à la 1re partie de nuit, les week-ends et jours fériés.

Schéma au 01/05/2019	ZI n°1		ZI n°2		ZI n°3		ZI n°4		ZI n°5		ZI n°6		ZI n°7		ZI n°8		ZI n°9		ZI n°10		ZI n°11		ZI n°12		ZR n°1		ZR n°2		ZR n°3		Total		
	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Total
ACTIVITES REGLEMENTEES																																	
Gynécologie-obstétrique et pédiatrie																																	
Gynecologie-Obstétrique	1	1	3	2	2	1	1		3		3	3	3	2	5		3		6	4	2	1	2	2							34	16	50
Pédiatrie (Obst/Néonat/rea néonatale)	1	1	4	1,5	3	1	1		2	1	3	3	3	2	4	1	2	1	6	4	2	1	2	3							33	19,5	52,5
Réanimation																																	
Réanimation pédiatrique / Pédiatrie spécialisée				0,5									1							1												2,5	2,5
Réanimation polyvalente		1		4		1				2	0,5	4,5		2		1		2		1	0,5	1,5									1	20	21
Réanimation médicale														1					1	4				1							1	6	7
Réanimation chirurgicale														2						2		1		1								6	6
Réanimation neuro-chirurgie														1																		1	1
Réanimation Grands Brûlés												1																				1	1
Réanimation chirurgie cardiaque				1								1		1						1												4	4
Cardiologie interventionnelle																																	
Cardiologie interventionnelle Type 3			2		1						2		2						3		2		2								14		14
Cardiologie - USIC		1		2		1				2		3		3		1		1		3		2		2								21	21
Urgences																																	
Urgences privées				2								1		1						1				2								7	7
Autres activités réglementées																																	
Unité neurovasculaire - USI UNV				1	1				1		1		1		1		1			1	1		1								7	3	10
Neuro-chirurgie			1										1						1		1										4		4
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire			1										1						1		1										4		4
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire pédiatrique																																	
Chirurgie cardiaque			1								1		2						2				1								7		7
ACTIVITES NON REGLEMENTEES																																	
Spécialités chirugicales																																	
Chirurgie mains			1								2		2						2												7		7
Chirurgie ortho-traumalogique	1		2,8	1	1,6		1		2,2		2,1	1,5	1	1	2,2		2,6		3,6	1	2		1,6								23,7	4,5	28,2
Chirurgie viscérale	1		3,6	1	1,6		1,6		2,2		5,6		4,2		3		3		6,6	1	2		2								36,4	2	38,4
Chirurgie vasculaire			2		1						2		1						2		1		1								10		10
Chirurgie thoracique (Gros vaisseaux)			1								1		1						1												4		4
Chirurgie maxillo-faciale													1						1												2		2
Chirurgie Infantile			1										3						2		1										7		7
Chirurgie ORL	1		1		0,6				1		1		1		1		1		1		1										9,6		9,6
Odontologie																									1		1		1		3		3
Urologie	1		3		1				0,6		2		1		1,2		1		3		1		1								15,8		15,8
Ophtalmologie			1		0,6				0,6		1		1		0,6		0,6		1		1		1								8,4		8,4
Anesthésie liées aux activitées non réglementées																																	
Anesthésie/Anesthésie obstétrique	1	1	4	4	2	2	1,6		3		5	4	5	5	5		4		8,6	6	3	2	3	3							45,2	27	72,2
Anesthésie pédiatrique			1											1					1												2	1	3
Anesthésie chirurgie cardiaque			1								1		1						1				1								5		5
Specialités médicales																																	
Hépato-gastro-entérologie	1		2,6		1				2		2,6		1,6		2		1		3,6		1		1								19,4		19,4
Pneumologie adulte (endoscopie)	1		1,6		1				1		1,6		1		1		1		2		1		1								13,2		13,2
Pneumologie pediatrique			1																												1		1
Hématologie clinique adulte			2								1		2						2		1		1								9		9
Hématologie clinique et oncologie pédiatrique			1										1						1												3		3
Infectiologie			1										1						1												3		3
Médecine polyvalente	2		5		2		2		2		5		3		3		3		7		2		1								37		37
Médecine pédiatrique																																	
Médecine gériatrique	0,6		0,6		0,6						0,6		0,6						1,2		0,6		0,6								5,4		5,4
Imagerie médicale																																	
Radiologie interventionnelle (Embolisation d'hémostase)			1								1		1						2		1		1								7		7
Radiologie et imagerie diagnostique	1		2	1		1	1			1	2	1	1	1		1	2		3	1	1	1	1	1							14	9	23
Urgences																																	
Urgences psychiatriques adultes																																	
Urgences psychiatriques pédiatriques																																	
Activités spécifiques																																	
Caisson hyperbare			1																1												2		2
Total	12,6	5,0	53,2	21,0	20,0	7,0	9,2		20,6	6,0	47,0	23,0	46,4	25,0	29,0	4,0	25,2	4,0	77,6	31,0	29,1	9,5	25,2	15,0	1,0		1,0		1,0		398,1	150,5	548,6

Cible 2023	ZI n°1		ZI n°2		ZI n°3		ZI n°4		ZI n°5		ZI n°6		ZI n°7		ZI n°8		ZI n°9		ZI n°10		ZI n°11		ZI n°12		ZR n°1		ZR n°2		ZR n°3		Total		
	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Total
ACTIVITES REGLEMENTEES																															
Gynécologie-obstétrique et pédiatrie																															
Gynecologie-Obstétrique	1	1	3	2	2	1	1		3		3	3	3	2	5		3		6	4	2	1	3	2						35	16	51
Pédiatrie (Obst/Néonat/rea néonatale)	1	1	3	3	2	2	1		2	1	3	3	2	3	4	1	2	1	5	5	2	1	3	3						30	24	54
Réanimation																															
Réanimation pédiatrique / Pédiatrie spécialisée				1									1						1												3	3
Réanimation polyvalente		1		4		1				2	0,5	4,5		2		1		2		1	0,5	1,5								1	20	21
Réanimation médicale														1					1	4			0,5	1,5						1,5	6,5	8
Réanimation chirurgicale														2						2		1	0,5	1,5						0,5	6,5	7
Réanimation neuro-chirurgie														1																	1	1
Réanimation Grands Brûlés												1																			1	1
Réanimation chirurgie cardiaque				1								1		1						1											4	4
Cardiologie interventionnelle																															
Cardiologie interventionnelle Type 3			2		1						2		3						3		2		2							15		15
Cardiologie - USIC		1		2		1				2		3		3		1		1		3		2		2							21	21
Urgences																															
Urgences privées				2								1		1						1				2							7	7
Autres activités réglementées																															
Unité neurovasculaire - USI UNV	1			1	1				1		1			1	1		1			1		1	1							7	4	11
Neuro-chirurgie			1										1						1		1									4		4
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire			1										1						1		1									4		4
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire pédiatrique													1																	1		1
Chirurgie cardiaque			1								1		2						2				1							7		7
ACTIVITES NON REGLEMENTEES																															
Spécialités chirugicales																															
Chirurgie mains			1								2		2						2											7		7
Chirurgie ortho-traumalogique	1		2,8	1	0,6	1	1		2,2		1,6	2	1	1	2,2		2,6		3,6	1	1	1	0,6	1						20,2	8	28,2
Chirurgie viscérale	1		4	1	1	1	1,6		2,6		3,6	2	3,2	1	3		3		6,6	1	1	1	1	1						31,6	8	39,6
Chirurgie vasculaire			2		1						2		1						2		1		1							10		10
Chirurgie thoracique (Gros vaisseaux)			1								1		1						1											4		4
Chirurgie maxillo-faciale			1										1						1											3		3
Chirurgie Infantile			2								1		3						2		1									9		9
Chirurgie ORL	1		1		1				1		1		1		1		1		1		1		1							11		11
Odontologie																									1		1		1	3		3
Urologie	1		3		1				1		2		1		1,2		1		3		1		1							16,2		16,2
Ophtalmologie			1		1				1		1		1		1		1		1		1		1							10		10
Anesthésie liées aux activitées non réglementées																															
Anesthésie/Anesthésie obstétrique	1	1	4	4	2	2	1,6		3		4	5	6	5	5		4		8,6	6	3	2	4	3						46,2	28	74,2
Anesthésie pédiatrique				1									1							1											3	3
Anesthésie chirurgie cardiaque			1								1		1						1				1							5		5
Specialités médicales																															
Hépato-gastro-entérologie	1		2,6		1				2		2,6		1,6		2		1		3,6		1		1							19,4		19,4
Pneumologie adulte	1		1,6		1				1		1,6		1		1		1		2		1		1							13,2		13,2
Pneumologie pediatrique			1																1											2		2
Hématologie clinique adulte			2								1		2						2		1		1							9		9
Hématologie clinique et oncologie pédiatrique			1										1						1											3		3
Infectiologie			1										1						1											3		3
Médecine polyvalente	2		5		2		2		2		5		3		3		3		7		2		1							37		37
Médecine pédiatrique				1										1						1											3	3
Médecine gériatrique	0,6		0,6		0,6						0,6		0,6						1,2		0,6		0,6							5,4		5,4
Imagerie médicale																															
Radiologie interventionnelle (Embolisation d'hémostase)			1								1		1						2		1		1							7		7
Radiologie et imagerie diagnostique	1		2	1		1	1			1	2	1	1	1		1	2		3	1	1	1	1	1						14	9	23
Urgences																															
Urgences psychiatriques adultes																															
Urgences psychiatriques pédiatriques																															
Activités spécifiques																															
Caisson hyperbare			1																1											2		2
Total	13,6	5,0	53,6	25,0	18,2	10,0	9,2		21,8	6,0	44,5	26,5	47,4	28,0	29,4	4,0	25,6	4,0	76,6	34,0	26,1	12,5	28,2	18,0	1,0		1,0		1,0		397,2	173,0	570,2

/// Le financement

Un financement spécifique est attribué à chaque établissement éligible au titre de la PDSES. L'éligibilité et le financement font l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement.

Ce financement est fonction :

- Du nombre de lignes de PDSES assurées dans chacune des spécialités ;
- De la gradation de la permanence des soins ;
- De la nature de l'établissement public ou privé, les arrêtés d'indemnisation étant différenciés ;
- De la modalité organisationnelle effective de la PDSES (astreinte opérationnelle, demi-garde + demi-astreinte, garde…).

Le financement et le contrat sont susceptibles d'être revus par l'ARS notamment en cas de non-respect des engagements, en particulier ceux relatifs aux modalités d'organisation retenues pour faciliter le fonctionnement de la PDSES au niveau du territoire.

Pour les établissements publics et ESPIC, le fait générateur de la charge est la décision attributive de financement signée par le directeur général de l'ARS.
Pour les établissements privés, le fait générateur de la charge est la signature de la convention tripartite et l'état de service fait ; les crédits sont directement versés aux médecins libéraux par la caisse pivot suite à la transmission d'une demande individuelle de versement.

Le financement des lignes de PDSES est harmonisé sur la région Grand Est, celui des établissements privés étant défini réglementairement.

L'élaboration du schéma régional a été guidée par la volonté de définition d'une organisation efficiente au niveau de la région. Aucune recherche d'économie n'a été un guide dans les travaux.

/// Évaluation

/// La gouvernance

Le pilotage sera assuré par la direction commanditaire de l'ARS qui s'appuiera sur les délégations territoriales dans le cadre de l'instauration d'un dialogue annuel structuré avec les établissements.

/// Modalités d'évaluation

Cette évaluation doit permettre à l'ARS de vérifier annuellement la réalité de la mise en œuvre du Schéma, et repérer les difficultés de mise en œuvre par les établissements, et faire évoluer le schéma en conséquence.

Pour ce faire, elle s'appuiera sur une enquête annuelle simplifiée avec questionnaire en ligne à destination des établissements et à destination des SAMU.

Cette évaluation pourra faire l'objet d'un échange avec les fédérations, les SAMUS et tout autre acteur de la PDSES ; elle sera présentée en CSOS.

A tout moment le schéma de permanence des soins pourra faire l'objet d'une révision dans les conditions réglementaires prévues par le CSP.

Les évolutions pourront concerner :

- Les modifications de l'offre de soins
- Toute forme de mutualisation de la PDSES entre les établissements, notamment celles qui pourraient être préconisées dans le cadre des projets médicaux territoriaux, dès lors qu'elles répondent aux objectifs du PRS
- Tout dysfonctionnement constaté ou manquement dans les engagements de la mission de service publique de la PDSES
- Toute modification réglementaire, technique ou organisationnelle

Cible 2023	Zone n°1		Zone n°2		Zone n°3		Zone n°4		Zone n°5		Zone n°6		Zone n°7		Zone n°8		Zone n°9		Zone n°10		Zone n°11		Zone n°12		Total		
	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Astreinte	Garde	Total
ACTIVITES REGLEMENTEES																											
Gynécologie-obstétrique et pédiatrie																											
Gynecologie-Obstétrique	1	1	3	2	2	1	1		3		1	3	4	2	5		3		6	4	2	1	4	1	**35**	**15**	**50**
Pédiatrie (Obst/Néonat/rea néonatale)	2	1	4	1	3	1	1		3	1	4,5	3,5	3,3	2	4	1	3	1	6,5	3,5	2	1	3	1	**39,3**	**17**	**56,3**
Réanimation																											
Réanimation pédiatrique / Pédiatrie spécialisée				1										1					1	1					**1**	**3**	**4**
Réanimation polyvalente		1		2		1				2		4		2		1		2		1		1				**17**	**17**
Réanimation médicale				1									1						1	3				1	**2**	**5**	**7**
Réanimation chirurgicale				1									1	2						2		1		1	**1**	**7**	**8**
Réanimation neuro-chirurgie													1												**1**		**1**
Réanimation chirurgie cardiaque												1								1						**2**	**2**
Cardiologie interventionnelle																											
Cardiologie interventionnelle Type 1													1						1		1		1		**4**		**4**
Cardiologie interventionnelle Type 3			1,5	0,5	0,5	0,5					2		2						3		1		2		**12**	**1**	**13**
Cardiologie - USIC	1	1		2		1				2		3		4		1		1		3		2		2	**1**	**22**	**23**
Urgences																											
Urgences				2								1		1						1				1		**6**	**6**
Autres activités réglementées																											
Unité neurovasculaire - USI UNV		1		1		1				1	1		0,3	1	1		1			1	1		1		**5,3**	**6**	**11,3**
Neuro-chirurgie			0,5	0,5									2						1		1				**4,5**	**0,5**	**5**
Neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire			0,5	0,5									2						1		1				**4,5**	**0,5**	**5**
Chirurgie cardiaque			0,5	0,5							1		2						2				1		**6,5**	**0,5**	**7**
ACTIVITES NON REGLEMENTEES																											
Spécialités chirugicales																											
Chirurgie SOS mains											2		1	1					1	1				1	**4**	**3**	**7**
Chirurgie ortho-traumalogique	1		4	1	2		1		3		4		6		3,6		3		6	1	2		2		**37,6**	**2**	**39,6**
Chirurgie viscérale	1		5		3		1		3		5		6		3,6		3		7	1	2		1		**40,6**	**1**	**41,6**
Chirurgie vasculaire et thoracique			2		1						3		3						4		1		1		**15**		**15**
Chirurgie gynécologique																											
Chirurgie maxillo-faciale											1		1												**2**		**2**
Chirurgie Infantile			1								2		3						2		1		1		**10**		**10**
Chirurgie ORL-odontologie-stomatologie	1		2		1				2		4		2		1		1		3		1		1		**19**		**19**
Urologie	1		2		1				1		3		2		1		2		3		1		1		**18**		**18**
Ophtalmologie	1		1		1				1		1		1						3		1		1		**11**		**11**
Autres chirurgies																			2				1		**3**		**3**
Anesthésie liées aux activitées non réglementées																											
Anesthésie/Anesthésie obstétrique		2	2	6	3	2		1	1	3	3	5	9,7	6,3	3	2	1	2	13	9	6	1	6	1	**47,7**	**40,3**	**88**
Anesthésie pédiatrique			1																						**1**		**1**
Anesthésie Neuro-chirurgie													2	1											**2**	**1**	**3**
Anesthésie chirurgie cardiaque			0,5	0,5																					**0,5**	**0,5**	**1**
Specialités médicales																											
Cardiologie			2		2				1		4		4		3		1		1						**18**		**18**
Cardiologie pédiatrique			1										1												**2**		**2**
Angiologie																							1		**1**		**1**
Neurologie											1		1						1						**3**		**3**
Insuffisance rénale chronique									1		3		3		1		1		3	0,2	1		1		**14**	**0,2**	**14,2**
Hépato-gastro-entérologie	1		2		1				3		3		4		2		1		4		1		1		**23**		**23**
USI Nephrologie	1			1	1																				**2**	**1**	**3**
Pneumologie adulte	1		2		1				1		5		3	1	2		3		3		1		1		**23**	**1**	**24**
Pneumologie pediatrique			1																						**1**		**1**
Hématologie clinique adulte			1								1		1						2,4		1		1		**7,4**		**7,4**
Hématologie clinique et oncologie pédiatrique			1																1						**2**		**2**
Autre Médecine			1						2		4		7		4,3				10		4		4		**36,3**		**36,3**
Imagerie médicale																											
Radiologie interventionnelle vasculaire																			1		1		1		**3**		**3**
Radiologie interventionnelle non vasculaire			1																2		0,5		0,5		**4**		**4**
Imagerie en coupes	1		1	1	1		1		2										8		2		4		**20**	**1**	**21**
Urgences																											
Urgences psychiatriques									1		1		1												**3**		**3**
Activités spécifiques																											
Unité hospitalière sécurisée interrégionale /Unité de consultation et de soins ambulatoires													1		1		1								**3**		**3**
Caisson hyperbare			1																						**1**		**1**
Grands brûlés											1	1													**1**	**1**	**2**
Activités médico-techniques																											
Biologie	1		2		1		1		1										6		1		1		**14**		**14**
Pharmacie	1		1		1		1		1										1		1		1		**8**		**8**
Total	**15**	**7**	**48**	**25**	**26**	**7,5**	**7**	**1**	**30**	**9**	**61**	**22**	**82**	**24**	**36**	**5**	**24**	**6**	**110**	**33**	**38**	**7**	**44**	**9**	**518,2**	**154,5**	**672,7**

4. LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET DE GÉNÉTIQUE

/// CONSTATS ET ENJEUX

Les laboratoires de biologie médicale (LBM) sont exploités par des structures privées et par des structures hospitalières publiques, le secteur privé à but non lucratif étant très minoritaire (Centres de lutte contre le cancer, Établissements français du sang). En région Grand Est, en janvier 2017, 77 entités juridiques privées et publiques exploitaient 372 sites de LBM, la part du secteur privé à but lucratif représentant 86% de ces sites et 63% du nombre d'examens prélevés.

Tous les centres hospitaliers ne disposent pas de leur propre LBM. Dans ce cas, ils confient, par convention, la réalisation des examens de biologie médicale à des LBM publics ou privés. Aussi, les LBM privés peuvent avoir une activité très similaire à ceux des centres hospitaliers, voire être amenés à participer à la permanence de l'offre de biologie médicale lorsqu'ils sont liés par convention à un établissement de santé.

/// La réforme de la biologie médicale

L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale a été ratifiée par la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. Elle constitue la référence législative qui s'applique à tous les LBM, privés comme publics. Plusieurs décrets en ont précisé la mise en œuvre en 2015 et 2016. Cette réforme comprend 3 mesures-phares :

/// La médicalisation : il s'agit d'affirmer le rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins

L'article L. 6211-2 du CSP fait reposer l'examen de biologie médicale sur un triptyque : une phase pré-analytique, une phase analytique et une phase post-analytique, le biologiste médical intervenant sur chacune de ces trois phases.

La phase pré-analytique comporte notamment le recueil des éléments cliniques pertinents auprès du clinicien ou au cours d'un dialogue avec le patient.

Lors de la phase post-analytique, l'interprétation du résultat, qui s'effectue, après validation des résultats d'examens de biologie médicale, en fonction du contexte clinique, doit déboucher sur la formulation d'un conseil auprès du patient ou du clinicien dans un délai compatible avec l'état de l'art.

/// L'accréditation

Le COFRAC a été chargé de l'accréditation des LBM. Il s'agit d'un processus d'accréditation long, mobilisant de nombreux évaluateurs. À compter du 1er janvier 2018, le calendrier est le suivant :

- Aucun LBM ne peut fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur au moins 50 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent et sur au moins un examen par famille.
- À compter du 1er novembre 2020, les LBM ne peuvent fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur 100 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent.
- Les accréditations prévues portent sur chacune des trois nouvelles familles d'examens de biologie médicale.

/// La régulation de la financiarisation du secteur privé

Selon le I de l'article 10 de la loi du 30 mai 2013, plus de la moitié du capital social et des droits de vote d'une société d'exercice libéral de biologistes médicaux doit être détenue, directement ou par

l'intermédiaire d'une société de participations financières de professions libérales, par des biologistes médicaux en exercice au sein de la société.

De plus, pour éviter tout conflit d'intérêt, direct et indirect, l'article L.6223-5 du CSP en particulier précise que : « *des professionnels du type fournisseur, distributeur ou fabricant de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, un établissement de santé, social ou médico-social de droit privé, une entreprise d'assurance et de capitalisation, un organisme de prévoyance, de retraite et de protection sociale obligatoire ou facultatif… ne peuvent détenir directement ou indirectement une fraction du capital social d'une société exploitant un LBM privé* ».

/// La modification du paysage de la biologie médicale

La réforme de la biologie a engendré une profonde restructuration du paysage des LBM. Le nombre de sites n'est plus limité à 5. Désormais en région Grand Est, quelques sociétés d'exercice libéral (SEL) exploitent des LBM comptant jusqu'à une trentaine de sites.

La démarche d'accréditation, de par les moyens humains et financiers mobilisés, a accéléré le processus de concentration du secteur privé. Ainsi, en région Grand Est, en 2016, 38 SEL exploitaient un LBM contre 102 en 2010. Cependant, ces sites préexistants aux fusions ayant été conservés, les LBM sont majoritairement multisites, et le nombre de sites de LBM est pratiquement constant.

Ces sites se sont spécialisés : sur les 321 sites relevant du secteur privé à but lucratif, 184 étaient enregistrés dans la base de gestion nationale des LBM (BIOMED) pour la réalisation des phases pré-analytique et post analytique (sites de prélèvement). À l'inverse, 51 sites sur les 52 relevant du secteur public et du secteur privé à but non lucratif réalisaient également la phase analytique (plateaux techniques).

Par ailleurs, lorsqu'un LBM n'est pas en mesure de réaliser un examen de biologie médicale, il peut transmettre à un autre LBM les échantillons biologiques à des fins d'analyse et d'interprétation. Ces transmissions ne peuvent excéder, pour une année civile, un pourcentage fixé par voie réglementaire et compris entre 10 et 20 % [15% actuellement] du nombre total des examens de biologie médicale réalisés par le LBM (cf. art. L. 6211-9 du CSP).

Certains LBM ne peuvent en effet pratiquer certains examens nécessitant une qualification et des équipements spécifiques.

Le regroupement de plusieurs LBM et la constitution de plateaux techniques communs dotés de matériels performants ont permis un fonctionnement conforme à la législation. Ces regroupements ont également permis, par les gains de productivité induits, de contrebalancer les effets des diminutions tarifaires visant à maitriser la progression des dépenses liées à la biologie médicale, alors que le volume d'examens a connu une forte croissance. Le regroupement entre LBM est aujourd'hui plus avancé dans le secteur privé que dans le secteur public.

Les mutualisations dans le cadre de groupement de coopération sanitaire (GCS) sont peu nombreuses, et la réorganisation des établissements publics de santé devrait s'opérer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont les projets médicaux partagés comportent un volet biologie.

Ce mouvement de concentration s'accompagne aujourd'hui de nouveaux enjeux pour la biologie médicale en termes de réponse aux besoins de proximité. Afin de renforcer et structurer l'offre de soins de proximité, la stratégie Ma santé 2022 prévoit des mesures de transformation du système de santé et en particulier le déploiement de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire national à l'horizon 2022, ainsi que la labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité », avec l'objectif de reconnaissance de 500 à 600 établissements. Ces derniers assureront des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées, et devront disposer d'un plateau technique de biologie et d'imagerie, d'équipes mobiles et d'équipements en télémédecine. Un projet de santé de territoire comprendra donc les services prioritaires et tout autre objectif répondant aux besoins de la population de leur territoire, notamment les besoins de proximité et l'organisation de la réponse à l'urgence et aux soins non programmés.

Il en ressort la nécessité de structurer, autour des futures CPTS, les plateaux techniques de biologie médicale, et une biologie médicale délocalisée accréditée, selon des modalités adaptées à chaque territoire : adossement aux hôpitaux de proximité à labelliser, aux hôpitaux plus spécialisés qui conserveront des missions de proximité ou directement aux CPTS dans le cadre de coopération avec les LBM privés.

En effet, la loi du 30 mai 2013, qui a ratifiée l'ordonnance du 13 janvier 2010 portant réforme de la biologie médicale, a introduit l'article L. 6211-18 du code de la santé publique qui prévoit qu'une décision thérapeutique urgente peut nécessiter que la phase analytique d'un examen de biologie médicale soit réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale, à savoir dans un établissement de santé ou, pour des motifs liés à l'urgence, dans des lieux déterminés par décret en Conseil d'État. La lecture du résultat nécessaire à la décision thérapeutique est alors assurée par le médecin. Le biologiste médical conserve toutefois la responsabilité de la validation des résultats obtenus.

Ces examens de biologie médicale délocalisée ou à proximité du patient présentent un intérêt indéniable aussi bien pour ce dernier que pour les structures de santé. Ils doivent en contrepartie obéir strictement à un système de management de la qualité bien conçu et parfaitement mis en œuvre, y compris par un organisme de santé prodiguant des soins ambulatoires et être accrédités selon la norme NF EN ISO 22870.

/// Génétique médicale : évolution de l'offre à mener dans les 5 ans à venir

L'évolution de l'offre en matière d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales est liée aux besoins de la population, mais est conditionnée par l'évolution du nombre de biologistes médicaux autorisés dans ce domaine.

La loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, modifiée par la loi du 7 juillet 2011 donne compétence à l'Agence de la biomédecine pour délivrer les agréments des praticiens pour les activités de génétique. Ces praticiens agréés sont très peu nombreux.

En région Grand Est, seule une quinzaine d'établissements (publics et privés) est autorisée pour ces activités (10 pour les analyses de cytogénétique – 15 pour les analyses de génétique moléculaire). Même si quatre territoires de GHT ne disposent pas de laboratoire autorisé, leur démographie ne justifie pas une installation sur ces territoires. Aussi l'offre ne va-t-elle pas évoluer de façon sensible : au contraire, du fait de matériels de plus en plus perfectionnés, performants mais onéreux, les LBM s'orienteraient plutôt vers des fusions.

/// L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MÉDICALE EN RÉGION GRAND EST

/// Les zones de biologie médicale

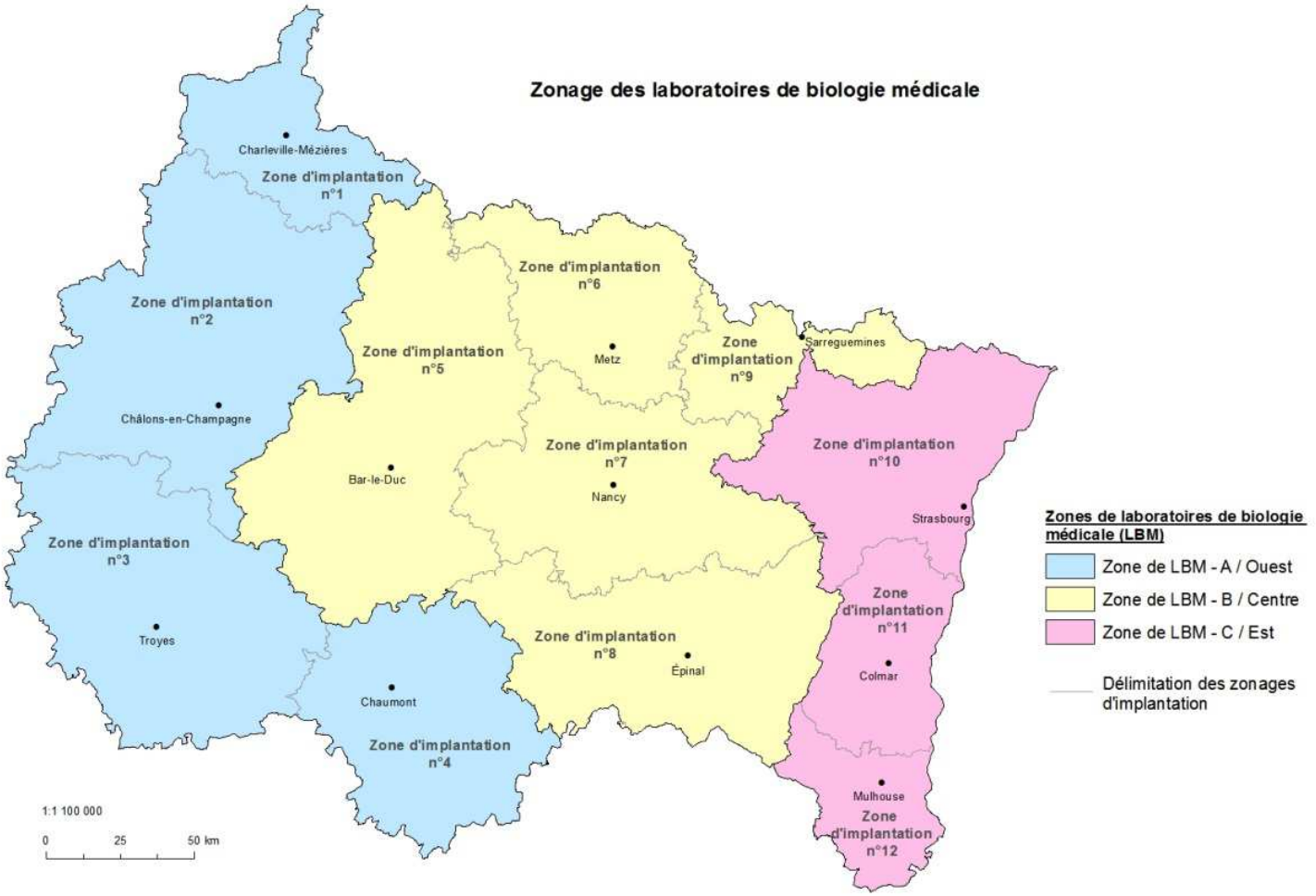
La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié l'article L. 1434-9 du CSP ; les Agences Régionales de Santé doivent délimiter les zones donnant lieu *« à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4 ».*

Ces zones sont définies dans le cadre du SRS *(cf. art. R. 1434-31)* et font l'objet d'un arrêté spécifique du directeur général de l'agence régionale de santé *(cf. art. R. 1434-32)*.

Dans le régime de déclaration qui remplace le régime d'autorisation lorsque les LBM sont accrédités à 100%, la régulation de l'offre par l'ARS s'opère dans le cadre de ces zones, interdisant notamment les positions dominantes à l'intérieur d'une zone. Par ailleurs, aucune disposition n'encadre les ouvertures et fermetures à l'intérieur de la zone en fonction de la couverture des besoins existants.

Trois zones ont été retenues pour l'organisation de la biologie médicale en région Grand Est. Elles correspondent aux zones d'implantation pour le niveau de soins de recours définies précédemment *(cf. « Des zones d'implantation » (page 257)).*

Zones définies pour la Biologie médicale	Population	Superficie (km^2)	Nombre d'examens prélevés	Nombre d'examens prélevés par habitant
Zone de LBM A-Ouest	1 222 828	22 788	19 433 526	15,89
Zone de LBM B-Centre	2 396 176	25 311	45 288 808	18,90
Zone de LBM C-Est	1 933 384	9 335	37 732 876	19,52
Total général	**5 552 388**	**57 434**	**102 455 210**	**18,45**


Zonage des laboratoires de biologie médicale
Charleville-Mézières
Zone d'implantation n°1
Zone d'implantation n°2
Zone d'implantation n°3
Zone d'implantation n°4
Zone d'implantation n°5
Zone d'implantation n°6
Zone d'implantation n°7
Zone d'implantation n°8
Zone d'implantation n°9
Zone d'implantation n°10
Zone d'implantation n°11
Zone d'implantation n°12
Châlons-en-Champagne
Troyes
Chaumont
Bar-le-Duc
Metz
Nancy
Épinal
Sarreguemines
Strasbourg
Colmar
Mulhouse
1:1 100 000
0 25 50 km
Zones de laboratoires de biologie médicale (LBM)
Zone de LBM - A / Ouest
Zone de LBM - B / Centre
Zone de LBM - C / Est
Délimitation des zonages d'implantation

/// Définition des besoins

Le Directeur général de l'ARS peut s'opposer à l'ouverture d'un LBM ou d'un site d'un LBM, lorsqu'elle aurait pour effet de porter l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé (cf. art. L. 6222-2 du CSP).

En région Grand Est, la moyenne s'établit en 2016 à 18,45 examens par habitant, mais la situation est actuellement très hétérogène (de 13,58 pour le territoire du GHT n°3 à 20,44 pour le territoire du GHT n°10). En fixant le besoin en examens à 18 examens par an et par habitant sur l'ensemble du territoire de la région Grand Est, le Directeur général de l'ARS peut s'opposer à une ouverture qui porterait l'offre à plus de 22,50 examens/habitant/an, dans chaque zone, ce qui laisse de la souplesse pour s'adapter à une évolution éventuelle des volumes à la hausse dans les cinq prochaines années (vieillissement, dépistage, génétique...).

/// Les conditions de recours aux sites de rupture de charge et de stockage

Des LBM utilisent des sites de rupture de charge et de stockage au sein d'officines de pharmacie, de maisons de santé, de cabinets infirmiers… pour les prélèvements réalisés par les professionnels de santé (IDE libéraux et médecins) au domicile des patients. En application de l'article D. 6211-1, le SRS doit « prendre en compte » les spécificités géographiques justifiant le recours à de tels sites ; l'objectif global est de conserver un maillage optimal des sites de LBM et de garantir les conditions de stockage et de transport des prélèvements. Aussi, le recours à des sites de rupture de charge et de stockage des prélèvements pourra se justifier uniquement s'ils répondent aux critères qui seront définis dans le cadre du PRS.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin, d'une part de maintenir en tout point du territoire une offre de qualité et diversifiée en matière de biologie médicale, et d'autre part, d'accompagner et de favoriser la présence d'une biologie médicale de pointe, hautement spécialisée, au sein de la région, en particulier au niveau de la génétique, deux grands axes d'actions seront développés et traduits en objectifs opérationnels :

- Accompagner les évolutions de la biologie médicale sur le territoire Grand Est ;
- Garantir l'efficience et la qualité de l'offre en biologie médicale et génétique.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Favoriser le développement d'actions de prévention et de dépistage au sein des laboratoires de biologie médicale

En médicalisant la profession de biologiste médical, l'ordonnance de 2010 sur la biologie médicale incite et justifie l'implication des biologistes médicaux dans la prévention et l'éducation thérapeutique des patients. Le biologiste médical doit être présent sur les sites pré et post-analytiques, en contact avec les patients, afin d'assurer un rôle accru de promotion et de prévention de la santé. Ce rôle n'étant

pas suffisamment reconnu, ni encadré, l'objectif opérationnel vise à l'encourager et à en déterminer les contours applicables en région Grand Est.

- Réalisation d'expérimentations au sein des LBM hospitaliers ou ambulatoires, permettant de développer le rôle du biologiste médical et des LBM publics ou privés en matière de prévention et de dépistage (ex : dépistage de l'insuffisance rénale chronique…).

Objectif 2 Améliorer l'attractivité de la biologie médicale en particulier pour les spécialités méconnues et les nouveaux métiers de la biologie, comme la génétique

En région Grand Est, 159 biologistes médicaux (20%) ont plus de 60 ans, pour un nombre de postes proposés aux internes, tant en médecine qu'en pharmacie, et de diplômes délivrés autour de 20 par an. Ce ratio est insuffisant pour assurer le renouvellement générationnel. La biologie n'attire plus suffisamment les internes en médecine, et les postes offerts ne sont pas toujours tous pourvus.

- Assurer une communication et une promotion des métiers de la biologie médicale auprès des étudiants ;
- Améliorer l'adéquation entre le nombre de biologistes médicaux formés et le nombre de postes d'assistants ouverts en secteur hospitalier ;
- Définir, certifier, et proposer des terrains de stage diversifiés, en particulier au sein de LBM privés.

En lien avec Axe stratégique n°3 : Adapter la politique de ressources humaines en santé (page 43)

Objectif 3 Inciter et accompagner l'interopérabilité des systèmes d'information

Il est indispensable de développer l'interopérabilité des systèmes d'information en matière de biologie médicale, d'une part au sein des secteurs public et privé et, d'autre part, entre eux. Il s'agit de renforcer la réactivité de la chaîne de la biologie médicale, de la prescription à la facturation finale et de faciliter les échanges d'informations entre les différentes structures concernées. Cette interopérabilité permettra la dématérialisation sécurisée des données, le partage de l'interprétation des données du patient, le partage facilité d'informations et de l'expérience, ainsi qu'une facturation juste et rapide. La prescription connectée avec un dossier patient informatisé, encore minoritaire doit devenir la règle et l'habitude, et sera encouragé par l'ARS.

La région est en retard sur ce point, en particulier dans des domaines comme la génétique, ce qui est un frein majeur au développement des échanges d'informations entre tous les acteurs institutionnels et professionnels de santé.

L'interopérabilité des systèmes d'information sera également essentielle dans le cadre du projet de plateforme de séquençage haut débit développé pour la région Grand Est. La perspective de l'interopérabilité avec les patients via l'e-santé et la mobile-santé devra progressivement être intégrée.

- Créer un groupe de travail dédié composé d'éditeurs, de biologistes médicaux et d'informaticiens hospitaliers et privés ;
- Identifier les freins à la mise en place d'une véritable interopérabilité des systèmes d'information ;
- Favoriser la communication entre les personnes, directions et services concernés (directions générales, services d'information, biologistes médicaux, …) ;
- Assurer un lien avec le projet de mise en œuvre d'un concentrateur / répartiteur régional de comptes rendus de laboratoire ;
- Accompagner le développement des technologies, tout en garantissant la sécurité, les performances et la confidentialité des données ;
- Définir des recommandations destinées aux LBM et aux regroupements.

Objectif 4 Garantir la qualité des sites de rupture de charge et de stockage des prélèvements

L'article D. 6211-1 du code de la santé publique prévoit que le manuel unique des procédures préanalytiques applicables comporte, pour les prélèvements effectués en dehors du laboratoire de biologie médicale ou de l'établissement de santé, les choix de transport, de rupture de charge et de stockage éventuel et leurs justifications, compte tenu des spécificités géographiques prises en compte par le schéma régional de santé. La qualité des sites de rupture de charge et de stockage des prélèvements peut impacter les résultats de l'examen, si les conditions de stockage et de transport ne sont pas optimales, par exemple :

- Des délais d'acheminement trop longs vers le plateau technique ;
- Un non-respect des conditions requises pour le transport et le stockage des prélèvements ;
- Le risque d'hémolyse du prélèvement par une sur-manipulation, ou manipulation non recommandée.

En conséquence, il est nécessaire de définir un cahier des charges ou des bonnes pratiques de stockage, de conservation et de transport des prélèvements hors les murs d'un LBM, applicables pour la région Grand Est. ~~Par ailleurs, un recensement des lieux assurant le stockage intermédiaire des prélèvements (officines, cabinets médicaux, cabinets infirmiers, maisons de santé…) devra être réalisé.~~

- ~~Créer un groupe de travail dédié regroupant, sous l'égide de l'ARS, les acteurs publics et privés concernés ;~~
- ~~Recenser les sites de rupture de charge et de stockage ;~~
- Définir les conditions requises pour être reconnu ~~autorisé~~ comme site de stockage et/ou de rupture de charge ;
- Élaborer et diffuser un cahier des charges déterminant les conditions à remplir pour garantir la qualité du stockage intermédiaire des prélèvements hors les murs des LBM.

Objectif 5 Inciter au développement de coopérations régionales en matière de génétique

Le développement d'une coopération régionale public-privée renforcée en matière de génétique est nécessaire en raison de la spécialisation croissante de ce domaine, de l'essor important, de la complexité des techniques et connaissances génétiques mises en œuvre, de la nécessité de disposer des compétences humaines pointues et variées, et afin de développer des collaborations régionales et une expertise.

Il est nécessaire d'identifier en région des pôle(s) multisites (sous forme de réseau éventuellement) de référence pour les analyses hyperspécialisées en oncobiologie (génétique somatique -cancer- et constitutionnelle -prédispositions héréditaires aux cancers-) ou en génétique des maladies rares (prédispositions à des syndromes et conditions génétiques), afin d'optimiser l'efficience et l'offre en médecine génétique, en tenant compte du projet de plateforme de séquençage haut débit pour la région Grand Est, développé dans le cadre du plan national Génomique 2025 (prévoyant 12 plates-formes sur l'ensemble du pays).

De telles structures permettront d'assurer une mutualisation, tant pour les équipements spécialisés, locaux et matériels, que pour les ressources humaines : médecins (postes d'internes et d'assistants, postes de psychologues), biologistes médicaux (postes d'internes), et également ingénieurs biostatisticiens, bio-informaticiens, conseillers en génétique.

Une telle organisation permettra aux acteurs de mieux se connaître et d'échanger, afin d'améliorer leurs pratiques professionnelles, et aux établissements publics ou privés participant de mutualiser des moyens humains (échange de patriciens, temps partagé entre établissements) et techniques. Ces structures pourront évoluer du simple réseau à la plateforme supra-établissement. Elles s'inscriront

également dans le changement de l'organisation de la biologie médicale lié à la mise en place des GHT. Elles sont nécessaires pour assurer une formation des internes en biologie médicale et maintenir des lieux de recherche et d'innovation de haute qualité dans la région. Ces coopérations permettront ainsi de conforter et de faciliter le développement de sites ayant une taille critique permettant d'accueillir dans de bonnes conditions les spécialistes et les patients.

L'Agence régionale de santé veillera à :

- Favoriser le développement des coopérations régionales public-privé et public-public renforcées en matière de réalisation des examens de génétique ;
- Identifier des pôles multi-sites (sous forme de réseau éventuellement) de référence ;
- Identifier des sites spécialisés ;
- Identifier les acteurs régionaux et les personnes ressources pour les activités de génétique clinique et biologique ;
- Partager des équipements onéreux (séquenceurs MD).

Objectif 6 Développer la prestation de conseil biologique en vue d'optimiser les prescriptions d'examens de biologie médicale

Les biologistes médicaux sont habilités, lorsqu'ils l'estiment appropriée, à proposer au prescripteur, la réalisation d'examens de biologie médicale autres que ceux figurant sur la prescription, ou à ne pas réaliser tous les examens qui y figurent *(cf. art. L6211-8 du code de la santé publique)*. À ce titre, le biologiste médical doit s'affirmer comme l'interlocuteur privilégié du prescripteur dans la délivrance de conseils visant l'optimisation des prescriptions d'examen de biologie médicale, tant a priori qu'a posteriori de la rédaction de la prescription.

- Rédiger des fiches d'aide à la prescription pour les examens les plus prescrits en région Grand Est dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, en s'appuyant sur les travaux prévus à l'objectif « Optimiser la pertinence des prescriptions d'examens de biologie médicale » (page 184) ;
- Faire valider les fiches d'aide à la prescription par des experts ou sociétés savantes ;
- Diffuser les fiches d'aide à la prescription en les portant à la connaissance des URPS et en les mettant à disposition des prescripteurs via le site Internet de l'ARS.

Objectif 7 Contribuer à la structuration de l'offre en biologie médicale auprès des communautés professionnelles territoriales de santé

La déclinaison de la stratégie nationale Ma sante 2022 en région Grand Est prévoit le déploiement d'environ 100 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2022 et la labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité ». Aussi, il est nécessaire de préciser les modalités d'organisation des LBM permettant de répondre, en fonction des territoires, à ces enjeux d'accès aux techniques de diagnostic biologique dans un cadre médico-économique maitrisé. Ces derniers assureront des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées, et devront disposer d'un plateau technique de biologie et d'imagerie, d'équipes mobiles et d'équipements en télémédecine. Les plateaux techniques seront ouverts aux professionnels de santé de ville, et à défaut un accès devra être organisé avec les établissements voisins.

- Définir les formes du recours à l'offre de biologie médicale susceptibles de répondre, 24h/24 ou dans les plages horaires de couverture correspondant aux soins non programmés, aux besoins des hôpitaux de proximité labellisés et/ou directement des CPTS sous forme de coopération avec les LBM privés ;

- Inciter à une démarche proactive de la part des LBM privés et publics pour structurer cette offre localement ;
- Rédiger une convention type liant le LBM d'une part, l'hôpital de proximité et/ou directement la CPTS d'autre part, pour une offre biologique adaptée ;
- Rappeler l'obligation d'accréditation par le COFRAC de la biologie médicale délocalisée sur la base de la norme NF EN ISO 22870.

5. UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CAPACITÉ DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

/// CONSTATS ET ENJEUX

Le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) constitue l'outil central de la planification de la réponse du système de santé aux situations exceptionnelles et aux crises au niveau d'une région. Son élaboration concerne en interne l'ensemble des services de l'ARS et en externe tous les partenaires du système de santé. Le dispositif ORSAN implique deux axes de réflexion, l'un sur l'organisation des soins au niveau régional et l'autre, sur l'organisation interne de l'ARS pour apporter l'appui et la coordination nécessaires lors de l'activation du dispositif ou de certains de ses éléments.

- Organisation des soins :
  - Optimiser la prise en charge des patients lors d'évènements graves et/ou inhabituels ;
  - Formuler des réponses progressives strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'évènement ;
  - Privilégier l'adaptation des parcours de soins utilisés en routine par les patients ;
  - Garantir la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'évènement, par la mobilisation au plus juste des ressources.
- Organisation de l'ARS : L'objectif de l'ARS est d'être en capacité d'assurer H24 une expertise, une coordination et un appui aux actions des acteurs du système de santé et une interface avec les autorités départementales, zonales et nationales. Il faut donc :
  - Fonctionner de manière permanente (Plan de continuité d'activité) ;
  - Assurer la réponse de l'ARS à la situation rencontrée : plan de crise et cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS).

Le dispositif ORSAN comporte 6 volets avec chacun des modalités d'organisation de l'offre de soins spécifiques ; en particulier les volets nécessitant des moyens rares seront envisagés en dimension zonale :

- « ORSAN AMAVI » : accueil massif de victimes non contaminées ;
- « ORSAN CLIM » : prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique ;
- « ORSAN EPI-VAC » : gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national avec une possible campagne de vaccination exceptionnelle ;
- « ORSAN BIO » : prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent ;
- « ORSAN NRC » : prise en charge d'un risque NRC ;
- Dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Définir les parcours de prise en charge pour chaque volet et territoire et les moyens nécessaires

Une réflexion sur l'articulation territoriale doit être menée en tenant compte des différentes logiques territoriales :

- La zone d'implantation définie précédemment *(cf. partie II B2)* support d'une analyse territoriale commune des besoins et moyens sanitaires ;
- Le département : espace géographique habituel de la gestion de crise dans lequel les SAMU jouent un rôle important de pilotage local de la crise. Ce découpage est a priori à privilégier pour éviter en situation de crise l'utilisation d'un schéma de gestion inhabituel et des difficultés d'interfaçage ;

- Les territoires d'urgence (TU).

De plus, la logique régionale doit prendre en compte les autres régions frontalières.

Trois axes de travail :

- Définir par volet la(es)dimension(s) du territoire (zone d'implantation, département, région, zone de défense) pertinente(s) en recherchant au maximum une base et travailler aux coopérations inter-régionales ou interzonales pour les zones limitrophes ;
- Réaliser dans ces territoires une analyse des parcours de soins « types » avec au besoin des adaptations populationnelles : enfants, personnes âgées, pathologies (brulés, traumatisés graves …) (en fonction de la catégorisation des établissements de santé publics et privés et de leurs moyens en particulier) ;
- Définir chaque parcours avec un scénario moyen et un majorant (ex pour AMAVI : un avec 50 victimes et l'autre avec 200).

Il s'agit ensuite de s'assurer des moyens pour organiser les parcours retenus et au besoin de définir où et comment les trouver. L'analyse partira d'un recensement des capacités existantes positionnées sur chaque parcours retenu/ scénario en privilégiant une approche pragmatique et la notion de flux acceptable. L'analyse devra être périodiquement revue. Dans un deuxième temps, les capacités souhaitables seront déterminées et l'écart observé identifié dans sa nature, son importance et les possibles remédiations.

Objectif 2 Élaborer un schéma d'alerte entre les partenaires « santé » et les autres partenaires

Cet objectif ne s'inscrit pas directement dans les objectifs stratégiques listés mais correspond plutôt à un levier d'amélioration de la qualité. Tous les acteurs du système de santé peuvent être concernés par l'alerte : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, établissements médico-sociaux, laboratoires de biologie médicale, transporteurs sanitaires, grossistes répartiteurs, acteurs de la médecine territoriale, scolaire, du travail… Des acteurs hors système de santé sont concernés comme les services de protection civile, les forces de l'ordre, les associations de sécurité civile ou de prise en charge de victimes, météo France…

À partir des éléments collectés dans le cadre de l'objectif précédent, la réflexion doit permettre d'élaborer avec eux des schémas d'alertes pertinentes et efficaces et de les tester.

Objectif 3 Élaborer un schéma de mobilisation formalisant les champs de compétences et d'actions et les rôles respectifs de chaque acteur

Un autre objectif est d'élaborer toujours par parcours et selon les scénarios retenus les doctrines de mobilisation des moyens sur les échelles territoriales retenues. Trois axes de travail ont été retenus :

- Élaborer un schéma de mobilisation réaliste et progressif (selon la situation) qui soit connu et par les acteurs ;
- Définir et formaliser les champs de compétences, les champs d'actions et les rôles respectifs de chaque acteur, les liens hiérarchiques et/ou fonctionnels entre les multiples composantes sanitaires SAMU, SAMU de zone, délégations territoriales de l'ARS, cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) et aussi en tenant compte de l'articulation avec les autorités civiles et militaires ;
- Intégrer les aspects de l'urgence médico-psychologique dans tous les volets ORSAN.

Objectif 4 Structurer un schéma de formation avec des formations graduées

Une organisation aussi complexe que la mise en œuvre des dispositifs de réponse ORSAN nécessite une bonne information des acteurs et partenaires et des formations adaptées développées dès les premiers niveaux de formation initiale ou continue. Cinq axes de travail ont été proposés en lien avec les réflexions menées au niveau des facultés de médecine et des SAMU/Centre d'enseignements des soins d'urgence (CESU).

- Recenser les formations existantes dans le champ de la santé et des partenaires (Sécurité civile) et évaluer leur utilisation pour les objectifs d'ORSAN ;
- Déterminer des socles de compétences (référentiels) travaillés avec les professionnels, établir un programme large de formations allant de la sensibilisation à des formations spécifiques, et privilégier des approches pédagogiques variées (exercices sur le terrain (retours d'expérience), outils de mise en situation, jeux de rôle, centre de simulation…), avec une dimension universitaire mais aussi de terrain. La participation des CESU sera articulé dans le cadre d'un réseau urgences Grand Est avec la valorisation de centres de simulation ;
- Organiser régulièrement des formations pour maintenir et mettre à jour les connaissances (développement professionnel continu) ;
- Assurer une coordination territoriale et une déclinaison homogène des formations pour s'assurer de disposer des expertises nécessaires ;
- Favoriser des formations communes avec les services du ministère de l'intérieur (sapeurs-pompiers, police, gendarmerie) et de santé des armées pour développer une culture commune.

Objectif 5 Développer des outils de planification opérationnels pour les acteurs du système de santé et l'ARS, renforcer leur interopérabilité par des exercices réguliers

L'objectif est de s'assurer qu'en situation de crise, les personnels et les structures « acteurs » et « opérateurs » du champ sanitaire. Il est nécessaire de « sécuriser », c'est-à-dire de permettre un fonctionnement permanent et optimal (Plan de crise et Plan de continuité d'activité (PCA)) ; cet objectif particulièrement sensible et complexe s'inscrit aussi dans une politique nationale de sécurité publique plus ciblée.

Ce travail passe par le recensement des outils de planification opérationnels pour les opérateurs de terrain (établissements de santé publics et privés, établissements médico-sociaux, grossistes répartiteurs, transporteurs sanitaires…) couvrant l'ensemble des risques dont la sécurité des systèmes d'information et la sécurité publique : plans blancs, bleus, de crise, PCA des opérateurs, PCA et plan de crise de l'ARS plan de sécurité informatique, plan de sécurisation des établissements…

La réalisation d'exercices réguliers communs à plusieurs acteurs complète ce travail partenarial, afin de renforcer la qualité et l'interopérabilité des outils mis en place.

Il s'agira également de développer des démarches communes d'évaluation et d'audit (retours d'expérience).

Objectif 6 Préparer la coopération interrégionale et nationale pour la mobilisation de moyens d'appui réciproque (objectif transversal)

Les situations récentes ont montré qu'une région peut avoir des difficultés à couvrir seule les besoins d'une situation de crise en particulier pour certains risques ou doit prendre en compte une échelle territoriale plus large pour structurer sa réponse : attentat, épidémie, accident nucléaire ou industriel chimique…

Un travail doit donc être mené pour préparer à froid des possibilités de coopération au niveau du territoire national et frontalier, leur apporter l'appui de l'ARS ou solliciter le leur en particulier pour les volets AMAVI, NRC, EPIVAC.

Deux axes ont été retenus :

- Élargir à la dimension zonale l'ensemble des réflexions menées en région Grand Est pour mettre en cohérence nos dispositifs sur l'ensemble des volets ;
- Préparer l'organisation de l'appui au niveau national et international.

Objectif 7 Intégration du dispositif ORSAN dans les accords transfrontaliers en particulier l'aide médicale urgente

Du fait de sa position géographique, la région Grand Est doit prendre en compte la coopération avec les voisins européens, pour leur apporter un appui ou solliciter le leur, en lien avec le niveau national. Les réflexions menées dans le cadre de la déclinaison ORSAN s'intégreront dans tous les travaux menés au niveau des accords transfrontaliers.

En lien avec « Encourager la coopération transfrontalière afin de faciliter l'accès aux soins » (page 317)

6. ENCOURAGER LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS

/// CONSTATS ET ENJEUX

La région Grand Est est la seule région française à partager sa frontière de 760 km[45] avec trois pays de l'Union Européenne (UE), le Royaume de Belgique, le Grand-Duché de Luxembourg, la République Fédérale d'Allemagne et avec un pays hors UE, la Confédération helvétique. Parmi les pays limitrophes de la France, deux sont des pays francophones (la Belgique et le Grand-Duché du Luxembourg), ce qui facilite les échanges transfrontaliers et deux pays sont germanophones (l'Allemagne et les cantons suisses du Nord-Ouest principalement germanophones).

L'ouverture des frontières a pour conséquences directes un accroissement de la mobilité des populations, une plus grande intégration aux frontières et rend ainsi indispensable une concertation autour d'enjeux qui s'avèrent souvent être des enjeux communs, tels que les questions de démographie des professionnels de santé par exemple, l'organisation de complémentarités d'offre de santé dans un territoire donné, et la réponse aux situations d'urgence.

En région Grand Est, la part de frontaliers est particulièrement élevée avec 7,2% de la population active[46], soit environ 160 000 personnes. La majorité des travailleurs frontaliers résident dans le département de la Moselle (67 500 travailleurs frontaliers soit 42 % de l'ensemble des frontaliers du Grand Est), suivi du Haut Rhin (40 400) et de la Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin (22 000 chacun)[47].

En 2012, la plus grande partie des frontaliers travaillent aux Luxembourg (69 000 frontaliers), puis en Allemagne (46 000 frontaliers), en Suisse (36 100 frontaliers) ou en Belgique (8 500 frontaliers). Les chiffres régionaux cachent cependant les disparités des territoires ; certains territoires ont une très forte proportion de frontaliers, comme par exemple la zone d'emploi de Longwy (Meurthe-et-Moselle) ou de Saint-Louis (Haut-Rhin), où les travailleurs frontaliers représentent respectivement 49% et 41% de la population active. Les travailleurs frontaliers exerçant leur activité professionnelle dans un pays de l'UE ont la particularité d'avoir accès aux systèmes de santé de leur lieu de résidence et de leur lieu de travail.

Enfin, la région Grand Est constitue une zone de passage avec une forte mobilité des personnes :

- avec un tourisme important : 22,6 millions de touristes dans la région en 2015, dont 12,5 millions en Alsace, 5,1 millions en Lorraine et 5 millions en Champagne-Ardenne[48] ;
- les ports rhénans ainsi que le vaste réseau autoroutier constituent un nœud de transport européen Nord/Sud/Est/Ouest du réseau transeuropéen de transport[49] (RTE-T - programme de développement des infrastructures de transport de l'Union européenne) qui font de la région Grand Est une région ouverte à l'internationale tant pour le fret que pour les déplacements professionnels.

La région Grand Est compte trois espaces de programmation INTERREG[50] dont deux qui ont pour objectif explicite le développement de projets de coopération sanitaire transfrontalière. Parallèlement, de nombreuses structures de coopérations territoriales transfrontalières ont été créées telles que les Eurodistricts, les groupements européens de coopération territoriale (GECT) pour répondre aux besoins des populations.

La coopération s'est institutionnalisée, notamment à travers la création d'instances spécifiques de dialogue, de concertation et de coordination des politiques publiques. Là aussi, et à l'instar des programmes INTERREG, on distingue trois espaces de coopération pour les zones frontalières de la

[45] Diagnostic de la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine (ACAL), Préfectures Régions Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine, Juillet 2015, p.90
[46] Insee Analyses Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine N° 3 - février 2016
[47] Insee Analyses Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine N° 3 - février 2016 5 Observatoire Régional du Tourisme d'Alsace, Observatoire Régional du Tourisme de Champagne-Ardenne, Observatoire Lorrain du Tourisme, mars2016
[48] Observatoire Régional du Tourisme d'Alsace, Observatoire Régional du Tourisme de Champagne-Ardenne, Observatoire Lorrain du Tourisme, mars2016
[49] Réseau transeuropéen de transport (RTE-T) : programme de développement des infrastructures de transport de l'Union européenne, élément de la politique commune des transports.
[50] INTERREG France-Wallonie-Flandres, INTERREG Grande-Région, INTERREG Rhin supérieur

Région Grand Est, la région Champagne – Ardennes – Wallonie, la Grande-Région franco-germano-belgo-luxembourgeoise et le Rhin supérieur franco-germano-suisse.

Afin de consolider et de développer la coopération sanitaire transfrontalière, la France a signé des accords-cadres avec l'Allemagne puis la Belgique ; des accords-cadres entre la France et la Suisse et entre la France et le Luxembourg seront mis en œuvre à compter de 2018. Ces accords-cadres permettent aux acteurs régionaux frontaliers de conclure des conventions locales de coopération sanitaire transfrontalières. Ces accords-cadres intergouvernementaux fixent le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière et prévoient pour tous les champs du sanitaire, y compris les secours d'urgence, les conditions et modalités de mise en œuvre de coopérations, précisées dans les conventions entre partenaires.

La mise en œuvre de ces accords-cadres est prévue via des arrangements administratifs établissant une commission mixte intergouvernementale chargée du suivi et de l'évaluation des coopérations. Celle-ci est composée des représentants des autorités compétentes en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale aux niveaux national et régional des parties concernées. L'ARS Grand Est est chargée de la mise en œuvre de ces accords-cadres sanitaires.

Tous les systèmes de santé de chaque côté des frontières font face aux mêmes défis majeurs : vieillissement de la population, accroissement des maladies chroniques, inégalités d'accès à l'offre de santé compte tenu notamment des évolutions en matière de démographie des professionnels de santé dans certains territoires, et le poids des contraintes économiques. Et tous les systèmes de santé doivent trouver des réponses adaptés à ces défis.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

La coopération transfrontalière en matière de santé doit être renforcée et amplifiée pour permettre dans le respect des accords-cadres définis par les pays concernés :

- D'organiser la surveillance et l'observation de la santé, notamment pour faire face à certaines épidémies et pour améliorer la visibilité de l'offre de soins et des conditions d'accès à cette offre ;
- De faciliter l'accès à l'offre de santé répondant aux besoins des frontaliers ne pouvant être satisfaits dans leur territoire d'origine selon un principe de subsidiarité ;
- De prendre en charge les travailleurs frontaliers dans des conditions de qualité et de sécurité des soins satisfaisantes et selon des modalités de prise en charge financière préétablies ;
- D'élaborer et de mettre en œuvre des réponses concertées entre les acteurs des systèmes de santé afin de faire face notamment à l'évolution défavorable de la démographie des professionnels de santé, à un déficit de l'offre de santé dans certains territoires, ou à des besoins de formations des professionnels de santé ;
- De répondre à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles ;
- De promouvoir les échanges de bonnes pratiques, le partage des innovations techniques et/ou organisationnelles mises en œuvre pour répondre aux défis et enjeux des systèmes de santé.

Rendre ces coopérations frontalières lisibles, simples et opérationnelles pour renforcer l'accès aux soins pour les patients transfrontaliers et faciliter les échanges entre professionnels sont les lignes directrices de l'ARS Grand Est.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière

Sous obj. 1.1 Consolider la gouvernance en matière de santé transfrontalière sur l'ensemble des frontières du Grand Est

La région Grand Est est la région qui dispose du plus grand nombre de pays frontaliers. Afin de faciliter le développement des coopérations et en s'appuyant sur la mise en place d'accords-cadres avec tous ces voisins : Belgique, Allemagne et bientôt la Suisse et le Luxembourg, l'ARS propose d'harmoniser la gouvernance transfrontalière par la mise en place composée :

- Des commissions de suivi des accords-cadres : « groupes santé » stratégique réunissant les pays parties prenantes des accords-cadres ;
- Des groupes de travail sur des thématiques prioritaires et communes à l'ensemble des pays concernés et conformes aux priorités du PRS ;
- Observation en santé dont les enjeux épidémiologiques (Ex : santé environnementale, epi-Rhin) ;
- Promotion de la santé et prévention ;
- Offre de santé (sanitaire, ambulatoire et hospitalière, médico-sociale en particulier pour les parcours pour les personnes âgées et personnes handicapées, les enfants
- Démographie et formation des professionnels de santé ;
- Innovations en santé.

Chargés de proposer aux comités stratégiques des actions et conventions opérationnelles permettant un accès aux soins facilité et de qualité aux patients transfrontaliers. Pour coordonner ces travaux, l'ARS a identifié au niveau de son siège une mission en charge des coopérations transfrontalières en lien avec ses délégations territoriales de l'ARS concernées par ces coopérations transfrontalières, les Ardennes, la Moselle, la Meurthe-et-Moselle, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin.

Sur ce principe général chacune des coopérations transfrontalières devra déployer ces actions de manière renforcée.

Sous obj. 1.2 Consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière franco-allemande

La signature de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire franco-allemande de 2005 a permis de mettre en place sept conventions de coopération locale qui concernent divers thématiques comme l'aide médicale urgente, les grands brulés, la cardiologie ou l'épilepsie.

Pour autant, l'organisation fédérale allemande complexifie le suivi de ces conventions mais également le développement de nouvelles. En effet, la présence de 3 länder sur la frontière de la région Grand Est, ayant tous la charge des questions sanitaires et sociales, constituent autant de dispositifs de fonctionnement, de réglementations et d'acteurs différents. Les länder voisins de la région Grand Est sont la Sarre, la Rhénanie-Palatinat et le Bade-Wurtemberg. De plus et contrairement à la frontière franco-belge, la frontière franco-allemande ne bénéficie pas du dispositif conventionnel de type ZOAST, ce qui démultiplie le nombre et l'objet des conventions nécessitant un suivi et un accompagnement.

- Améliorer et généraliser l'organisation et le fonctionnement des instances de suivi des conventions issues de l'accord-cadre franco-allemand et renforcer les coopérations politiques avec les représentants politiques des Lander ;
- Renforcer la coopération dans le cadre de la Conférence du Rhin supérieur. L'ARS préside le groupe santé de cette conférence jusqu'en 2020. Elle anime ce groupe stratégique et participe aux travaux concernant la démographie et la formation des professionnels de santé, l'offre de soins,

l'offre médico-sociale, de prévention et promotion de la santé (personnes âgées, personnes handicapées, enfants-adolescents), la surveillance et l'observation de la santé, et l'innovation en santé.

Objectif 2 Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers

Sous obj. 2.1 Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers franco-belges

En déclinaison de l'accord-cadre franco-belge sur la coopération sanitaire transfrontalière, cet objectif opérationnel vise à « garantir la continuité des soins et à optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels » mis en œuvre pour les populations de la zone frontalière. Dans un dispositif franco-belge déjà très complet, les axes d'amélioration de la mobilité des patients et de leur accès aux soins visent à une efficience et une complémentarité encore accrues mais également à une meilleure maîtrise de la dépense.

- Évaluer les dispositifs conventionnels issus de l'accord-cadre afin de veiller à la continuité des soins dispensés aux patients transfrontaliers ;
- Fiabiliser le nombre de patients concernés (sur la base des zones géographiques ZOAST) ;
- Élaborer et mettre à jour régulièrement une cartographie des besoins et de l'offre de soins (premier recours, offre hospitalière) de part et d'autre de la frontière afin d'identifier d'éventuels besoins insatisfaits pour optimiser l'organisation de l'offre dans les ZOAST en y renforçant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels ;
- Favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques pour garantir une prise en charge de qualité et la continuité des soins.

Sous obj. 2.2 Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers franco-allemands

L'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière et la circulaire relative à sa mise en œuvre clarifient la procédure à suivre pour conclure des conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière répondant à un besoin exprimé par les parties françaises ou allemandes. Les objectifs poursuivis par ces coopérations sont de faciliter l'accès aux structures de soins pour les populations frontalières, de mieux coordonner l'offre de soins et d'utiliser de manière optimale les ressources disponibles. L'atteinte de cet objectif opérationnel nécessite une connaissance approfondie de l'offre de soins de la zone frontalière franco-allemande afin d'évaluer les besoins de part et d'autre de la frontière et de passer, le cas échéant, des conventions locales.

- Évaluer les dispositifs conventionnels issus de l'accord-cadre afin de veiller à la continuité des soins dispensés aux patients transfrontaliers ;
- Identifier les secteurs géographiques et les spécialités médicales faisant défaut sur le versant français puis y apporter des réponses là où cela est possible ;
- Même démarches sur les disciplines permettant de réduire les délais de prise en charge de patients en urgence vitale ;
- Élaborer une cartographie des besoins et de l'offre de soins (premier recours, offre hospitalière) sur la zone frontalière franco-allemande afin d'identifier d'éventuels besoins insatisfaits pour optimiser l'organisation de l'offre de soins ;
- Favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques pour garantir une prise en charge de qualité et la continuité des soins.

Objectif 3 Garantir la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons

L'accord-cadre franco-wallon relatif à l'accueil des personnes handicapées vise à assurer un meilleur accompagnement des personnes handicapées françaises dans les établissements de Wallonie, et de renforcer la fonction de contrôle de ces structures et de protection des personnes accueillies. L'ARS Grand Est assure des audits communs avec l'Agence pour une Vie de Qualité lorsqu'une structure wallonne accueille majoritairement des ressortissants français originaires de la région Grand Est. L'ARS Grand Est se voit confier ces contrôles par l'ARS Hauts-de-France.

En lien avec le parcours « Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive » (page 126)

Objectif 4 Définir les coopérations entre la France et le Luxembourg, et entre la France et la Suisse

Dès la ratification des accords-cadres entre la France et le Luxembourg d'une part, entre la France et la Suisse, d'autre part, il s'agira de mettre en place les organisations et la gouvernance permettant de conclure conventions de coopération.

Objectifs complémentaires : Intégration du dispositif ORSAN dans les accords transfrontaliers en particulier l'aide médicale urgente (page 317)

III. LE PILOTAGE DU PRS GRAND EST

1/ LES MODALITÉS DE PILOTAGE ET DE SUIVI

/// Le pilotage du projet régional de santé 2018-2028

Le pilotage du PRS 2018-2028 nécessite une organisation en mode projet impliquant l'ensemble des directions métiers et délégations territoriales de l'Agence et des partenaires externes. Sa gouvernance s'appuie autant que possible sur les instances existantes et sur des instances internes et externes dédiées.

/// La mise en œuvre du schéma régional de santé 2018-2023 : des plans d'actions au plus proche des territoires

Dès 2018, les objectifs inscrits au schéma régional de santé feront l'objet d'une planification pluriannuelle et territoriale des actions (ou plans d'actions) à mettre œuvre pour y répondre. Ces plans d'actions seront élaborés de façon à identifier le niveau territorial pertinent du déploiement des actions à mener : soit un niveau régional soit au niveau infra régional. Il s'agira en particulier de cibler les territoires prioritaires de mise en œuvre en vue d'une extension des actions aux autres territoires de la région et de mobiliser les partenaires régionaux et locaux.

4/ LES INDICATEURS DE MESURE DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Pour les principaux objectifs du schéma régional de santé 2018-2023 Grand Est (SRS), sont identifiés des indicateurs quantitatifs de résultats à 5 ans, définis en fonction des orientations stratégiques du cadre d'orientation stratégique (COS).

Remarques :

- Un indicateur de résultat a vocation à être opérationnel : il doit être cohérent avec l'objectif poursuivi, spécifique de cet objectif, facilement mesurable (la définition et la mesure ne devant pas faire l'objet de débats), faisable tout en étant ambitieux, explicite et compréhensible, doté d'un horizon temporel, si possible estimé au niveau de chaque territoire. Il doit permettre d'orienter ou réorienter les actions, dans une perspective dynamique. L'analyse de la tendance est à cet égard aussi importante que l'atteinte d'une cible en valeur absolue.
- La question de la mesure étant essentielle, seront privilégiés les indicateurs déjà disponibles dans une source de données ou dans le cadre d'une enquête effectuée à intervalles réguliers auprès de la population ciblée.
- Il n'est pas possible de viser, avec ce type d'indicateurs, l'ensemble des objectifs du SRS ; des choix sont effectués en fonction des priorités du COS et des possibilités de mesure. Le fait de retenir un nombre limité d'indicateurs permet en outre de leur porter toute l'attention nécessaire.
- D'autres indicateurs seront identifiés et mis en œuvre en partenariat avec les instances de démocratie en santé et les acteurs des politiques publiques.

/// LES PRINCIPAUX INDICATEURS DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2023

Thèmes	Indicateurs	Cible 2023	Rattachement aux objectifs du SRS
Axe stratégique n°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé			
Lutter contre le tabagisme	~~Taux de prévalence des fumeurs de 15 à 75 ans~~ Taux de prévalence des fumeurs de 18 à 75 ans	Diminuer de 20%	Objectif 1 « prévention », page 20 Objectif 1 « Parcours Cancer », page 84
Lutter contre l'obésité	Taux de prévalence d'adultes obèses	Diminuer	Objectif 2 « prévention », page 20 Objectif 5 « parcours enfants-adolescents », page 63
	Taux de prévalence d'enfants obèses	Diminuer	
Assurer la prévention et la promotion de la santé chez l'enfant	~~Taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois pour les vaccinations faisant l'objet d'une recommandation généralisée au calendrier vaccinal~~ Taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	>95%	Objectif 1 « prévention », page 29 Objectif 1.4 « parcours enfants-adolescents », page 61
Améliorer la santé au travail	Nombre de troubles musculo squelettiques en maladies professionnelles	Diminuer de 5%	Objectif 4.1 « prévention », page 27
Axe stratégique n° 2 : Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité			
Assurer l'accès aux soins de premiers recours	~~Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires~~ Nombre d'équipes de soins primaires, de maisons de santé pluridisciplinaires et de centres de santé	Augmenter ~~de 50%~~	Objectif 4 « Soins de proximité », page 40
	~~Pourcentage de la population résidant dans une zone considérée comme insuffisamment couverte en médecine générale~~ Pourcentage de nouveaux médecins généralistes installés en zones sous dotées	~~Diminuer~~ Augmente~~r~~	Objectif 1 « Soins de proximité », page 38
Assurer des urgences en adéquation avec les besoins de la population	Taux de passage des patients stables, sans besoin d'acte complémentaire (CCMU1) aux urgences	Diminution	Objectif 6 « Soins de proximité », page 41
Garantir l'accès aux soins urgents	Taux de population ayant accès à des soins urgents en moins de 30 minutes	100%	Objectif 6 « Soins de proximité », page 41
Axe stratégique n°3 : Adapter la politique de ressources humaines en santé			
Assurer la formation de terrain	Nombre de maitres de stage pour les internes en formation	Doubler	Objectif 2 « Ressources humaines en santé », page 48
Améliorer la satisfaction au travail	Taux d'absentéisme dans les établissements	Diminuer	Objectif 5 « Ressources humaines en santé », page 49

Thèmes	Indicateurs	Cible 2023	Rattachement aux objectifs du SRS
Améliorer la qualité de vie au travail	~~Nombre de contrats et de conventions signés Qualité de vie au travail~~ Nombre de Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) en région GE	Augmenter	Objectif 8 « Ressources humaines en santé», page 51
Axe stratégique n°4 : Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours			
Améliorer le parcours des enfants et adolescents	Taux de bilans médicaux à 6 ans chez les enfants	100%	Objectif 1.3 « parcours enfants-adolescents », page 60
	Taux de recours aux urgences des moins de 16 ans	Diminuer de 10%	Objectif 2 « parcours enfants-adolescents », page 61
Améliorer la prise en charge du patient diabétique	~~Taux d'incidence du diabète~~ Taux de prévalence du diabète	Diminuer	Objectifs 1 et 2 « parcours maladies chroniques », page 80
	~~Pourcentage de patients diabétiques bénéficiant des examens recommandés (ECG, fond d'œil, HbA1c, bilan lipidique, bilan rénal)~~ Pourcentage des patients diabétiques ayant eu un bilan ophtalmologique dans les délais recommandés	Augmenter de 10%, le pourcentage de patients bénéficiant des examens recommandés	
	~~Pourcentage de nouveaux patients diabétiques en suppléance rénale~~ Pourcentage de nouveaux patients diabétiques en suppléance rénale	Diminuer	
Réduire le taux de suicide	Taux de mortalité par suicide	Diminuer	Objectif 5 « parcours santé mentale », page 80
Dépister le cancer	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	60%	Objectif 2 « Parcours Cancer », page 85
	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	45%	
	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	80%	
Améliorer le parcours de la chimiothérapie	~~Pourcentage de chimiothérapies à domicile (par voie injectable, par voie orale)~~ Pourcentage de chimiothérapies par voie orale	Augmenter	Objectif 9.2 « Parcours Cancer », page 90
Améliorer la prise en charge des maladies cardioneurovasculaires	Taux de patients atteints d'AVC admis aux urgences dans des établissements disposant d'une UNV ou de télé-AVC	>80%	Objectif 3 « Parcours maladies cardio-neurovasculaires », page 98
	~~Nombre de jours d'hospitalisation des patients insuffisants cardiaques~~ Taux de recours standardisé à l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, en nombre de journées pour 1000 habitants	Diminuer	Objectif 3 « Pertinence des soins », page 98
	Nombre de réhospitalisations sous 30 jours des patients insuffisants cardiaques	Diminuer	Objectif 3 « Pertinence des soins », page 98
Axe stratégique n°5 : Améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de fragilité sociale dans une logique inclusive			
Améliorer le parcours des personnes âgées	Taux de recours aux urgences des plus de 75 ans	Diminution de 10%	Objectif 2 « Parcours Personnes âgées », page 123

Thèmes	Indicateurs	Cible 2023	Rattachement aux objectifs du SRS
	Taux de réhospitalisations dans les 30 jours des plus de 75 ans	Diminution de 5%	Objectif 3 « Parcours Personnes âgées », page 123
	Taux de personnes âgées vaccinées contre la grippe	Au moins 2 personnes âgées sur 3 vaccinées contre la grippe	Objectif 1 « Prévention », page 29
Améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap	Ratio de personnes handicapées accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine	Diminuer	Objectif 2 « Parcours Personnes handicapées », page 130
	Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements ou services médico-sociaux	50% en 2020 80% en 2023	Objectif 3 « Parcours Personnes handicapées », page 131
	Part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement en milieu ordinaire	50%	
	Nombre de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfant au titre de l'amendement Creton	Réduction de 20% par an	Objectif 4 « Parcours Personnes handicapées », page 132
	Taux d'occupation des places en établissements ou services médico-sociaux PH enfants au titre de l'amendement Creton	Baisse de 50 points	
Axe stratégique n°6 : Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficience des soins			
Accroitre le recours à l'ambulatoire en soins de suite	~~Taux d'hospitalisation de jour en SSR par établissement pour 1000 habitants~~ Taux de recours régional standardisé à l'HDJ SSR	Augmenter de 30%	Objectif 1 « Virage ambulatoire MCO-SSR », page 152
Assurer le virage ambulatoire	Taux de chirurgie ambulatoire sur le total des séjours de chirurgie	70%	Objectif 4 « Virage ambulatoire chirurgie-imagerie », page 160
Améliorer la pertinence des soins	~~Coefficient de variation des taux de recours aux soins hospitaliers à l'intérieur de la~~ région Indice national du taux de recours au MCO (hors néonatologie et obstétrique)	Diminution	Objectif 3 « Pertinence des soins », page 98
	Nombre d'examens de biologie faisant l'objet d'un suivi de pertinence (vitamine D, groupe sanguin…)	Diminution de 20%	Objectif 5 « Pertinence des soins », page 98
	~~Pourcentage de consommation d'antibiotiques~~	~~Diminution de 25%~~	
	~~Pourcentage de personnes de plus de 75 ans avec des ordonnances comportant plus de 10 molécules~~ Nombre moyen de lignes (molécules) par patient chez les 75 ans et plus	Diminution de 10%	
	Taux de prescription de médicament dans le répertoire des génériques	1 médicament sur 2	
	Pourcentage de pénétration des biosimilaires sur leur marché de référence	80%	
	Nombre de plateformes de régulation des transports	1 par GHT	Objectif 6 « Pertinence des

Thèmes	Indicateurs	Cible 2023	Rattachement aux objectifs du SRS
	~~Pourcentage de transports assis en intra et en interhospitalier~~ Recours à l'ambulance pour les transports pris en charge par l'assurance maladie	~~35%~~ Diminuer	soins », page 184
	Nombre de doses définies journalières d'antibiotiques pour 1000 habitants par an en ville	Diminution	Objectif 7 « Pertinence des soins », page 185
Axe stratégique n°7 : Développer une politique d'innovation accompagnant les transformations du système de santé			
Faire des outils numériques des leviers en faveur de la pertinence	~~Nombre de prescriptions électroniques~~	~~Augmenter~~	Objectif 3 « e-santé », page 202

5/ L'ÉVALUATION DU PRS

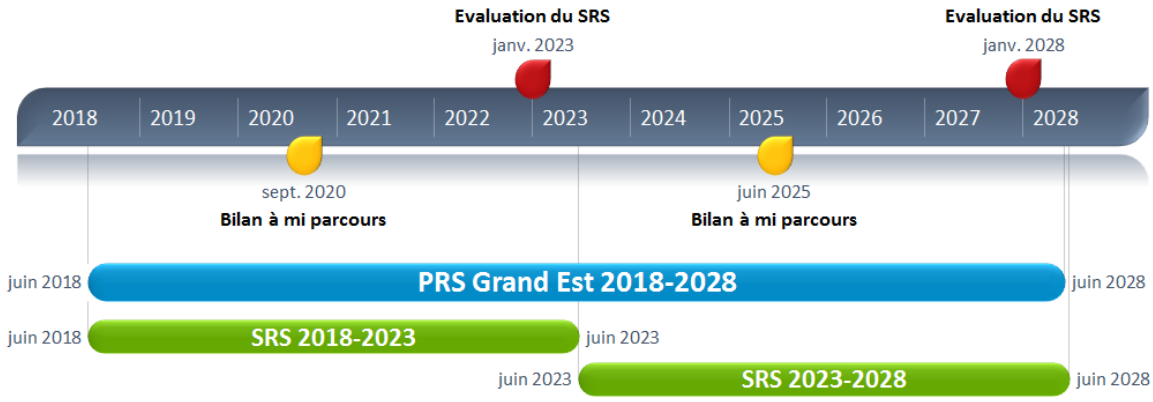
L'évaluation du PRS permettra d'apprécier l'efficacité de la politique régionale de santé qui aura été menée au regard de l'atteinte de nos trois objectifs stratégiques inscrits dans le cadre d'orientation stratégique (COS) :

- Diminuer la mortalité évitable dans la région, et agir sur les comportements à risque ;
- Assurer un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous sur tout le territoire ;
- Promouvoir un système de santé efficient.

Cette évaluation s'établira en comparant les résultats obtenus par rapport aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre. Elle se basera sur des données chiffrées et objectives dès que possible. Cette évaluation devra tenir compte des temporalités différentes entre, d'une part, le COS à 10 ans et, d'autre part, le schéma régional de santé (SRS) et le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) à 5 ans, eux-mêmes déclinés en plans d'actions à visée territoriale. Cette évaluation intègrera la dimension territoriale afin de mesurer les résultats au regard des besoins de santé locaux et des contraintes financières.

Les objectifs de l'évaluation seront les suivants :

- Apprécier la mise en œuvre effective des mesures et la cohérence des résultats avec les objectifs fixés ;
- Mesurer l'efficacité des différentes modalités d'actions mises en œuvre et identifier les leviers et facteurs clés de succès au regard notamment de la littérature (données probantes) ;
- Mettre en exergue les réussites, difficultés et questionnements liées à l'action dans les territoires et établir des recommandations facilitant l'élaboration du prochain schéma régional de santé.



Pour chacun des schémas régionaux de santé du PRS 2018-2028, l'évaluation sera séquencée en deux étapes :

- Un bilan à mi-parcours (fin 2020 pour le SRS 2018-2023 ; fin 2025 pour le SRS 2023-2028) des mesures effectivement mises en œuvre dans les plans d'actions découlant des SRS afin d'apprécier la pertinence des objectifs opérationnels.
- Une évaluation finale (2023 et 2028) qui permettra d'apprécier globalement les impacts de la politique régionale de santé sur l'état de santé de la population. Cette évaluation pourra éventuellement réinterroger les orientations stratégiques du COS cadrant le PRS et/ou les objectifs opérationnels des SRS.

Un dispositif de suivi et d'évaluation du PRS sera mis en place et associera les instances de démocratie en santé et les acteurs des politiques publiques.

6/ LES LEVIERS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2028 suppose la mobilisation de certaines ressources, outils et moyens spécifiques et la mise en place de dispositifs de coordination et d'évaluation. Ces leviers de mise en œuvre sont transversaux à l'ensemble des objectifs du PRS ; ils sont listés ci-après en suivant l'article R. 1434-9 du code de la santé publique.

- 1° La surveillance et l'observation de la santé ;
- 2° Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers ;
- 3° La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé ;
- 4° La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements ;
- 5° Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé ;
- 6° Les systèmes d'information, la télémédecine et la e-santé ;
- 7° Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé ;
- 8° La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé ;
- 9° La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire ;
- 10° La mobilisation de la démocratie sanitaire
- 11° Les investissements immobiliers et les équipements.

Certains de ces leviers *(leviers 2 « qualité », 5 « installation des professionnels de santé », 6 « systèmes d'information », 7 « outils de coordination des professionnels », 8 « formation des professionnels », 9 « formation des représentants des usagers » et 10 « démocratie sanitaire »)* ont été identifiés comme leviers stratégiques et sont déjà précisés dans le cadre d'orientation stratégique du PRS et dans la partie I du schéma régional de santé.

Sont ainsi présentés dans ce chapitre les leviers de mise en œuvre relatifs à l'observation de la santé, la contractualisation, les investissements *(leviers 1, 3, 4, 11)* auxquels s'ajoute l'accompagnement financier de l'ARS pour le financement de projets innovants répondants aux objectifs du PRS.

/// L'observation de la santé et la contractualisation au plus proches des besoins des territoires

/// La surveillance et l'observation de la santé

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS 2018-2028 nécessiteront de réaliser, à périodicité régulière, des diagnostics approfondis par territoire de projet. Une meilleure connaissance des données de santé permettra d'éclairer les enjeux, d'identifier les priorités et de mesurer les résultats attendus.

Les données peuvent être aisément accessibles :

- Si elles figurent dans des bases existantes (données de mortalité, données sur les séjours hospitaliers (PMSI), données sur les consommations de soins (SNIIRAM)…) ;
- Si elles font déjà l'objet d'enquêtes effectuées régulièrement (par exemple les examens de santé chez les enfants) ;
- Si elles sont recueillies au titre du suivi d'une politique (par exemple concernant le dépistage organisé des cancers).

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

Il s'agira d'établir un programme régional d'observation de la santé, sous l'égide de l'ARS en lien avec l'Assurance maladie et mis en œuvre avec l'appui de l'observatoire régional de la santé, de santé publique France ou de tout organisme en capacité de répondre au besoin, incluant :

- Le recensement des sources de données existantes (bases permanentes, enquêtes périodiques, nationales ou régionales…), et l'état des lieux en termes d'analyse de ces sources au niveau régional ;
- Les besoins exprimés dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé en termes de données de santé, et les moyens d'y répondre, notamment la réalisation de diagnostics partagés en santé mentale et de portraits par quartier prioritaire de la ville (QPV), 128 QPV en région Grand Est ;
- La définition d'un socle d'indicateurs à suivre en routine sur la période d'application du PRS ;
- La définition d'un plan d'études sur 5 ans, pour déterminer quelles études complémentaires paraissent nécessaires, permettant d'estimer le degré d'atteinte des objectifs poursuivis ;
- Les modalités de diffusion des données et des résultats d'enquêtes.

Une cellule d'analyse des données de santé commune avec l'Assurance maladie a été mise en place et doit favoriser la mise en commun des compétences et de l'accès aux sources de données et ainsi participer à la mise en œuvre du plan d'études pluriannuel. D'ores et déjà, cette cellule d'analyse des données a identifié et priorisé des projets d'études de nature à concourir à la mise en œuvre du PRS, en particulier le projet relatif au parcours de prise en charge des personnes âgées et celui relatif à l'analyse des variations des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique. Dans les deux cas, l'objectif principal est d'identifier les points de rupture de la prise en charge des patients de nature à avoir un impact sur l'accès et la qualité de la prise en charge pour les patients et/ou à engendrer des dépenses non justifiées pour l'Assurance maladie. Les résultats de ces études doivent permettre d'identifier les leviers d'actions mobilisables au niveau régional.

/// La contractualisation avec les opérateurs de santé

La contractualisation avec les opérateurs de santé sera privilégiée pour la mise en œuvre opérationnelle du projet régional de santé 2018-2028. Elle s'appuiera en particulier sur les dispositifs et outils suivants :

/// Les contrats d'objectifs et de moyens

Ils sont conclus :

- avec les établissements de santé : pour les établissements de santé publics, en particulier, ces contrats prendront en compte le projet médical partagé défini par le groupement hospitalier de territoire auquel appartient l'établissement de santé ;
- avec les établissements et services médico-sociaux : l'évolution à porter en matière d'offre médico-sociale sera soutenue par la généralisation de la contractualisation prévue par l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2016 ;
- avec les acteurs de la prévention, les associations d'usagers et toute structure de santé portant des projets répondant aux objectifs fixés par l'Agence régionale de santé et ses partenaires. Il s'agira, dès la première année de mise en œuvre du PRS 2018-2028, de généraliser la politique de contractualisation avec l'ensemble des opérateurs de santé en fixant des objectifs de résultats en cohérence avec le PRS.

/// Les contrats territoriaux de santé

Ils sont conclus avec les professionnels de santé, établis sur la base des projets territoriaux de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces contrats pourront comporter des actions de promotion de la santé, de prévention et toute autre action destinée à améliorer l'offre de soins de proximité.

/// Les contrats territoriaux en santé mentale

Ils sont conclus avec les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre du projet territorial en santé mentale. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret du 27 juillet 2017 prévoient l'élaboration de projets territoriaux de santé mentale ayant pour objet de :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.
- En accord avec la Fédération hospitalière de France, le déploiement de ces projets territoriaux de santé mentale se fera prioritairement dans trois départements : le Haut-Rhin (68), la Meurthe-et-Moselle (54) et la Marne (51) et feront l'objet d'un accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

/// La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements

La réussite de la mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2028 dépendra de notre capacité à porter collectivement les projets au plus proche des besoins de la population en établissant des partenariats avec l'ensemble des acteurs des politiques publiques.

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

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

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

Ils sont établis à différents échelons territoriaux (régional, départemental, local) et/ou entre les différentes institutions (services de l'État, Assurance maladie, Éducation nationale, Collectivités territoriales).

L'ARS poursuivra le développement de conventions de partenariats avec les acteurs majeurs des politiques publiques en particulier concernant :

- La santé au travail avec la DIRECCTE ;
- La santé environnementale avec le Conseil régional, la DREAL ;
- La santé des enfants, périnatalité, parcours de soins des enfants et adolescents avec l'Éducation nationale, la protection maternelle et infantile, la protection judiciaire de la jeunesse, les caisses d'allocation familiale et les services sociaux ;

- L'activité physique à des fins de santé avec la DRJSCS ;
- Le parcours des personnes âgées, personnes handicapées (services à la personne, schémas départementaux, etc.) avec la DIRECCTE, les Conseils départementaux ;
- La santé des populations fragiles (plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale) avec la DRJSCS ;
- L'accès aux soins, l'offre de soins de proximité (Schémas d'accessibilité aux services publics pilotés par les préfectures et les conseils départementaux, Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET) avec les collectivités territoriales, les Préfectures, la DRJSCS ;
- La sécurité sanitaire avec la DRAAF ;
- Les addictions avec la MILDECA, les collectivités territoriales, l'Assurance maladie, l'Éducation nationale, les URPS, la protection judiciaire de la jeunesse ;
- La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées avec les conférences des financeurs qui ont pour objectif de coordonner dans chaque département les financements autour d'une stratégie commune, les conseils départementaux ;
- Les innovations en santé avec la DIRECCTE, le Conseil régional ;
- La formation des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux avec le conseil régional, les universités ;
- La pertinence des soins, gestion du risque et efficience du système de soins avec l'Assurance maladie ;
- L'e-santé : les grands projets nationaux structurent le paysage numérique dans lequel s'inscrit la politique régionale d'e-santé : Dossier médical partagé (DMP), Messageries sécurisées en santé (MSS), Services numériques d'appui à la coordination (SNAC), Programme national « Expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES) ». Dans ces domaines, les besoins de partenariat au plan régional sont également nombreux : Assurance maladie, collectivités territoriales, usagers.

Peut aussi être mentionnée la convention avec l'EHESP pour la mise en œuvre du Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) soins primaires en région Grand Est.

Pour la mise en œuvre opérationnelle en infra régional de ces politiques publiques, l'ARS encouragera ou s'inscrira dans les dispositifs de contractualisation existants.

/// Les contrats locaux de santé ou les volets santé des contrats de ville

Les contrats locaux de santé (CLS) ont été institués par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Présentée comme innovante, cette mesure comporte plusieurs enjeux :

- La territorialisation des politiques de santé ;
- La coordination de l'action publique en santé et le décloisonnement des services ;
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- La concertation des acteurs locaux et la participation des usagers dans le cadre de la démocratie sanitaire.

Conclus entre les ARS et les collectivités territoriales *(article L1434-17 du code de la santé publique)*, les CLS reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux et d'articulation avec les mesures locales préexistantes (mises en place dans le cadre des « Ateliers Santé Ville » notamment). L'objectif est d'aboutir à des contrats qui soient à la fois en adéquation avec les besoins du territoire et rapidement opérationnels. Parmi les priorités identifiées, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est abordée de manière récurrente dans les CLS de première génération signés en région Grand Est.

À la suite des travaux d'évaluation, engagés en 2016 avec l'École de santé publique de Nancy, une étude est en cours pour préciser le cadre de déploiement d'une politique régionale renforcée en matière de contrat local de santé en application des objectifs du PRS 2018-2028. Il s'agit ainsi de recenser les objectifs et plans d'actions du PRS 2018-2028 pouvant/devant faire l'objet d'un contrat local de santé.

L'Agence accompagne le financement du diagnostic partagé en préparation d'un contrat local de santé, de postes de coordonnateur (9 postes financés en 2017 pour un total de 87 K€) et participe au co-financement de certaines actions du CLS.

Actuellement, une vingtaine de CLS sont en vigueur dans la région couvrant environ 27% de la population du Grand Est, vingt autres sont déjà en projet dont une dizaine pourraient être signés en 2018.

L'ARS s'engage ainsi à généraliser les CLS durant les 5 ans de mise en œuvre du schéma régional de santé 2018-2023 de façon à agir sur les déterminants de santé et sur les inégalités territoriales de santé au plus près des besoins et de la configuration socio-économique des territoires et de leurs habitants.

/// Les contrats établis dans le cadre du dispositif national de revitalisation des villes moyennes

En décembre 2017, le ministère de la cohésion des territoires a lancé un plan national à 5 ans « Action cœur de ville » ayant pour objet de faciliter et de soutenir le travail des collectivités locales, d'inciter les acteurs du logement et de l'urbanisme à réinvestir les centres villes, de favoriser le maintien ou l'implantation d'activités en cœur de ville et, globalement, d'améliorer les conditions de vie des habitants.

L'Agence régionale de santé inscrira son action en faveur de cette revitalisation des villes moyennes, en accord avec le Conseil régional et les collectivités locales concernées.

/// Les contrats de ruralité

Par circulaire ministérielle de 2016 de l'Aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités, ont été instaurés des contrats de ruralité. Ce dispositif permet d'accompagner l'émergence et la mise en œuvre de projets de territoire partagés entre l'État et les collectivités. À l'instar des contrats de ville, ces contrats de ruralité coordonnent les moyens financiers et prévoit l'ensemble des actions et des projets à conduire en matière d'accessibilité aux services et aux soins, de développement de l'attractivité, de redynamisation des bourgs-centres, de mobilité, de transition écologique ou, encore, de cohésion sociale.

L'Agence régionale de santé inscrira son action en faveur de cette politique au bénéfice des territoires ruraux, en accord avec les Préfets de département et les porteurs du contrat à savoir les pôles d'équilibre territoriaux et ruraux (PTER) ou les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

/// Les investissements immobiliers et les équipements

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

Concernant l'investissement immobilier, l'objectif est d'assurer une optimisation du patrimoine, afin de garantir la disponibilité des surfaces d'accueil en accord avec les besoins identifiés, conformes aux normes en vigueur, tout en intégrant la nécessité d'une approche territoriale.

Cet objectif requiert une implication de tous les acteurs autour des différents procès inhérents à une gestion optimisée du patrimoine et notamment :

- Un état des lieux qualitatif et quantitatif du patrimoine immobilier ;
- Le déploiement des outils d'appui à l'identification et l'anticipation des investissements nécessaires à la mise aux normes en vigueur ;
- L'optimisation des coûts d'entretien et de maintenance ;
- L'optimisation des surfaces disponibles par une approche territoriale mutualisée, notamment dans le contexte des GHT ;
- La valorisation du patrimoine existant par un redéploiement ou la cession des surfaces disponibles.

/// La mise en application des dispositions de la loi Montagne

La loi du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, dans son article 18, préconise des dispositions particulières pour l'accès à l'offre de santé des zones montagneuses, notamment en matière d'accès aux soins urgents et d'évacuation des blessés.

La région Grand Est, par la présence du massif vosgien, est concernée par ces dispositions. Des modalités spécifiques d'organisation de l'accès à l'offre de soins prenant en compte les particularités géographiques, démographiques et saisonnières de ces territoires seront ainsi définies et mises en œuvre dans le cadre notamment des schémas d'accessibilité aux services publics et des schémas départementaux d'organisation de l'offre de soins en proximité.

En lien avec l'axe stratégique n°2 « Renforcer et structurer l'offre de soins en proximité », objectif n°8 « Elaborer un schéma cible de renforcement de l'offre de soins de proximité et le mettre en œuvre par territoire »

7/ LE FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL AU SERVICE DES PROJETS DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pour mener ses actions sur les territoires, l'agence régionale de santé mobilise d'importants moyens financiers. L'allocation de ressources aux acteurs de la santé quels que soient leur statut (public, privé, associatif), leur mode d'exercice (libéral, salarié) et leur domaine d'intervention (prévention, sanitaire, médico-social) est une mission centrale des ARS. Cette allocation de ressources représente 4,2 Mds€ en 2017 dont 48% à destination du secteur sanitaire et 45% à destination du secteur médico-social. Le fonds d'intervention régional (FIR) pèse pour 8% dans le total des financements.

Le FIR, créé en 2012 et dont la gestion a été confiée aux agences régionales de santé, est un levier financier au service de la stratégie régionale de santé et de la transformation du système de santé.

Après la réforme territoriale mise en œuvre en janvier 2016, les ARS fusionnées ont regroupé les ressources du FIR afin de renforcer leurs moyens d'action.

L'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) a augmenté le FIR de 2,1% en 2017. Les dépenses FIR au 31 décembre 2017 pour la région Grand Est s'élevaient ainsi à 330,7 M€ dont :

- 43,3% concernent les dépenses relatives à l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- 22,6% concernent les dépenses relatives à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- 22,3% concernent les dépenses relatives à l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- 11,7% concernent les dépenses relatives à la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- et 0,1% concernent les dépenses relatives à la démocratie en santé.

Dès 2018, l'agence régionale de santé va renforcer le FIR afin de redéployer ses financements vers ses priorités telles que définies dans le projet régional de santé 2018-2028 et en adéquation avec les orientations de la stratégie nationale de santé. Il s'agit d'accompagner financièrement la transformation du système de santé autour de quatre axes : le développement de la prévention et de la promotion de la santé, l'amélioration de l'accès aux soins, la qualité et la pertinence dans le système de santé et l'appui à l'innovation.

Naturellement les financements du FIR doivent être le plus possible concentrés sur ces priorités. À ce titre, le soutien à l'innovation doit être renforcé et les délégations territoriales doivent pouvoir accompagner les initiatives des partenaires.

Ainsi, le budget FIR identifie dès 2018 :

- Un fonds régional de financement de l'innovation qui permettra de financer des innovations à la fois techniques et organisationnelles.
- Des dotations globalisées mises à disposition de chaque délégation territoriale pour financer des actions innovantes mises en œuvre dans le cadre de contrats locaux de santé.

La mise en œuvre du PRS exige une action résolue dans les territoires de proximité qui doit être rendue possible par le développement de relations contractuelles et de confiance avec l'ensemble des acteurs.

IV. LISTE DES OBJECTIFS

I. NOS PRIORITÉS 2018-2023 11

1. AXE STRATÉGIQUE N°1 : ORIENTER RÉSOLUMENT ET PRIORITAIREMENT LA POLITIQUE DE SANTÉ VERS LA PRÉVENTION DANS UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 13

1/ Promouvoir les comportements et des environnements favorables à la santé 15

- Objectif 1 Faire passer la part des fumeurs quotidiens sous la barre des 20% 20
- Objectif 2 Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière 20

Sous obj. 2.1 Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé » 21

Sous obj. 2.2 Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies 21

- Objectif 3 Améliorer l'information et la connaissance du public en s'appuyant sur les campagnes nationales de prévention pour les maladies chroniques 21

2/ Promouvoir les conditions de vie et de travail favorables à la santé et à la maîtrise des risques environnementaux 22

- Objectif 1 Maîtriser les risques environnementaux 23

Sous obj. 1.1 Organiser une gestion intégrée du risque lié au radon dans l'habitat et les établissements qui reçoivent du public 23

Sous obj. 1.2 Faire connaître au grand public et aux professionnels concernés les risques liés à l'amiante et les moyens de s'en protéger 24

Sous obj. 1.3 Sensibiliser les collectivités et les accompagner dans la mise en place des plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux 24

Sous obj. 1.4 Réduire les risques liés au développement des espèces végétales susceptibles de nuire à la santé et renforcer la prévention des maladies vectorielles 25

Sous obj. 1.5 Réduire les risques auditifs chez les jeunes liés à l'écoute de la musique amplifiée 25

Sous obj. 1.6 Mettre en place un programme de sensibilisation sur les perturbateurs endocriniens notamment en direction des futurs parents et notamment des femmes enceintes 26

Sous obj. 1.7 Renforcer l'intervention de conseillers en environnement intérieur 26

- Objectif 2 Améliorer la santé au travail 27

Sous obj. 2.1 Prévenir les troubles musculo-squelettiques 27

Sous obj. 2.2 Développer la culture de prévention des risques professionnels pour les acteurs des secteurs de la santé et des services à la personne 27

Sous obj. 2.3 Évaluer et pérenniser les démarches de prévention des risques psycho-sociaux 28

Sous obj. 2.4 Lutter contre les addictions sur le lieu de travail 28

3/ Mobiliser les outils de prévention du système de santé 29

- Objectif 1 Renforcer la protection vaccinale de la population 29
- Objectif 2 Développer l'éducation thérapeutique du patient 31

Sous obj. 2.1 Améliorer l'accès à une offre d'éducation thérapeutique notamment pour les pathologies les plus fréquentes 31

Sous obj. 2.2 Renforcer le soutien aux acteurs de l'ETP par la création d'une structure régionale d'appui aux professionnels 31

- Objectif 3 Renforcer la promotion de la santé bucco-dentaire 31

Sous obj. 3.1 Élaborer un programme de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire autour de la petite enfance 32

Sous obj. 3.2 Promouvoir la santé bucco-dentaire, auprès des aidants professionnels et non-professionnels, du secteur sanitaire et médico-social, pour les personnes en situation de handicap 32

Sous obj. 3.3 Promouvoir la santé bucco-dentaire, auprès des aidants professionnels et non-professionnels, du secteur sanitaire et médico-social, des personnes âgées dépendantes 33

Sous obj. 3.4 Promouvoir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de précarité 33

Sous obj. 3.5 Améliorer le maillage territorial de l'offre de soins bucco-dentaire 34

2. AXE STRATÉGIQUE N°2 : RENFORCER ET STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ....35

/// Axe 1 - Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients....38

- Objectif 1 Augmenter le nombre d'installations dans les zones identifiées par les schémas cibles territoriaux en accompagnant les jeunes médecins généralistes et spécialistes dans leur parcours d'installation....38
- Objectif 2 Promouvoir et accompagner la mise en œuvre des protocoles de coopération dans le champ ambulatoire....39

/// Axe 2 - Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances....39

/// Axe 3 - Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue....40

- Objectif 3 Encourager la coordination territoriale en accompagnant le développement des communautés professionnelles territoriales de santé en réponse aux besoins de la population 40

  Sous obj. 3.1 Chaque équipe de soins primaires et/ou communauté professionnelle territoriale de santé intègre dans son projet de santé un volet prévention et parcours des patients porteurs de maladies chroniques 40
- Objectif 4 Augmenter le nombre de maisons de santé, d'équipes de soins primaires et de centres de santé et développer leur démarche qualité....40
- Objectif 5 Offrir à l'ensemble des médecins généralistes de la région l'accès à un dispositif d'appui aux patients en situations complexes, notamment via les plateformes territoriales d'appui....41
- Objectif 6 Accompagner la diversification d'une offre de soins non programmés de premier recours lisible et adaptée aux besoins des territoires....41
- Objectif 7 Organiser la couverture exhaustive de la régulation libérale....41
- Objectif 8 Élaborer un schéma cible de renforcement de l'offre de soins de proximité et le mettre en œuvre par territoire....42

3. AXE STRATÉGIQUE N°3 : ADAPTER LA POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ....43

- Objectif 1 Favoriser la création de parcours professionnels pour toutes les professions de santé en partenariat avec les universités, les représentants des professionnels et des étudiants, le conseil régional et les autres services en charge des formations....47
- Objectif 2 Développer et diversifier les terrains de stage d'accueil des internes, en fonction de l'offre et des besoins du territoire, pour mettre en œuvre la réforme du 3e cycle sur les trois subdivisions....48
- Objectif 3 Organiser une coordination pédagogique des instituts de formation paramédicaux au niveau de la région....48
- Objectif 4 Mettre en œuvre l'universitarisation des formations paramédicales des niveaux II et III....49
- Objectif 5 Appuyer chaque établissement support de GHT pour développer une stratégie efficiente en matière de ressources humaines en santé et notamment de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences....49
- Objectif 6 Organiser une offre de formation continue pour répondre aux besoins de soutien à domicile de la population en perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques en y intégrant les soutiens aux aidants....50
- Objectif 7 Renforcer les coopérations des professionnels de santé pour réduire les délais d'accès aux soins....50
- Objectif 8 Déployer une politique contractualisée et partenariale régionale pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé....51
- Objectif 9 Mettre en place un programme de formation continue, en partenariat et en complémentarité avec les acteurs du développement professionnel continu....51

4. AXE STRATÉGIQUE N°4 : FAIRE ÉVOLUER LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS 53

1/ Faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé des enfants et des adolescents 57

- **Objectif 1** Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent 59
  - Sous obj. 1.1 Mettre en œuvre, dans les lieux de vie des enfants et des adolescents, un plan d'actions coordonnées visant leur bien-être et leur développement en y incluant le soutien à la parentalité 59
  - Sous obj. 1.2 Développer une politique volontariste de soutien à la parentalité 60
  - Sous obj. 1.3 100% des enfants bénéficient de l'examen médical obligatoire lors de la 6e année dans les territoires prioritaires définis en lien avec les rectorats 60
  - Sous obj. 1.4 Garantir le succès de la politique vaccinale nationale 61
- **Objectif 2** Diminuer le recours inadapté des enfants et adolescents aux structures hospitalières (urgences et surspécialités) 61
- **Objectif 3** Permettre aux enfants et adolescents, identifiés comme relevant d'une situation complexe, de bénéficier d'une coordination pluri professionnelle dans un dispositif spécifique 62
- **Objectif 4** Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces 62
- **Objectif 5** Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les enfants et les adolescents présentant un surpoids ou une obésité 63
- **Objectif 6** Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte 63
- **Objectif 7** Mettre en œuvre une communication des données agrégées de santé des enfants et des adolescents, auprès des professionnels de santé, en rendant ces données accessibles et lisibles pour aider à porter des projets territoriaux 65

2/ Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en psychiatrie et en santé mentale 66

/// Axe 1 - Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocément la souffrance psychique et prévenir le suicide 71

- **Objectif 1** (ex obj. 5) Réduire l'écart par rapport à la moyenne nationale du taux de mortalité par suicide dans les départements les plus touchés 71
- **Objectif 2** (ex obj. 7) Créer un centre régional de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique pour promouvoir l'éthique, la recherche et les dispositifs innovants en santé mentale 72
- **Objectif 3** (ex obj. 8) Améliorer la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux 73

/// Axe 2 - Garantir des parcours coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité 73

- **Objectif 4** (ex obj 1) Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est 73
- **Objectif 5** (ex obj 3) Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire 74
- **Objectif 6** (ex obj 4) Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique 74
- **Objectif 7** (ex obj 6) Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte 75

/// Axe 3 - Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique 75

▶ Objectif 8 (ex obj 2) Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers....75

3/ Permettre aux patients de mieux vivre avec leurs maladies chroniques dont le diabète....77

/// Axe 1 – diabète....79

▶ Objectif 1 Prévenir l'apparition du diabète en agissant sur les facteurs de risque....79
▶ Objectif 2 (ex-obj 1) Dépister précocement le diabète et l'intolérance au glucose....79
▶ Objectif 3 (ex-obj 6) Optimiser la prise en charge du diabète....79
▶ Objectif 4 (ex-obj 2) Éviter les complications liées au diabète....80

/// Axe 2 – insuffisance rénale chronique....80

▶ Objectif 5 (ex obj 3) Diminuer d'au moins 50% le nombre de personnes insuffisantes rénales dialysées en urgence....80
▶ Objectif 6 (ex obj 4) Augmenter le nombre de patients en insuffisance rénale pris en charge hors centre lourd de dialyse....81
▶ Objectif 7 (ex obj 5) Augmenter le nombre de patients éligibles inscrits sur une liste d'attente de greffe rénale....81

/// Axe 3 – maladies respiratoires DONT la BPCO....81

▶ Objectif 8 (ex-obj 7) Prévenir la survenue de la bronchopneumopathie chronique obstructive 81
▶ Objectif 9 Diagnostiquer précocement la BPCO....82

/// Axe 3 – maladies du foie....82

▶ Objectif 10 (ex obj 8) Éradiquer l'hépatite C d'ici 2025....82
▶ Objectif 11 Optimiser la prise en charge des maladies hépatiques....82

4/ Améliorer le parcours de santé des personnes atteintes d'un cancer....83

▶ Objectif 1 Améliorer la prévention primaire des cancers et des récidives....84
▶ Objectif 2 Augmenter de 6 à 8 points le taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal, et de 5 points le taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus....85
▶ Objectif 3 100% des centres associés pour la réalisation de chimiothérapies disposent d'une convention et d'une charte de fonctionnement visées par l'ARS....85
▶ Objectif 4 Réaliser un support de sensibilisation / information des praticiens intervenant auprès des enfants afin de réduire les délais de diagnostic de cancers de l'enfant....86
▶ Objectif 5 Les trois centres de référence en oncopédiatrie structurent le suivi à long terme des enfants traités pour cancer à proximité de leur domicile en lien notamment avec le médecin traitant....87
▶ Objectif 6 100% des établissements autorisés à traiter le cancer repèrent les patients âgés atteints de cancer présentant une fragilité et doivent pouvoir leur proposer une évaluation oncogériatrique, notamment dans le cadre de parcours complexes....87
▶ Objectif 7 Chaque établissement de santé autorisé pour le traitement du cancer organise en son sein la fonction de coordination, qui s'articulera avec celle mise en place à l'échelle de la zone d'implantation du niveau de soins de référence une fois sa phase d'évaluation achevée....88
▶ Objectif 8 Chaque établissement doit assurer la remise d'un programme personnalisé de soins standardisé à chaque patient et organiser sa traçabilité....89
▶ Objectif 9 Développer la prise en charge en ambulatoire....90
Sous obj. 9.1 La chirurgie ambulatoire....90
Sous obj. 9.2 La chimiothérapie orale....90

▶ **Objectif 10** 100% des centres autorisés en radiothérapie externe doivent mettre en place une technique « RCMI » en respectant les recommandations relatives au guidage par imagerie 90

▶ **Objectif 11** Au moins 70% des centres de radiothérapie doivent pouvoir délivrer une radiothérapie stéréotaxique 91

▶ **Objectif 12** Mettre en place une collaboration entre la biopathologie, les oncogénéticiens et les cliniciens, autour de trois pôles d'expertise 91

▶ **Objectif 13** Augmenter d'au moins 50% les tests somatiques recherchant une déficience du système « MMR » dans les cancers concernés et améliorer le suivi des patients atteints d'un syndrome de Lynch et de leurs apparentés....92

▶ **Objectif 14** 100% des établissements de santé disposant d'une autorisation de traitement du cancer organisent de façon formalisée l'offre de soins de support intra et extra hospitalière sur leur territoire 93

▶ **Objectif 15** Chaque établissement de santé autorisé pour le traitement du cancer identifie sa filière d'aval 94

5/ Améliorer le parcours de santé des patients atteints d'une maladie cardio-neuro-vasculaire96

▶ **Objectif 1** Diminuer d'au moins 50% le nombre d'admissions de patients victimes d'accident vasculaire cérébral aux urgences des établissements ne disposant ni d'unité neurovasculaire ni de téléAVC et le nombre d'admissions de patients victimes de SCA/ST+ aux urgences (ces patients devant être adressés sur un plateau de cardiologie interventionnelle)....97

▶ **Objectif 2** 100 % des patients présentant des signes SCA/ST+ ou des signes d'AVC, régulés par le centre 15, sont adressés conformément aux filières préhospitalières....98

▶ **Objectif 3** Admettre au moins 80% des patients AVC et AIT en unité neuro-vasculaire (hors hémorragies sous-arachnoïdiennes et hématomes traumatiques) 98

▶ **Objectif 4** Améliorer l'offre en rééducation neurologique dans l'ensemble de la région 99

Sous obj. 4.1 Au moins 50% des zones d'implantation possèdent une équipe mobile de SSR neurologique 99

Sous obj. 4.2 Expérimenter la création d'une maison de santé de rééducation 100

▶ **Objectif 5** Au moins 50% des patients insuffisants cardiaques en ALD sont inclus dans un protocole de coopération type « Asalée » ou dans un protocole de suivi à domicile 100

▶ **Objectif 6** Chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence propose l'accès à un programme d'éducation thérapeutique neurovasculaire destiné aux patients AVC et AIT 101

6/ Améliorer le parcours de santé des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative dans une logique inclusive....102

▶ **Objectif 1** Organiser la prise en charge des patients sous l'égide des centres experts....103

▶ **Objectif 2** Développer et soutenir les prises en charge à domicile des patients atteints de pathologies neurodégénératives....103

▶ **Objectif 3** Structurer et mettre en œuvre une politique active en direction des proches aidants, en assurant une meilleure évaluation de leurs besoins, en adaptant les dispositifs et en les faisant connaître....104

▶ **Objectif 4** Organiser le suivi des malades neuro-stimulés....104

▶ **Objectif 5** Procéder à une évaluation des unités cognitivo-comportementales, des unités d'hébergement renforcé et organiser l'installation des nouveaux dispositifs....104

▶ **Objectif 6** Accroître le déploiement des pôles d'activités et de soins adaptés au sein des EHPAD de manière à assurer le maillage du territoire régional....104

▶ **Objectif 7** Améliorer l'accès des patients atteints de maladies neurodégénératives à l'éducation thérapeutique....105

7/ Améliorer le parcours des personnes atteintes de maladies rares dès les premiers signes de la maladie 106

- **Objectif 1** Réduire d'au moins 25% le délai entre l'âge aux premiers signes d'une maladie rare et la prise en charge par un centre de référence et/ou de compétence 108
- **Objectif 2** Les personnes concernées par les maladies rares disposent d'informations adaptées, lisibles et compréhensibles (FALC) 108
- **Objectif 3** Les professionnels de santé prenant en charge des personnes atteintes de maladies rares ont accès à des informations actualisées (parcours de leurs patients, évolutions des connaissances dans le champ des maladies rares) 109
- **Objectif 4** Chaque enfant atteint d'une maladie rare devenant adulte bénéficie d'une consultation multidisciplinaire de relais enfant/adulte, mise en place dans chaque centre de référence ou de compétence 109
- **Objectif 5** L'organisation est structurée pour permettre aux personnes atteintes de maladies rares de bénéficier d'une prise en charge adaptée lors de situations non programmées ou aigües 110
- **Objectif 6** La prise en charge des personnes atteintes de maladies rares est organisée de façon à leur permettre de bénéficier des avancées diagnostiques et/ou thérapeutiques et en matière d'accompagnement 110

8/ Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction 111

- **Objectif 1** Installer au sein de chaque département au moins une commission de coordination en addictologie 112
- **Objectif 2** Formaliser un programme pluriannuel de prévention des conduites addictives dans chaque territoire d'intervention des commissions de coordination en addictologie. 113
- **Objectif 3** Organiser un maillage territorial efficient de l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie 113
- **Objectif 4** Installer un centre régional de ressources et de compétences en réduction des risques et des dommages Installer un espace régional de ressources et d'expertise en addictologie 114
- **Objectif 5** Organiser le parcours de soins des personnes souffrant de troubles neurocognitifs liés aux conduites addictives 115
- **Objectif 6** Adapter l'enseignement et la formation en addictologie pour faire évoluer les pratiques 116
- **Objectif 7** Développer des programmes de recherche et d'évaluation des pratiques professionnelles en addictologie 116

5. AXE STRATÉGIQUE N°5 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES, DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES EN SITUATION DE FRAGILITÉ SOCIALE DANS UNE LOGIQUE INCLUSIVE 119

1/ Préserver l'autonomie des personnes âgées 121

- **Objectif 1** Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées 122
- **Objectif 2** Diminuer d'au moins 10% pour chaque zone d'implantation le recours inadapté aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans 123
- **Objectif 3** Diminuer d'au moins 5% le nombre de ré-hospitalisations non programmées dans les 30 jours des personnes âgées de plus de 75 ans 123
- **Objectif 4** Coordonner les acteurs et les interventions dans les départements pour qu'au moins 20% des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile bénéficient d'un plan d'accompagnement co-construit avec la personne et son entourage 124
- **Objectif 5** Mettre en œuvre par l'organisation territoriale prévue, au moins 50% des plans d'accompagnement élaborés pour les personnes âgées à domicile 124
- **Objectif 6** Au moins 50% des aidants repérés par les professionnels accèdent à une offre de services adaptés à leur besoin 124

- **Objectif 7** Structurer l'offre pour répondre aux enjeux du parcours de santé de la personne âgée 125

2/ Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive 126

- **Objectif 1** Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces 130
- **Objectif 2** Réduire d'au moins un tiers le nombre de situations sans solution stable 130
- **Objectif 3** Augmenter la part d'enfants et d'adolescents en institution médico-sociale bénéficiant d'une scolarisation en milieu ordinaire, et adaptée à leurs besoins 131
- **Objectif 4** Réduire d'au moins 30% le nombre de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton 132
- **Objectif 5** Parmi la population de plus de 45 ans accueillie en établissements et services médico-sociaux, doubler à minima le nombre de personnes bénéficiant d'un projet spécifique personne handicapée vieillissante 132
- **Objectif 6** Développer la mise en œuvre de la charte « Romain Jacob » pour l'ensemble des établissements médico-sociaux et sanitaires, en vue d'améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap 133
- **Objectif 7** Reconnaître et valoriser l'expertise des personnes handicapées, des aidants et leur apporter le soutien nécessaire 134
- **Objectif 8** Structurer l'offre pour répondre aux enjeux du parcours de santé de la personne en situation de handicap 135

3/ Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à des parcours de santé coordonnés en vue d'un retour au droit commun (PRAPS) 136

- **Objectif 1** Faciliter l'accès aux droits et à l'entrée dans un parcours de santé, en partenariat avec l'Assurance maladie 138
- **Objectif 2** Faciliter la relation patient – professionnel de santé en développant la médiation en santé et l'interprétariat pour la médecine de ville 138
- **Objectif 3** Construire un cadre méthodologique pour développer les actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics en difficulté 139
- **Objectif 4** 100% des plateformes territoriales d'appui intègrent la problématique de la précarité 139
- **Objectif 5** 100% des permanences d'accès aux soins de santé sont en conformité avec le cahier des charges règlementaire 140
- **Objectif 6** Créer des places d'appartement de coordination thérapeutique, des lits halte soins santé et des lits d'accueil médicalisés en priorité dans les zones blanches au regard des besoins identifiés 140
- **Objectif 7** Constituer un groupe de réflexion santé précarité, plurisectoriel et pluri professionnel des acteurs de proximité (au moins un par département) 142
- **Objectif 8** Organiser la participation des « experts du vécu » à la mise en œuvre, au suivi et l'évaluation du PRAPS et du plan Pauvreté 143
- **Objectif 9** Mettre en place une conduite de projet pluri institutionnelle intégrant les différentes administrations publiques concernées par la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRAPS 143

4/ Améliorer l'accès aux soins en milieu pénitentiaire 144

- **Objectif 1** Élaborer un programme pluriannuel de prévention, de promotion de la santé dans chaque établissement pénitentiaire 144
- **Objectif 2** Organiser dans chaque établissement pénitentiaire des temps de concertation réguliers associant les professionnels de soins somatiques, psychiatriques, de l'addictologie et le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour préparer la sortie des patients présentant une problématique de santé 145

- **Objectif 3** Développer la télémédecine pour faciliter l'accès aux soins spécialisés 145
- **Objectif 4** Réaliser un dépistage buccodentaire systématique pour toute personne détenue entrant en détention 146
- **Objectif 5** Développer des mesures valorisant et rendant attractif l'exercice professionnel médical et paramédical en milieu pénitentiaire 146
- **Objectif 6** Développer un projet d'évolution de l'unité d'hospitalisation spécialisée interrégionale 147

6. AXE STRATÉGIQUE N°6 : DÉVELOPPER LES ACTIONS DE QUALITÉ, DE PERTINENCE ET D'EFFICIENCE DES SOINS 149

1/ Renforcer le virage ambulatoire par une meilleure gradation des prises en charge en médecine, soins de suite et de réadaptation et en renforçant le recours à l'hospitalisation à domicile 151

- **Objectif 1** Augmenter d'au moins 30% le taux de recours en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation 152
- **Objectif 2** Augmenter le taux de recours à l'HAD 152
- **Objectif 3** Permettre un accès à une prise en charge ambulatoire pour les enfants en soins de suite et de réadaptation dans chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence 153
- **Objectif 4** : Définir et mettre en place des expérimentations relatives à la gradation de l'offre de soins en médecine pour l'hospitalisation complète et la prise en charge en ambulatoire 153
  - Sous obj. 4.1 Définir et mettre en œuvre la gradation de l'offre en médecine à travers une expérimentation dans aux moins deux zones d'implantation du niveau de soins de référence 153
  - Sous obj. 4.2 Expérimenter une gradation des soins des unités de médecine ambulatoire dans les territoires alsacien, lorrain et champardennais dans la perspective d'un déploiement régional 154
- **Objectif 5** Intégrer l'hospitalisation à domicile dans la structuration des filières de soins dans 100% des projets médicaux partagés des GHT 154
- **Objectif 6** Promouvoir des organisations efficientes, notamment en termes de capacitaire, pour les unités de soins de suite et de réadaptation 155
- **Objectif 7** Définir et identifier dans chaque établissement de santé une fonction ou une organisation de coordination de la prise en charge des patients en aval 155
- **Objectif 8** Améliorer l'efficience des organisations et la coordination entre les acteurs par la rédaction d'une charte régionale de bonnes pratiques commune aux HAD 156
- **Objectif 9** Favoriser l'accessibilité à l'HAD en créant un ou plusieurs guichet(s) unique(s) d'appel pour les professionnels 156

2/ Renforcer le virage ambulatoire et la performance des plateaux techniques de chirurgie et d'imagerie 157

- **Objectif 1** 100% des prises en charge d'imagerie et de chirurgie respectent les critères en vigueur en termes de qualité et de sécurité 158
- **Objectif 2** 100% des établissements et structures ont mis en place une démarche d'efficience dans les domaines de la chirurgie et de l'imagerie 159
- **Objectif 3** La totalité des établissements de santé dispose d'un projet de prise en charge adapté pour les populations vulnérables et plus particulièrement les personnes âgées et les personnes handicapées 159
- **Objectif 4** Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour atteindre au moins la cible nationale de 70% 160
- **Objectif 5** 100% des structures réalisant de la chirurgie mettent en place une démarche de type « récupération améliorée après chirurgie » pour favoriser le rétablissement précoce du patient et le développement de la prise en charge ambulatoire 160
- **Objectif 6** Promouvoir le recours aux ressources et à l'expertise médicale en imagerie 161
- **Objectif 7** Assurer l'utilisation du partage d'images par tous les plateaux d'imagerie 161

- **Objectif 8** Développer l'accès aux plateaux techniques spécialisés à tous les professionnels pour garantir une attractivité et le maintien ou le développement des compétences 161
- **Objectif 9** Définir une organisation graduée de prise en charge en chirurgie pédiatrique 162

3/ Améliorer le parcours de santé en périnatalité 164

- **Objectif 1** Assurer un parcours de soins coordonné en constituant les « communautés périnatales » dans chaque zone d'implantation 165
- **Objectif 2** 100% des maternités doivent respecter les exigences en matière de qualité, de sécurité et de continuité des soins 166
- **Objectif 3** Atteindre un taux égal ou inférieur à 5% de prématurés de moins de 30 semaines d'aménorrhée 166
- **Objectif 4** 100% des parturientes bénéficient d'un accompagnement global et adapté au retour à domicile grâce aux dispositifs de proximité 167
- **Objectif 5** Au moins 80% des femmes enceintes bénéficient d'un entretien prénatal individuel afin de repérer les grossesses à risque médico-psycho-social 168
- **Objectif 6** 100% des nouveau-nés à risque bénéficient d'une prise en charge neuro-protectrice optimale et d'un suivi formalisé 168
- **Objectif 7** Garantir l'accès à l'IVG pour les grossesses au terme avancé (12 à 14 semaines d'aménorrhée) dans un délai de 5 jours, avec une vigilance particulière en période estivale 168
- **Objectif 8** Permettre l'accès à la préservation de la fertilité à toute personne atteinte de cancer 169

4/ Conforter les services de réanimation et de surveillance continue pour garantir une organisation efficiente des parcours de soins 170

- **Objectif 1** Un système conventionnel relie toutes les structures autorisées de réanimation et reconnues comme unité de surveillance continue 171
- **Objectif 2** Les établissements garantissent une équipe médicale suffisante pour assurer la permanence et la continuité des soins 171
- **Objectif 3** Les technologies de la e-santé sont mises en œuvre 172
- **Objectif 4** Un plan « réanimation en tension » est défini 172
- **Objectif 5** Les unités de surveillance continue reconnues sont toutes conformes à un cahier des charges défini par les professionnels et validé par l'ARS Une proposition de schéma d'organisation pour les unités de surveillance continue concertée entre les professionnels concernés 173
- **Objectif 6** Les établissements de santé disposent des outils et mettent en œuvre une analyse de la pertinence du recours aux unités de surveillance continue 173
- **Objectif 7** Une réflexion est mise en œuvre sur l'organisation des SMUR pédiatriques 173
- **Objectif 8** Les professionnels médicaux et soignants de la filière de soins critiques (inclus les soins intensifs, notamment les UNV) sont sensibilisés dans tous les services au prélèvement d'organes et aux donneurs à critères élargis 174

5/ Assurer l'accès aux soins palliatifs 175

- **Objectif 1** Élaborer un plan d'action régional relatif à la formation en soins palliatifs en direction des professionnels et mettre en place des formations à destination des aidants 176
- **Objectif 2** Améliorer le maillage, adapter les moyens et optimiser la répartition territoriale des lits identifiés de soins palliatifs et des unités de soins palliatifs 177
- **Objectif 3** Clarifier les missions, adapter les moyens et optimiser la répartition territoriale des équipes mobiles de soins palliatifs et des réseaux de soins palliatifs 177
- **Objectif 4** Améliorer l'accès aux soins palliatifs pédiatriques par le conventionnement entre les équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques et les acteurs de la néonatalogie et de l'enfance 177

6/ Renforcer l'efficience et la pertinence des soins, des prescriptions des transports et des produits de santé 178

- **Objectif 1** Mettre en œuvre le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, et l'actualiser afin d'y intégrer l'ensemble des dimensions relatives à la pertinence des soins 180
- **Objectif 2** Tous les établissements autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique ont réalisé un diagnostic interne pertinence, élaboré un plan d'actions et initié la mise en place d'une démarche pertinence 181
- **Objectif 3** Mettre en place des actions visant à optimiser le degré de pertinence des hospitalisations 182
- **Objectif 4** Mettre en œuvre des actions régionales d'optimisation de la pertinence des actes d'imagerie médicale 183
- **Objectif 5** Optimiser la pertinence des prescriptions d'examens de biologie médicale 184
- **Objectif 6** Mettre en place des actions d'optimisation de la pertinence des prescriptions de transports sanitaires 184
- **Objectif 7** Mettre en œuvre des actions régionales visant à améliorer la pertinence des prescriptions de produits de santé 185
- **Objectif 8** Favoriser l'acculturation des professionnels de santé et des usagers notamment par la réalisation d'une campagne de communication régionale sur la pertinence des soins 186

7/ Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge 187

- **Objectif 1** Assurer la mise en place d'une structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des usagers 189
- **Objectif 2** Promouvoir la déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins, faciliter leur analyse pour les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire et développer la culture positive de l'erreur 190
- **Objectif 3** Mettre en place et animer le réseau régional de vigilance et d'appui 190
- **Objectif 4** Accroître le niveau de qualité et sécurité des prises en charge pour l'ensemble des opérateurs et acteurs de santé 191

7. AXE STRATÉGIQUE N°7 : DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'INNOVATION ACCOMPAGNANT LES TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ 193

1/ Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé 195

/// Axe 1 – Renforcer la gouvernance du numérique en santé 200

- **Objectif 1** (ex-obj 4) Permettre le développement et l'appropriation de services et usages numériques régionaux par les professionnels et les usagers Définir une gouvernance régionale lisible et partagée de la e-santé 200

/// Axe 2 – Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé 201

- **Objectif 2** (ex-obj 5) Faire de l'espace numérique régional de santé un environnement de travail intégré 201

/// Axe 3 – Accélérer le déploiement des services numériques socles 202

- **Objectif 3** Être en capacité d'échanger et de partager des données structurées entre professionnels de santé 202

/// Axe 4 - Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé 203

- **Objectif 4** (ex-obj 2) Définir précisément les services offerts dans un espace numérique de coordination, et les mettre en œuvre à l'échelle de la région 203
- **Objectif 5** (ex-obj 1) Renforcer l'offre régionale de télémédecine tout en la rendant lisible, accessible et intégrée dans les pratiques médicales 205

▶ Objectif 6 Être en capacité d'exploiter, au niveau régional, les masses de données issues de la production de soins 206

/// Axe 5 - Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé 207

2/ Développer et promouvoir les innovations organisationnelles en santé 208

3/ Structurer le projet régional de plateforme génomique à très haut débit 214

▶ Objectif 1 Disposer d'une plateforme régionale de génomique à très haut débit dans le cadre du plan de déploiement national 214

▶ Objectif 2 Les personnes atteintes de maladie rare qui le nécessitent doivent avoir accès à la médecine génomique 214

4/ Promouvoir l'implication du citoyen en augmentant ses compétences et ses capacités d'action 215

II. UNE OFFRE DE SANTÉ ORGANISÉE ET GRADUÉE 217

1. L'OFFRE DE SANTÉ EN PROXIMITÉ 219

1/ Une offre de santé en proximité à rénover 223

2/ Une nécessaire évolution des établissements de santé 228

3/ L'organisation de l'offre de soins en région Grand Est 232

2. L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE 239

1/ L'organisation de l'offre de santé pour les personnes âgées 241

2/ L'organisation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap 246

3. L'ORGANISATION DE L'OFFRE SANITAIRE 251

1/ Les perspectives d'évolution de l'offre sanitaire 253

2/ Des zones d'implantation différenciées par niveau de soins 257

3/ Les principes de définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins 262

4/ Une permanence des soins en établissement de santé organisée 284

4. LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET DE GÉNÉTIQUE 299

▶ Objectif 1 Favoriser le développement d'actions de prévention et de dépistage au sein des laboratoires de biologie médicale 306

▶ Objectif 2 Améliorer l'attractivité de la biologie médicale en particulier pour les spécialités méconnues et les nouveaux métiers de la biologie, comme la génétique 307

▶ Objectif 3 Inciter et accompagner l'interopérabilité des systèmes d'information 307

▶ Objectif 4 Garantir la qualité des sites de rupture de charge et de stockage des prélèvements 308

▶ Objectif 5 Inciter au développement de coopérations régionales en matière de génétique 308

▶ Objectif 6 Développer la prestation de conseil biologique en vue d'optimiser les prescriptions d'examens de biologie médicale 309

▶ Objectif 7 Contribuer à la structuration de l'offre en biologie médicale auprès des communautés professionnelles territoriales de santé 309

5. UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CAPACITÉ DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES 311

▶ Objectif 1 Définir les parcours de prise en charge pour chaque volet et territoire et les moyens nécessaires 313

▶ Objectif 2 Élaborer un schéma d'alerte entre les partenaires « santé » et les autres partenaires 314

- Objectif 3 Élaborer un schéma de mobilisation formalisant les champs de compétences et d'actions et les rôles respectifs de chaque acteur....314
- Objectif 4 Structurer un schéma de formation avec des formations graduées....315
- Objectif 5 Développer des outils de planification opérationnels pour les acteurs du système de santé et l'ARS, renforcer leur interopérabilité par des exercices réguliers....315
- Objectif 6 Préparer la coopération interrégionale et nationale pour la mobilisation de moyens d'appui réciproque (objectif transversal)....315
- Objectif 7 Intégration du dispositif ORSAN dans les accords transfrontaliers en particulier l'aide médicale urgente....316

6. ENCOURAGER LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS....317

- Objectif 1 Consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière....321
  - Sous obj. 1.1 Consolider la gouvernance en matière de santé transfrontalière sur l'ensemble des frontières du Grand Est 321
  - Sous obj. 1.2 Consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière franco-allemande....321
- Objectif 2 Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers....322
  - Sous obj. 2.1 Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers franco-belges....322
  - Sous obj. 2.2 Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers franco-allemands....322
- Objectif 3 Garantir la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons....323
- Objectif 4 Définir les coopérations entre la France et le Luxembourg, et entre la France et la Suisse 323

III. LE PILOTAGE DU PRS GRAND EST....325

1/ Les modalités de pilotage et de suivi....327
4/ Les indicateurs de mesure de l'atteinte des objectifs....327
5/ L'évaluation du PRS....332
6/ Les leviers de mise en œuvre....333
7/ Le fonds d'intervention régional au service des projets de transformation du système de santé339

IV. LISTE DES OBJECTIFS....341

V. ANNEXES....355

1/ Les notions de territoire....357
8/ Glossaire360

V. ANNEXES

1/ LES NOTIONS DE TERRITOIRE

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que l'agence régionale de santé délimite « des territoires de démocratie sanitaire » à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région » ainsi que « des zones » donnant lieu, d'une part, à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds, d'autre part, à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité (article L. 1434-9 du code de la santé publique).

Désormais, ce nouveau cadre juridique de la territorialisation en santé distingue :

- les territoires de concertation ;
- les territoires d'organisation de l'offre en santé.

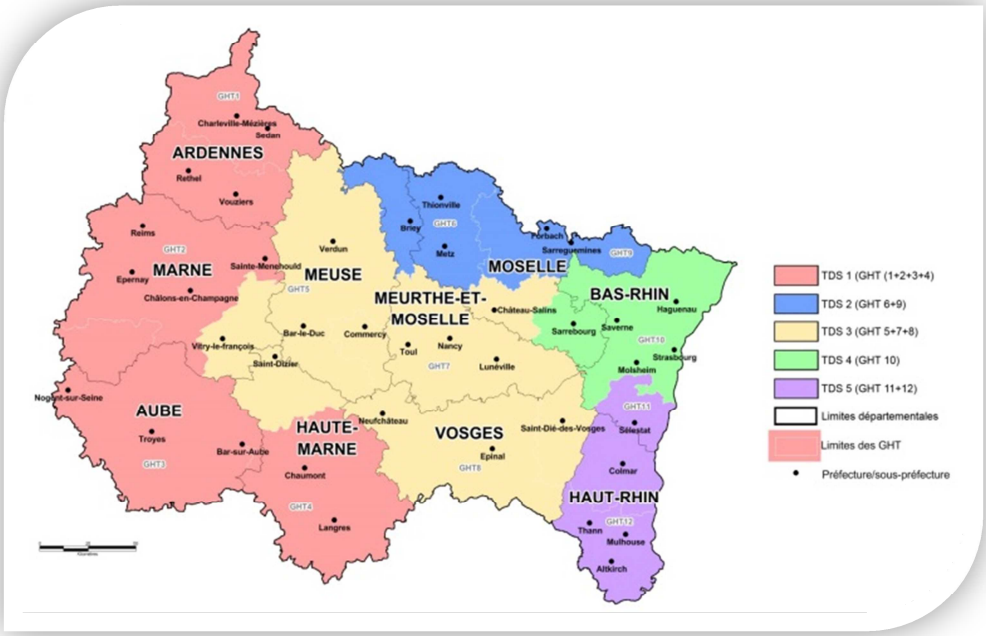
/// Les territoires de concertation

Le décret du 26 juillet 2016 relatif aux conditions de détermination des territoires et au conseil territorial de santé précise que le territoire de démocratie sanitaire vise à mettre en cohérence les projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales, en prenant en compte l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers.

Le périmètre géographique des cinq territoires de démocratie sanitaire de la région Grand Est a ainsi été défini de façon à permettre d'une part, une cohérence d'ensemble et une coordination des politiques de santé infrarégionales et d'autre part, d'élaborer un cadre propice à la participation de l'ensemble des acteurs du système de santé. Ils doivent favoriser :

- La mise en place d'un espace de débat : le territoire de démocratie sanitaire, support du conseil territorial de santé, doit permettre l'association des acteurs locaux concernés par les problématiques de santé.
- La concordance autant que possible avec les autres découpages géographiques, en particulier ceux définis par l'ARS.
- La cohérence avec les autres acteurs œuvrant pour la santé des habitants de la région Grand Est à différents échelons : les services de l'État, les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les associations, les usagers ont à trouver un espace de dialogue et de concertation.
- Un fonctionnement optimal des conseils territoriaux de santé : les crédits alloués à la démocratie sanitaire et les ressources humaines mobilisables en ARS doivent permettre le bon fonctionnement de ces instances.

Le périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire de la région Grand Est a été arrêté par le Directeur général de l'ARS le 27 octobre 2016.



Au-delà de ces territoires réglementaires, la concertation peut s'organiser à d'autres échelons géographiques en fonction des besoins, notamment :

- à l'échelon du département pour la coordination des politiques publiques en particulier en santé mentale, en santé des enfants et des adolescents, en matière de prise en charge des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap ;
- à l'échelon des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ou des bassins de vie pour l'élaboration de contrats locaux de santé.

/// Les territoires d'organisation de l'offre de santé

/// Les zones d'implantation

Le schéma régional de santé 2018-2023 doit identifier les besoins, et fixer les objectifs qualitatifs et quantitatifs pour les activités de soins et équipements matériels lourds (EML) soumis à autorisation énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de santé publique. Il doit également préciser :

- Les créations et suppressions de ces activités de soins et EML ;
- Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé (ES) dont le groupement de coopération sanitaire (GCS), GHT etc… ;

Selon l'article L.1434-9- 2 du code de santé publique, l'ARS délimite les zones d'implantation donnant lieu :

- À la répartition des activités et des équipements mentionnés à l'article L. 1434-3 du code de santé publique ;
- À l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité.

Les limites géographiques des zones d'implantation des activités de soins, des équipements lourds et des laboratoires de biologie médicale s'appuient sur la maille géographique induite par les groupements hospitaliers de territoire *(cf. partie II B2)*.

/// Les territoires de projet

Au-delà des territoires de démocratie sanitaire et de zones d'implantation des activités de soins, d'équipements matériels lourds et de laboratoires de biologie médicale faisant l'objet d'un cadre réglementaire et définis par arrêté du Directeur général ARS, tout projet porté par les acteurs du système de santé s'organise à un niveau territorial défini en fonction du projet. Ces territoires de projet ou d'actions ont comme maille géographique de base la commune et peuvent s'appuyer sur les bassins de vie, les EPCI ou les départements.

Ce sont par exemple :

- Les territoires d'analyse et d'observation de l'état de santé de la population pour la réalisation d'un diagnostic partagé ;
- Les territoires correspondant aux périmètres des actions portées dans le cadre d'un contrat local de santé ;
- Les territoires correspondant aux projets territoriaux de santé mentale ;
- Les territoires correspondant aux périmètres d'intervention d'une maison de santé pluri-professionnelle, d'une plateforme territoriale d'appui, etc…
- Les territoires de coopérations interrégionaux ou transfrontaliers.

L'enjeu est que ces territoires de concertation ou d'organisation de l'offre de santé fassent sens pour les acteurs et soient porteurs d'initiatives et de dynamiques locales favorables à l'organisation des soins de qualité.

8/ GLOSSAIRE

SIGLES	LIBELLÉS
AAH	Allocation aux adultes handicapés
AAP	Appel à projet
ABM	Agence de biomédecine
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources (Grille d'évaluation)
AICS	Auteur d'infractions à caractère sexuel
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ASA	American Society of Anesthesiologists (Scores)
ASE	Aide sociale à l'enfance
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CeGIDD	Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CM2R	Centre mémoire de ressources et de recherche
CMPP	Centre d'action médico-sociale précoce
CMRR ou **CM2R**	Centre mémoire de ressources et recherche
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
COREVIH	Comité de coordination de la lutte contre le VIH
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé

SIGLES	LIBELLÉS
CPU	Commission pluridisciplinaire unique
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSO	Centre spécialisé de l'obésité
CSP	Code de santé publique
CTA	Coordination territoriale d'appui
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRDJSCS	Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
ECG	Électrocardiogramme
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EP	Établissement pénitentiaire
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ESP	Équipe de soins primaires
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FJT	Foyer de jeunes travailleurs
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HDJ	Hospitalisation de jour
HIA	Hôpital d'instruction des armées
IDE	Infirmier diplômé d'état
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatifs
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST	Infection sexuelle transmissible
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
LAM	Lit d'accueil médicalisé
LHSS	Lit halte soins santé
LISP	Lit identifié de soins palliatifs
MA	Maison d'arrêt

SIGLES	LIBELLÉS
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MC	Maison centrale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
OQOS	Objectif quantifié de l'offre de soins
ORS	Observatoire régional de santé
OSCARS	Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé
PAEJ	Point accueil écoute jeunes
PAERPA	Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PATHOS	Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées
PFR	Plateforme de répit
PHV	Personne handicapée vieillissante
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle infantile
PNMD	Plan national maladies neuro-dégénératives
PPIS	Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale
PRADO	Programme de retour à domicile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional Santé environnement
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial en santé mentale
QPV	Quartier prioritaire de la ville
RBPP	Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RdRD	Réduction des risques et des dommages
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SEP	Sclérose en plaque
SERAPHIN-PH	Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des financements aux parcours des Personnes Handicapées

SIGLES	LIBELLÉS
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SI	Soins intensifs
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SMPR	Service médico-psychologique régional
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SRS	Schéma régional de santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAC	Trouble d'acquisition de la coordination
TDA/H	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UCROG	Unité de coordination régionale en oncogériatrie
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHR	Unité d'hébergement renforcé
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
USC	Unité de surveillance continue
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
UTEP	Unité transversale d'éducation thérapeutique

/// ARS Grand Est

Siège régional : 3 boulevard Joffre – CS 80071
54036 Nancy Cedex
Standard régional : 03 83 39 30 30

www.grand-est.ars.sante.fr

Agence Régionale de Santé
Grand Est

[PRS] PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028

Objectifs quantifiés de l'offre de soins 2018-2023

COS / SRS & PRAPS / Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Pré-projet de PRS révisé avant consultation

Version de juin 2019

ars Agence Régionale de Santé Grand Est

Juin 2019

/// PRÉAMBULE

Le schéma régional de santé doit comporter les objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité et équipement matériel lourd, soumis à autorisation énumérés aux articles R 6122-25 et R 6122-26 du code de santé publique.

Il sera amené à être modifié notamment en fonction des évolutions législatives et réglementaires, en particulier celles liées à la réforme des autorisations sanitaires prévues par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd et par zones présentées dans le chapitre précédent, des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont définis par un minimum et un maximum.

La réponse aux besoins de la population est appréciée à l'intérieur de la fourchette, en fonction des évolutions connues et anticipées (regroupements d'établissements, projets validés de nouvelles activités…), des évolutions démographiques, des pratiques médicales et des innovations technologiques.

Les activités de neurochirurgie, chirurgie cardiaque, neuroradiologie interventionnelle, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques et de traitement des grands brûlés ne relèvent pas du PRS. Ces activités sont prises en compte dans le schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS) qui est prorogé jusqu'à l'adoption du futur schéma interrégional de santé (SIS).

Par principe, l'implantation vaut pour une activité réalisée en hospitalisation complète et en alternative à l'hospitalisation de jour (médecine, chirurgie et SSR), sauf si l'autorisation initiale mentionne explicitement que l'activité n'est réalisée que sous une seule modalité. Dans ce dernier cas, la possibilité d'avoir l'ensemble de la palette des modalités de prise en charge nécessitera une demande de modification de l'autorisation initiale.

» **Les critères ayant présidé aux choix d'évolution des implantations par zone d'implantation et activité de soins ou équipement matériel lourd sont précisés dans la partie « L'organisation de l'offre sanitaire » du schéma régional de santé 2018-2023.**

SOMMAIRE

PARTIE 1 / CARTOGRAPHIE DES ZONES D'IMPLANTATION 5

- Les zones d'implantation pour le niveau de soins de référence 7
- Les zones d'implantation pour le niveau de soins de recours 8

PARTIE 2 / OBJECTIFS QUANTIFIÉS PAR ZONE D'IMPLANTATION POUR LE NIVEAU DE SOINS DE RÉFÉRENCE 9

- Zone de référence n°1 - Nord Ardennes 11
- Zone de référence n°2 - Champagne 15
- Zone de référence n°3 - Aube et Sézannais 19
- Zone de référence n°4 - « 21-52 » 23
- Zone de référence n°5 - Cœur Grand Est 27
- Zone de référence n°6 - Lorraine Nord 31
- Zone de référence n°7 - Sud Lorraine 35
- Zone de référence n°8 – Vosges 39
- Zone de référence n°9 - Moselle Est 43
- Zone de référence n°10 - Basse Alsace Sud Moselle 47
- Zone de référence n°11 - Centre Alsace 51
- Zone de référence n°12 - Haute Alsace 55
- Récapitulatif des objectifs quantifiés par zone de référence 59

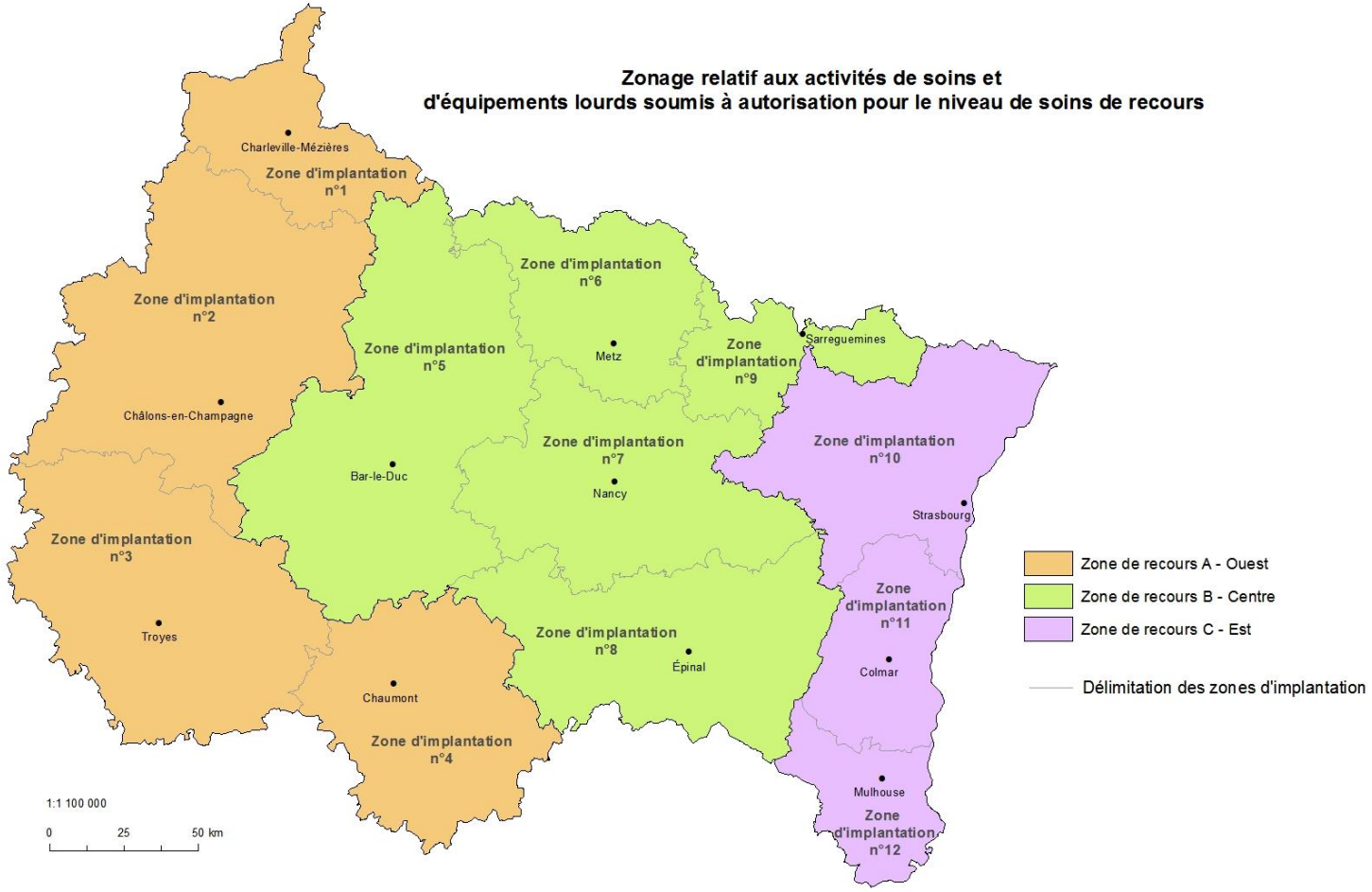
PARTIE 3 / OBJECTIFS QUANTIFIÉS PAR ZONE D'IMPLANTATION POUR LE NIVEAU DE SOINS DE RECOURS 63

- Zone de recours A - Ouest 65
- Zone de recours B - Centre 66
- Zone de recours C - Est 67
- Récapitulatif des objectifs quantifiés par zone de recours 69

PARTIE 1 / CARTOGRAPHIE DES ZONES D'IMPLANTATION

LES ZONES D'IMPLANTATION POUR LE NIVEAU DE SOINS DE RÉFÉRENCE

LES ZONES D'IMPLANTATION POUR LE NIVEAU DE SOINS DE RECOURS



PARTIE 2 / OBJECTIFS QUANTIFIÉS PAR ZONE D'IMPLANTATION POUR LE NIVEAU DE SOINS DE RÉFÉRENCE

ZONE DE RÉFÉRENCE N°1 - NORD ARDENNES

Zone de référence 1 - Nord Ardennes					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	6	6	6		
HAD	1	1	1		
CHIRURGIE	4	4	4		
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	1	1	1		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	8	8	8		
> hospitalisation de nuit	1	1	1		
> services de placement familial thérapeutique					
> appartements thérapeutiques	2	2	2		
> centres de crise		1	1	1	1
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	1	1	1		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	6	6	6		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique					
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	7	6	7	-1	
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	1	1	1		
> Affections du système nerveux	1	1	1		
> Affections cardio-vasculaires	1	1	1		
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives		1	1	1	1
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	2	2		
> Prise en charge des enfants	1	1	1		
SOINS DE LONGUE DUREE	2	2	2		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :					
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :			1		1
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	2	2	2		

Zone de référence 1 - Nord Ardennes					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> SMUR néonatal pédiatrique					
> Structure des urgences	2	2	2		
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	1	1	1		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	1	1	1		
> Autodialyse	2	2	2		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	2		2	-2	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	2		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	1	1	1		
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1	1		
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	1		
> Prélèvement de spermatozoïdes					
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	1		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don					
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	1	1	1		
> Digestif	2	2	2		
> Urologie	2	1	1	-1	-1
> Gynécologie	1	1	1		
> ORL, maxillo-faciales	1	1	1		
> Thorax					
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	1	1	1		
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	1	1	1		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	2	2	2		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de					

Zone de référence 1 - Nord Ardennes					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	1	1	1		
> TEP			1		1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	2	2	3		1
Scanographes à utilisation médicale	4	4	4		
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	2	2	2		
> TEP			1		1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	4	4	5		1
Scanographes à utilisation médicale	5	5	5		
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°2 - CHAMPAGNE

Zone de référence 2 - Champagne					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	17	16	17		
HAD	4	3	4		
CHIRURGIE	12	12	12		
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	1		1		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	3	1	1		-2
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)		1	1		1
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	4	4	4		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	6	8	8		2
> hospitalisation de nuit	1	1	1		
> services de placement familial thérapeutique	2	2	2		
> appartements thérapeutiques	2	2	2		
> centres de crise		1	1		1
> centres de post-cure	1	1	1		
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	2	2	2		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	4	4	4		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	2	2	2		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	15	14	15		
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	4	4	4		
> Affections du système nerveux	4	4	4		
> Affections cardio-vasculaires	3	3	3		
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives	1	1	1		
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	4	4	4		
> Prise en charge des enfants	1	1	1		
SOINS DE LONGUE DUREE	6	6	6		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	2	2	2		
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	2	2	2		
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	5	5	5		
> SMUR néonatal pédiatrique	1	1	1		

Zone de référence 2 - Champagne					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences	7	7	7		
> Structure des urgences pédiatriques	1	1	1		
REANIMATION					
> Réanimation adulte	4	4	4		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants	1	1	1		
> Dialyse médicalisée	1	1	2		1
> Autodialyse	3	3	3		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	3	1	3		
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	2		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	2	2	2		
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2	2	2		
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	1		
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1		
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	2	2	2		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2	2	2		
> Prélèvement de spermatozoïdes	3	3	3		
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2	2		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1		
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	2	2		
> Analyses de génétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses	2	2	2		
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	2	2		1
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	5	3	4		-1
> Digestif	6	4	4		-2
> Urologie	4	3	3		-1
> Gynécologie	4	3	3		-1
> ORL, maxillo-faciales	4	2	3		-1
> Thorax	2	2	2		
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	2	2	2		
> Curiethérapie	2	2	2		
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	1	1	1		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	6	6	6		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	3	2	3		
> Analyses de génétique moléculaire	2	2	3		1
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	3	3	3		

Zone de référence 2 - Champagne					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> TEP	2	2	3		1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	8	8	11		3
Scanographes à utilisation médicale	9	9	11		2
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	5	5	5		
> TEP	2	4	4		2
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	11	12	14		3
Scanographes à utilisation médicale	11	13	14		3
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°3 - AUBE ET SÉZANNAIS

Zone de référence 3 - Aube et Sézannais					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	12	11	12	-1	
HAD	2	2	2		
CHIRURGIE	5	5	5		
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	2	1	2	-1	
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)					
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	2	3	3	1	1
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	4	5	5	1	1
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise		1	1	1	1
> centres de post-cure	1	1	1		
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	1	2	2	1	1
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	3	4	4	1	1
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	8	8	8		
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2		
> Affections du système nerveux	2	2	2		
> Affections cardio-vasculaires	1	1	1		
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives					
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	2	2		
> Prise en charge des enfants			1		1
SOINS DE LONGUE DUREE	4	4	4		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	1	1	1		
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	1	1	1		
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	2	2	2		
> SMUR néonatal pédiatrique					

Zone de référence 3 - Aube et Sézannais					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences	2	2	2		
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	1	1	1		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	1	1	1		
> Autodialyse	2	2	2		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	2		2	-2	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation					
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental					
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP					
> Prélèvement de spermatozoïdes					
> Transfert des embryons en vue de leur implantation					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don					
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	3	2	2	-1	-1
> Digestif	3	3	3		
> Urologie	3	3	3		
> Gynécologie	3	2	2	-1	-1
> ORL, maxillo-faciales	1	1	1		
> Thorax	1		1	-1	
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	1	1	1		
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	1	1	1		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	1	1	2		1
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire	1	1	1		
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					

Zone de référence 3 - Aube et Sézannais					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Gamma caméra	1	1	1		
> TEP	1	1	1		
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	4	4	5		1
Scanographes à utilisation médicale	4	4	5		1
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	2	2	2		
> TEP	1	1	1		
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	6	7	7	1	1
Scanographes à utilisation médicale	5	5	6		1
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°4 - « 21-52 »

Zone de référence 4 - "21-52"					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	5	4	5	-1	
HAD	1	1	1		
CHIRURGIE	3	2	2	-1	-1
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)					
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	1	1	1		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	2	2	2		
> hospitalisation de nuit	1	1	1		
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète					
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	2	2	2		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	4	3	4	-1	
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2		
> Affections du système nerveux	2	2	2		
> Affections cardio-vasculaires	1	1	1		
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives					
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	1	1	1		
> Prise en charge des enfants			1		1
SOINS DE LONGUE DUREE	2	2	2		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :					
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :					
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1		1	-1	
> SMUR	2	2	2		
> SMUR néonatal pédiatrique					

Zone de référence 4 - "21-52"					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences	2	2	2		
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte					
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	1	1	1		
> Autodialyse	1	1	1		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	1		1	-1	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle					
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation					
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental					
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP					
> Prélèvement de spermatozoïdes					
> Transfert des embryons en vue de leur implantation					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don					
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	1		1	-1	
> Digestif	1	1	1		
> Urologie	1		1	-1	
> Gynécologie	1		1	-1	
> ORL, maxillo-faciales					
> Thorax					
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	1	1	1		
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées					
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	3	1	1	-2	-2
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	1	1	1		

Zone de référence 4 - "21-52"					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> TEP					
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	1	1	2		1
Scanographes à utilisation médicale	2	2	2		
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	1	1	1		
> TEP					
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	1	1	2		1
Scanographes à utilisation médicale	2	2	2		
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°5 - CŒUR GRAND EST

Zone de référence 5 - Cœur Grand Est					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	10	8	10	-2	
HAD	3	2	3	-1	
CHIRURGIE	6	5	6	-1	
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	2	1	1	-1	-1
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	5	5	5		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	6	6	6		
> hospitalisation de nuit	2	2	2		
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques	3	3	3		
> centres de crise		1	1	1	1
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	4	4	4		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	7	7	7		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	2	2	2		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR POLYVALENT	9	9	9		
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	3	3	3		
> Affections du système nerveux	2	2	2		
> Affections cardio-vasculaires	1	3	3	2	2
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives	1	1	1		
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	3	3		
> Prise en charge des enfants			1		1
SOINS DE LONGUE DUREE	4	4	4		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :					
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :					
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	4	4	4		
> SMUR néonatal pédiatrique					

Zone de référence 5 - Cœur Grand Est					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences	4	4	4		
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	2	2	2		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	3	3	3		
> Autodialyse	3	3	4		1
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	2		2	-2	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation					
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental					
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP					
> Prélèvement de spermatozoïdes					
> Transfert des embryons en vue de leur implantation					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don					
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1		
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	3	3	3		
> Digestif	4	3	4	-1	
> Urologie	3	2	2	-1	-1
> Gynécologie	2	1	2	-1	
> ORL, maxillo-faciales	2	1	2	-1	
> Thorax					
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie					
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées					
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	4	4	4		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra					

Zone de référence 5 - Cœur Grand Est					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> TEP					
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	3	4	5	1	2
Scanographes à utilisation médicale	4	4	5		1
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra					
> TEP					
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	5	7	7	2	2
Scanographes à utilisation médicale	4	4	5		1
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°6 - LORRAINE NORD

Zone de référence 6 - Lorraine Nord					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	17	16	17	-1	
HAD	4	2	4	-2	
CHIRURGIE	9	9	9		
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	2	1	2	-1	
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	3	3	3		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	8	8	8		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	5	8	8	3	3
> hospitalisation de nuit	1	1	1		
> services de placement familial thérapeutique	2	2	2		
> appartements thérapeutiques		1	1	1	1
> centres de crise	2	2	2		
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	2	2	2		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	6	6	6		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique					
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	21	21	21		
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	4	4	4		
> Affections du système nerveux	3	3	3		
> Affections cardio-vasculaires	1	5	5	4	4
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives	1	1	1		
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	4	4	4		
> Prise en charge des enfants	2	2	2		
SOINS DE LONGUE DUREE	9	9	9		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	2	2	2		
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	2	2	2		
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	4	4	4		
> SMUR néonatal pédiatrique					
> Structure des urgences	5	5	5		

Zone de référence 6 - Lorraine Nord					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	4	4	4		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	4	4	4		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	5	5	5		
> Autodialyse	5	5	5		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	1	1	1		
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	1	1	1		
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1	1		
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1		
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	1	1	1		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	1		
> Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	1		
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	1		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1		
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1		
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	5	5	5		
> Digestif	6	6	6		
> Urologie	5	5	5		
> Gynécologie	3	3	3		
> ORL, maxillo-faciales	4	3	4	-1	
> Thorax	2	2	2		
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	2	2	3		1
> Curiethérapie	1	1	1		
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	1	1	1		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	6	6	6		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire	1	1	1		
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	2	2	2		
> TEP	1	1	2		1

Zone de référence 6 - Lorraine Nord					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	11	11	12		1
Scanographes à utilisation médicale	9	9	10		1
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	6	6	6		
> TEP	1	2	2	1	1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	13	14	14	1	1
Scanographes à utilisation médicale	12	12	13		1
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°7 - SUD LORRAINE

Zone de référence 7 - Sud Lorraine					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	17	16	18	-1	1
HAD	3	1	3	-2	
CHIRURGIE	13	12	13	-1	
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	2	2	2		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	4	4	4		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	11	10	10	-1	-1
> hospitalisation de nuit	2	1	2	-1	
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise	1	1	1		
> centres de post-cure	1	1	1		
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	3	3	3		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	10	10	10		
> hospitalisation de nuit	2	2	2		
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	25	25	25		
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2		
> Affections du système nerveux	2	2	2		
> Affections cardio-vasculaires	1	4	4	3	3
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives	1	1	1		
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	3	3		
> Prise en charge des enfants	5	5	5		
SOINS DE LONGUE DUREE	12	12	12		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	2	3	3	1	1
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	3	3	3		
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	4	4	4		
> SMUR néonatal pédiatrique	2	2	2		
> Structure des urgences	5	5	5		

Zone de référence 7 - Sud Lorraine					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences pédiatriques	2	2	2		
REANIMATION					
> Réanimation adulte	4	4	4		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	3	3	3		
> Hémodialyse en centre pour enfants	1	1	1		
> Dialyse médicalisée	3	3	3		
> Autodialyse	3	3	3		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	1	1	1		
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	2		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	2	2	2		
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2	2	2		
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	1		
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		1	1	1	1
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	1		
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	2	2	2		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2	2	2		
> Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	1		
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2	2		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		1	1	1	1
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	1		
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	2	2		
> Analyses de génétique moléculaire	2	1	1	-1	-1
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses	1	1	1		
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	3	3	3		
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	4	3	3	-1	-1
> Digestif	7	5	7	-2	
> Urologie	5	4	5	-1	
> Gynécologie	4	4	4		
> ORL, maxillo-faciales	3	3	3		
> Thorax	2	2	2		
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	2	2	2		
> Curiethérapie	1	1	1		
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	1	1	1		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	5	5	5		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	2	2		
> Analyses de génétique moléculaire	3	2	2	-1	-1
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	3	3	3		
> TEP	3	4	5	1	2

Zone de référence 7 - Sud Lorraine					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	8	8	12		4
Scanographes à utilisation médicale	11	11	13		2
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	8	8	8		
> TEP	4	6	6	2	2
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	15	16	18	1	3
Scanographes à utilisation médicale	14	16	17	2	3
Caisson hyperbare					

/// ZONE DE RÉFÉRENCE N°8 – VOSGES

Zone de référence 8 - Vosges					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	11	11	11		
HAD	3	1	3	-2	
CHIRURGIE	5	5	5		
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	3	2	3	-1	
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	1	1	1		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	9	7	9	-2	
> hospitalisation de nuit	2	2	2		
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques	1	1	1		
> centres de crise					
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	1	1	1		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	6	6	6		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR Polyvalent	19	16	19	-3	
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2		
> Affections du système nerveux	2	2	2		
> Affections cardio-vasculaires			2		2
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives					
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	2	2		
> Prise en charge des enfants	2	2	2		
SOINS DE LONGUE DUREE	6	6	6		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :					
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :					
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	4	4	4		

Zone de référence 8 - Vosges					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> SMUR néonatal pédiatrique					
> Structure des urgences	5	5	5		
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	1	1	1		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	4	4	4		
> Autodialyse	4	4	4		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)					
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	1	1	1		
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1	1		
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	1		
> Prélèvement de spermatozoïdes					
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	1		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don					
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1		
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	2	2	2		
> Digestif	4	4	4		
> Urologie	2	2	2		
> Gynécologie	1	1	1		
> ORL, maxillo-faciales					
> Thorax	1		1	-1	
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	1	1	1		
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées					
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	3	3	3		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire	2	2	2		
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					

Zone de référence 8 - Vosges					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Gamma caméra	1	1	1		
> TEP		1	1	1	1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	6	6	7		1
Scanographes à utilisation médicale	5	5	6		1
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	2	2	2		
> TEP		1	1	1	1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	6	6	7		1
Scanographes à utilisation médicale	6	6	7		1
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°9 - MOSELLE EST

Zone de référence 9 - Moselle Est					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	9	8	9	-1	
HAD	2	1	2	-1	
CHIRURGIE	4	4	4		
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	2	2	2		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	2	2	2		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	8	8	8		
> hospitalisation de nuit	1	1	1		
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques	1	1	1		
> centres de crise					
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète					
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	4	3	4	-1	
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR Polyvalent	7	6	7	-1	
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2		
> Affections du système nerveux	2	2	2		
> Affections cardio-vasculaires			1		1
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives					
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	2	2		
> Prise en charge des enfants	2	2	2		
SOINS DE LONGUE DUREE	4	4	4		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :					
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :					
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU					
> SMUR	2	2	2		
> SMUR néonatal pédiatrique					
> Structure des urgences	3	3	3		

Zone de référence 9 - Moselle Est					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	2	2	2		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	3	3	3		
> Autodialyse	2	2	2		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)					
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation					
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental					
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP					
> Prélèvement de spermatozoïdes					
> Transfert des embryons en vue de leur implantation					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don					
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	1	1	1		
> Digestif	3	3	3		
> Urologie	2	2	2		
> Gynécologie			2		2
> ORL, maxillo-faciales	1		1	-1	
> Thorax					
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie					
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées					
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	3	2	3	-1	
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	1	1	1		
> TEP	1	1	1		

Zone de référence 9 - Moselle Est					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	3	3	5		2
Scanographes à utilisation médicale	3	3	5		2
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	2	2	2		
> TEP	1	1	1		
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	3	4	5	1	2
Scanographes à utilisation médicale	4	6	6	2	2
Caisson hyperbare					

/// ZONE DE RÉFÉRENCE N°10 - BASSE ALSACE SUD MOSELLE

Zone de référence 10 - Basse Alsace Sud Moselle					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	22	22	22		
HAD	5	4	5	-1	
CHIRURGIE	17	16	16	-1	-1
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	3	2	3	-1	
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	3	3	3		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	6	9	9	3	3
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	25	28	28	3	3
> hospitalisation de nuit	2	2	2		
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques		1	1	1	1
> centres de crise		1	1	1	1
> centres de post-cure		1	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	4	6	6	2	2
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	13	14	14	1	1
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR Polyvalent	29	26	29	-3	
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	3	3	3		
> Affections du système nerveux	3	3	3		
> Affections cardio-vasculaires	4	4	4		
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives	2	2	2		
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	6	6		
> Prise en charge des enfants	2	2	2		
SOINS DE LONGUE DUREE	12	12	12		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	3	3	3		
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	3	3	3		
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	5	5	5		

Zone de référence 10 - Basse Alsace Sud Moselle					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> SMUR néonatal pédiatrique	1	1	1		
> Structure des urgences	8	8	8		
> Structure des urgences pédiatriques	1	1	1		
REANIMATION					
> Réanimation adulte	4	4	4		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	5	5	6		1
> Hémodialyse en centre pour enfants	1	1	1		
> Dialyse médicalisée	4	4	4		
> Autodialyse	5	5	5		
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	3	1	3	-2	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	5	5	5		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	1	2	2	1	1
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	2	2	1	1
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	1		
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1		
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	1		
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	1	1	1		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	2	2	1	1
> Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	1		
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	2	2	1	1
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1		
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	1		
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses	1	1	1		
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1		
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	7	7	7		
> Digestif	8	8	8		
> Urologie	5	5	6		1
> Gynécologie	5	5	6		1
> ORL, maxillo-faciales	4	4	4		
> Thorax	2	2	2		
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	2	2	2		
> Curiethérapie	1	1	1		
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	2	2	2		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	9	8	9	-1	
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire	4	4	4		
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					

Zone de référence 10 - Basse Alsace Sud Moselle					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Gamma caméra	4	4	4		
> TEP	2	4	6	2	4
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	14	14	17		3
Scanographes à utilisation médicale	15	15	19		4
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	10	10	10		
> TEP	2	4	6	2	4
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	22	23	24	1	2
Scanographes à utilisation médicale	23	23	27		4
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°11 - CENTRE ALSACE

Zone de référence 11 - Centre Alsace					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	10	9	9	-1	-1
HAD	1	1	1		
CHIRURGIE	5	4	4	-1	-1
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	2	2	2		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)					
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	3	3	3		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	8	8	8		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique	1	1	1		
> appartements thérapeutiques	2	2	2		
> centres de crise		1	1	1	1
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	1	1	1		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	3	3	3		
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique					
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise					
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	14	14	14		
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	3	3	3		
> Affections du système nerveux	3	3	3		
> Affections cardio-vasculaires			1		1
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives					
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	2	2		
> Prise en charge des enfants			1		1
SOINS DE LONGUE DUREE	5	5	5		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	1	1	1		
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	2	2	2		
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU					
> SMUR	2	2	2		
> SMUR néonatal pédiatrique					
> Structure des urgences	4	3	3	-1	-1

Zone de référence 11 - Centre Alsace					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	1	1	1		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	1		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	1	2	2	1	1
> Autodialyse	1	2	2	1	1
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	1		1	-1	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	2		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation					
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental					
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don					
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP					
> Prélèvement de spermatozoïdes					
> Transfert des embryons en vue de leur implantation					
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don					
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	2	1	1	-1	-1
> Digestif	3	3	3		
> Urologie	1	1	1		
> Gynécologie	1	1	1		
> ORL, maxillo-faciales	1	1	1		
> Thorax	1	1	1		
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	1	1	1		
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	1	1	1		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	2	2	2		
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire					
> Analyses de génétique moléculaire	1	1	1		
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	1	1	1		
> TEP		1	1	1	1

Zone de référence 11 - Centre Alsace					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	3	3	4		1
Scanographes à utilisation médicale	3	3	5		2
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	2	2	2		
> TEP		1	1	1	1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	6	6	7		1
Scanographes à utilisation médicale	4	4	6		2
Caisson hyperbare					

ZONE DE RÉFÉRENCE N°12 - HAUTE ALSACE

Zone de référence 12 - Haute Alsace					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
MEDECINE HORS HAD	10	9	9	-1	-1
HAD	1	1	1		
CHIRURGIE	7	5	5	-2	-2
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE					
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	3	2	2	-1	-1
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	1	1	1		
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)					
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)					
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie générale					
- hospitalisation complète	2	2	2		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	6	7	7	1	1
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique					
> appartements thérapeutiques	2	2	2		
> centres de crise		1	1	1	1
> centres de post-cure					
Psychiatrie infanto-juvénile					
- hospitalisation complète	1	1	1		
- alternatives :					
> hospitalisation de jour	4	5	5	1	1
> hospitalisation de nuit					
> services de placement familial thérapeutique					
> appartements thérapeutiques					
> centres de crise		1	1	1	1
> centres de post-cure					
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION					
SSR polyvalent	15	15	15		
SSR avec mentions spécialisées					
> Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2		
> Affections du système nerveux	2	2	2		
> Affections cardio-vasculaires	2	2	2		
> Affections respiratoires					
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien					
> Affections onco-hématologiques					
> Affections des brûlés					
> Affections liées aux conduites addictives	1	1	1		
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	2	3		1
> Prise en charge des enfants	1	1	1		
SOINS DE LONGUE DUREE	5	5	5		
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE					
Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	1	1	1		
Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :					
Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	2	2	2		
MEDECINE D'URGENCE					
> SAMU	1	1	1		
> SMUR	1	1	1		
> SMUR néonatal pédiatrique					
> Structure des urgences	6	4	5	-2	-1

Zone de référence 12 - Haute Alsace					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
> Structure des urgences pédiatriques					
REANIMATION					
> Réanimation adulte	1	1	1		
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CRHONIQUE					
> Hémodialyse en centre pour adultes	2	2	2		
> Hémodialyse en centre pour enfants					
> Dialyse médicalisée	3	3	3		
> Autodialyse	2	2	3		1
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	1		1	-1	
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
AMP					
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	3	3	3		
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	1	1	1		
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1	1		
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		1	1	1	1
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don					
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci					
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	1	1	1		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	1		
> Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	1		
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	1		
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		1	1	1	1
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons					
DPN					
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire					
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses					
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1		
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel					
TRAITEMENT DU CANCER					
Chirurgie des cancers					
> Sein	2	2	2		
> Digestif	3	2	3	-1	
> Urologie	2	2	2		
> Gynécologie	2	2	2		
> ORL, maxillo-faciales	2	2	2		
> Thorax	1	1	1		
Radiothérapie externe, curiethérapie					
> Radiothérapie	1	1	1		
> Curiethérapie					
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	1	1	1		
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	3	1	1	-2	-2
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales					
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	1		
> Analyses de génétique moléculaire	1	1	1		
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	2	2	2		
> TEP	1	1	1		

Zone de référence 12 - Haute Alsace					
Les activités de soins et EML relevant du niveau de soins de recours sont en grisées.	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	4	4	7		3
Scanographes à utilisation médicale	6	6	8		2
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :					
> Gamma caméra	3	3	3		
> TEP	1	1	1		
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	7	8	10	1	3
Scanographes à utilisation médicale	7	7	9		2
Caisson hyperbare					

RÉCAPITULATIF DES OBJECTIFS QUANTIFIÉS PAR ZONE DE RÉFÉRENCE

	TOTAL			Zone de référence 1 - Nord Ardennes			Zone de référence 2 - Champagne			Zone de référence 3 - Aube et Sézannais			Zone de référence 4 - "21-52"			Zone de référence 5 - Cœur Grand Est			Zone de référence 6 - Lorraine Nord			Zone de référence 7 - Sud Lorraine			Zone de référence 8 - Vosges			Zone de référence 9 - Moselle Est			Zone de référence 10 - Basse Alsace Sud Moselle			Zone de référence 11 - Centre Alsace			Zone de référence 12 - Haute Alsace		
	2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023	
		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations																																						
MEDECINE HORS HAD	146	136	145	6	6	6	17	16	17	12	11	12	5	4	5	10	8	10	17	16	17	17	16	18	11	11	11	9	8	9	22	22	22	10	9	9	10	9	9
HAD	30	20	30	1	1	1	4	3	4	2	2	2	1	1	1	3	2	3	4	2	4	3	1	3	3	1	3	2	1	2	5	4	5	1	1	1	1	1	1
CHIRURGIE	90	83	85	4	4	4	12	12	12	5	5	5	3	2	2	6	5	6	9	9	9	13	12	13	5	5	5	4	4	4	17	16	16	5	4	4	7	5	5
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE																																						
> gynécologie-obstétrique (niveau 1)	20	14	19				1		1	2	1	2							2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2
> gynécologie-obstétrique et néonatologie sans soins intensifs (niveau 2A)	12	9	9	1	1	1	3	1	1				1	1	1	2	1	1							1	1	1				3	3	3				1	1	1
> gynécologie-obstétrique et néonatologie avec soins intensifs (niveau 2B)	10	11	11	1	1	1		1	1							1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)																																						
PSYCHIATRIE																																						
Psychiatrie générale																																						
- hospitalisation complète	39	43	43	1	1	1	4	4	4	2	3	3	1	1	1	5	5	5	8	8	8	4	4	4	1	1	1	2	2	2	6	9	9	3	3	3	2	2	2
- alternatives :																																						
> hospitalisation de jour	98	105	107	8	8	8	6	8	8	4	5	5	2	2	2	6	6	6	5	8	8	11	10	10	9	7	9	8	8	8	25	28	28	8	8	8	6	7	7
> hospitalisation de nuit	13	12	13	1	1	1	1	1	1				1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2						
> services de placement familial thérapeutique	12	12	12				2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
> appartements thérapeutiques	13	15	15	2	2	2	2	2	2							3	3	3		1	1				1	1	1	1	1	1		1	1	2	2	2	2	2	2
> centres de crise	3	10	10		1	1		1	1		1	1					1	1	2	2	2	1	1	1								1	1		1	1		1	1
> centres de post-cure	3	4	4				1	1	1	1	1	1										1	1	1								1	1						
Psychiatrie infanto-juvénile																																						
- hospitalisation complète	20	23	23	1	1	1	2	2	2	1	2	2				4	4	4	2	2	2	3	3	3	1	1	1				4	6	6	1	1	1	1	1	1
- alternatives :																																						
> hospitalisation de jour	68	70	71	6	6	6	4	4	4	3	4	4	2	2	2	7	7	7	6	6	6	10	10	10	6	6	6	4	3	4	13	14	14	3	3	3	4	5	5
> hospitalisation de nuit	2	2	2																			2	2	2															
> services de placement familial thérapeutique	10	10	10				2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
> appartements thérapeutiques																																						
> centres de crise		1	1																																			1	1
> centres de post-cure																																						

	TOTAL			Zone de référence 1 - Nord Ardennes			Zone de référence 2 - Champagne			Zone de référence 3 - Aube et Sézannais			Zone de référence 4 - "21-52"			Zone de référence 5 - Cœur Grand Est			Zone de référence 6 - Lorraine Nord			Zone de référence 7 - Sud Lorraine			Zone de référence 8 - Vosges			Zone de référence 9 - Moselle Est			Zone de référence 10 - Basse Alsace Sud Moselle			Zone de référence 11 - Centre Alsace			Zone de référence 12 - Haute Alsace		
	2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023	
		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION																																						
SSR polyvalent	173	163	173	7	6	7	15	14	15	8	8	8	4	3	4	9	9	9	21	21	21	25	25	25	19	16	19	7	6	7	29	26	29	14	14	14	15	15	15
SSR avec mentions spécialisées																																						
> Affections de l'appareil locomoteur	30	30	30	1	1	1	4	4	4	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
> Affections du système nerveux	28	28	28	1	1	1	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
> Affections cardio-vasculaires	15	24	28	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	5	5	1	4	4			2			1	4	4	4			1	2	2	2
> Affections respiratoires																																						
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien																																						
> Affections onco-hématologiques																																						
> Affections des brûlés																																						
> Affections liées aux conduites addictives	7	8	8		1	1	1	1	1							1	1	1	1	1	1	1	1	1							2	2	2				1	1	1
> Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	33	33	34	2	2	2	4	4	4	2	2	2	1	1	1	3	3	3	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	6	6	6	2	2	2	2	2	3
> Prise en charge des enfants	16	16	20	1	1	1	1	1	1			1			1			1	2	2	2	5	5	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1	1
SOINS DE LONGUE DUREE	71	71	71	2	2	2	6	6	6	4	4	4	2	2	2	4	4	4	9	9	9	12	12	12	6	6	6	4	4	4	12	12	12	5	5	5	5	5	5
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE, PAR VOIE INTERVENTIONNELLE, EN CARDIOLOGIE																																						
> Rythmologie interventionnelle (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) :	12	13	13				2	2	2	1	1	1							2	2	2	2	3	3							3	3	3	1	1	1	1	1	1
> Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :																																						
> Autres cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties coronaires) :	15	15	16			1	2	2	2	1	1	1							2	2	2	3	3	3							3	3	3	2	2	2	2	2	2
MEDECINE D'URGENCE																																						
> SAMU	10	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1				1	1	1
> SMUR	37	37	37	2	2	2	5	5	5	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	5	5	5	2	2	2	1	1	1
> SMUR néonatal pédiatrique	4	4	4				1	1	1													2	2	2							1	1	1						
> Structure des urgences	53	50	51	2	2	2	7	7	7	2	2	2	2	2	2	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	8	8	8	4	3	3	6	4	5
> Structure des urgences pédiatriques	4	4	4				1	1	1													2	2	2							1	1	1						
REANIMATION																																						
> Réanimation adulte	25	25	25	1	1	1	4	4	4	1	1	1				2	2	2	4	4	4	4	4	4	1	1	1	2	2	2	4	4	4	1	1	1	1	1	1
> Réanimation pédiatrique																																						
> Réanimation pédiatrique spécialisée																																						
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE																																						
> Hémodialyse en centre pour adultes	22	22	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	3	3	1	1	1	1	1	1	5	5	6	1	1	1	2	2	2
> Hémodialyse en centre pour enfants	3	3	3				1	1	1													1	1	1							1	1	1						
> Dialyse médicalisée	30	31	32	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	5	5	5	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	1	2	2	3	3	3
> Autodialyse	33	34	36	2	2	2	3	3	3	2	2	2	1	1	1	3	3	4	5	5	5	3	3	3	4	4	4	2	2	2	5	5	5	1	2	2	2	2	3
> Traitement à domicile (hémodialyse ou DP)	17	4	17	2		2	3	1	3	2		2	1		1	2		2	1	1	1	1	1	1							3	1	3	1		1	1		1

	TOTAL			Zone de référence 1 - Nord Ardennes			Zone de référence 2 - Champagne			Zone de référence 3 - Aube et Sézannais			Zone de référence 4 - "21-52"			Zone de référence 5 - Cœur Grand Est			Zone de référence 6 - Lorraine Nord			Zone de référence 7 - Sud Lorraine			Zone de référence 8 - Vosges			Zone de référence 9 - Moselle Est			Zone de référence 10 - Basse Alsace Sud Moselle			Zone de référence 11 - Centre Alsace			Zone de référence 12 - Haute Alsace		
	2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023	
		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max
ACTIVITES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET ACTIVITES DE DIAGNOSTIC PRENATAL																																						
AMP																																						
> Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	21	21	21	2	2	2	2	2	2	1	1	1				1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	5	5	5	2	2	2	3	3	3
> Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans manipulation	9	10	10	1	1	1	2	2	2										1	1	1	2	2	2	1	1	1				1	2	2				1	1	1
> Conservation des embryons en vue d'un projet parental	9	10	10	1	1	1	2	2	2										1	1	1	2	2	2	1	1	1				1	2	2				1	1	1
> Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	3	4	4				1	1	1													1	1	1							1	1	1					1	1
> Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	3	4	4				1	1	1										1	1	1		1	1							1	1	1						
> Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	2	2	2																			1	1	1							1	1	1						
> Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	7	7	7				2	2	2										1	1	1	2	2	2							1	1	1				1	1	1
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	9	10	10	1	1	1	2	2	2										1	1	1	2	2	2	1	1	1				1	2	2				1	1	1
> Prélèvement de spermatozoïdes	7	7	7				3	3	3										1	1	1	1	1	1							1	1	1				1	1	1
> Transfert des embryons en vue de leur implantation	9	10	10	1	1	1	2	2	2										1	1	1	2	2	2	1	1	1				1	2	2				1	1	1
> Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	3	5	5				1	1	1										1	1	1		1	1							1	1	1					1	1
> Mise en œuvre de l'accueil des embryons	2	2	2																			1	1	1							1	1	1						
DPN																																						
> Analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	8	8	8				2	2	2										1	1	1	2	2	2	1	1	1				1	1	1				1	1	1
> Analyses de génétique moléculaire	4	3	3				1	1	1													2	1	1							1	1	1						
> Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses	4	4	4				2	2	2													1	1	1							1	1	1						
> Analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	9	10	10				1	2	2							1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1				1	1	1				1	1	1
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel																																						
TRAITEMENT DU CANCER																																						
Chirurgie des cancers																																						
> Sein	36	30	32	1	1	1	5	3	4	3	2	2	1		1	3	3	3	5	5	5	4	3	3	2	2	2	1	1	1	7	7	7	2	1	1	2	2	2
> Digestif	50	44	48	2	2	2	6	4	4	3	3	3	1	1	1	4	3	4	6	6	6	7	5	7	4	4	4	3	3	3	8	8	8	3	3	3	3	2	3
> Urologie	35	30	33	2	1	1	4	3	3	3	3	3	1		1	3	2	2	5	5	5	5	4	5	2	2	2	2	2	2	5	5	6	1	1	1	2	2	2
> Gynécologie	27	23	28	1	1	1	4	3	3	3	2	2	1		1	2	1	2	3	3	3	4	4	4	1	1	1			2	5	5	6	1	1	1	2	2	2
> ORL, maxillo-faciales	23	18	22	1	1	1	4	2	3	1	1	1				2	1	2	4	3	4	3	3	3				1		1	4	4	4	1	1	1	2	2	2
> Thorax	12	10	12				2	2	2	1		1							2	2	2	2	2	2	1		1				2	2	2	1	1	1	1	1	1
Radiothérapie externe, curiethérapie																																						
> Radiothérapie	14	14	15	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1				2	2	3	2	2	2	1	1	1				2	2	2	1	1	1	1	1	1
> Curiethérapie	5	5	5				2	2	2										1	1	1	1	1	1							1	1	1						
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	9	9	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1							1	1	1	1	1	1							2	2	2	1	1	1	1	1	1
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	47	41	44	2	2	2	6	6	6	1	1	2	3	1	1	4	4	4	6	6	6	5	5	5	3	3	3	3	2	3	9	8	9	2	2	2	3	1	1

	TOTAL			Zone de référence 1 - Nord Ardennes			Zone de référence 2 - Champagne			Zone de référence 3 - Aube et Sézannais			Zone de référence 4 - "21-52"			Zone de référence 5 - Cœur Grand Est			Zone de référence 6 - Lorraine Nord			Zone de référence 7 - Sud Lorraine			Zone de référence 8 - Vosges			Zone de référence 9 - Moselle Est			Zone de référence 10 - Basse Alsace Sud Moselle			Zone de référence 11 - Centre Alsace			Zone de référence 12 - Haute Alsace		
	2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023	
		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max
EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES																																						
> Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	10	9	10				3	2	3	1	1	1							1	1	1	2	2	2	1	1	1				1	1	1				1	1	1
> Analyses de génétique moléculaire	15	14	15				2	2	3	1	1	1							1	1	1	3	2	2	2	2	2				4	4	4	1	1	1	1	1	1
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations																																						
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :																																						
> Gamma caméra	20	20	20	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1				2	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	4	4	4	1	1	1	2	2	2
> TEP	11	16	22			1	2	2	3	1	1	1							1	1	2	3	4	5		1	1	1	1	1	2	4	6		1	1	1	1	1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	67	68	90	2	2	3	8	8	11	4	4	5	1	1	2	3	4	5	11	11	12	8	8	12	6	6	7	3	3	5	14	14	17	3	3	4	4	4	7
Scanographes à utilisation médicale	75	75	93	4	4	4	9	9	11	4	4	5	2	2	2	4	4	5	9	9	10	11	11	13	5	5	6	3	3	5	15	15	19	3	3	5	6	6	8
Caisson hyperbare																																						
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils																																						
Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions, caméras à positons, gamma caméras :																																						
> Gamma caméra	43	43	43	2	2	2	5	5	5	2	2	2	1	1	1				6	6	6	8	8	8	2	2	2	2	2	2	10	10	10	2	2	2	3	3	3
> TEP	12	21	24			1	2	4	4	1	1	1							1	2	2	4	6	6		1	1	1	1	1	2	4	6		1	1	1	1	1
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	99	108	120	4	4	5	11	12	14	6	7	7	1	1	2	5	7	7	13	14	14	15	16	18	6	6	7	3	4	5	22	23	24	6	6	7	7	8	10
Scanographes à utilisation médicale	97	103	117	5	5	5	11	13	14	5	5	6	2	2	2	4	4	5	12	12	13	14	16	17	6	6	7	4	6	6	23	23	27	4	4	6	7	7	9
Caisson hyperbare																																						

PARTIE 3 / OBJECTIFS QUANTIFIÉS PAR ZONE D'IMPLANTATION POUR LE NIVEAU DE SOINS DE RECOURS

/// ZONE DE RECOURS A - OUEST

Zone de recours A - Ouest	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale					
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)	2	2	2		
Soins de suite et de réadaptation :					
Mentions spécialisées					
> Affections respiratoires	6	6	6		
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	1	1	1		
> Affections onco-hématologiques		1	1	1	1
> Affections des brûlés	1	1	1		
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie interventionnelle, en cardiologie					
> Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :	1	1	1		
Réanimation :					
> Réanimation pédiatrique	1	1	1		
> Réanimation pédiatrique spécialisée					
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
DPN					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		2	2	2	2
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
> Cyclotron pour protonthérapie					
Caisson hyperbare	1	1	1		
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
> Cyclotron pour protonthérapie					
Caisson hyperbare	1	1	1		

ZONE DE RECOURS B - CENTRE

Zone de recours B - Centre					
	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale					
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)	1	1	1		
Soins de suite et de réadaptation :					
Mentions spécialisées					
> Affections respiratoires	2	2	3		1
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	4	4	4		
> Affections onco-hématologiques	1	1	1		
> Affections des brûlés	2	2	2		
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie interventionnelle, en cardiologie					
> Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :	1	1	1		
Réanimation :					
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée	1	1	1		
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
DPN					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		3	3	3	3
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
> Cyclotron pour protonthérapie					
Caisson hyperbare					
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
> Cyclotron pour protonthérapie					
Caisson hyperbare					

ZONE DE RECOURS C - EST

Zone de recours C - Est					
	2018	Cible 2023		Créations - Suppressions - Recompositions	
		Min	Max	Min 2023 - 2018	Max 2023 - 2018
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations					
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale					
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)	2	2	2		
Soins de suite et de réadaptation :					
Mentions spécialisées					
> Affections respiratoires	2	2	5		3
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	6	6	6		
> Affections onco-hématologiques	3	3	3		
> Affections des brûlés					
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie interventionnelle, en cardiologie					
> Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :	2	2	2		
Réanimation :					
> Réanimation pédiatrique					
> Réanimation pédiatrique spécialisée	1	1	1		
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal					
DPN					
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		2	2	2	2
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations					
> Cyclotron pour protonthérapie					
Caisson hyperbare	1	1	1		
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils					
> Cyclotron pour protonthérapie					
Caisson hyperbare	1	1	1		

RÉCAPITULATIF DES OBJECTIFS QUANTIFIÉS PAR ZONE DE RECOURS

	TOTAL			Zone de recours A - Ouest			Zone de recours B - Centre			Zone de recours C - Est		
	2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023		2018	Cible 2023	
		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max
Activités de soins autorisées - Nombre d'implantations												
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale												
> gynécologie-obstétrique et réanimation néonatale (niveau 3)	5	5	5	2	2	2	1	1	1	2	2	2
Soins de suite et de réadaptation :												
Mentions spécialisées												
> Affections respiratoires	10	10	14	6	6	6	2	2	3	2	2	5
> Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	11	11	11	1	1	1	4	4	4	6	6	6
> Affections onco-hématologiques	4	5	5		1	1	1	1	1	3	3	3
> Affections des brûlés	3	3	3	1	1	1	2	2	2			
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie interventionnelle, en cardiologie												
> Cardiopathies de l'enfant (y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence) :	4	4	4	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Réanimation :												
> Réanimation pédiatrique	1	1	1	1	1	1						
> Réanimation pédiatrique spécialisée	2	2	2				1	1	1	1	1	1
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal												
DPN												
> Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		7	7		2	2		3	3		2	2
Equipements matériels lourds - nombres d'implantations												
> Cyclotron pour protonthérapie			1	sous réserve d'une étude médico-économique								
Caisson hyperbare	2	2	2	1	1	1				1	1	1
Equipements matériels lourds - nombres d'appareils												
> Cyclotron pour protonthérapie			1	sous réserve d'une étude médico-économique								
Caisson hyperbare	2	2	2	1	1	1				1	1	1

/// ARS Grand Est

Siège régional : 3 boulevard Joffre – CS 80071

54036 Nancy Cedex

Agence Régionale de Santé
Grand Est

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Version projet du : 13/06/19

PREFET DE LA REGION GRAND EST

AGENCE REGIONALE DE SANTE GRAND EST

MILD &CA
drogues.gouv.fr

ars Agence Régionale de Santé Grand Est

Préfecture du Bas-Rhin
Direction des sécurités
Bureau des politiques institutionnelles

pref-mildeca@bas-rhin.gouv.fr

Direction de la promotion de la santé, de la prévention
et de la santé environnementale
Département Promotion de la santé, prévention, vulnérabilités

ars-grandest-direction-prevention-environnement@ars.sante.fr

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2019-2023

MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS EN GRAND EST

EDITO

La région Grand Est doit répondre à des enjeux forts en matière d'addictions au regard des consommations et de sa situation géographique. Une coordination des politiques publiques sur ce sujet est indispensable avec un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales.

S'il apparaît que les acteurs doivent nécessairement se coordonner afin d'optimiser les actions menées sur le terrain, les institutions que nous représentons doivent montrer l'exemple.

C'est pourquoi, nous avons décidé, après publication du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 et du PRS Grand Est 2018-2023, de faire converger nos orientations respectives au travers d'une feuille de route conjointe de mobilisation contre les addictions.

Cette feuille de route se veut l'expression claire des objectifs que nous nous fixons à horizon 2023 en matière de lutte contre les addictions.

Préalablement à sa signature, cette feuille de route a fait l'objet d'une phase de consultation auprès de nos partenaires et des professionnels, afin de les fédérer autour de ce projet et de favoriser sa mise en œuvre. Les parties prenantes pourront donc désormais inscrire leur action en s'appuyant sur cette feuille de route. Au regard des données disponibles et des orientations nationales, nous avons décidé de prioriser les actions sur :

- les jeunes car éviter leur entrée dans les consommations est un enjeu fort pour diminuer la prévalence des conduites addictives à l'âge adulte
- la période périnatale qui est un moment privilégié dans la vie des futurs et jeunes parents, pour les informer, les accompagner et préserver la santé des enfants à naître ou nés
- les publics vulnérables auprès desquels les actions doivent être adaptées aux besoins spécifiques.

Enfin, il nous a semblé essentiel d'ajouter un axe relatif aux professionnels de santé, du médico-social et du social qui constituent un levier incontournable. Il est donc nécessaire de les sensibiliser et de leur proposer des sessions de formation adaptées à leur besoins afin d'améliorer leurs connaissances et les aider dans leur pratique.

Sur chaque territoire, l'action coordonnée de chacun autour d'objectifs partagés permettra, nous l'espérons, d'améliorer ou conforter l'impact des politiques publiques.

Pour ce faire, une évaluation sera menée conjointement par l'ARS et la MILDECA, et en lien avec nos partenaires, à horizon 2023.

Christophe LANNELONGUE,
Directeur Général de l'ARS Grand Est

Jean-Luc MARX,
Préfet de la Région Grand Est

SOMMAIRE

A. CONTEXTE ET ENJEUX 4

TABAC 4

ALCOOL 5

SUBSTANCES ILLICITES 6

B. AXES PRIORITAIRES 7

OBJECTIF 1 - RENFORCER LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE DANS LE CHAMP DES CONDUITES ADDICTIVES 8

OBJECTIF 2 : MIEUX COMMUNIQUER SUR LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES 9

OBJECTIF 3 : AMELIORER LE PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION 10

OBJECTIF 4 : OPTIMISER LES DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES 11

OBJECTIF 5 : CONFORTER LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS 12

OBJECTIF 6 : ASSURER LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR 13

ANNEXES 14

ANNEXE 1 : LES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES EN MILIEU SCOLAIRE ET EN APPRENTISSAGE 15

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE 16

ANNEXE 3 : CONSULTATION PREALABLE 17

ANNEXE 4 : SOURCES D'INFORMATION 18

ANNEXE 5 : LES EXEMPLES CITES DANS LA FEUILLE DE ROUTE 19

A. CONTEXTE ET ENJEUX

Différentes sources peuvent être mobilisées pour décrire la situation en région Grand Est, notamment :
- les baromètres santé réalisés par Santé Publique France sur www.santepubliquefrance.fr
- les enquêtes, rapports et publications réalisées par l'OFDT sur www.ofdt.fr et l'ODICER sur odicer.ofdt.fr *(ex : Portrait de territoire, enquête ESCAPAD – rapport TREND, enquête EnCLASS…)*
- les études et publications réalisées par l'ORS Grand Est sur https://ors-ge.org/
- les rapports d'activité des structures…

TABAC

Le bulletin de santé publique[1] relatif au tabac en région Grand Est souligne **les points clés suivants** :

- En 2017, la région Grand Est comptait 1,2 millions de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans. A structure d'âge identique, la région Grand Est figurait au 4ième rang des régions où le tabagisme était le plus fréquent (30,1% de fumeurs quotidiens dans la région) après Provence-Alpes-Côte-D'azur (32,2%), les Hauts-de-France (30,5%) et l'Occitanie (30,3%).
- 74,7% des fumeurs quotidiens du Grand Est fumaient de façon intensive (>10 cigarettes/jour), soit davantage que la moyenne nationale (66,8%) et près d'un quart (23,1%) présentait une forte dépendance au tabac, contre18,4% pour la moyenne nationale.
- Un peu plus d'un fumeur quotidien sur deux (55,3%) avait envie d'arrêter de fumer et un sur quatre (25,1%) avait fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année écoulée.
- Reflet d'habitudes tabagiques fréquentes, le Grand Est présentait une incidence et une mortalité élevées pour les pathologies les plus associées au tabac (cancer du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive et cardiopathies ischémiques) avec de fortes disparités entre les départements ; la Moselle, la Meurthe-et-Moselle et les Ardennes présentant les situations les plus préoccupantes.

Tabagisme chez les femmes enceintes

En 2016, selon l'enquête nationale périnatale[2], la prévalence de la consommation de tabac était estimée à 30% avant la grossesse en France métropolitaine. Si la région Grand Est (34 %), est proche de la moyenne nationale, ce taux reste élevé.

Au 3ème trimestre de grossesse, la prévalence de la consommation de tabac au niveau national ou en métropole ?était estimée à 16,2% en 2016. La région Grand Est (19,8%), était proche de la moyenne nationale.

Tabagisme chez les jeunes *[enquête ESCAPAD 2017]*

En 2017, en France métropolitaine, six adolescents de 17 ans sur dix (59,0 %) disaient avoir déjà essayé un produit du tabac, qu'il s'agisse de cigarettes en paquet ou de tabac à rouler, de cigarillos ou de cigares. Le tabagisme quotidien concernait un quart des jeunes Français (25,1 %). L'usage quotidien de tabac était légèrement plus fréquent parmi les garçons que parmi les filles (26,3% vs 23,8 %), il était dans le même temps deux fois plus élevé chez les apprentis (47,3 %) que parmi les lycéens (22,0 %). Dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants, 21,8 % des adolescents se déclaraient fumeurs quotidiens, contre 26,7 % parmi ceux qui vivaient dans une commune rurale.

Dans le Grand Est :

- l'expérimentation de tabac était moins fréquente (56,6 % / 59 %)
- le niveau d'usage quotidien de tabac était le 2ème plus bas des régions (23,5 % / 25,1 % moyen)
- le niveau d'usage « intensif » de tabac était supérieur à la moyenne malgré des niveaux de tabagisme quotidien parmi les plus faibles (6,3 % / 5,2%) : plus du quart des jeunes fumeurs quotidiens fumaient au moins dix cigarettes par jour, contre moins de un sur cinq dans les régions de la façade atlantique.

[1] Santé publique France - BSP Tabac Grand Est – janvier 2019
[2] DREES – Inserm - Enquête nationale périnatale - octobre 2017

ALCOOL

En région, la tendance globale est à la diminution de la consommation quotidienne d'alcool. Ainsi, en 2014, 10 % des 15-75 ans étaient concernés par un usage quotidien contre 15 % en 2005. Par ailleurs, l'alcoolisation ponctuelle importante au cours du mois parmi les habitants de la région a diminué entre 2010 et 2014, passant de 18 % à 15 % contrairement à l'ensemble du territoire, où l'indicateur est stable.

Cependant, la prévalence des dommages socio-sanitaires liés à l'alcool est supérieure à la moyenne nationale dans le Grand-Est. En effet, il est constaté :

- des accidents corporels avec alcoolémie illégale presque 30 % supérieurs par rapport au niveau national, à population égale : cette tendance persiste depuis au moins une dizaine d'années, alors que les accidents mortels avec présence d'alcool sont plutôt moins fréquents ;
- des interpellations pour ivresse publique et manifeste (IPM) toujours au-dessus de la moyenne française, de près de 40 % en 2015.

Des disparités infra régionales sont constatées, notamment :

- un usage régulier d'alcool plus répandu en Champagne-Ardenne,
- un indicateur d'ivresse dans l'année en Lorraine inférieur à celui du reste du territoire.

Consommation d'alcool chez les jeunes *[enquête ESCAPAD 2017]*
En France métropolitaine, en 2017, avoir consommé une boisson alcoolisée avant 17 ans demeure courant et l'usage régulier (par exemple avoir bu au moins dix fois au cours du mois précédant l'enquête) est déclaré par 8,4 % des adolescents. La moitié des jeunes de 17 ans ont indiqué avoir connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (API : consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion) durant le mois précédant l'enquête.

- Les apprentis sont 18,4 % à déclarer un usage régulier d'alcool, contre 7,5 % des élèves.
- De même, les jeunes de 17 ans habitant dans une commune rurale déclarent généralement des niveaux d'usage de boissons alcoolisées plus importants (10,3 % contre 6,7 % dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants)

En région Grand Est :

- le niveau d'expérimentation d'alcool avant 17 ans est dans la moyenne nationale (85,8 % / 85,7%)
- le niveau d'usage régulier d'alcool est inférieur au niveau national (7,8 % / 8,4%)
- l'alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée est proche de la moyenne (15,6 % / 16,4%). Toutefois les différences garçons/filles sont accrues : les sex ratio (% parmi les garçons / % parmi les filles) des ivresses répétées et des API répétées sont respectivement de 2,1 et 2,4 contre 1,8 et 1,9 sur le plan national ;

Consommation d'alcool pendant la grossesse.
Actuellement aucune donnée régionale n'est disponible. Toutefois les données nationales laissent apparaître qu'entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés (soit une naissance par jour) ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale dont 452 d'entre eux (soit une naissance par semaine) un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).
Ces chiffres sont sous-estimés compte tenu de la difficulté à diagnostiquer ces troubles en période néonatale et n'incluent pas les diagnostics posés ultérieurement. Cependant, ils permettent de mieux caractériser les conséquences de l'alcoolisation fœtale.
Malgré les campagnes de communication sur le sujet, les données du Baromètre santé 2017 publiées par Santé publique France, montrent que, parmi les femmes interrogées, enceintes au moment de l'enquête ou mères d'un enfant de moins de 5 ans, 1 sur 10 a déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière grossesse C'est mieux qu'en 2010 où l'enquête nationale périnatale avait montré que parmi les femmes interrogées, près d'une femme sur 4 déclarait avoir consommé de d'alcool durant la grossesse.
En outre, parmi les mères d'enfant de cinq ans ou moins, près de 4 femmes sur 10 ont déclaré ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivies.

SUBSTANCES ILLICITES

La situation géographique de la région Grand Est place le territoire à un carrefour majeur du trafic d'héroïne, de cocaïne et de cannabis.

En Grand Est, on constate :

- que les usagers des CAARUD se démarquent par des consommations moyennes d'opiacés plus importantes que celles des usagers des CAARUD du reste de la France
- des surdoses mortelles atteignant depuis une dizaine d'années des niveaux 1,5 à 2 fois plus élevés qu'au niveau national ;
- des accidents mortels pour lesquels au moins un des conducteurs a été dépisté positif aux stupéfiants, à un niveau extrêmement bas (11 % des accidents sont concernés contre le double au niveau national) ;
- des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) à un niveau sensiblement inférieur à la métropole, quels que soient le produit en cause et le type d'infraction (usage ou trafic), mais un volume d'interpellations en augmentation quasi-constante, à l'image de la tendance nationale ;
- des interpellations d'usagers de cocaïne, d'héroïne et d'ecstasy plus fréquentes, à population égale, dans la région Grand Est que sur le reste du territoire

Usage chez les jeunes : *[enquête ESCAPAD 2017]*

Cannabis

En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix (39,1 %) en métropole disaient avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, les niveaux d'usage régulier varient du simple au double entre filles et garçons (4,5 % vs 9,7 %). Les adolescents sortis du système scolaire déclaraient des consommations régulières 3 fois supérieures à celles des élèves (21,1 % vs 6,0 %), les apprentis se situant entre les deux (14,3 %). L'usage de cannabis régulier s'avérait également un peu plus prononcé parmi les adolescents des agglomérations de taille moyenne (> 20 000 habitants) avec un niveau de 8,0 % alors qu'il est plus faible (5,8 %) pour ceux qui résidaient en zone rurale.

Dans le Grand Est :

- les niveaux d'expérimentation du cannabis sont moindres (35,6 % / 39,1%)
- l'usage régulier de cannabis est inférieur à la moyenne nationale (6,5 % / 7,2%)
- les usages sont restés stables entre 2014 et 2017.

Autres drogues illicites

En 2017, 6,8 % des adolescents métropolitains déclaraient avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite autre que le cannabis. Les niveaux d'expérimentation de ces substances se maintenaient entre 3 et 4 % pour les plus élevés et moins de 1 % pour les plus faibles.
Dans le Grand Est, les niveaux d'expérimentation étaient inférieurs ou proches des moyennes nationales.

B. AXES PRIORITAIRES

En synthèse, les enjeux régionaux auxquels la présente feuille de route vise à répondre, sont :

- **Focus tabac** : un taux élevé d'usagers excessifs chez les jeunes et une proportion importante de fumeurs quotidiens, notamment chez les femmes.
- **Focus alcool** : une consommation d'alcool, cause de dommages supérieurs à la moyenne nationale et des accidents corporels de circulation et taux d'ivresses publiques manifestes (IMP) distinguant négativement la région.
- **Focus substances illicites** : une situation géographique de la région rendant l'héroïne et la cocaïne particulièrement accessibles, avec un nombre important de surdoses.

En regard de ces problématiques, des publics cibles ont été identifiés comme devant prioritairement faire l'objet d'actions. Quatre groupes ont ainsi été identifiés :

Périnatalité = sont concernées toutes les femmes en âge de procréer et jusqu'à la période périnatale, mais aussi l'ensemble de l'entourage direct de l'enfant *(conjoint, grands-parents, assistantes maternelles…)*
Jeunes = sont concernés tous les enfants et jeunes dès l'âge des premières expérimentations, mais aussi les parents et plus largement l'entourage direct des jeunes *(professeurs, éducateurs, …)*
Professionnels = sont concernés tous les professionnels de santé et tous les professionnels accompagnant ou intervenant auprès des publics cibles *(professeurs, travailleurs sociaux, policiers, gendarmes, milieu carcéral...)*
Populations vulnérables = sont concernées les publics en situation de précarité, personnes sous-main de justice, personnes en situation de handicap, …

Pour répondre à ces enjeux, la feuille de route régionale se décline en 6 objectifs stratégiques, chacun concernant les publics prioritaires. Ces objectifs déclinent le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 MILDECA, les axes correspondants de la Stratégie Nationale de Santé, le programme national de lutte contre le tabac décliné en région et l'objectif « Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction » du Projet Régional de Santé Grand Est :

Objectif 1 : Renforcer la politique de prévention et de promotion de la santé dans le champ des conduites addictives
Objectif 2 : Mieux communiquer sur la prévention des addictions
Objectif 3 : Améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction en Grand Est
Objectif 4 : Optimiser les dispositifs de réduction des risques
Objectif 5 : Renforcer les connaissances des professionnels
Objectif 6 : Assurer le respect de la réglementation en vigueur

NOTA BENE SUR L'E-SANTE EN ADDICTOLOGIE
Suite à la parution en mai 2019 du rapport e-Santé et Addictions commandé par le président de la MILDECA, une réflexion sera engagée avec les professionnels de l'addictologie et de la e-santé sur les modalités d'appropriation des outils numériques et leur déploiement au bénéfice de l'accompagnement des usagers/patients en région Grand Est.

OBJECTIF 1 - RENFORCER LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE DANS LE CHAMP DES CONDUITES ADDICTIVES

Comme le définit la stratégie nationale de santé, les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. En effet, les actions en direction des personnes ne peuvent suffire, si elles ne s'accompagnent pas d'une action sur les politiques et l'environnement.
Ces stratégies doivent se décliner pour tous, dans les différents milieux de vie, en adaptant les outils au public visé.

RENFORCER LA PREVENTION AUPRES DES PUBLICS CIBLES

- Promouvoir auprès des administrations et institutions compétentes des actions s'appuyant prioritairement sur des programmes probants, visant l'acquisition de compétences psychosociales *[cf. annexe 1]*
- Développer des stratégies adaptées aux publics vulnérables et notamment :
  - aux jeunes en situation de handicap,
  - aux jeunes sous-main de justice,
  - aux jeunes en dehors du système éducatif et/ou en insertion professionnelle,
  - aux enfants de personnes en situation d'addiction,
  - aux personnes en situation de précarité,
  - en milieu carcéral
- Développer des actions de soutien à la parentalité, (*exemple : Triple P – PSFP - PANJO)*
- Accompagner des projets émanant d'acteurs territoriaux afin de répondre à des besoins spécifiques et comprenant une phase d'évaluation
- Développer les stratégies d'action et de prévention par les pairs, permettant de mobiliser la communauté de vie. A ce titre, le service sanitaire des étudiants en santé est un levier à développer.

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT ET LES POLITIQUES LOCALES

- Dé-normaliser l'usage du tabac dans le Grand Est en s'appuyant sur plusieurs leviers et projets:
  - Promouvoir le dispositif «lieu de santé sans tabac », en ciblant notamment l'ensemble des maternités,
  - Insister sur le respect ou la mise en place de l'interdiction de fumer dans les établissements accueillants des publics jeunes, y compris les établissements d'enseignement,
  - Créer et diffuser une charte "Administration sans tabac" commune aux trois fonctions publiques
  - Créer et expérimenter une charte « Ville sans tabac » dans une ou plusieurs « Villes pilotes » du Grand-Est,
  - Développer la participation des établissements accueillant des publics prioritaires au dispositif Moi(s) sans tabac : établissement d'enseignement, notamment les centres de formation des apprentis et les lycées professionnels, maternités, centres de PMI, structures d'accueil de la petite enfance....,
  - Promouvoir l'arrêt du tabac pour les professionnels œuvrant auprès des jeunes (milieu de la petite enfance, scolaire, médico-social, sportif...)
- Impulser et accompagner les partenariats entre les professionnels de la prévention et les structures accueillant/accompagnant les publics cibles
  - Soutenir le déploiement des conventions de partenariat entre les consultations jeunes consommateurs et les lycées et collèges,
  - Impulser des partenariats entre les professionnels de la prévention en addictologie et les structures/associations, accueillant des jeunes (MDA, PAEJ, missions locales, milieu sportif, culturel,...),
  - Intégrer dans le cahier des charges des centres sociaux agréés, l'objectif de prévention des comportements à risque, en lien avec les CAF.

OBJECTIF 2 : MIEUX COMMUNIQUER SUR LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

La communication est un levier majeur permettant d'accompagner les actions de prévention menées, la lisibilité des dispositifs existants et d'informer les publics. Elle peut être grand public ou cibler une population et/ou un produit. Outil d'information, de renseignement et de diffusion des données, elle participe à l'éducation à la santé. Elle s'appuie sur les campagnes de communication menée par Santé Publique France mais couvre également la communication régionale autour des dispositifs existants. Afin d'améliorer l'impact auprès des publics, une optimisation des relais et modalités de communication doit être recherchée.

PROMOUVOIR LES OUTILS EXISTANTS

- Promouvoir les dispositifs et campagnes nationales relatives notamment :
  - aux consommations lors de la période périnatale, notamment concernant le tabac et l'alcool, auprès des professionnels et du public
  - aux consommations chez les jeunes, notamment concernant le tabac, l'alcool, le cannabis, les jeux et l'usage des écrans, auprès des professionnels et du public
  - à la campagne « Moi(s) sans tabac » https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr
  - aux campagnes autres conduites par SPF
  - au numéro d'appel de tabac info-service "39 89" et le site www.tabac-info-service.fr
  - les nouveaux repères de consommation d'alcool
  - sur la sécurité routière et le site www.securite-routiere.gouv.fr
- S'appuyer sur les outils digitaux existants, comme :
  - Maad Digital - www.maad-digital.fr
  - Promeneurs du net http://promeneursdunet.fr, en lien avec les Caisses d'allocations familiales -
  - Boussole des jeunes - https://boussole.jeunes.gouv.fr/
  - Info Jeunes Grand Est - https://info-jeunes-grandest.fr/
  - des sites spécialisés : www.tabac-info-service.fr, www.drogues-info-service.fr, www.joueurs-info-service.fr, village des addictions www.addictaide.fr
- Investir les outils numériques pour soutenir des actions de communications (partenariat influenceurs, réseaux sociaux, médias locaux, ...)

COMMUNIQUER AUTOUR DES DISPOSITIFS EXISTANTS

- Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs existants auprès des publics cibles et des professionnels
- Rendre plus lisibles les missions des consultations jeunes consommateurs auprès des relais (parents, professeurs...)
- Informer les réseaux (formels ou informels) d'organisateurs d'événements festifs :
  - des mesures et modalités de prévention à mettre en œuvre lors de l'organisation de leurs événements
  - des dispositifs existants en réduction des risques et des dommages
- Rendre visible les programmes probants ou actions prometteuses engagées par les acteurs et favoriser leur éventuelle modélisation et/ou transférabilité sur d'autres territoires.

MOBILISER LES RELAIS

- S'appuyer sur les personnes relais (enseignants, professionnels de santé scolaire, de l'enfance, petite enfance, pairs formés...) pour développer la communication
- Mobiliser les institutions pour relayer largement les campagnes de communication : CJC, addictions et grossesse, consommation excessive d'alcool à destination des jeunes....
- S'appuyer sur les outils de communication (réseaux sociaux, ...)

RENFORCER LES VECTEURS DE COMMUNICATION

- Améliorer la communication des messages de prévention par les professionnels envers le public, notamment en direction des femmes enceintes (TCAF et tabac)
- Mettre en place une information sur les dangers des consommations (substances illicites, nouvelles pratiques, alcool...) en direction des jeunes et coordonner les discours des intervenants à ce sujet.

OBJECTIF 3 : AMELIORER LE PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

L'amélioration du maillage territorial doit permettre de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins en addictologie. L'objectif est d'assurer la qualité des interventions et de prise en charge en évitant la survenue de rupture dans le parcours de santé de la personne en situation d'addiction, intégrant l'accompagnement de l'entourage.

MENER DES ACTIONS DIRECTES VERS LE PUBLIC

- Améliorer le repérage précoce et l'orientation vers les dispositifs adaptés,
- Renforcer le repérage des consommations pendant la grossesse, et notamment :
    - en inscrivant la question du tabac comme prioritaire dans le milieu de la périnatalité intégrant l'accompagnant de l'entourage fumeur des enfants nés ou à naître,
    - en intégrant systématiquement la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse à l'occasion des visites obligatoires et notamment de l'entretien périnatal précoce
- Améliorer l'accompagnement des femmes en situation d'addiction quel que soit le produit,
- Soutenir les mouvements d'entraide et associations agréées œuvrant auprès des personnes en situation d'addiction, notamment avec l'alcool,
- Améliorer l'accompagnement des personnes en situation d'addiction par un appui vers la réinsertion :
    - en renforçant les dispositifs d'accompagnement des personnes souffrant d'addiction (exemple dispositifs type « ACT »),
    - en déployant le dispositif TAPAJ visant à insérer professionnellement et à réduire l'exclusion par l'accès à une activité rémunérée,
    - en soutenant les partenariats entre dispositifs (exemple : convention HéTAGE).

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT et LES POLITIQUES LOCALES

- Améliorer l'accessibilité de l'offre :
    - Améliorer la couverture du territoire, notamment sur l'offre de consultations jeunes consommateurs, par le déploiement de consultations avancées de CSAPA, par le renforcement des dispositifs de réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues et via l'organisation du premier recours,
    - Accompagner l'évolution des filières sanitaires dans le cadre des GHT en intégrant l'identification d'éventuels besoins en lits de sevrage,
    - Appuyer le déploiement des microstructures sur le territoire, au regard des conclusions de l'évaluation en cours pilotée par la Direction Générale de la Santé,
    - Améliorer l'accès à une offre de prise en charge des fumeurs,
    - Développer la télémédecine afin de répondre aux enjeux territoriaux d'accès à un spécialiste,
- Mobiliser les acteurs et institutions
    - Décliner la charte lieux de santé sans tabac dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et autres structures de santé tels les SUMMPS – PMI – unités sanitaires…
    - Promouvoir l'inscription d'actions de lutte contre les addictions dans les projets de santé (MSP, ESP, CPTS,…)
- Améliorer l'articulation entre les secteurs sanitaire - médico-social – social et ville
    - Organiser des temps d'échanges entre les secteurs dans le cadre de commissions départementales de coordination en addictologie,
    - Organiser la prise en charge des jeunes reçus dans un service d'urgence suite à une alcoolisation ponctuelle importante
    - Organiser le parcours de soins des personnes souffrant de troubles neurocognitifs liés aux conduites addictives
    - Renforcer les liens entre les dispositifs spécialisés, et notamment les CSAPA, et les structures d'hébergement / d'accompagnement de personnes en situation de précarité

OBJECTIF 4 : OPTIMISER LES DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La réduction des risques et des dommages vise à prévenir les risques et les dommages liés à l'utilisation de substances psychoactives. Elle concerne tous les usages et pratiques et concerne aussi bien la prévention que l'accompagnement en soin.

ACTIONS DIRECTES SUR LE PUBLIC

- Optimiser l'accompagnement par les dispositifs spécialisés :
  - Améliorer l'accompagnement des femmes vers les dispositifs de réduction des risques et des dommages,
  - Soutenir les CSAPA et CAARUD pour le déploiement du dépistage de l'hépatite C via la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) à destination des usagers de drogues,
  - Soutenir la mise en œuvre d'actions de prévention coordonnées à destination des personnes fréquentant les dispositifs spécialisés CSAPA – CAARUD,
  - Etendre la mise à disposition de la Naloxone (action financée par la MILDECA nationale auprès de la Fédération Addiction pour un déploiement avancé dans les CAARUD),
  - Favoriser le déploiement de dispositifs de programme d'échange de seringues en pharmacie,
- Soutenir le déploiement et la coordination des actions en milieu festif :
  - Protéger les jeunes des risques en contexte festif,
  - Soutenir les dispositifs à destination des étudiants (exemple : Université de Lorraine « faites la fête »).

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT et LES POLITIQUES LOCALES

- Organiser l'intervention en contexte festif :
  - Mettre en œuvre un plan d'intervention des acteurs de la réduction des risques et des dommages en milieu festif en Grand Est (cahier des charges pour les évènements soumis à autorisation préfectorale, mise en réseau des acteurs, actions de prévention par les pairs...)
  - Favoriser une approche concertée de prévention des risques sanitaires et des troubles de l'ordre public associés aux événements festifs :
    - en milieu urbain en lien avec les organisateurs publics ou privés et les collectivités (charte de la vie nocturne)
    - en milieu rural lors de free party en lien avec les organisateurs, les correspondants « milieux festif » des DDCS(PP) et les collectivités
    - lors de manifestations sportives pour responsabiliser les organisateurs au regard des consommations ;
- Evaluer l'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque à Strasbourg.

OBJECTIF 5 : CONFORTER LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS

Le développement de l'enseignement et de la formation en addictologie des professionnels médicaux, paramédicaux et des travailleurs sociaux doit permettre aux différents acteurs de construire un savoir et une culture commune en addictologie, de décloisonner les organisations et d'accompagner l'évolution des pratiques. L'objectif est de promouvoir les attitudes positives vis à vis des personnes en situation d'addiction, d'interroger les pratiques et d'intégrer les concepts de réduction des risques et des dommages.

Améliorer les connaissances des professionnels de santé :

- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur la question des addictions quel que soit leur secteur d'activité, en mettant en avant :
  - l'entretien motivationnel,
  - le repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB),
  - la prise en charge du tabagisme pour tous les prescripteurs de traitement de substitution nicotinique,
  - les infections liées aux méthodes de consommation comme par exemple le VHC, VHB, VIH...
  - le repérage précoce des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, le diagnostic, l'accompagnement et l'orientation des enfants.

Une attention particulière sera portée sur le déploiement des formations à destination :
- des professionnels de la périnatalité
- des acteurs de la santé au travail, en lien avec la DIRECCTE Grand Est

Améliorer les connaissances des autres professionnels accompagnant ou prenant en charge les publics cibles:

- Sensibiliser et renforcer la capacité au repérage précoce et à l'orientation des professionnels du social et du médico-social notamment au contact des jeunes (missions locales, PAEJ, MDA...)
- Former les intervenants de la police et de la gendarmerie aux pratiques pédagogiques ayant fait leurs preuves : policiers formateurs anti-drogue (PFAD), formateurs relais anti-drogue (FRAD), intervenants des centres de loisirs jeunes (CLJ) de la police nationale, gendarmes des brigades de prévention de la délinquance juvénile *(BPDJ)*.

Améliorer les connaissances des professionnels pour renforcer le lien et la coopération

- Créer un espace régional de ressource et d'expertise en addictologie au service des professionnels
- Informer les professionnels sur les dispositifs existant en proximité
- Améliorer l'articulation ville-hôpital et médico-social pour l'accompagnement des femmes en situation d'addiction pendant la période de grossesse et après la naissance
- Favoriser les temps d'échanges entre l'ensemble des professionnels intervenant en milieu festif et avec les organisateurs.

OBJECTIF 6 : ASSURER LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR

La lutte contre les trafics (drogues, tabac) et le contrôle de l'application de la réglementation en matière de vente de produits (alcool, tabac jeux d'argent et de hasard) doivent être renforcés, notamment dans les départements frontaliers et en lien avec les autorités des pays voisins (Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse).

Afin d'enrayer la banalisation et l'hyperaccessibilité des substances, le respect des interdits protecteurs pour les mineurs par un meilleur encadrement de la vente des boissons alcooliques, du tabac et des jeux de hasard doit s'articuler avec la préservation de l'esprit de fête dans un espace public tranquillisé, tant en milieu rural que dans les centres urbains ou leurs périphéries, en lien avec les collectivités locales.

La lutte contre l'insécurité routière en lien avec les usages à risque reste primordiale.

Le développement de la justice résolutive de problèmes ou d'alternatives à la peine pourra appuyer cet objectif.

Lutter contre tous les trafics

- Définir une stratégie différenciée pour les **zones frontalières** pour développer la coopération régionale pour renforcer le contrôle des frontières (terrestres, aériennes, fluviales et virtuelles)
- Renforcer la lutte contre les trafics de stupéfiants par les services de la police nationale et de la gendarmerie nationale dans le cadre de la Police de sécurité du quotidien, notamment dans les départements désignés pour bénéficier d'un accompagnement adapté et les quartiers de reconquête républicaine (QRR) où un dispositif de pilotage renforcé est mis en œuvre entre DIPJ et DDSP
- Renforcer le contrôle des achats et la lutte contre les trafics transfrontaliers de produits, en coordination avec les objectifs :
  - de lutte contre la fraude au sein des CODAF
  - de lutte contre l'économie souterraine au sein des groupements interministériels de recherche (GIR)
- Consolider des actions concourant à la **prévention de la délinquance** (et de la radicalisation) :
  - intégrer cette problématique dans les plans locaux et stratégies territoriales de prévention de la délinquance conçues au sein des CL(I)SPD; ;
  - développer des actions de prévention de la récidive en milieu ouvert comme fermé pour les 13-25 ans (santé, réinsertion socioprofessionnelle) ;
  - développer des actions pour les jeunes exposés au trafic (16-25 ans) : chantiers éducatifs, chantiers d'insertion, chantiers passerelle, jobs à la journée (modèle TAPAJ)
- Renforcer le partage d'information pour s'attaquer à la vente de stupéfiants sur internet

Renforcer les contrôles en matière de réglementation sur l'alcool, le tabac et les jeux

- Améliorer la lisibilité du droit des débits de boissons en lien avec les collectivités locales en vue de réviser les conditions de vente des produits alcoolisés :
  - mettre en cohérence les conditions d'ouverture et de fonctionnement avec les maires
  - renforcer la formation de tous les exploitants de débits de boissons, y compris temporaires, en lien avec les représentants d'organisations professionnelles (UIMH, grande distribution, épiceries, cavistes, vente à distance...) et les organisateurs d'événements
- Mettre en place des plans de contrôle coordonnés au niveau local, sous l'égide des préfets pour faire mieux respecter les interdits protecteurs en faveur des mineurs :
  - interdiction de vente de tabac et d'alcool, de jeux d'argent et de hasard
  - respect du cadre légal des « happy hour » en proposant des boissons non alcoolisées
  - respect de la réglementation relative à la publicité, notamment dans les enceintes sportives
- Associer à l'amende pour ivresse publique manifeste (IPM) :
  - une proposition de soins (cf. action conduite dans la ville de Pau)
  - un raccompagnement au frais du contrevenant

Lutter contre l'insécurité routière

- Poursuivre une politique de contrôles et de dépistages routiers (alcootest et tests salivaires) adaptée aux territoires et accroître la probabilité des contrôles et sanctions immédiates après usage de stupéfiants et sous l'emprise d'un état alcoolique ;
- Favoriser et amplifier l'usage de l'éthylotest anti-démarrage (EAD)
- Développer des actions de « justice résolutive de problèmes » pour les auteurs de délits ou d'infractions routières

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES EN MILIEU SCOLAIRE ET EN APPRENTISSAGE

L'OMS définit les compétences psychosociales (CPS) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »
Ces compétences sont étroitement liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles : relation à soi et relation aux autres. En milieu scolaire, elles contribuent par le renforcement de l'estime de soi, à la pacification du climat scolaire et la progression de la réussite des élèves.

Selon la tranche d'âge du public cible et la catégorie d'établissement, les approches sont différentes :

- Du CP à l'entrée au collège (6 à 11 ans) = avant l'âge moyen des 1ères consommations, les programmes sont axés sur le développement des compétences psycho-sociales (CPS) dans une approche globale (exemple : Primavera - Good Behavior Game (GBG)
- Dès l'entrée au collège (dès 11 ans) = pendant ou après l'âge moyen des premières consommations (12 ans et +), les programmes sont spécialisés conjuguant l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales (exemple : Unplugged, ASSIST)
- Pour les apprentis et lycées professionnels / agricoles, des programmes spécialisés sur l'approche public sont élaborés (exemple : TABADO - P2P Agir par les pairs)

L'ensemble des programmes reconnus comme données probantes est disponible sur le site internet de Santé Publique France : http://inpes.santepubliquefrance.fr/registre_interventions/fiches/p2p.asp

A noter, ne pourront être soutenues que les actions :

- s'inscrivant dans un projet global d'établissement ou de territoire prenant appui sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC),
- portées par un organisme habilité par l'éducation nationale,
- répondant aux critères de la charte locale d'intervention en établissement scolaire
- reconnues données probantes par Santé Publique France ou à défaut prometteuses et comportant une évaluation complète de l'action et de ses effets,
- validé par l'institution compétente (Rectorat / DRAAF/ PJJ...) tant sur l'opportunité du programme que sur le territoire d'intervention.

A titre d'exemple, pourraient être retenus comme prioritaires : les territoires ruraux - les territoires éligibles au label « cités éducatives » - les quartiers prioritaires de la politique de la ville ou de reconquête républicaine (QRR) - les territoires à besoin spécifiques retenus par les comités de coordination et/ou inscrits dans des CESC départementaux / académiques

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
API : Alcoolisation Ponctuelle Importante
ARS : Agence Régionale de Santé
BPDJ ; brigades de prévention de la délinquance juvénile
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CES : centre d'examen de santé
CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CJC : Consultation Jeunes Consommateurs
CLJ : centre de loisirs des jeunes
COPEGE : Collège Périnatalité en Grand Est
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CPS : compétences psycho-sociales
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DDSCPP : direction départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDSP : Direction départementale de la sécurité publique
DGS : Direction Générale de la Santé
DIPJ : Direction interrégionale de la police judiciaire
DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
EAD : éthylotest anti-démarrage
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESP ¨Equipe de soins primaires
FRAD : formateurs relais anti-drogue
GHT : Groupement hospitalier de territoire
ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants
IME : Institut médico-éducatif
IPM : Ivresse Publique et Manifeste
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MDA : Maison des adolescents
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSP : maisons de santé pluriprofessionnelle
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ORS : OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeune
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
PES : programme d'échange de seringues
PFAD : policiers formateurs anti-drogue
PJJ : *Protection judiciaire de la Jeunesse*
PMI : protection maternelle et infantile
PRLT : projet régional de lutte contre le tabagisme
PRS : Projet régional de santé
RDRD : réduction des risques et des dommages
RPIB : repérage précoce et intervention brève
SAF : syndrome d'alcoolisation fœtale
SCMR : salle de consommation à moindre risque
SNS : stratégie nationale de santé
SPF : santé publique france
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la santé
TCAF : Trouble causé par l'alcoolisation fœtale
TROD : test rapide d'orientation diagnostic
URPS : Union régionale des professionnels de santé

ANNEXE 3 : CONSULTATION PREALABLE

Jusqu'au 15 septembre 2019, le directeur général de l'ARS Grand Est et le préfet de la région Grand Est (chef de projet régional MILDECA) ont engagé une consultation relative à la présente feuille de route auprès de :

Administrations
Préfectures de départements (10)
Education Nationale : Rectorats (3) et DSDEN (10)
DRAAF Grand Est
DIRECCTE Grand Est
DRDJSCS Grand Est
Police nationale
Gendarmerie nationale
Douanes : DRDDI

Justice
Procureurs de la République près les TGI (16) et présidents de TGI (16)
DISP Strasbourg / SPIP
DIPJJ Grand Est

Collectivités territoriales :
Conseil régional Grand Est
Conseils départementaux (10)
Associations départementales des maires (10)

Organismes sociaux
Assurance maladie
MSA
Régime local
CAF

Les acteurs
Les gestionnaires d'établissements médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques
FHF – FEHAP – FHP – URIOPSS
Lieu d'accueil et d'orientation des jeunes : maison des adolescents et missions locales
Les maternités
Fédération régionale des MSP
Les URPS et Ordres des professionnels de santé
Le COPEGE
Les associations oeuvrant en prévention des addictions pour lesquels un conventionnement est en cours avec l'ARS et/ou la MILDECA : CIRDD – ANPAA – AVSEA – CDPA – CMSEA – Ithaque – OPPELIA
La délégation régionale Fédération Addiction

Les universités et instituts de formation
Universités : SUMPPS, Vie étudiante, CROUS
IFSI
Institut de formation des travailleurs sociaux

Les représentants des usagers
France Assos Santé Grand Est
La CAMERUP

ANNEXE 4 : SOURCES D'INFORMATION

Hashtags	#MILDECA #addictions #drogues #tabac #alcool #arsgrandest	
Comptes Instagram	**Comptes Twitter**	**Comptes Facebook**
	@MILDECAgouv @OFDT @DroguesInfo @Alcoolinfo @Mois_sans_tabac @JoueursInfo @santeprevention	
Sites internet	www.santepubliquefrance.fr www.ofdt.fr/ www.odicer.ofdt.fr http://www.epopé-inserm.fr/ https://ors-ge.org/ www.inrs.fr www.inserme.fr www.drogues.gouv.fr https://www.grand-est.ars.sante.fr/ www.addictaide.fr www.additra.org https://www.alcool-info-service.fr/ https://www.tabac-info-service.fr/ http://www.joueurs-info-service.fr/	

ANNEXE 5 : LES EXEMPLES CITES DANS LA FEUILLE DE ROUTE

Triple P

Améliorer les compétences parentales vis-à-vis des enfants et préadolescents à comportements à risque
Aide aux parents, campagnes d'information, consultations, assistance

PSFP

PSFP est un programme d'accompagnement à la parentalité d'origine américaine, aujourd'hui adapté à la France. Ce programme structuré et progressif accueille 10 familles pour 14 ateliers de 2 heures. Chaque atelier hebdomadaire comprend 3 temps d'intervention : parents/enfants/familles, pour renforcer les compétences parentales, les compétences psychosociales des enfants et le lien familial. Participatif et très concret, PSFP apporte aux parents des outils pragmatiques à tester dans un environnement soutenant. Les principales compétences parentales travaillées sont le développement d'une attention positive à l'enfant, une communication apaisée et plus efficace, la gestion du stress et des émotions, la gestion des écrans et la mise en place d'une discipline éducative non-violente. Les enfants bénéficient d'un programme de valorisation des compétences psychosociales « classique » : écoute, dialogue, empathie, identification et gestion des émotions, résolution de problèmes et résistance à la pression des pairs. Le temps famille vise à expérimenter ensemble les outils proposés et à renforcer le lien parents-enfants. Les attitudes pédagogiques des animateurs du programme sont essentielles à son succès.

PANJO

Adapter dans des services de PMI un dispositif de promotion de la santé et de soutien à l'attachement auprès de familles en difficulté ; augmenter l'attachement entre l'enfant et sa mère, prévenir la maltraitance
Fondé sur les programmes NFP et CAPEDP ; intervention de formation-action

GBG

Améliorer la capacité à travailler collectivement des enfants les plus en difficulté avec l'école
Organisation du travail en classe par sous-groupes avec application de règles collectives

UNPLUGGED

Réduction de la consommation de substances addictives chez des adolescents
Type d'intervention : Intervention en milieu scolaire sur 12 séances

ASSIST

Programme britannique de prévention du tabagisme par les pairs au **collège en classe de 5ème**, dont l'efficacité pour prévenir l'initiation au tabagisme a été démontrée par un essai contrôlé randomisé en cluster. Les pairs sont élus par leurs camarades (pairs leaders ou ambassadeurs), objectif de 15% d'élèves formés.

Ils sont formés pendant 2 jours (informations sur le tabac et le tabagisme, développement de compétences psychosociales et de communication), en dehors de l'établissement scolaire et par des intervenants extérieurs (avec l'accord de leurs parents). Quatre séances de suivi d'environ une heure sont ensuite programmées. Le programme est « informel » : une fois formés, ces pairs leaders doivent influencer leurs camarades lors de leurs interactions de tous les jours. Les formateurs formant les enfants désignés doivent avoir été formés au programme Assist et au contrôle du tabac.

TABADO

Le programme comprend trois étapes : une séance d'information par classe d'environ 60 minutes, une consultation individuelle de 50 minutes avec un tabacologue, et une séquence de quatre séances en petit groupe plus une consultation individuelle de suivi, toutes les unes à trois semaines. Il s'insère dans une stratégie d'établissement.

P2P Agir par les pairs

Si l'influence des pairs peut encourager l'usage du tabac, on constate que l'éducation par les pairs a aussi un potentiel bénéfique pour changer le comportement tabagique des adolescents. P2P est une démarche de prévention du tabagisme chez les lycéens reposant sur l'éducation par les pairs dans 15 établissements professionnels de la région Languedoc-Roussillon et s'appuie sur la Théorie des Comportements Planifiés afin d'induire efficacement un changement d'attitude, d'intention et de comportement vis-à-vis du tabagisme.

TAPAJ

Le Travail Alternatif Payé à la Journée (TAPAJ) est un programme d'insertion globale à seuils adaptés pour des jeunes en très grande précarité, désocialisés et souffrant de problèmes d'addiction. Il leur permet d'être rémunérés en fin de journée, pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualifications ou d'expériences préalables et ne les engage pas immédiatement sur la durée. TAPAJ est un outil complémentaire de RDR sociale permettant aux CSAPA / CAARUD porteurs du programme de créer de nouvelles passerelles vers le soin plus précoces et consolidées. En permettant ainsi de réduire les risques psychologiques et sociaux pour des jeunes en grand danger, TAPAJ favorise la continuité des interventions sanitaires et sociales, en faisant de l'insertion socioprofessionnelle une porte d'entrée vers le soin. Modélisé à Bordeaux en 2012, le programme est désormais déployé dans 24 territoires français. L'innovation TAPAJ est aujourd'hui reconnue au niveau national, en étant explicitement mis en avant dans le cadre du Plan Pauvreté présenté par le Président de la République en septembre 2018.

Faites la Fête

Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de l'Université de Lorraine organise chaque année un programme d'actions appelé « Faites la fête » et destiné aux étudiants de tous les campus lorrains.

Primavera

Programme de prévention des conduites à risques et addictives par l'approche expérientielle en école et collège (CM1, CM2, 6ème et 5ème)se déroulant sur quatre années et nécessitant une continuité de l'intervention entre établissements du primaire et du secondaire sur une même zone géographique.

Ce programme s'appuie sur un socle commun pédagogique et théorique devant être appliqué sur tous les sites, avec des modalités et des outils pouvant être adaptés avec un minimum de 23 heures par an d'activités (réunions, formations, mise en place des séances en classe, évaluation).

HéTAGE

Convention partenariale signées entre les associations gestionnaires de CTR/ATR et les ACT de Marne relative à l'hébergement thérapeutique en Grand Est pour les personnes en situation d'addiction dans le but d'améliorer le parcours des personnes accueillies.

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-38-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.38**

OBJET :

Convention de partenariat relative à la participation du Département de la Haute-Marne au Portail national des archives (francearchives.fr)

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attribution à la commission permanente,

Vu l'avis favorable émis par la VIIIe commission réunie le 6 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne,

Considérant le portail national des archives développé par le Service interministériel des Archives de France (SIAF),

Considérant l'intérêt de ce portail permettant de faire connaître les fonds d'archives de la Haute-Marne aux chercheurs de tout le territoire français,

Considérant que ce portail national permet de fournir des données à un portail européen,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention de partenariat relative à la participation du département de la Haute-Marne au Portail national des archives www.francearchives.fr, ci-jointe,

- d'approuver les termes de la convention de fournisseur de contenu du Portail européen des archives https://www.archivesportaleurope.net/fr/home, ci-jointe ainsi que sa traduction,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à les signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-38-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONVENTION DE PARTENARIAT

RELATIVE A LA PARTICIPATION DU DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-MARNE

AU PORTAIL NATIONAL DES ARCHIVES

francearchives.fr

Entre

le Ministère de la Culture, représenté par Madame Françoise BANAT-BERGER, cheffe du Service interministériel des Archives de France,

d'une part, ci-après dénommé LE MINISTÈRE

et

le Département de la Haute-Marne, représenté par M. Nicolas LACROIX, Président du Conseil départemental,

d'autre part, ci-après dénommé LE DÉPARTEMENT

Vu la Directive 2013/37/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 modifiant la directive 2003/98/CE concernant la réutilisation des informations du secteur public,

Vu les articles L.213-1 et L.213-2 du Code du Patrimoine relatifs aux règles de communication des archives publiques,

Vu la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

Vu le Code des relations entre le public et l'administration,

Vu la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 (article 66) disposant que « les régions, les départements et les communes sont propriétaires de leurs archives » et en « assurent la conservation et la mise en valeur »,

Vu la loi n°2000-321 du 12 avril 2000, relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations,

Vu le décret n°2005-1755 du 30 décembre 2005 pris pour l'application de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

Vu l'autorisation unique AU 029 du 12 avril 2012 de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés,

Vu la délibération n° 2013-281 du 10 octobre 2013 de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés,

Vu le *Content Provider Agreement* du 02 avril 2013 déterminant le régime des données utilisées par le Portail Européen des Archives (Archives Portal Europe),

Vu la convention-cadre du 15 avril 2015 entre le Ministère de la Culture et de la Communication, le Ministère de la Défense et le Ministère des Affaires étrangères et du Développement international, définissant les modalités convenues entre les partenaires pour le pilotage du portail national.

Vu la délibération du ... du Conseil départemental de la Haute-Marne relative au régime de réutilisation des données du Département.

Vu la délibération du ... du Conseil départemental de la Haute-Marne autorisant le président à signer la présente convention.

Préambule :

L'État et les collectivités territoriales ont ouvert depuis quinze ans plusieurs centaines de sites Internet pour leurs services d'archives. Ils y publient des centaines de millions de documents numérisés, des instruments de recherche ou encore des expositions virtuelles. Le succès est au rendez-vous, la fréquentation élevée, mais elle pourrait l'être plus encore si les internautes disposaient d'un point d'entrée national à ces ressources, en complément du mode d'accès traditionnel direct sur les sites propres à chaque institution. Ce service bénéficierait en particulier, dans un paysage archivistique complexe, aux publics les moins avertis, qui ignorent l'existence de certaines ressources ou ne connaissent pas la localisation des informations et documents qu'ils recherchent.

C'est ainsi qu'est né le Portail *francearchives.fr,* créé à l'initiative du ministère de la Culture, du ministère des Armées et du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Il a vocation à présenter le réseau français des archives et à constituer un point d'accès national à ses contenus numériques. Il accroîtra la notoriété et la fréquentation, sur Internet, du réseau national et territorial des Archives. Pour assurer la plus vaste audience au patrimoine archivistique français, il donnera accès aux inventaires et aux métadonnées associées aux documents numérisés des services d'archives. Cette fonction centrale du Portail *francearchives.fr* implique le transfert d'une copie de ces données au ministère de la Culture (service interministériel des Archives de France), les images d'archives numérisées restant en revanche uniquement hébergées par les services d'archives participants ou par leurs prestataires, auxquels le Portail *francearchives.fr* renverra pour la consultation. Le Portail *francearchives.fr* deviendra également l'agrégateur national fournissant les données au Portail Européen des Archives (*Archives Portal Europe*).

Le Département de la Haute-Marne, qui a entrepris la numérisation de son patrimoine archivistique et qui donne accès sur Internet aux ressources numérisées et aux instruments de recherche de ses Archives départementales, souhaite participer au projet afin de donner une plus grande visibilité à ces contenus numériques, et de les interconnecter avec ceux des autres services d'archives nationaux et territoriaux.

Il a été convenu ce qui suit :

Article premier – Objet de la convention
La présente convention a pour objet de définir les conditions du partenariat entre le Département et le Ministère de la Culture dans le cadre du Portail *francearchives.fr*. Elle définit les modalités selon lesquelles le Département fournit au Ministère un accès aux données définies à l'article II, et les conditions dans lesquelles le Ministère est autorisé à les utiliser et à les exposer sur le Web.

Article II – Données concernées par la convention
La présente convention porte sur les données produites par les services détenteurs des données, en particulier :
– les inventaires structurés techniquement sous forme de balises (EAD) ou de tables (CSV notamment),
– les inventaires non structurés sous forme de base de données, mais accessibles sous format informatique (PDF),
– les réalisations éditoriales et autres contenus, sous réserve de possibilités d'accès technique.
La sélection des données qui sont transmises au Ministère pour intégration dans le Portail *francearchives.fr* est effectuée par le service qui a produit les données.
Les documents d'archives numérisés eux-mêmes ne sont pas concernés par la présente convention.

Article III – Modalités de transmission des données
Le Département remet au Ministère, gratuitement, pour la durée de la présente convention, les données décrites à l'article II.
Les modalités techniques de cette remise sont définies conjointement par les deux parties, sur la base du travail d'analyse effectué par les services instructeurs (Archives départementales d'une part et équipe projet du Portail *francearchives.fr* d'autre part). Ces modalités sont conformes aux exigences liées au développement du Portail *francearchives.fr*, dans le cadre des moyens et outils dont dispose le Département.

Article IV – Utilisation des données par le Ministère de la Culture
Rappel : l'utilisation des données dans le cadre du Portail *francearchives.fr* lui-même ne constitue pas une réutilisation au sens du livre III du Code des relations entre le public et l'administration dans la mesure où ces opérations participent de l'exercice de la mission de service public de communication des documents d'archives.

L'accès fourni aux internautes sur le Portail est organisé de manière à permettre une interrogation gratuite et publique de ces données, avec restitution des résultats et lien vers la base d'origine. Les résultats des recherches effectuées dans le Portail donneront accès aux notices descriptives et aux images hébergées par le Département ou son prestataire.

Le Portail *francearchives.fr* favorisera le développement d'outils de recherche innovants appuyés sur les technologies du Web sémantique (identifiants pérennes, référentiels). À ce titre, le Ministère ou ses prestataires peuvent effectuer tous traitements (indexation, alignements, fusions) sur les données utilisées dans le contexte du projet, et disposeront du résultat de ces traitements dans les limites définies à l'article V. Les résultats de ces traitements seront gracieusement mis à disposition du Département par le Ministère. Le Ministère prendra les mesures diligentes pour aider le département à récupérer les résultats des traitements du Portail *francearchives.fr*. Le Ministère fournira régulièrement aux contributeurs des éléments statistiques de consultation.

Le Département autorise le Ministère à transmettre les données fournies au Portail *francearchives.fr* vers le Portail Européen en signant le *Content Provider Agreement* de la Fondation Archives Portal Europe fourni en pièce jointe à la présente convention.

Article V – Régime juridique de la réutilisation des données fournies au Portail *francearchives.fr* par le Département
Le Portail *francearchives.fr* visera une diffusion maximale des données. Les données diffusées par le Portail *francearchives.fr*, qu'elles soient produites par le Département ou par le Ministère, seront réutilisables sous le régime de la Licence Ouverte d'Etalab, à l'exception des données relevant du droit de la propriété intellectuelle.

Article VI – Durée de la convention
La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature par les deux parties. Elle sera reconduite tacitement pour la même durée. Elle pourra être dénoncée avant son expiration par notification écrite de l'une ou l'autre des deux parties, avec un préavis de trois mois.

Article VII – Règlement des litiges
Tout litige ou contestation pouvant s'élever quant à l'interprétation ou la mise en œuvre de la présente convention, qui ne trouverait pas de solution amiable dans un délai raisonnable, relèvera du tribunal administratif de Paris.

Fait en deux exemplaires,

le

Pour la Ministre de la Culture

Madame Françoise BANAT-BERGER

cheffe du Service interministériel
des Archives de France

le

Pour le Département de la Haute-Marne

Monsieur Nicolas LACROIX

président du Conseil départemental

Annexes

1- Glossaire

2- Exemples de documents concernés par le portail national des archives

3- Convention du Portail Européen des Archives (*Content Provider Agreement* de la Fondation *Archives Portal Europe*)

4- Licence Ouverte d'Etalab

Content Provider Agreement

Providing content to the Archives Portal Europe will be following the agreement as specified below:

Definitions

Archives Portal Europe (APE): the single online access point to all European archives, allowing the user to easily gain insight into our shared European cultural provenance and progression, turning the spotlight on the vast amount of archival material that documents our European heritage, as well as reflects our multifaceted European culture.

APEF, in full: Stichting Archives Portal Europe Foundation, an international non-profit organisation with a bureau in the municipality of The Hague, established by a Deed of incorporation passed in The Hague on 27 October 2014. The main aim of the foundation is to keep the Archives Portal Europe operational and up to date, thus guaranteeing the sustainability of its technical infrastructure, needed to aggregate the content of the participating institutions and deliver that to end-users throughout the world.

Assembly of Associates of APEF: the body of the foundation charged with overseeing the policy and the general course of affairs in the foundation, as meant in article 17 of the Deed of incorporation of APEF.

Associate of APEF: an entity that qualifies as a European archival institution, and has been admitted as such by the board of the foundation following the prior approval of the assembly of associates, as meant in article 21 of the Deed of incorporation of APEF.

Authorised third person or party: forthwith referred to as authorised person; acting as a representative or on behalf of the content provider. The content provider mandates to/permits the authorised person to act on his behalf regarding the registration to the dashboard as well as the use of the dashboard according to Article 1.2 below. The mandate will need to be done in writing (signatures for this agreement) and per case, leaving all rights as in Article 1 to the authorised person. Despite the mandate, the content provider remains the sole and retained decision maker at all times.

Content provider: an entity making available to the Archives Portal Europe the data and/or metadata from its holding, without an obligation to pay a contribution, as meant in article 22 of the Deed of incorporation of APEF.

Content Provider Agreement: forthwith referred to as the agreement.

Country Manager: the national contact point: a representative of an archival or administrative institution responsible for the coordination of the content providers of the Archives Portal Europe in a European country. In case no Country Manager has been appointed yet for a certain country, APEF functions as contact point for the institutions of this country.

Dashboard: technical facility offering content providers all functions to manage their data online for the Archives Portal Europe. Its main functions are: upload, conversion, validation, publication, transfer to Europeana, update and deletion of all data or a part of them. The dashboard also comprises the standalone tool downloadable for offline use.

Preamble

The Archives Portal Europe was created following an initiative of EBNA (the European Board of National Archivists), the Report on Archives in the enlarged European Union, the resolution on archives in the Member States (OJ 2003/C113/2) by the Council of the European Union, 6 May 2003, and the recommendation from 14 November 2005 of the Council on priority actions to increase cooperation in the field of archives in Europe (OJ 2005/L312/55).

Its purpose is to enhance cross-border search, investigation in, and publication of archival holdings across Europe by offering a joint publication platform for descriptive information to all European holders of archival material as described in the Report on Archives in the enlarged European Union.

Article 1 Rights and obligations of the content providers

1. All European institutions responsible for archival material can become content providers and use the portal for the publication of information on their holdings and their institutions, once registered by their Country Manager. The Country Manager is registered as such by APEF and grants other institutions access to the dashboard on their request. It is also possible for these institutions to delegate a Country Manager or another authorised person to act on their behalf, provided agreement on this exists between the institutions and the specific Country Manager or other authorised person, subject to notification to APEF. This delegation has to be signed at the end of this agreement. Registered content providers obtain access to the dashboard and the tools provided by APEF for the preparation of the data.

2. The registration to the dashboard and the use of the dashboard must be made by an authorised person acting as a representative of or on behalf of the content provider. This person will not transfer the registration information to non-authorised persons or non-authorised third parties.

3. The content provider or an authorised person can upload, convert, validate, publish, update, or delete content manually (via HTTP and FTP) or automatically (via OAI-PMH) using the dashboard whenever desired. APEF makes this necessary technical interface available through which the content provider has full and immediate control over his own data or the data that he manages on behalf of other institutions that he represents. The result of the deletion operation will become effective on the web presentation after the delay necessary for data processing. Any data that the content provider wants to have deleted will not be included in back-up operations and will be completely erased from the servers.

4. The content provider or an authorised person can use the functionality made available by APEF to automatically transfer data to third parties, such as Europeana. APEF has no responsibility for the data delivered to third parties. Content providers also wishing to make their data available via Europeana will need to sign the special agreements provided for this purpose by Europeana and are recommended to act accordingly with regard to other third parties having separate agreements. The content provider can also stop the order of transferring data with the technical functionality made available by APEF. APEF has no responsibility whatsoever for data that already have been transferred by the content provider using the dashboard.

5. No data transferred to the Archives Portal Europe can be re-used without the explicit authorisation of the content provider. Each registered content provider is responsible for the legal accessibility of and the rights to re-use the data uploaded by himself to the Archives Portal Europe and optionally transferred to third parties using the technical functionality provided for this in the dashboard.

Article 2 Rights and obligations of APEF

1. APEF will publish and maintain the content provided to the Archives Portal Europe and will adapt the capacity of the servers when necessary to ensure a sufficient level of performance for the end-user.

2. APEF operates the web services and tools of the Archives Portal Europe in accordance with the decisions of its governing bodies.

3. APEF is not entitled to use the data for purposes other than for the Archives Portal Europe and is not entitled to transfer the data to a third party. Only the registered content provider is entitled to initiate such a transfer of data by using the corresponding function of the dashboard provided for this purpose. Any transfer of data to a third party as well as all communications concerning those data will be documented and notified to the content provider.

4. APEF guarantees that any conversion of data performed in the dashboard conforms to the published rules and manuals. APEF furthermore guarantees that the preview functionalities offered in the dashboard to evaluate how the data will be presented in the Archives Portal Europe accurately reflect the final display.

5. APEF guarantees the access to the dashboard to the country managers, the registered content providers or authorised persons. APEF does not manage nor delete any data itself, unless asked to do so by a country manager, registered content provider, or authorised person.

Article 3 Termination of this agreement

Termination of this agreement shall be provided in writing. It shall take effect on the date agreed by the parties.

Article 4 Modification of this agreement

This agreement may be amended only by approval by the Assembly of Associates of APEF. No amendment of this agreement shall be binding unless it is in writing.

Article 5 Termination of rights

The rights granted both by the content provider to APEF and vice versa end when either party terminates this agreement. Termination of this agreement will also end data transfer made by APEF to third parties.

Article 6 Applicable law and jurisdiction

1. This agreement is drawn up in English, which language shall govern all documents, notices, meetings, arbitral proceedings and processes relative thereto.

2. All disputes arising out of or in connection with this agreement which cannot be solved amicably, shall be referred to mediation. The outcome of the mediation process will be binding on the parties. The place of mediation shall be The Hague if not otherwise agreed by the conflicting parties. The mediation process will be governed by Dutch law.

3. APEF reserves its rights to take necessary mediating actions in case disputes arise between content providers e.g. due to unauthorised and/or controversial material being published or privacy regulations (in other countries) being violated. There will be a negotiation process started in such cases in which APEF will advise the content providers.

4. In case of user complaints APEF will refer them to the content provider concerned.

Article 7 Final clause

This agreement shall enter into force on the day of its signature by the parties.

Signatures:

On behalf of APEF,
the President of the Governing Board

Name of the President of the Governing Board :

.....

Date / Place:

.....

Signature of the President of the Governing Board:

.....

On behalf of the content provider

Name of the institution:

.....

Address of the institution:

.....

Name of representative of the institution:

.....

Date / Place:

.....

Signature of representative of the institution:

.....

The content provider wants to delegate the obligations/rights specified in the present agreement (article 1) to a third party:

[...] yes [...] no

If yes:

Name of the third party:

.....

Address of the third party:

.....

Name of representative of the third party:

.....

Date / Place:

.....

Signature of representative of the third party:

.....

Accord de fournisseur de contenu pour le portail européen des archives

(traduction établie par le SIAF depuis l'original anglais)

Fournir des contenus au portail européen des archives se fait selon les termes de l'accord ci-dessous.

Définitions

Portail européen des Archives (APE) : le seul point d'accès en ligne à toutes les archives européennes, permettant à l'usager de découvrir aisément notre patrimoine culturel commun, en mettant en lumière le vaste ensemble d'archives qui documentent le patrimoine européen en ce qu'il reflète la culture européenne et ses multiples facettes.

APEF, en toutes lettres Fondation Portail européen des Archives : organisation internationale à but non-lucratif, dotée d'un bureau à La Haye, établie par un acte signé à La Haye le 27 octobre 2014. L'objectif principal de la fondation est de garantir le caractère opérationnel du Portail européen des Archives et de le faire évoluer, afin d'assurer la pérennité de son infrastructure technique, nécessaire pour intégrer les contenus des institions participantes et pour offrir ceux-ci aux usagers à travers le monde.

Assemblée des associés d'APEF : corps qui, au sein de la fondation, est chargé de surveiller la politique et le fonctionnement de la fondation, conformément à l'article 17 de l'acte fondateur d'APEF.

Associé d'APEF : service d'archives européen admis comme tel par le conseil de la fondation, en accord avec l'approbation préalable de l'Assemblée des associés, conformément à l'article 21 de l'acte fondateur.

Tierce partie autorisée : ci-après, personne autorisée ; la personne autorisée agit comme représentant de ou pour le compte d'un fournisseur de contenu. Le fournisseur de contenu mandate ou autorise la personne autorisée à agir en son nom dans l'utilisation du back-office conformément à l'article 1.2 ci-dessous. Une telle délégation doit être faite par écrit (signatures au bas de cet accord), et comprend tous les droits définis à l'article 1. Le fournisseur de contenu reste toutefois le seul décideur.

Fournisseur de contenu : institution mettant à la disposition du Portail européen des Archives les données et/ou métadonnées qu'elle conserve, sans engagement financier, conformément à l'article 22 21 de l'acte fondateur d'APEF.

Accord de fournisseur de contenu : ci-après, l'accord.

Point de contact national : ci-après responsable national. Service d'archives ou institution administrative responsable de la coordination de la participation des services d'archives au portail européen des archives. Dans le cas où un pays n'aurait pas de responsable national, le premier fournisseur de contenu aura cette responsabilité.

Back-office : instrument technique mettant à la disposition des fournisseurs de contenu toutes les fonctions nécessaires à la gestion en ligne de leurs données. Ses fonctionnalités principales sont le chargement, la conversion, la validation la publication, le transfert vers Europeana, la mise à jour et la suppression des données. Le back-office comprend également les outils téléchargeables en vue d'un usage hors ligne.

Préambule

Le portail européen des archives a été créé à la suite d'une initiative du groupe européen des directeurs des archives des États membres de l'Union européenne. Sa nécessité a été confirmée par le Rapport sur les archives dans une Union européenne élargie, puis par la résolution du Conseil OJ 2003/C113/2 du 6 mai 2003 relative aux archives dans les États membres, puis, enfin, par une recommandation du Conseil OJ 2005/L312/55 du 14 novembre 2005 relative aux actions prioritaires à entreprendre en vue d'accroître la coopération dans le domaine des archives en Europe. L'objectif de ce portail est de favoriser la recherche transfrontalière ainsi que la publication des fonds d'archives européens par la mise à disposition auprès de l'ensemble des détenteurs européens de fonds d'archives (tels que décrits dans le *Rapport sur les archives dans une union européenne élargie*) d'une plate-forme commune de publication de description d'archives.

Article 1er : Droits et devoirs des fournisseurs de contenu

1. Les institutions européennes responsables de fonds d'archives peuvent utiliser le portail pour la publication d'informations relatives à ces fonds ou à ces institutions par l'intermédiaire du responsable national de leur pays. Le responsable national, identifié par APEF, a pour mission de donner aux autres institutions, sur leur demande, l'accès au back-office. Le responsable national, ou une personne autorisée, peut aussi agir sur délégation d'une autre institution de son pays, dès lors qu'un accord préalable sur ce point a été conclu entre les institutions concernées et a fait l'objet d'une notification à APEF (signature au bas de cet accord). Les fournisseurs de contenus enregistrés ont accès au back-office et aux outils fournis par le projet pour la préparation de leurs données.

2. L'enregistrement du fournisseur de contenu dans le back-office doit être effectué par une personne autorisée, représentant ledit fournisseur ou agissant pour son compte. Cette personne ne devra en aucun cas transmettre les informations relatives à son compte à des personnes non autorisées ou à des tiers.

3. Le fournisseur de contenu peut, à tout moment, charger des contenus dans le portail, les mettre à jour, les remplacer ou les supprimer manuellement (*via* HTTP et FTP) ou automatiquement (*via* OAI-PMH). APEF assure la disponibilité de l'interface technique requise pour donner au fournisseur de contenu un contrôle complet sur ses propres données ou sur les données qu'il gère sur délégation d'autres institutions. Le résultat d'une opération de suppression de données sera visible en ligne à l'issue du délai technique nécessaire à la désindexation de ces données. Toute donnée que le fournisseur de contenu supprime sera exclue des opérations de sauvegarde et intégralement effacée du serveur d'APEF.

4. Le fournisseur de contenu peut utiliser la fonction fournie par APEF permettant de transférer automatiquement des données à des tiers. Les fournisseurs de contenus souhaitant que leurs données soient également accessibles sur Europeana devront signer les accords spécifiques édictés par cette fondation. Il leur est recommandé d'agir de même vis-à-vis de tout autre tiers disposant d'accords spécifiques. Le fournisseur de contenu peut aussi annuler l'ordre de transfert vers Europeana au moyen de la fonctionnalité technique fournie par APEF. APEF est délié de toute responsabilité vis-à-vis des données transférées par le fournisseur de contenu au moyen des outils du projet.

5. Tout fournisseur de contenu enregistré est responsable de l'application de la législation relative à la communicabilité et à la réutilisation des données qu'il a intégrées dans le portail européen des archives et, le cas échéant, transférées à des tiers au moyen des outils techniques du back-office. Aucune donnée chargée dans le portail européen des archives ne peut être réutilisée sans l'accord exprès du fournisseur de contenu.

Article 2 : Droits et devoirs d'APEF

1. APEF assure la publication sur le portail européen des archives des contenus fournis et adapte la capacité des serveurs en tant que de besoin afin d'assurer un niveau de performance suffisant aux internautes.

2. APEF assure le fonctionnement des services web et des outils du portail européen des archives développés en accord avec le projet et conformément aux décisions des instances de gouvernance de celui-ci.

3. APEF n'est autorisé ni à utiliser les données pour d'autres objectifs que ceux du portail européen des archives ni à transférer de sa propre initiative ces données à un tiers. Seul le fournisseur de contenu dûment enregistré est autorisé à procéder à un tel transfert en utilisant la fonction du tableau de bord fournie à cette fin. Tous les transferts de données à une personne autorisée et toutes les communications concernant ces données seront tracés et notifiés au fournisseur de contenu.

4. APEF garantit que toutes les conversions de données réalisées dans le tableau de bord sont conformes aux manuels et règles publiées. APEF garantit en outre que les fonctions de prévisualisation fournies pour apprécier la façon dont les données seront présentées au sein du portail européen des archives reflètent fidèlement la présentation définitive.

5. APEF garantit aux responsables nationaux, aux fournisseurs de contenus ou aux personnes autorisées l'accès au back-office. APEF ne gère ni détruit aucune donnée de lui-même, à moins d'y être invité par un responsable national, un fournisseur de contenu ou une personne autorisée.

Article 3 : Fin de l'accord

La fin du présent accord devra être déterminée par écrit. Elle prendra effet à la date convenue par les parties.

Article 4 : Modification de l'accord

Le présent accord ne pourra être modifié qu'avec l'accord de l'Assemblée des associés de la Fondation APE. Aucune modification du présent accord ne sera licite si elle n'est sous forme écrite.

Article 5 : Fin des droits

Les droits conférés par le fournisseur de contenu à APEF et par APEF au fournisseur de contenu prennent fin lorsque l'une des parties met un terme à l'accord. La fin de cet accord mettra également fin aux transferts de données effectuées par l'hébergeur à des tiers.

Article 6 : Loi applicable et juridiction

1. Le présent accord est conclu en anglais, cette langue faisant foi pour tous documents, notes, réunions et procédures d'arbitrage le concernant.

2. Tout litige résultant du présent accord ou en relation avec celui-ci qui ne pourrait faire l'objet d'une résolution amiable sera soumis à une médiation. Le résultat de cette médiation s'imposera aux parties. La médiation aura lieu à La Haye, à moins que les parties en litige n'en décident autrement. La procédure de médiation sera conforme à la loi néerlandaise.

3. Le projet se réserve le droit d'entreprendre toute action de médiation requise en cas de litige entre les fournisseurs de contenus dû, par exemple, à la publication d'éléments non autorisés ou polémiques ou à la violation (dans d'autres pays) de la réglementation relative à la protection de la vie privée. Dans de tels cas, un processus de négociation sera engagé au cours duquel APEF conseillera le fournisseur de contenu.

4. Les plaintes des utilisateurs seront transmises par APEF au fournisseur de contenu concerné.

Article 7 : Clause finale

Cet accord entrera en vigueur le jour de sa signature par les parties.

Signatures :

Pour le APEF, le président du comité directeur	**Pour le fournisseur de contenu**
Nom du président du comité directeur	Nom de l'institution : Conseil départemental de la Haute-Marne Adresse de l'institution : 1, rue du commandant Hugueny CS 62127 52905 Chaumont Cedex Nom du représentant de l'institution : Nicolas LACROIX
Fait à / le :	Fait à / le : Chaumont, le
Signature du président du comité directeur	Signature du représentant de l'institution :

Le fournisseur de contenu délègue ses droits et obligations tels qu'indiqués dans le présent accord (article 1) à une personne autorisée (cocher la case correspondante) :

[X] OUI [...] NON

Nom de la personne autorisée :
Direction générale des Patrimoines - Service interministériel des archives de France

Adresse de la personne autorisée :

56 rue des Francs-Bourgeois, 75003 Paris

Nom du représentant de la personne autorisée :

Fait à / le :
Chaumont, le

Signature du représentant de la personne autorisée :

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-39-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.39**

OBJET :

Convention entre le Service interministériel des Archives de France et le Département de la Haute-Marne pour le dépôt d'une partie des collections de microfilms des Archives départementales au Centre national du microfilm et de la numérisation

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental portant délégation d'attributions à la commission permanente en date du 6 novembre 2017,

Vu l'avis favorable émis par la VIIIe commission réunie le 6 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'intérêt de déposer les originaux de microfilms, propriété du Département, au Centre national du microfilm et de la numérisation,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention de partenariat, ci-annexée, à intervenir entre le Service interministériel des Archives de France (SIAF) et le Département de la Haute-Marne pour le dépôt d'une partie des collections de microfilms des Archives départementales au Centre national du microfilm et de la numérisation (CNMN),

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer ladite convention.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:02
Référence technique : 052-225200013-20190920-39-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONVENTION n°… relative au dépôt des microfilms et des images numériques au Centre national du microfilm et de la numérisation

ENTRE

L'État, ministère de la Culture et de la Communication, Service interministériel des Archives de France, représenté par le directeur chargé des Archives de France, 56 rue des Francs-Bourgeois, 75 141 Paris Cedex 03, et dénommé ci-après « l'État »,

d'une part,

ET

Le Département de la Haute-Marne, représenté par son président, Monsieur Nicolas Lacroix, dénommé ci-après « le déposant »,

d'autre part,

VU le Code du patrimoine, et notamment son livre II,

VU l'arrêté 17 novembre 2009 relatif aux missions et à l'organisation de la direction générale des Patrimoines,

VU la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 relative aux délégations de compétences à la commission permanente,

VU la délibération de la commission permanente du Conseil départemental n° [XXX] du 20 septembre 2019 autorisant la signature de la présente convention,

Il est convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le Centre national du microfilm et de la numérisation (CNMN), sis au château d'Espeyran, 30 800 Saint-Gilles-du-Gard, est un service déconcentré du Service interministériel des Archives de France. Il est chargé d'assurer la conservation de tous les masters des microfilms et des images numériques de conservation que les services d'archives réalisent ou font réaliser, ou encore dont ils sont détenteurs. L'objectif de ce dépôt est de protéger la mémoire de la Nation en cas d'accident majeur.

L'État assure le contrôle scientifique et technique sur les archives détenues et gérées par les collectivités territoriales. À ce titre, le CNMN peut conserver en dépôt les masters des microfilms et les images numériques des documents conservés dans les services d'archives des collectivités territoriales.

Le Département de la Haute-Marne (archives départementales) détient des collections de microfilms ainsi que des images numériques de conservation non destinés à la consultation par le public ; la bonne conservation de ces supports dits « de sécurité » nécessite des locaux adaptés et des processus de contrôle qualité spécifiques, qu'il s'agisse des microfilms ou bien des supports de conservation des images numériques, pour lesquels le CNMN a fait le choix des bandes LTO.

Afin d'assurer une conservation pérenne de ces collections de sécurité, et de les préserver de tous incidents ou accidents, les parties conviennent du partenariat dont les clauses suivent.

Article 1 : OBJET

Le déposant dépose au CNMN les masters de microfilms et les images de conservation issues de la numérisation des archives que conserve son service d'archives, pour lesquels les prises de vue auront été réalisées par lui ou pour son compte.

Le dépositaire est chargé de la conservation des microfilms et des images numériques dans les conditions définies aux articles 3 et 4 et ne dispose pas d'un droit d'exploitation de ces documents.

Un état récapitulatif des masters de microfilms et des images numériques est annexé à la présente convention. Cet état pourra être complété si nécessaire.

Article 2 : PARTICIPATION DU DÈPOSANT

Pour les microfilms :

- gratuité pour le conditionnement et la conservation des masters,
- gratuité pour la duplication des microfilms dans la limite des capacités de production du CNMN.

Pour les images numériques :

- gratuité pour le transfert des images depuis le support fourni par le déposant (le disque dur étant recommandé) vers les supports de conservation LTO,
- gratuité pour la conservation et la migration systématique des images sur des bandes LTO de dernière génération,
- gratuité pour la mise à disposition des images sur disque dur externe.

Toute reproduction des masters ou des images numériques est soumise à l'accord préalable écrit du déposant.

Article 3 : CONSERVATION DES MICROFILMS ET MODALITÉS DE DEPÔT

Les bobines de microfilms déposées sont contrôlées et conditionnées en galette de 150 mètres avant d'intégrer les magasins du CNMN.

Un suivi qualité des galettes est effectué dans le temps, selon les procédures définies par l'atelier de photographie du CNMN.

Article 4 : CONSERVATION DES IMAGES NUMÉRIQUES ET MODALITÉS DE DEPÔT

Les images numériques déposées au CNMN sont des copies d'images conservées sur les serveurs du déposant ou sur un autre support. Elles sont remises au CNMN sous forme de disques durs. Le CNMN procède à un transfert de ces images sur une ou plusieurs bandes LTO. Ce transfert est répété une deuxième fois de manière à obtenir deux jeux de sauvegarde. Une fois le transfert effectué et vérifié, le disque dur avec ses images est retourné au déposant.

À l'issue de cette opération et du retour du disque dur au déposant, il devra toujours exister :
- une collection d'images chez le déposant sur le support de son choix,
- deux collections d'images au CNMN sur bande LTO de dernière génération.

À chaque nouvelle génération du support LTO, un transfert sera systématiquement effectué sur le nouveau support. Cependant, le CNMN se réserve le droit d'effectuer d'autres choix techniques pour le support des images (notamment en cas de rupture de commercialisation des bandes LTO) et s'engage alors à faire des copies de sauvegarde dans des conditions similaires à celles ci-dessus énoncées.

Dans le cas d'images sauvegardées exclusivement sur CD-R et dans l'impossibilité pour le déposant d'effectuer leur transfert sur disque dur externe, le CNMN pourra, le cas échéant, effectuer en sus cette opération. La collection de CD-R et un disque externe seront ensuite remis au déposant.

Dans sa prestation de stockage sécurisé des masters de microfilms et des images numériques, le CNMN s'engage à restituer ces images dans leur état d'origine, sans altération et sans pertes.

Article 5 : CAS D'EXTERNALISATION DES MICROFILMS POUR NUMÉRISATION

À la demande du déposant, le CNMN pourra confier les masters dont il a la charge à un prestataire de service de numérisation.

Le cas échéant, cette demande écrite décrira le déroulement des opérations de mise à disposition et de réintégration des masters et des images numériques produites.

Article 6 : TRANSPORT

Le transport est à la charge et sous la responsabilité du déposant.

Article 7 : CAS DE DUPLICATION DES IMAGES NUMÉRIQUES

À la demande du déposant, le CNMN pourra également réaliser des duplications des images conservées sur bandes LTO et les lui remettre sous forme de disque dur

Article 8 : CAS DE DÈTÈRIORATION DE MICROFILMS

Si un microfilm est endommagé ou perdu durant la période de dépôt, l'État s'engage à le remplacer le cas échéant en assurant la reproduction des documents figurant sur le support endommagé ou perdu.

Article 9 : CAS DE DÈTÈRIORATION DES IMAGES NUMERIQUES

Une version des images sera toujours disponible sur les serveurs du déposant ou sur un autre support. Le CNMN conserve pour sa part deux jeux de cette collection d'images sur bande LTO de dernière génération. En cas de détérioration d'un support, sa reconstitution sera immédiatement effectuée à partir d'une des deux collections de sécurité restant disponibles.

Article 10 : DURÈE

La durée de la présente convention est de dix ans ; elle peut être renouvelée par reconduction expresse pour une nouvelle période de dix ans.

Article 11 : MODALITÈS DE RÈSILIATION

La présente convention peut être résiliée unilatéralement par l'une ou l'autre des parties. La décision de résiliation prend effet trois mois après la réception de sa notification par lettre recommandée avec avis de réception. L'État est alors tenu de restituer les microfilms ou images déposés.

Article 12 : BILAN - MODIFICATIONS

Les parties conviennent de faire le bilan de l'exécution de la présente convention au terme de sa durée. Ce bilan peut prendre la forme d'un rapport écrit ou d'un échange de courriers.

En cas de modification de la législation ou de la réglementation concernant les droits et obligations prévus dans la présente convention, celle-ci pourra être modifiée par avenant.

Article 13 : LITIGES

En cas de difficultés sur l'interprétation ou l'exécution de la présente convention, les parties s'efforceront de résoudre leur différend à l'amiable.

En cas de désaccord persistant, celui-ci sera porté devant le tribunal administratif compétent.

Fait à Chaumont en deux exemplaires originaux, le [date].

La Cheffe du Service Interministériel des Archives de France	Le président du Conseil départemental de la Haute-Marne
Françoise BANAT-BERGER	**NICOLAS LACROIX**

SERVICE	FORMAT	COTE	ANNEE CONFECTION	ANNEE RECEPTION	PRODUCTEUR	METRAGE	POLARITE	OBSERVATIONS
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 2/1-6		2014		134	NO	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 2/7-11		2014		133	NO	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 2/12-4/3		2014		126	NO	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 3/2-6/4	1961	2014		124	NO	scotch, 6/4: déchirure
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 8-18/2	1961	2014		135	NO	scotch, 8: déchirure
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 18/3-25	1967	2014		137	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 26-37	1967	2014		136	NO	scotch, 26/1: vue altérée tache
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 38-44	1967	2014		123	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 45-54	1967	2014		138	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 55/1-72/2	1970	2014		145	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 73-104	1972	2014		137	NO	scotch, 86-88, 99: déchirures
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 105-112		2014		129	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 113-128	1961	2014		142	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 129-140	1974	2014		142	NO	CP, scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 134-135			AD HAUTE MARNE	16	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 141-153	1980	2014		152	NO	151: fin de bobine vrillée
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 154-160/1	1983	2014		147	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 160/2-		2014		164	NO	CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 163/3-165	1990	2014		184	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 166-171		2014		147	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 172-183	1995	2014		128	NO	scotch
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 184-196		2014		175	NO	CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 197-206		2014		146	NO	CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 207-212		2014		151	NO	CP, 1Mi 210: très fragile car soudure vue par vue
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 1Mi 213-214	2001	2014		29	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 2Mi 5, 9-10, 22	1964		AD HAUTE MARNE	21	N	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 2Mi 91-333	1965		AD HAUTE MARNE	151	N	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 2Mi 336-337, 339-342, 345-438,	1969		AD HAUTE MARNE	134	N	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 2Mi 458-485	1977		AD HAUTE MARNE	125	N	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 1/1-6/2	2002	2014	AD HAUTE MARNE	172	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 7/1-10/1	2002	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 10/2-14/2	2002	2014	AD HAUTE MARNE	151	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 14/3-17/1	2009	2014	AD HAUTE MARNE	148	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 17/2-22/1	2006	2014	AD HAUTE MARNE	166	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 22/2-27/3	2006	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 28/1-34/1	2008	2014	AD HAUTE MARNE	157	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 34/2-38/2	2008	2014	AD HAUTE MARNE	152	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 39/1-44/1	2008	2014	AD HAUTE MARNE	148	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 44/2-48/2	2006	2014	AD HAUTE MARNE	164	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 49/1-54/1	2003	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 54/2-59/2	2006	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 59/3-61/2	2009	2014	AD HAUTE MARNE	180	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 62/1-66/1	2006	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	64/2-3 = 1ere images noires
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 66/2-72/1	2003	2014	AD HAUTE MARNE	170	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 72/1-77/3	2008	2014	AD HAUTE MARNE	157	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 78/1-82/2	2003	2014	AD HAUTE MARNE	148	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 83/1-87/1	2003	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 87/2-92/2	2008	2014	AD HAUTE MARNE	156	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 92/3-96/1	2008	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	NO, CP, 93/3 = 1ere images noires
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 96/2-101/1	2008	2014	AD HAUTE MARNE	154	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 101/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	162	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 107/1-112/1	2003	2014	AD HAUTE MARNE	163	NO	NO, CP, 111/1 = 1ere images noires

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 112-114/2	2007	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 115/1-	2003	2014	AD HAUTE MARNE	155	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 120/2-	2006	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 121/5-	2003	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 121/10-15	2007	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 121/16-122/2	2007	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 123/1-	2003	2014	AD HAUTE MARNE	166	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 128/1-	2003	2014	AD HAUTE MARNE	163	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 133/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	145	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 136/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 141/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	162	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 147/1-	2003	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 154/1-	2006	2014	AD HAUTE MARNE	154	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 160/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 165/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	168/1 = tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 170/3-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	152	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 175/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	162	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 178/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	169	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 182/2-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	164	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 188/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	148	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 149/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 197/1-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	155	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 202/1-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	166	NO	207/1 = tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 208/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 212/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 218/1-		2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 223/3-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	149	NO	NO, CP + 224/1 = tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 227/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 231/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	170	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 238/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	155	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 242/2-	2006	2014	AD HAUTE MARNE	159	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 246/2-	2006	2014	AD HAUTE MARNE	170	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 250/3-10	2004	2014	AD HAUTE MARNE	157	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 251/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	162	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 257/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 263/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 269/1-8	2005	2014	AD HAUTE MARNE	163	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 269/9-14	2007	2014	AD HAUTE MARNE	156	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 269/15-273/1	2007	2014	AD HAUTE MARNE	146	NO	3Mi 271/1 : abîmé
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 273/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 278/1-	2004	2014	AD HAUTE MARNE	170	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 284/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	167	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 290/1-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	142	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 294/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 298/3-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	157	NO	NO, CN, Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 304/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	170	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 309/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	163	NO	Tâches, mal rincé
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 314/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	145	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 318/3-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	167	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 324/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 330/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	162	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 332/3-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	164	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 337/1-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	A vérifier
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 345/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 349/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	148	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 353/3-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	159	NO	Tâches

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 356/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	157	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 360/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 365/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	166	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 370/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	3Mi 372 : tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 374/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 379/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	155	NO	3Mi 383 : tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 386/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 391/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	168	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 396/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	155	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 400/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 406/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 410/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	155	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 415/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 421/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	Tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 425/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	169	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 430/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	156	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 433/2-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	163	NO	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 438/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	Adhésif, tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 443/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	3Mi 445, 447 : adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 447/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	175	NO	3Mi 448/5 : adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 448/6-10	2005	2014	AD HAUTE MARNE	148	NO	3Mi 448/9 : adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 448/11-15	2005	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	3Mi 448/12 : adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 448/16-21	2008	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 448/22-27	2008	2014	AD HAUTE MARNE	141	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 448/28-449/2	2008	2014	AD HAUTE MARNE	159	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 450/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	165	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 457/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	157	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 463/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	155	NO	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 469/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	160	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 474/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	154	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 479/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	168	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 484/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	154	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 490/2-	2007	2014	AD HAUTE MARNE	159	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 496/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	159	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 502/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	151	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 509/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	157	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 513/1-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	162	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 520/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	158	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 525/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	153	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 532/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	163	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 536/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	154	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 542/2-	2008	2014	AD HAUTE MARNE	161	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 547/1-	2005	2014	AD HAUTE MARNE	147	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 550/6-12	2007	2014	AD HAUTE MARNE	145	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 3Mi 550/13-14	2009	2014	AD HAUTE MARNE	40	NO	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 4Mi 2-6, 12, 15, 23, 26-27, 29-30, 33-		2014		153	NO	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 4Mi 35-49	1987	2014		154	NO	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 1/1-3/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	175	CP	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 3/3-6/3	1976	2014	SALT LAKE CITY	149	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 7/1-8/5	1976	2014	SALT LAKE CITY	179	CP	8/2 : rayures, 8/5 : tâches
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 9/1-12/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	139	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 12/2-14/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	157	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 14/3-16/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	153	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 17/1-6	1976	2014	SALT LAKE CITY	163	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 17/7-20/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	154	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 20/2-22/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	141	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 22/3-24/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	156	CP	NO, CP
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 24/2-26/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	150	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 27/1-29/3	1976	2014	SALT LAKE CITY	153	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 30/1-33/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	181	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 33/2-35/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	155	CP	5Mi 34/2 : film cassé recollé avec adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 36/1-38/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	168	CP	5Mi 36/2 : film cassé recollé avec adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 39/1-42/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	160	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 42/2-46/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	171	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 46/2-48/3	1976	2014	SALT LAKE CITY	188	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 49/1-52/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	191	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 52/3-56/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	183	CP	NO, CP, Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 56/2-59/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	198	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 59/2-60/6	1976	2014	SALT LAKE CITY	210	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 60/7-61/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	186	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 61/2-64/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	184	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 64/2-65/4	1976	2014	SALT LAKE CITY	182	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 66/1-68/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 69/1-72/2	1976	2014	SALT LAKE CITY	173	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 73/1-74/4	1976	2014	SALT LAKE CITY	146	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 74/5-76/3	1976	2014	SALT LAKE CITY	166	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 77/1-79/3	1976	2014		175	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 80/1-83/2	1976	2014		173	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 83/3-85/1	1976	2014		194	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 85/2-88/3	1976	2014		196	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 88/4-91/2	1976	2014		185	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 92/1-94/2	1976	2014		195	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 95/1-98/1	1976	2014		190	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 98/2-101/2	1976	2014		203	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 102/1-	1976	2014		194	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 105/2-	1976	2014		199	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 110/2-	1976	2014		192	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 113/2-	1976	2014		180	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 114/6-	1976	2014		193	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 117/2-	1976	2014		188	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 121/1-8	1976	2014		187	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 121/9-16	1976	2014		181	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 121/17-24	1976	2014		189	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 121/25-30	1976	2014		160	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 121/31-123/2	1976	2014		171	CP	rayures
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 123/3-	1976	2014		177	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 126/1-	1976	2014		180	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 129/2-	1976	2014		192	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 131/3-	1976	2014		202	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 134/3-	1976	2014		199	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 136/4-	1976	2014		190	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 139/3-	1976	2014		177	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 143/1-	1976	2014		195	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 146/2-	1976	2014		196	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 150/3-	1976	2014		192	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 154/2-	1976	2014		168	CP	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 156/4-	1976	2014		183	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 161/1-	1976	2014		179	CP	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 163/3-	1976	2014		157	CP	Adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 165/3-	1976	2014		186	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 169/1-	1976	2014		187	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 172/1-	1976	2014		192	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 175/1-	1976	2014		212	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 178/1-	1976	2014		187	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 180/2-	1976	2014		189	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 182/3-	1976	2014		198	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 184/1-	1976	2014		173	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 187/2-	1976	2014		182	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 190/3- 194/1	1976	2014		173	CP	5Mi 194/1 : 1121797 + 1135953
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 194/2-	1976	2014		178	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 197/1-	1976	2014		171	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 198/6-	1976	2014		175	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 200/1-	1976	2014		201	CP	5Mi 203/2 : mal lavé
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 204/1-	1976	2014		168	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 207/2-	1976	2014		194	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 209/2-	1976	2014		164	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 211/2-	1976	2014		140	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 213/3-	1976	2014		152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 217/1-	1976	2014		152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 220/1-	1976	2014		167	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 224/1-	1976	2014		174	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 226/3-	1976	2014		192	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 229/2-	1976	2014		182	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 233/1-	1976	2014		190	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 236/3-	1976	2014		168	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 239/2-	1976	2014		159	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 241/4-	1976	2014		151	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 243/1-	1976	2014		210	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 246/2-	1976	2014		198	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 249/2-9	1976	2014		208	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 249/10-250/1	1976	2014		187	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 250/2-253/25	1976	2014		162	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 254/1-	1976	2014		171	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 257/2-6	1976	2014		110	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 258-263/2	1975	2014	SALT LAKE CITY	192	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 264/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	186	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 268/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	195	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 269/8-16	1976	2014	SALT LAKE CITY	203	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 269/17-24	1976	2014	SALT LAKE CITY	199	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 269/25-31	1976	2014	SALT LAKE CITY	200	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 269/32-270/1	1976	2014	SALT LAKE CITY	198	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 270/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	206	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 273/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	187	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 275/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	192	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 280/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	195	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 283/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	198	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 287/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	179	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 290/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	179	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 294/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	195	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 296/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	178	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 298/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	188	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 300/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	195	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 304/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	191	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 308/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	185	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 311/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	186	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 313/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	189	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 318/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	193	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 320/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	198	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 323/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	172	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 327/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	172	CP	CP, CN
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 330/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	174	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 333/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	197	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 334/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	202	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 337/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	173	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 341/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	158	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 344/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	163	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 348/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	149	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 350/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	156	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 353/1-	1975	2014	SALT LAKE CITY	161	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 355/4-8	1976	2014	SALT LAKE CITY	152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 356/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	165	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 359/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	154	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 361/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	154	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 364/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 367/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	169	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 370/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	145	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 372/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	169	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 375/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	191	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 379/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	193	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 384/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	196	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 388/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	191	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 392/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	147	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 395/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	151	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 397/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	136	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 399/5-	1976	2014	SALT LAKE CITY	153	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 400/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	155	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 402/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	159	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 405/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	157	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 407/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	142	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 409/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	161	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 412/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	187	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 416/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	183	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 420/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	185	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 422/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	161	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 425/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	177	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 427/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	185	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 430/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	179	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 432/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	168	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 435/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	151	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 438/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	145	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 441/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	158	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 444/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	154	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 447/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	164	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 448/6-11	1976	2014	SALT LAKE CITY	152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 448/12-17	1976	2014	SALT LAKE CITY	173	CP	Adhésif, déchirure
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 448/18-22	1976	2014	SALT LAKE CITY	165	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 448/23-27	1976	2014	SALT LAKE CITY	158	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 448/28-33	1976	2014	SALT LAKE CITY	147	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 449/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	162	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 452/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	160	CP	Adhésif, déchirure
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 456/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	164	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 457/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	167	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 461/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	164	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 464/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	158	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 467/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	155	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 470/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	158	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 473/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	150	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 476/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	164	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 479/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 480/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	167	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 483/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	177	CP	Adhésif, déchirure
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 487/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	167	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 490/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	169	CP	CP, CN
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 492/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	149	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 495/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	156	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 500/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	161	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 504/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	149	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 506/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	156	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 510/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	166	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 512/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	143	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 516/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	164	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 520/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	146	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 522/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	147	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 524/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	155	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 527/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	160	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 529/1-	1976	2014	SALT LAKE CITY	144	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 532/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	162	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 534/4-	1976	2014	SALT LAKE CITY	163	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 537/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	151	CP	

AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 540/2-	1979	2014	SALT LAKE CITY	144	CP	Déchirure, adhésif
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 543/3-	1976	2014	SALT LAKE CITY	172	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 544/5-	1976	2014	SALT LAKE CITY	144	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 547/2-	1976	2014	SALT LAKE CITY	152	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 550/3-8	1976	2014	SALT LAKE CITY	169	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi 550/9-13	1976	2014	SALT LAKE CITY	147	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 1-5	1975	2014	SALT LAKE CITY	140	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 6-10	1975	2014	SALT LAKE CITY	146	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 11-16	1975	2014	SALT LAKE CITY	148	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 17-22	1975	2014	SALT LAKE CITY	142	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 23-28	1975	2014	SALT LAKE CITY	144	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 29-34	1975	2014	SALT LAKE CITY	163	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 35-41	1975	2014	SALT LAKE CITY	168	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 42-47	1975	2014	SALT LAKE CITY	165	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 48-53	1975	2014	SALT LAKE CITY	146	CP	
AD HAUTE MARNE	35 mm	(52) 5Mi-TD 54-57	1975	2014	SALT LAKE CITY	108	CP	

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-40-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.40**

OBJET :

Convention relative à la mise en œuvre d'un Contrat Territoire-Lecture et d'un Contrat Départemental Lecture Itinérance pour la période 2019-2021 entre l'État et le Département de la Haute-Marne

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu l'avis favorable de la VIIIe commission émis le 6 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'intérêt départemental de développer une politique volontariste de la lecture en favorisant l'adaptation des bibliothèques aux nouveaux besoins et usages et s'adressant en particulier à un public éloigné de la lecture,

Considérant les résultats positifs du premier Contrat Territoire Lecture conclu avec l'Etat pour la période 2016-2018,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention, ci-annexée, relative à la mise en œuvre d'un nouveau Contrat Territoire Lecture (CTL) et d'un Contrat Territoire Lecture Itinérance (CDLI), pour la période 2019-2021, à intervenir entre l'Etat et le Département de la Haute-Marne,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à signer ledit document, ainsi que tous les documents afférents à la mise en œuvre de ces contrats, notamment les conventions financières.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:05
Référence technique : 052-225200013-20190920-40-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET
DE LA RÉGION
GRAND EST

Haute Marne le Département

Convention relative à la mise en œuvre d'un Contrat Territoire-Lecture et d'un Contrat Départemental Lecture Itinérance pour la période 2019-2021 entre l'État et le Département de la Haute-Marne

Entre

l'État (Ministère de la culture – Direction régionale des affaires culturelles - DRAC Grand Est), représenté par Madame Elodie DEGIOVANNI, Préfet du département de la Haute-Marne,

et

le Département de la Haute-Marne, représentée par Monsieur Nicolas LACROIX, Président, autorisé par délibération de la commission permanente du Conseil départemental en date du 20 septembre 2019

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La signature en 2016 d'un premier Contrat-Territoire-Lecture (CTL) portant sur la période 2016-2018 a permis à l'Etat d'accompagner le Département de la Haute-Marne dans la réflexion et la structuration d'une politique volontariste de développement de la lecture, visant à favoriser l'adaptation des bibliothèques aux nouveaux besoins et usages via notamment l'accès aux services numériques, en s'adressant en particulier aux publics éloignés de la lecture et en luttant contre les inégalités territoriales.

Cette politique, appuyée sur un diagnostic externe, s'est traduite par l'adoption d'un nouveau schéma départemental de développement de la lecture publique autour de la Médiathèque départementale, dont l'expertise et les ressources en matière d'ingénierie territoriale et culturelle ont été renforcées.

Afin de consolider les actions déployées par ce premier CTL et confortés par son bilan positif, le Département et la DRAC s'entendent sur la volonté de poursuivre ce partenariat, matérialisé par la signature d'un nouveau CTL pour la période 2019-2021.

En parallèle, le Plan Bibliothèques présenté en 2018 par le ministère de la Culture propose aux départements un nouveau cadre partenarial à travers le dispositif du Contrat départemental lecture itinérance (CDLI) destiné à « encourager la circulation d'une offre culturelle mutualisée à l'échelle du département ».
Le CDLI a pour objet de soutenir les actions culturelles itinérantes des bibliothèques départementales (expositions, animations, spectacles, médiation numérique…).
La combinaison d'un CTL axé sur la structuration et la professionnalisation du réseau de lecture publique départemental et d'un CDLI centré sur la diffusion d'une offre culturelle de qualité, à destination notamment des zones rurales isolées, fait sens à l'échelle du département de la Haute-Marne, au regard de ses caractéristiques socio-démographiques.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de préciser les engagements et les contributions de chacune des parties dans le cadre des deux dispositifs de Contrat Territoire Lecture et de Contrat départemental lecture itinérance ainsi que les modalités de collaboration et d'échanges au cours des trois années du partenariat.

Article 2 : Objectifs du Contrat Territoire Lecture

Le Contrat Territoire Lecture 2019–2021 entre l'État et le Département de la Haute- Marne a pour ambition de soutenir la poursuite de la structuration et la professionnalisation du réseau de lecture publique sur le département, d'accompagner la modernisation des bibliothèques en favorisant leur transformation en tiers lieux et pôles de diffusion culturelle intégrant les services et usages numériques.

Cette qualification du réseau passe aussi par le développement d'équipements structurants sur le territoire et l'incitation à une prise de compétence au niveau intercommunal en matière de lecture publique, vecteur de nouvelles dynamiques locales. Elle doit aussi relayer l'effort de l'Etat en faveur d'une ouverture plus ample des bibliothèques et une offre plus large de services, effort résumé par le mot d'ordre du plan Bibliothèques « Ouvrir plus, offrir plus ».

Préconisé par le diagnostic réalisé par le cabinet « 3ème Pôle », cet accompagnement des collectivités passe par le développement des compétences des agents de la Médiathèque départementale de la Haute-Marne en matière d'ingénierie culturelle et de médiation culturelle. De nouvelles formations sur la méthodologie du diagnostic territorial sont prévues en 2019.

Le développement de l'offre de lecture publique à destination des publics cibles des politiques départementales est l'autre volet prioritaire de ce nouveau CTL avec des actions spécifiques en matière d'éducation artistique et culturelle auprès du jeune public, dès la petite enfance.
Consciente du rôle des bibliothèques dans le domaine de l'inclusion sociale et numérique, la Médiathèque départementale proposera également des actions en direction des publics dits « empêchés » et éloignés de la culture, tant d'un point de vue géographique que culturel, notamment par le biais du développement d'un fonds de livres « Facile à lire » ou des ateliers d'accompagnement et de médiation autour du numérique.
Un programme d'actions annexé au présent avenant précise pour 2019 la déclinaison opérationnelle des axes stratégiques définis (annexe 1).

Article 3 : Objectifs du Contrat départemental Lecture Itinérance

Le Contrat départemental Lecture Itinérance 2019–2021 entre l'État et le Département de la Haute-Marne a pour ambition de favoriser le développement d'actions culturelles itinérantes notamment autour de la littérature jeunesse et la mise en place d'une offre de médiation et de sensibilisation à la culture numérique sur les territoires ruraux et auprès des publics éloignés. La diffusion de spectacles proposés par la médiathèque départementale fera également l'objet d'une programmation annuelle (cf. annexe 2).

Article 4 : Modalités de mise en œuvre

Le Département de la Haute-Marne et l'État mettront en place un comité de pilotage (COPIL) qui veillera au respect des orientations fixées par la présente convention de CTL et CDLI, procédera à l'évaluation quantitative et qualitative des projets menés et déterminera les actions à entreprendre l'année suivante, en conformité avec les objectifs prioritaires définis plus haut. Ce comité comprendra des représentants de l'État et du Département, notamment, pour ce dernier, la directrice du Pôle Solidarités, la directrice de la culture, la directrice de la médiathèque départementale, ainsi que tout partenaire institutionnel ou associatif, susceptible - de l'avis commun - d'intervenir dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action. Ce comité de pilotage se réunira au moins une fois l'an.

Article 5 : Engagements des partenaires

Les partenaires s'engagent à mettre tout en œuvre pour atteindre les objectifs qu'ils se sont assignés dans le cadre de la présente convention.

L'État et le Département de la Haute-Marne s'engagent conjointement à :

- poursuivre le diagnostic approfondi dans le domaine du développement de la lecture afin de permettre un pilotage fin et un rééquilibrage annuel du plan d'actions proposé,
- assurer une réunion de pilotage annuelle du projet.

L'État s'engage à :

- apporter son soutien technique à la collectivité pendant la durée de la convention au vu du programme d'actions de l'année.

- assurer le versement des crédits destinés à la mise en œuvre du CTL et du CDLI en fonction du respect de leurs objectifs et de leur échéancier prévisionnel.

Le Département de la Haute-Marne s'engage à :

- respecter les objectifs du CTL et du CDLI
- transmettre les bilans et rapports d'évaluation, intégrant des éléments concrets chiffrés mais aussi des éléments qualitatifs sur l'impact des programmes annuels d'actions mis en œuvre.

Article 6 : Évaluation

Une évaluation du CTL et du CDLI sera réalisée annuellement dans le but de garantir la poursuite des contrats avec les éventuels réajustements des objectifs, du calendrier ou des moyens, qui s'avéreraient nécessaires. Le Département de la Haute-Marne proposera trois mois avant l'échéance de la convention un bilan global, afin d'envisager la poursuite de la contractualisation sur les années suivantes, sachant qu'un CTL ne peut faire l'objet que d'un seul renouvellement.

Article 7 : Conditions financières

L'État s'engage à respecter les engagements financiers pris annuellement à l'issue de la programmation budgétaire sous réserve de l'imputation des crédits programmés. Les versements de la subvention de l'État feront l'objet d'une notification et d'un arrêté annuels pendant la durée de la convention.

Pour 2019, le montant de la subvention au titre du CTL s'élèvera à 20.000 € (vingt mille euros) et celle au titre du CDLI à la même somme de 20.000 € (vingt mille euros) soit un total de 40.000 € (quarante mille euros), conformément au tableau de financement (cf. annexe 3).

Article 8 : Durée

La présente convention est conclue pour une durée de 3 ans. Elle entre en vigueur à compter du 1er janvier 2019, et expirera donc le 31 décembre 2021.

Article 9 : Conditions de modification de la convention

Toute modification des conditions ou des modalités d'exécution de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant signé par les parties qui précisera les éléments modifiés de la convention.

Article 10 : Résiliation de la convention

Chaque partie se réserve le droit de mettre fin à la présente convention en cas de non-respect par l'une ou l'autre partie des engagements respectifs inscrits dans la présente convention, celle-ci pourra être résiliée de plein droit par l'autre partie, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure de se conformer aux obligations contractuelles, et restée infructueuse.
La résiliation à l'expiration du délai de deux mois pourra impliquer la restitution des subventions versées non encore utilisées.

Article 11 : Contentieux

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître, à savoir le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne.

Fait à Chaumont, en trois exemplaires originaux, le ……

Pour le Département de la Haute-Marne, **Le Président du Conseil départemental**	**Pour l'État,** **Le Préfet du département de la Haute-Marne**
Nicolas LACROIX	Elodie DEGIOVANNI

Convention relative à la mise en œuvre d'un Contrat Territoire-Lecture et d'un Contrat Départemental Lecture Itinérance pour la période 2019-2021 entre l'État et le Département de la Haute-Marne

Annexe 1

Plan d'actions du Contrat-Territoire-Lecture 2019

Axe 1 : Ingénierie et médiation culturelle auprès des nouveaux territoires par les référents de la MDHM

- Diagnostics territoriaux : 2e volet de la formation des assistants de conservation de la MDHM par le cabinet « 3e Pôle ».

- Aménagement de bibliothèque « 3e lieu » et d'espace multi-services (Animation de Biblio remix) : intervention d'agents de la MDHM auprès des médiathèques qui en ont fait la demande.

- Renforcement de la communication autour des ressources et interventions de la MDHM et des structures de son réseau : formations spécifiques de la chargée de communication recrutée en 2018 à cet effet.

Axe 2 : Structuration d'une offre en direction des publics cibles des politiques départementales

- Petite enfance et PMI: Formation et sensibilisation des assistantes maternelles autour du « goût de lire » et de l'éveil culturel du tout petit.
  Animations et mise à disposition de collections auprès des circonscriptions d'action sociale en lien avec les bibliothèques du périmètre concerné. Organisation d'une réunion de concertation avec les différents professionnels des CAS courant 2019 afin de développer des actions de « Partages de lectures » avec les parents.

- Développement de l'éducation artistique et culturelle en lien avec les différentes politiques du Département afin qu'enfants et adolescents acquièrent et conservent l'envie et le goût de lire.
  Mise à disposition de documents et ressources numériques auprès des collèges - Ouverture des formations MDHM aux documentalistes - Accompagnement des collèges dans l'aménagement d'espaces de culture et de connaissance - Développement et suivi des PAG autour de la lecture et la création numérique en concertation avec les services de l'Inspection Académique - Partenariats avec Canopé.

- MECS : Renforcement des actions culturelles
  Mise à disposition de nouvelles ressources documentaires et jeux vidéos collaboratifs.

- Personnes âgées
  Incitation et collaboration à l'organisation d'ateliers mémoires, animations numériques auprès des EHPAD.
  Rotation des collections de livres des EHPAD.

- Publics éloignés de la culture
  Développement de fonds « Facile à lire » et des fonds en gros caractères.

Convention relative à la mise en œuvre d'un Contrat Territoire-Lecture et d'un Contrat Départemental Lecture Itinérance pour la période 2019-2021 entre l'État et le Département de la Haute-Marne

Annexe 2

Plan d'actions du Contrat Départemental Lecture Itinérance 2019

Axe 1 : Mise en place d'une offre itinérante de médiation et sensibilisation à la culture numérique sur des territoires ruraux ou auprès de publics éloignés

- Acquisition de nouveaux outils et ressources numériques.
- Mise en place d'ateliers de médiation autour de la création numérique innovante.
- Acquisition et diffusion d'expositions artistiques & numériques (tableaux augmentés).

Axe 2 : Réorganisation de l'offre de diffusion du spectacle vivant

- Animations et médiations culturelles : diffusion de spectacles et ateliers au sein du réseau afin de garantir un égal accès de tous à la culture.
- Inscription d'initiatives locales dans des manifestations nationales et proposition d'une programmation spécifique (Nuit de la lecture, Partir en livre, Mois du film documentaire, etc.).
- Médiatisation et évolution du concours « Des livres et vous ».
- Création d'une saison culturelle départementale annuelle, présentant l'ensemble de la programmation diffusée par la MDHM et proposée par les bibliothèques de Haute-Marne.

Convention relative à la mise en œuvre d'un Contrat Territoire-Lecture et d'un Contrat Départemental Lecture Itinérance pour la période 2019-2021 entre l'État et le Département de la Haute-Marne

Annexe 3

Tableau de financement du CTL et du CDLI

CONTRAT TERRITOIRE LECTURE

	Conseil départemental	**Etat**
Actions		
Formation Diagnostic	4 800 €	
Formations animateurs et bénévoles du réseau autour des services innovants	4 330 €	
Développement d'un fonds « Facile à lire »	5 600 €	
Développement d'un fonds jeune public pour tous les services accueil petite enfance	10 000 €	
Acquisitions de robots, tablettes, découpeuses vinyle, consoles de jeu	23 000 €	
Ressources numériques - Abonnements	10 600 €	
	Total : 58 330 €	**20 000 €**

CONTRAT DEPARTEMENTAL DE LECTURE ITINERANCE

Conseil départemental	**Conseil départemental 52**	**Etat**
Actions		
Exposition numérique	2 000 €	
Ateliers médiation autour du codage	6 000 €	
Ateliers création numérique innovante	3 560 €	
Animation des territoires - spectacle vivant	34 000 €	
	Total : 45 560 €	**20 000 €**

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-41-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.41**
OBJET : **Convention de dépôt par le Département d'une tête de sculpture antique au musée d'Art et d'Histoire de Langres**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu l'avis favorable de la VIIIe commission émis le 6 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'intérêt patrimonial de la tête de statuette, propriété du Département,

Considérant le souhait du Département de mettre en valeur cet objet et le faire partager au plus grand nombre,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'approuver les termes de la convention de dépôt par le conseil départemental d'une tête de statuette antique au musée d'Art et d'Histoire de Langres, ci-annexée.

- d'autoriser Monsieur le Président du conseil départemental à la signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-41-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

musées de langres
MUSÉE D'ART ET D'HISTOIRE
L'IMAGINATION EST LA REINE DU MONDE

Haute Marne le Département

CONVENTION DE MISE EN DEPOT
D'une œuvre au musée d'Art et d'Histoire de Langres

Entre :

Le Conseil départemental de la Haute-Marne
Sis au 1, rue du Commandant Hugueny 52000 Chaumont
Représenté par le Président du Conseil départemental, Monsieur Nicolas LACROIX
Ci-après nommé "LE DEPOSANT"

et

La Ville de Langres
Sise Place de l'Hôtel de Ville 52200 Langres
Représentée par le Maire de Langres, Madame Sophie DELONG
Ci-après nommé "LE BENEFICIAIRE".

Etant préalablement rappelé

Que le Musée d'Art et d'Histoire est un musée ayant reçu l'appellation « musée de France » par la Direction des Musées de France (Ministère de la Culture),

Que le Conseil Départemental de la Haute-Marne est propriétaire de l'œuvre, objet du présent contrat,

Que le déposant souhaite mettre en valeur cette œuvre et faire partager ce patrimoine à tous les visiteurs ainsi qu'aux chercheurs,

Que le dépôt est consenti à la demande du déposant.

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : objet du dépôt - obligations du déposant

Le déposant s'engage par les présentes à déposer au sein du Musée d'Art et d'Histoire de Langres l'œuvre suivante :

Tête de bacchante sculptée
Marbre blanc
Asie mineure (Proconèse)
Inv. n°412

10,45 x 9,32 x 9,13 cm

ARTICLE 2 : obligations du dépositaire

Le dépositaire veillera à la garde et à la conservation de la chose déposée.
L'œuvre sera inscrite sur un registre de dépôt spécial, avec un numéro d'inventaire particulier.

ARTICLE 3 : responsabilité - assurance

Le dépositaire souscrit une police d'assurances multirisques pour l'œuvre, objet du présent contrat. Cette assurance couvre également les transports aller et retour de l'œuvre depuis et vers le domicile du déposant. La valeur de l'œuvre est fixée à 35 000 €.

ARTICLE 4 : transport

Le dépositaire s'engage à prendre en charge le transport, la mise en caisse, l'acheminement et l'assurance clou à clou de l'œuvre sus-désignée, objet du présent contrat. Le dépositaire conservera l'oeuvre déposée dans l'endroit qu'il estime le plus approprié à sa conservation et à sa sécurité.

A l'expiration du présent dépôt, les frais de retour de l'œuvre, transport et assurance du transport, seront pris en charge par le dépositaire.

ARTICLE 5 : restauration de l'œuvre

Sous réserve des dispositions de l'article 8, le dépositaire prend en charge les travaux de restauration nécessaires à la présentation de l'œuvre, ainsi que ceux qui pourraient être nécessaires pendant la durée du dépôt en concertation avec le déposant.

ARTICLE 6 : prêts aux expositions temporaires

L'œuvre, objet du présent contrat, pourra, pendant la période de dépôt et avec l'accord du déposant, faire l'objet de prêts, consentis par le dépositaire, à des expositions temporaires organisées en dehors du Musée d'Art et d'Histoire de Langres.

ARTICLE 7 : publication du dépôt

Le dépositaire peut reproduire ou faire reproduire l'œuvre, objet du présent contrat, sur tout support et communiquer directement ou indirectement par tout moyen et sur tout support, sans condition autre que le respect des droits de propriété littéraire et artistique, y compris ceux attachés à la photographie de l'œuvre.

Le dépositaire peut notamment publier, seul ou en partenariat, ou faire publier des ouvrages, catalogues, textes, etc., sur l'œuvre, objet du présent contrat. Le déposant sera informé de tout projet de ce type.

La propriété de l'œuvre sera mentionnée " Site de la villa gallo-romaine d'Andilly-en-Bassigny. Dépôt du Conseil départemental de la Haute-Marne"

ARTICLE 8 : durée du dépôt

Le présent contrat est conclu pour une période d'une durée de cinq (5) années, renouvelable, qui commencera à courir à compter du 21 septembre 2019.

A l'expiration de la période de dépôt initial et de chaque période de reconduction, le présent contrat sera reconduit de manière tacite pour une période de un (1) an minimum.

A l'expiration de la période de dépôt initial, ou en cas de reconduction, à l'expiration de la dernière période de reconduction, l'œuvre déposée sera retournée au déposant dans les quatre (4) semaines suivant la date d'expiration du dépôt.

ARTICLE 9 : modification du contrat

Le présent contrat ne peut être modifié que par avenant signé par les deux parties.

ARTICLE 10 : litige

En cas de litige quant à l'exécution ou l'interprétation des clauses du présent contrat, et après épuisement des voies amiables, compétence est attribuée au Tribunal administratif de Chaumont.

Fait en deux exemplaires originaux à ……., le 2019

Pour le Conseil départemental de la Haute-Marne	Pour la Ville de Langres
Monsieur Nicolas LACROIX Président du Conseil départemental	Madame Sophie DELONG Maire de Langres

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-42-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.42**
OBJET : **Aides aux manifestations d'intérêt départemental**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu le règlement départemental relatif aux subventions culturelles du 14 décembre 2018,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au budget primitif 2019,

Vu l'avis favorable de la VIIIe commission, réunie le 6 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'intérêt départemental de soutenir les diverses manifestations organisées sur le territoire permettant de concourir au dynamisme de la vie départementale et de contribuer au maillage du territoire haut-marnais,

Considérant les demandes de subvention présentées,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer les subventions aux porteurs de projet mentionnées dans les tableaux annexés pour un montant de 38 500 €,

- de déroger au règlement départemental en ce qui concerne l'Union départementale des délégués de la Haute-Marne (déplacement du plafond d'aide) et Jazzopen (dépassement du montant de la subvention sollicitée),

- d'approuver les termes des conventions à intervenir avec les Vitrines de Saint-Dizier et l'association Déclic Haute-Marne, ci-jointes,

- d'autoriser Monsieur le Président du Conseil départemental à les signer.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:06
Référence technique : 052-225200013-20190920-42-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Libellé de l'opération	Loisirs - COM4P168 O004
Libellé de l'enveloppe	Sports Jeunesse Loisirs – E01
Nature analytique	
Libellé	Foires départementales
Imputation	6574//33
Montant en euros	**15 000,00 €**
Disponible en euros	**15 000,00 €**
Incidence financière du présent rapport	
Reste disponible en euros	**15 000,00 €**

Porteur du projet	Objet	Dotation en 2018	Coût total du projet	Plafond de l'aide	Demande 2019	Attribution la commission permanente
Les Vitrines de Saint-Dizier	Foire de Saint-Dizier 2019	15 000 €	233 450 €	35 018 €	15 000 €	15 000 €
					Total	15 000 €

Libellé de l'opération — Loisirs - COM4P168 O004

Libellé de l'enveloppe — Sports Jeunesse Loisirs – E01

Nature analytique

Libellé — Subv manifestations d'intérêt départemental, com et intercom

Imputation — 6574//32 et 65734//311

Montant en euros — **56 300,00 €**

Disponible en euros — **23 800,00 €**

Incidence financière du présent rapport — **23 500,00 €**

Reste disponible en euros — **300,00 €**

Porteur du projet	Objet	Dotation en 2018	Coût total du projet	Plafond de l'aide	Demande 2019	Attributions par la VIII^{e} commission
Castel Rétro	Salon des voitures anciennes 2019	1 000 €	30 000 €	4 500 €	1 000 €	1 000 €
Les crinières du puits	Course de sauts d'obstacle 2019 Finale départementale poney	500 €	4 300 €	645 €	1 000 €	500 €
	Course de sauts d'obstacle 2020 amateur et club	Demande rejetée en 2016, 2017 et 2018	4 300 €	645 €	1 000 €	500 €
	Finale départementale de voltige	Pas de demande	4 100 €	615 €	1 000 €	Rejet
	Finale départementale de tir à l'arc à cheval	Pas de demande	4 100 €	615 €	1 000 €	Rejet
	Finale départementale de dressage amateur	Demande rejetée en 2016, 2017 et 2018	3 470 €	521 €	800 €	Rejet
	2e festival de spectacles équestres	300 €	18 184 €	2 728 €	2 000 €	2 000 €
Lévriers de Champagne-Ardenne	Championnat de France 2019	600 € en 2015	16 950 €	2 543 €	1 500 €	1 000 €
Société des courses de Montier-en-Der	Prix du conseil départemental 2019	1 600 € en 2017	Non précisé		Non précisé	report
J'action 52	Fête de l'agriculture 2019	2 000 €	47 600 €	7 140 €	2 000 €	2 000 €
Union départementale des délégués de la Haute-Marne	Arbre de la laïcité	500 €	3 000 €	450 €	800 €	500 €
Déclic 52	Chasse et nature en fête 2019	11 500 €	166 150 €	24 923 €	12 000 €	12 000 €
BBB	Festival Noct'en blues 2019	1 000 €	8 540 €	1 281 €	2 000 €	1 000 €
Jazzopen	Nuit du Jazz à Semoutiers	350 €	6 400 €	960 €	350 €	500 €
Société d'horticulture de la Haute-Marne	Animations 2019	400 €	4 945 €	742 €	450 €	500 €

Association des amis de la fondation pour la mémoire de la déportation	Concours de la résistance 2019	400 €	4 450 €	668 €	500 €	500 €
Association haut-marnaise des écrivains	Prix de l'autoédition et création d'une chaîne You Tube	200 € en 2016	4 948 €	742 €	500 €	500 € à titre exceptionnel
Petites cités de caratère	Réalisation d'un film documentaire sur Vignory	Pas de demande	4 000 €	600 €	1 000 €	500 €
Amis de la bibliothèque diocésaine	Valorisation du fonds ancien	250 €	15 000 €	2 250 €	1 000 €	500 €
					Total	23 500 €

Haute Marne le Département

Direction de la culture, des sports et du monde associatif
Service de l'action culturelle, sportive et territoriale

Convention de partenariat entre le Département de la Haute-Marne et l'association « Les Vitrines de Saint-Dizier »

Entre d'une part :

Le Département de la Haute-Marne, 1 rue du Commandant Hugueny, CS 62127 52905 CHAUMONT Cedex 9, représenté par son Président, Monsieur Nicolas LACROIX, dûment habilité par délibération de la commission permanente en date du 20 septembre 2019,
Ci-après désigné sous le terme « le Département» ;

Et d'autre part

L'association « les Vitrines de Saint-Dizier », BP 43 52100 SAINT-DIZIER, représentée par son Président, Monsieur Jean-Paul HABERT,
Ci-après désignée sous le terme « l'association ».

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La vie associative regroupe diverses interventions du conseil départemental auprès des associations agissant notamment dans les domaines culturel, sportif et socio-éducatif.

Le règlement « aide aux manifestations d'intérêt départemental » vise plus spécifiquement à soutenir les associations, les communes et EPCI dans l'organisation de manifestations qui concourent au dynamisme de la vie départementale et contribue au maillage durable du territoire haut-marnais et à la diversité des formes d'expression.

Article 1 : objet

La présente convention a pour objet de fixer les objectifs et les modalités du partenariat établi entre l'association et le Département pour l'organisation de la foire commerciale de Saint-Dizier 2019.

Article 2 : montant et modalités de versement de la subvention

Le Département accorde une subvention globale d'un montant de **15 000 €** à l'association, qui l'accepte comme participation forfaitaire à l'action décrite ci-dessus pour l'année 2019.

Le versement de cette subvention, imputable sur le budget du Département (6574//33), interviendra sous forme de deux versements :

- 75% à la notification de la convention signée des deux parties,
- le solde au terme du projet, sur présentation des pièces énumérées à l'article 3.

Le Département versera ce solde au prorata des résultats figurant sur les pièces justificatives.

La subvention sera versée sur le compte ouvert au nom de l'association (compte 10278 02001 00074407845 66 - CCM BAR LE DUC MEUSE SUD).

Article 3 : obligation de l'association et justificatifs

L'association s'engage à faire apparaître le logo du Département (disponible sur www.haute-marne.fr / services en ligne / logo/charte graphique) en tant que partenaire financier sur les supports de toutes natures qui serviront à la promotion des actions faisant l'objet du partenariat, et à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à la bonne exécution de ces actions.

Elle fournira au Département un bilan qualitatif et financier permettant d'apprécier le résultat des actions entreprises au regard des aides apportées par le Département. À cet égard, les pièces suivantes devront être adressées au Département à l'issue de l'opération :

- les articles de presse, de communication ou de promotion,
- un bilan financier détaillé,
- le compte-rendu de l'utilisation de la subvention,
- un rapport d'activité détaillé faisant apparaître les éléments d'évaluation quantitative et qualitative de la manifestation.

En cas de non réalisation totale ou partielle de l'action conduite par l'association, cette dernière s'engage à reverser au Département tout ou partie de la subvention au prorata de la part de l'action non exécutée.

Article 4 : résiliation de la convention

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par courrier recommandé avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois.

Article 5 : modification de la convention

La présente convention pourra être modifiée par voie d'avenant approuvé des deux signataires.

Article 6 : durée et validité

La présente convention entrera en vigueur à la date de sa notification et s'achèvera le 31 avril 2020.

Article 7 : règlement des litiges

En cas de litige survenant entre les parties et relatif à l'exécution de la présente, celles-ci s'engagent à chercher une résolution amiable du litige préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne, qui sera alors seul compétent pour en connaître.

Fait à CHAUMONT, en deux exemplaires originaux, le

Le Président de l'association « Les Vitrines de Saint-Dizier »	**Le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne**
Jean-Paul HABERT	**Nicolas LACROIX**

Haute Marne le Département

Direction de la culture, des sports et du monde associatif
Service action culturelle, sportive et territoriale

Convention avec l'association DÉCLIC Haute-Marne relative à l'organisation du salon « Chasse & Nature en fête »

Entre les soussignés,

Le Département de la Haute-Marne, représenté par son Président, Monsieur Nicolas LACROIX, dûment habilité à signer par délibération de la commission permanente en date du 20 septembre 2019,

Ci-après dénommé " le Département " ;

d'une part,

Et

L'association DÉCLIC Haute-Marne, dûment représentée par son Président, Monsieur Gilbert BLETNER,

Ci-après dénommé " le bénéficiaire " ;

d'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de fixer les conditions du partenariat dans lesquelles le Département apporte son soutien à l'association DÉCLIC Haute-Marne pour l'organisation du salon « Chasse & Nature en fête » qui se déroulera les 31 août et 1er septembre 2019.

ARTICLE 2 – ENGAGEMENT DU DÉPARTEMENT

Le Département met à disposition du bénéficiaire une partie du parc aux daims pour l'organisation de la manifestation citée à l'article 1 – objet de la convention.

Le périmètre du site mis à disposition du bénéficiaire est délimité sur le plan annexé à la présente convention. Le Département assure au bénéficiaire le libre accès à cette zone.

Afin de permettre au bénéficiaire de préparer sa manifestation dans des conditions optimales, le Département l'autorise à occuper, à ses risques et périls et sous sa responsabilité, le parc du 12 août au 6 septembre 2019 inclus.

L'autorisation d'utiliser le parc est accordée à titre gracieux.

L'autorisation d'utiliser le parc est accordée au bénéficiaire sous réserve que celui-ci obtienne l'autorisation préfectorale d'organiser la manifestation précitée.

ARTICLE 3 : MONTANT ET MODALITES DE VERSEMENT DE LA SUBVENTION

Le Département accorde une subvention globale d'un montant de **12 000 €** au bénéficiaire, qui l'accepte comme participation forfaitaire aux actions décrites à l'article 1 pour l'année 2019.

Le versement de cette subvention, imputable sur le budget du Département à l'imputation comptable 6574//312, interviendra sous forme de deux versements :

- 75 % à la notification de la convention signée des deux parties,
- le solde, au terme du projet, sur présentation des pièces énumérées à l'article 5, et au prorata des résultats figurant sur les pièces justificatives.

La subvention sera versée sur le compte ouvert au nom du bénéficiaire (IBAN FR76 1100 6001 2010 2850 0700 112 - CRCA Chaumont).

ARTICLE 4 – AUTORISATIONS SPÉCIFIQUES

Le Département ne s'oppose pas à l'organisation de « baptêmes de l'air » en hélicoptère lors de cette manifestation, dans le respect de la réglementation en vigueur. Le bénéficiaire fait son affaire de disposer de toutes les autorisations nécessaires.

ARTICLE 5 – ENGAGEMENT DU BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de la présente convention, le bénéficiaire s'engage à utiliser le parc aux daims uniquement pour la manifestation désignée à l'article 1 – objet de la convention.

Le plan annexé à la présente convention délimite le périmètre d'autorisation d'occupation du site et les activités envisagées par l'association pour l'organisation de sa manifestation.

En contrepartie du soutien accordé par le Département, le bénéficiaire s'engage à :

- mettre à disposition en faveur du Département et pendant toute la durée de la manifestation, un espace couvert d'une surface minimale de 75 m^2 à proximité directe du stand des trophées,
- apposer le logo du Département de la Haute-Marne sur la totalité des supports produits pour la manifestation,
- autoriser le service communication du Département de la Haute-Marne à installer tout équipement promotionnel sur les lieux de la manifestation,
- fournir au service communication du Département de la Haute-Marne, avant le 14 août, cent cinquante invitations valables pour les deux journées de la manifestation, ainsi que vingt badges « exposant » avec accès au parking réservé,
- organiser avant la manifestation, une séance de communication pour la signature officielle de son partenariat avec le Département.

Attention : le logo du Département de la Haute-Marne a été modifié. L'association Déclic s'engage à utiliser le nouveau logo sur ses supports de communication et à installer des banderoles et flammes aux couleurs du Département à jour (toutes les anciennes banderoles doivent être jetées).

Le bénéficiaire s'engage à fournir au Département un dossier récapitulatif du plan de communication et des justificatifs des différents supports de communication de la manifestation, ainsi qu'un bilan qualitatif et financier permettant d'apprécier le résultat des actions entreprises au regard des aides apportées par le Département.

Le bénéficiaire s'engage à fournir au Département une copie de son attestation de souscription d'une police d'assurance couvrant les activités organisées dans le parc aux daims ainsi que tous les dommages causés pouvant résulter de l'occupation temporaire du site.

Le bénéficiaire sera tenu de procéder à un nettoyage du site dans les jours qui suivront la manifestation. Un état des lieux contradictoire se tiendra dès la fin de la manifestation et au plus tard le 6 septembre 2019 pour définir les actions à mettre en oeuvre.

Le bénéficiaire s'engage à respecter les consignes de sécurité affichées à l'entrée (Porte Madame) du Parc au Daims et à relayer ces consignes de sécurité auprès du public de la manifestation.

En cas de carence, le nettoyage sera effectué par le Département aux frais du bénéficiaire pour un coût de 500 € TTC par jour (correspondant à l'intervention d'une équipe de 2 agents du Département).

En cas de non réalisation totale ou partielle de l'opération, le bénéficiaire s'engage à reverser au Département tout ou partie de la subvention au prorata de la part de l'action non exécutée.

ARTICLE 6 - CONTRÔLES

Le bénéficiaire autorise le Département à effectuer à tout moment les opérations de contrôle, sur site ou sur pièces, qu'il jugera utiles de quelque nature quelles soient afin que le Département soit en mesure de s'assurer du respect par le bénéficiaire de ses engagements issus de la présente convention.

ARTICLE 7 - DURÉE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter de sa notification et reste valable jusqu'au 30 avril 2020. Toute modification de la présente convention fera l'objet d'un avenant signé des deux parties.

ARTICLE 8 – RÉSILIATION DE LA CONVENTION

La présente convention pourra être résiliée de plein droit par l'une ou l'autre des parties en cas d'inexécution d'une obligation ; ceci après une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception précisant les engagements non respectés et restée infructueuse pendant quinze jours.

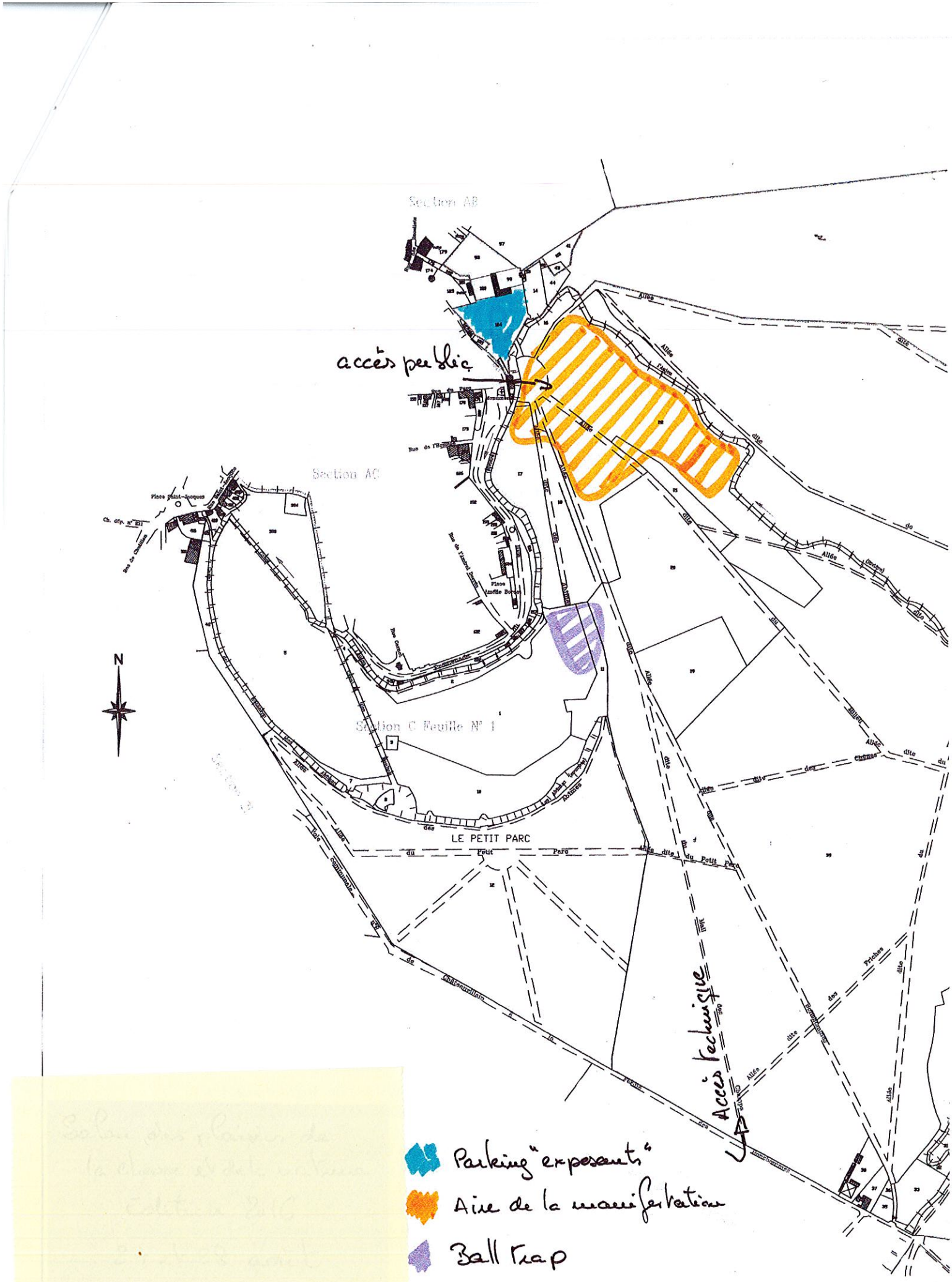
En cas de résiliation de la présente convention, le Département demandera au bénéficiaire le remboursement des sommes versées au moyen d'un titre de recette émis au cours du mois qui suivra la date de résiliation.

ARTICLE 9 – RÈGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige survenant entre les parties et relatif à l'exécution de la présente convention, celles-ci s'engagent à chercher une résolution amiable au litige préalablement à la saisine du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne, qui sera alors seul compétent pour en connaître.

Fait à Chaumont, le

Le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne	**Le Président de de l'association DÉCLIC Haute-Marne**
Nicolas LACROIX	**Gilbert BLETNER**


Section AB
accès public
Section AC
Section C Feuille N° 1
LE PETIT PARC
N
Accès exclusif
Parking "exposants"
Aire de la manifestation
Ball trap

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-43-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.43**
OBJET : **Aide aux clubs locaux - Attribution de subventions**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absents excusés et non représentés :
Mme Marie-Claude LAVOCAT, M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 portant adoption du budget primitif 2019,

Vu l'avis favorable de la VIIIe commission émis le 6 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'intérêt départemental de promouvoir les valeurs éducatives du sport auprès des jeunes,

Considérant les demandes déposées par les associations sportives,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 32 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer dans le cadre de l'aide aux clubs locaux, pour la saison 2018-2019, les subventions présentées dans le tableau ci-joint. Le montant total des subventions attribuées s'élève à **72 420 €**, dont 500 € au boxing club de Joinville et 3 000 € au club de football espérance de Saint-Dizier à titre d'aide exceptionnelle.

Les crédits correspondants seront prélevés sur le chapitre 6574//32 "Clubs Locaux ".

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:10
Référence technique : 052-225200013-20190920-43-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Fédération	Associations	Nbre licenciés	Nbre jeunes	Prime à la licence	Attributions	demandes exceptionnelles
AIKIDO	aïkido club dervois	32	20	**200 €**	**200 €**	
AIKIDO	aïkido club Saint-Dizier	71	17	**170 €**	**170 €**	
ATHLÉTISME	entente chaumontaise athlétique cheminote section athlétisme	148	91	**910 €**	**910 €**	
BADMINTON	badminton club Langres	76	22	**220 €**	**220 €**	
BASKETBALL	association sportive basket wasseyen	53	38	**380 €**	**380 €**	
BASKETBALL	entente chaumontaise athlétic cheminots basket	165	93	**930 €**	**930 €**	
BASKETBALL	Saint-Dizier basket	141	76	**760 €**	**760 €**	
BOXE	boxing club Joinville	46		**0 €**	**500 €**	**sous réserve de la production d'une attestation de diplôme**
BOXE	Saint-Dizier BOXE 52	70	59	**590 €**	**590 €**	
CLUBS OMNISPORTS	amicale sportive Froncles	319	258	**2 580 €**	**2 580 €**	
CLUBS OMNISPORTS	cheminots sportifs de Chalindrey	601	368	**3 680 €**	**3 680 €**	
CLUBS OMNISPORTS	club athlétique rolampontais	181	75	**750 €**	**750 €**	
CLUBS OMNISPORTS	entente sportive Andelot Rimaucourt Bourdons	236	74	**740 €**	**740 €**	
CYCLISME	vélo tout terrain chaumontais	220	98	**980 €**	**980 €**	
CYCLISME	vélo club langrois	36	13	**130 €**	**130 €**	
EQUITATION	centre de tourisme équestre de Magneux la Fazenda	109	62	**620 €**	**620 €**	
EQUITATION	cercle hippique Chaumont-Choignes	227	137	**1 370 €**	**1 370 €**	
EQUITATION	cercle hippique de Saint-Dizier	103	57	**570 €**	**570 €**	
EQUITATION	« les crinières du Puits »	115	55	**550 €**	**550 €**	
ESCRIME	club d'escrime du pays de Langres	43	37	**370 €**	**370 €**	
ESCRIME	union des jeunes bragards section escrime	91	61	**610 €**	**610 €**	
ETUDES ET SPORTS SOUS MARINS	club sportif et artistique de la ba 113 "la poche Der"	73	18	**180 €**	**180 €**	
FOOTBALL	ASPTT football	254	130	**1 300 €**	**1 300 €**	
FOOTBALL	Association de football de Valcourt	87	16	**160 €**	**160 €**	
FOOTBALL	association sportive Sarrey-Montigny	191	80	**800 €**	**800 €**	
FOOTBALL	association sportive Luzy Verbiesles Foulain	100	32	**320 €**	**320 €**	
FOOTBALL	Chaumont football club	346	212	**2 120 €**	**2 120 €**	
FOOTBALL	cheminots sportifs bragards football	86	45	**450 €**	**450 €**	
FOOTBALL	club omnisports Langres	192	103	**1 030 €**	**1 030 €**	
FOOTBALL	club sportif Maranville Rennepont	114	52	**520 €**	**520 €**	
FOOTBALL	football club de Bologne	260	126	**1 260 €**	**1 260 €**	
FOOTBALL	football club Prez-Bourmont	180	76	**760 €**	**760 €**	
FOOTBALL	football club de Joinville Vecqueville	110	43	**430 €**	**430 €**	
FOOTBALL	football club de Villiers-en-Lieu	71	24	**240 €**	**240 €**	
FOOTBALL	groupement sud 52	250	171	**1 710 €**	**1 710 €**	
FOOTBALL	espérance de Saint-Dizier	155	71	**710 €**	**3 710 €**	**soutien exceptionnel de 3 000 €**
FOOTBALL	sports et loisirs de l'Ornel football	247	118	**1 180 €**	**1 180 €**	
FOOTBALL	sports réunis Neuilly-l'Évêque	204	84	**840 €**	**840 €**	
FOOTBALL	stade chevillonnais	144	76	**760 €**	**760 €**	
FOOTBALL	union sportive biesloise football	69	17	**170 €**	**170 €**	
FOOTBALL	union sportive Bricon-Orges	107	63	**630 €**	**630 €**	
FOOTBALL	union sportive de Wassy-Brousseval	115	65	**650 €**	**650 €**	
FOOTBALL	union sportive Fayl-Billot-Hortes	161	62	**620 €**	**620 €**	
FOOTBALL	union sportive intercommunale de la Blaise	223	75	**750 €**	**750 €**	

FOOTBALL	union sportive de Montier-en-Der	326	157	**1 570 €**	**1 570 €**	
FOOTBALL	union sportive Rouvres canton d'Auberive	140	79	**790 €**	**790 €**	
GYMNASTIQUE	club gymnique langrois	228	209	**2 090 €**	**2 090 €**	
GYMNASTIQUE	la chaumontaise	490	431	**4 310 €**	**4 310 €**	
GYMNASTIQUE	rayon sportif bragard	264	263	**2 630 €**	**2 630 €**	
HANDBALL	amicale laïque espérance de Pont-Varin	90	42	**420 €**	**420 €**	
HANDBALL	club omnisports Joinville Vallage	81	64	**640 €**	**640 €**	
HANDBALL	handball Montier-en-Der	95	45	**450 €**	**450 €**	
HANDBALL	Langres handball	131	81	**810 €**	**810 €**	
JUDO	foyer des jeunes Illoud judo	23	19	**190 €**	**190 €**	
JUDO	judo club Chanoy	52	30	**300 €**	**300 €**	
JUDO	judo club arts martiaux Montigny	52	31	**310 €**	**310 €**	
JUDO	judo club de Chaumont	189	159	**1 590 €**	**1 590 €**	
JUDO	judo club nogentais	142	98	**980 €**	**980 €**	
JUDO	judo club dervois	38	34	**340 €**	**340 €**	
JUDO	judo club Joinville	88	43	**430 €**	**430 €**	
JUDO	judo club Langres Vingeanne	79	45	**450 €**	**450 €**	
JUDO	judo club wasseyen	49	38	**380 €**	**380 €**	
JUDO	sports et loisirs de l'Ornel judo	115	63	**630 €**	**630 €**	
JUDO	judo club Saint-Dizier union des jeunes bragards	127	57	**570 €**	**570 €**	
KARATE	karaté club de Saint-Dizier	57	20	**200 €**	**200 €**	
MONTAGNE ESCALADE	génération roc	136	90	**900 €**	**900 €**	
MONTAGNE ESCALADE	la varappe lingonne	73	35	**350 €**	**350 €**	
NATATION	nautic club de Bologne	130	10	**100 €**	**100 €**	
SKI NAUTIQUE	club nautique de la Liez	284	99	**990 €**	**990 €**	
SPORT RURAL	foyer rural de Rolampont	250	164	**1 640 €**	**1 640 €**	
SPORT RURAL	foyer rural du Val de Meuse	156	91	**910 €**	**910 €**	
TENNIS	ASPTT tennis	134	59	**590 €**	**590 €**	
TENNIS	club olympique Saint-Dizier tennis club bragard	233	127	**1 270 €**	**1 270 €**	
TENNIS	entente chaumontaise athlétique cheminote tennis	142	74	**740 €**	**740 €**	
TENNIS	club de tennis de Châteauvillain	50	29	**290 €**	**290 €**	
TENNIS	tamis foulinois	80	19	**190 €**	**190 €**	
TENNIS	tennis club Biesles (pôle sportif de Biesles)	220	21	**210 €**	**210 €**	
TENNIS	tennis club bourbonnais	43	23	**230 €**	**230 €**	
TENNIS	tennis club dervois	58	31	**310 €**	**310 €**	
TENNIS	tennis club Eurville-Bienville	61	27	**270 €**	**270 €**	
TENNIS	tennis club Joinville	112	56	**560 €**	**560 €**	
TENNIS	tennis club Langres	284	183	**1 830 €**	**1 830 €**	
TENNIS	tennis club Neuilly-l'Évêque	65	34	**340 €**	**340 €**	
TENNIS	tennis club nogentais	104	66	**660 €**	**660 €**	
TENNIS	tennis club Wasseyen	26	14	**140 €**	**140 €**	
TENNIS DE TABLE	amicale des jeunes pongistes Montigny	30	28	**280 €**	**280 €**	
TENNIS DE TABLE	association sportive nogentaise tennis de table	108	33	**330 €**	**330 €**	
TENNIS DE TABLE	entente chaumontaise athlétique cheminote tennis de table	34	14	**140 €**	**140 €**	
TRIATHLON	entente chaumontaise athlétique cheminote triathlon	83	23	**230 €**	**230 €**	
VOLLEYBALL	club olympique Saint-Dizier volley	137	64	**640 €**	**640 €**	
	Totaux	12711	6892	**68 920 €**	**72 420 €**	

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-44-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.44**

OBJET :

Aide aux associations sportives des collèges participant aux championnats de France UNSS

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au budget primitif de l'année 2019,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 15 mars 2019, inscrivant au budget primitif un crédit de 27 720 € en faveur de l'encouragement aux sports scolaires,

Vu l'avis favorable de la VIIIe commission émis le 6 septembre 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant les demandes déposées par les associations sportives des collèges,

Considérant l'intérêt socio-éducatif d'une politique de développement du sport en milieu scolaire,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer les subventions, d'un montant total de **3 000 €,** aux associations sportives des collèges ayant participé aux championnats de France UNSS pendant l'année scolaire 2018-2019, conformément au tableau ci-annexé (imputation budgétaire 6574//32)

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 13:58:08
Référence technique : 052-225200013-20190920-44-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

ASSO

AUX CHAMPIONNATS DE FRANCE UNSS 2019

	Discipline	Dépenses occasionnées	Montant de la subvention proposé	Attribution
Association sportive collège Camille Saint-Saëns CHAUMONT	**Escalade** *1 au 3 avril 2019* *Pont-Audemer*	1 082 €	250 €	250 €
Association sportive collège Jean Renoir MONTIER-EN-DER	**Badten sport partagé** *27 au 29 mai 2019* *Voisins-le-Bretonneux*	1 116 €	250 €	250 €
	Badminton sport partagé *5 au 7 juin 2019* *Valenciennes*	1 030 €	250 €	250 €
Association sportive Collège Amiral Denis Decrès CHATEAUVILLAIN	**Volley-ball** *18 au 21 mars 2019* *Toulouse*	3 940 € (aide UNSS de 350 €)	400 €	400 €
Association sportive collège Paul Claudel WASSY	**Kayak polo** *27 au 29 mai 2019* *Saint-Dizier*	1 032 €	200 €	200 €
	Kayak combiné *20 au 23 mai 2019* *Beaurainville*	814 €	200 €	200 €
Association sportive collège Françoise Dolto NOGENT	**Badten** *27 au 29 mai 2019* *Voisins-le-Bretonneux*	1 040 €	250 €	250 €
Association sportive collège René Rollin CHEVILLON	**Handball** *4 au 7 juin 2019* *Cesson-Sévigné*	2 925 €	400 €	400 €
Association sportive collège Anne Frank SAINT-DIZIER	**Basket ball** *18 juin 2019* *Colommier*	1 321 €	250 €	250 €
Association sportive collège Camille Flammarion MONTIGNY-LE-ROI	**Danse** *26 au 29 mai 2019* *BRON*	2 646 € (aide UNSS de 400 €)	400 €	400 €
Association sportive collège Joseph Cressot JOINVILLE	**Pétanque sport partagé** *27 au 29 juin 2019* *Orléans*	706 €	150 €	150 €
	TOTAL	**17 652 €**	**3 000 €**	**3 000 €**

*Badten : discipline propre à l'UNSS mêlant badminton et tennis de table.

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-45-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

COMMISSION PERMANENTE Réunion du 20 septembre 2019	
Direction Culture, Sports et Monde Associatif	**N° 2019.09.45**
OBJET : **Dotations cantonales**	

Nombre de conseillers départementaux membres de la commission permanente : 34

Présents :
M. Michel ANDRE, Mme Rachel BLANC, Mme Anne CARDINAL, M. Nicolas CONVOLTE, Mme Astrid DI TULLIO, M. Jean-Michel FEUILLET, Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT, M. Paul FOURNIE, M. Nicolas FUERTES, M. Bernard GENDROT, M. Laurent GOUVERNEUR, M. Gérard GROSLAMBERT, M. Mokhtar KAHLAL, M. Nicolas LACROIX, Mme Anne LEDUC, Mme Nadine MARCHAND, M. Stéphane MARTINELLI, Mme Véronique MICHEL, Mme Anne-Marie NEDELEC, M. Bertrand OLLIVIER, M. Jean-Michel RABIET, Mme Mireille RAVENEL, Mme Elisabeth ROBERT-DEHAULT, Mme Laurence ROBERT-DEHAULT, Mme Yvette ROSSIGNEUX, Mme Fabienne SCHOLLHAMMER

Quorum : 18

Absents ayant donné procuration :
Mme Celine BRASSEUR à M. Paul FOURNIE
Mme Karine COLOMBO à M. Gérard GROSLAMBERT
M. Paul FLAMERION à M. Jean-Michel FEUILLET
M. Luc HISPART à Mme Nadine MARCHAND
Mme Marie-Claude LAVOCAT à M. Stéphane MARTINELLI
M. André NOIROT à Mme Mireille RAVENEL
Mme Catherine PAZDZIOR-VIGNERON à Mme Brigitte FISCHER-PATRIAT

Absent excusé et non représenté :
M. Bruno SIDO

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 6 novembre 2017 portant délégation d'attributions à la commission permanente,

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 14 décembre 2018 relative au budget primitif pour l'année 2019,

Vu le rapport de Monsieur le Président du Conseil départemental,

Considérant l'intérêt départemental que constituent les associations et clubs sportif haut-marnais,

LA COMMISSION PERMANENTE
Par 33 voix Pour

DÉCIDE

- d'attribuer aux clubs sportifs et aux associations au titre des « dotations cantonales » les subventions détaillées dans le tableau ci-annexé pour un montant de 9 100 €.

Chapitre 65, imputation 6574//311 et 6574//32.

RÉSULTAT DU VOTE : Adopté à l'unanimité

Chaumont, le 20 septembre 2019

LE PRÉSIDENT,

Nicolas LACROIX

Réception au contrôle de légalité le 24/09/2019 à 14:00:07
Référence technique : 052-225200013-20190920-45-DE
Affiché le 24/09/2019 - Certifié exécutoire le 24/09/2019

Commission permanente du 20 septembre 2019		Imputation	Montant de l'aide
Canton de BOLOGNE	**Dotation disponible : 1 500 €**		
	Souvenir Français du canton d'Andelot	Association	400 €
	Attribué		***400 €***
	Reste à répartir	**1 100 €**	
Canton de BOURBONNE-LES-BAINS	**Dotation disponible : 4 000 €**		
	Foyer rural de Val-de-Meuse	Association	300 €
	Football club de Is-en-Bassigny	Club sportif	500 €
	Attribué		**800 €**
	Reste à répartir	**3 200 €**	
Canton de CHALINDREY	**Dotation disponible : 1 450 €**		
	Association le Réveil de Chachot	Association	200 €
	Association lévriers champagne ardenne	Association	450 €
	La Palette de Fayl	Association	200 €
	UNAC – section Chalindrey	Association	200 €
	Attribué		***1 050 €***
	Reste à répartir	**400 €**	
Canton de JOINVILLE	**Dotation disponible : 4 700 €**		
	Amicale de Rouvroy – foyer jeunes	Association	500 €
	Attribué		***500 €***
	Reste à répartir	**4 200 €**	
Canton de LANGRES	**Dotation disponible : 1 400 €**		
	Couleurs des Toiles	Association	200 €
	Association Les Lippons	Association	200 €
	Club gymnique langrois	Club sportif	500 €
	Attribué		***900 €***
	Reste à répartir	**500 €**	
Canton de NOGENT	**Dotation disponible : 1 500 €**		
	Amicale sportive nogentaise	Club sportif	300 €
	Attribué		***300 €***
	Reste à répartir	**1 200 €**	
Canton de POISSONS	**Dotation disponible : 4 000 €**		
	Foires expositions animations de Bourmont	Association	400 €
	Goncourt Quad Nature	Club sportif	400 €
	Attribué		***800 €***

	Reste à répartir	**3 200 €**	
Canton de SAINT-DIZIER-2	**Dotation disponible : 1 950 €**		
	Judo club de Marnaval	Club sportif	950 €
	Harmonie UJB	Club sportif	1 000 €
	Attribué		***1 950 €***
	Reste à répartir	**0 €**	
Canton de VILLEGUSIEN-LE-LAC	**Dotation disponible : 4 000 €**		
	AISEY amitiés	Association	300 €
	Association sports et loisirs Orcevaux	Club sportif	300 €
	Union sportive de Rouvres	Club sportif	200 €
	Foyer ruraux de la Vingeanne	Association	500 €
	Club des ainés ruraux Val d'Esnoms	Association	200 €
	Foyer rural d'Esnoms au Val	Association	500 €
	Aux petits soins pour de gros mots (APSGM)	Association	400 €
	Attribué		***2 400 €***
	Reste à répartir	***1*** **600 €**	
Incidence du rapport			**9 100 €**