

ars mag

 Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

n°3

SEPTEMBRE
OCTOBRE
NOVEMBRE

MAGAZINE DESTINÉ AUX ACTEURS ET DÉCIDEURS DE LA SANTÉ

>À LA UNE

LES COMMUNAUTÉS
HOSPITALIÈRES DE
TERRITOIRES (CHT),
UN FORT ENJEU
D'ORGANISATION DES SOINS
POUR LA CHAMPAGNE-
ARDENNE



REPORTAGE

L'EAU POTABLE DE CHAMPAGNE-
ARDENNE, SOUS TOUTES SES
COUTURES

COMPRENDRE

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS
CONSENTEMENTS :
LE PATIENT AU CŒUR
DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

PORTRAIT

PERSONNES ÂGÉES
DEPENDANTES : LA PREMIÈRE
MAÏA DE LA RÉGION SE MET
EN PLACE À REIMS

ON EN PARLE





☉ ON EN PARLE P04-05

CRÉATION D'UN GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE POUR LA MATERNITÉ D'EPERNAY

DIPICA, UN DISPOSITIF POUR AIDER LES INTERNES À S'INSTALLER EN CHAMPAGNE-ARDENNE

SENSIBILISATION AUX RISQUES AUDITIFS : L'ARS PRÉSENTE AU FESTIVAL DE MUSIQUE DU « CHIEN À PLUMES »

INSTITUT JEAN GODINOT - CHU DE REIMS : UN PARTENARIAT POUR RENFORCER LA FILIÈRE CANCÉROLOGIQUE EN CHAMPAGNE-ARDENNE

LE DÉBAT PUBLIC SUR LA DÉPENDANCE, UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ

HOSPHDIAG, UN OUTIL POUR FACILITER LE DIALOGUE DE GESTION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET L'ARS

MALADIE D'ALZHEIMER : UN APPEL À PROJETS POUR FORMER ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS FAMILIAUX

☉ REPORTAGE P06-07

L'EAU POTABLE DE CHAMPAGNE-ARDENNE, SOUS TOUTES SES COUTURES

☉ A LA UNE P08-10

LES COMMUNAUTÉS HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRES (CHT), UN FORT ENJEU D'ORGANISATION DES SOINS POUR LA CHAMPAGNE-ARDENNE

☉ PORTRAIT P10

PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES : LA PREMIÈRE MAÏA DE LA RÉGION SE MET EN PLACE À REIMS

☉ COMPRENDRE P11

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENTS : LE PATIENT AU CŒUR DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

☉ EN UN CLIC

Retrouvez sur
www.ars.champagne-ardenne.sante.fr

- Le rapport d'activité 2010 de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne
- Le Plan Régional Santé Environnement 2010-2014
- La qualité de l'eau de Champagne-Ardenne : bilan triennal (2007-2009)
- Etudes en Santé n°1 : les IVG réalisées en Champagne-Ardenne en 2009
- Panoramas - Statistique Annuelle des Etablissements de Santé- 2009



Directeur de publication : Jean-Christophe Paille
Rédactrice en chef : Mylène Marthely
Comité de rédaction : Xavier Durut, Eric Gautron, Mylène Marthely
Ont contribué à ce numéro : Thierry Alibert, Laurent Caffet, Brigitte Courtois, Marc Daclin, Anne-Marie Destips, Nathalie Héloïse
Conception et réalisation : Com'in Création
Impression : Numérique Impression Châlons Communication
Crédits photos : 123 RF ; photolibre.fr



LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ, LA DERNIÈRE LIGNE DROITE

Le 15 décembre 2011, je transmettrai le Projet Régional de Santé (PRS), pour avis réglementaire, au Préfet de région, à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) et aux collectivités locales.

Dans deux mois, nous aurons ainsi achevé le travail engagé il y a 15 mois. Et quel travail !

Bref retour en arrière. Le « chantier du PRS » a été conduit en deux phases.

La première, de « co-construction », a débuté l'été 2010, après que l'Observatoire Régional de Santé a produit un état des lieux de la santé en Champagne-Ardenne. D'octobre 2010 à février 2011, le projet de Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) a été élaboré dans le cadre de groupes de travail thématiques et avec le concours de forums départementaux, permettant son adoption en avril 2011. A partir de mars, les trois schémas (prévention, soins et médico-social) et deux programmes (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des populations en situation de précarité et le programme régional de développement de la télémédecine) ont été mis sur le métier, donnant lieu à plus de 100 auditions et consultations des acteurs de santé de la région. Cette phase s'est achevée avec la production par les équipes de l'ARS de la « V0 » du PRS pendant l'été 2011.

Une deuxième phase, orientée vers la concertation, a alors démarré. Elle vise à bien « ajuster » le Projet Régional de Santé aux

caractéristiques régionales. Pour y parvenir, la première maquette du PRS a été présentée et discutée dans les commissions spécialisées de la CRSA, les commissions de coordination des politiques publiques, les conférences de territoires et enfin la commission permanente de la CRSA.

Les échanges ont permis d'identifier certains sujets sur lesquels la « V1 » du PRS devra apporter un plus, par rapport à la « V0 » : la sauvegarde de l'accès aux soins, dans un contexte où la gradation des soins évoluera ; l'accompagnement des aidants naturels, d'autant plus nécessaire que le maintien à domicile des personnes âgées et l'insertion en milieu ordinaire des personnes handicapées sont recherchés ; la « mise en mouvement » des territoires de proximité, où se jouent l'entrée dans le système de soins et la coordination entre acteurs du système de santé.

Cette « V1 » sera à son tour soumise à la concertation jusqu'à la fin novembre, nous permettant de réaliser la version finale du PRS pour le 15 décembre.

Il est bon, à ce stade, de nous rappeler à quoi sert cet intense travail, qui mobilise directement près de soixante-dix agents de l'ARS, les membres de la CRSA, des conférences de territoires, des commissions de coordination des politiques publiques, et les nombreux acteurs de santé qui y contribuent.

Le Projet Régional de Santé, c'est la feuille de route de l'ARS et de l'ensemble des acteurs de santé pour la période 2012-2016 ; il décline la politique nationale de santé en Champagne-Ardenne, avec ses trois orientations : allonger l'espérance de vie en bonne santé, réduire les inégalités devant la santé, développer un système de santé de meilleure qualité, accessible et plus efficient. Cette déclinaison doit permettre de répondre aux besoins et aux problèmes de santé principaux en Champagne-Ardenne : l'évolution défavorable de la démographie des professionnels de santé ; un état de santé de la population moins bon que la moyenne nationale ; des établissements de santé dont beaucoup sont en déficit ; une offre médico-sociale inégalement répartie, et où la part des services est insuffisante ; des parcours de soins à améliorer par une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs.

L'ambition de ce travail serait écrasante si nous ne le conduisons pas ensemble, dans un esprit de dialogue, avec détermination et pragmatisme. Certes, nous admettons qu'avec ce premier Projet Régional de Santé, « l'idéal » ne sera pas forcément atteint, mais nous voulons par-dessus tout qu'il fédère les volontés pour faire progresser ensemble la santé en Champagne-Ardenne.

Jean-Christophe Paille
Directeur Général de l'ARS de Champagne-Ardenne

» EN CHIFFRES

2,96
MILLIONS d'€

C'est le montant de l'enveloppe allouée à l'ARS de Champagne-Ardenne par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé pour financer les forfaits (astreintes et régulation médicale) versés aux médecins pour la permanence des soins ambulatoires.

Avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), la permanence des soins ambulatoires est devenue une mission de service public dont le pilotage a été confié aux l'ARS. Dans le nouveau dispositif, une part de la rémunération demeure dans le champ de la convention médicale, tandis que l'autre part relève de forfaits modulables (astreintes et régulation médicale) versés par les ARS.



CRÉATION D'UN GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE POUR LA MATERNITÉ D'EPERNAY

A Epernay, en 2010, la clinique Saint-Vincent et le centre hospitalier Auban-Moët totalisaient 720 accouchements. Si l'ARS vient de renouveler leur autorisation d'exercer aux deux structures, elle a assorti cette décision d'un délai d'une année, le temps de constituer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) entre les deux établissements. En 2012, l'activité de gynécologie-obstétrique à Epernay se verra donc attribuer une seule autorisation, celle du GCS, regroupant les professionnels de la naissance des deux établissements public et privé. Enfin, au terme des travaux d'aménagement, cette activité sera basée sur le site du centre hospitalier. Le GCS a pour but de mettre en cohérence les besoins de la population et l'offre de soins d'un territoire. Rassemblant des établissements de santé, il permet une gestion commune des équipements et des ressources humaines. ■

DIPICA, UN DISPOSITIF POUR AIDER LES INTERNES À S'INSTALLER EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Face aux problèmes de démographie médicale, l'ARS a mis en place un plan d'actions intitulé DIPICA (Dispositif Post-Internat en Champagne-Ardenne). Ce dispositif a pour objectif de consolider l'offre de soins sur les territoires, d'offrir de réelles perspectives de post-internat pour les internes, de renforcer l'attractivité de la région pour les jeunes médecins et d'anticiper les difficultés en matière de démographie médicale hospitalière pour les centres hospitaliers de la région. Un forum sur le post-internat a été co-organisé par l'ARS, les internes et la faculté de médecine de Reims en juin dernier. Il a permis de faire se rencontrer les établissements publics de santé et les internes qui terminent leur cursus afin d'échanger sur les perspectives de carrière en post-internat au sein de ces établissements. ■



SENSIBILISATION AUX RISQUES AUDITIFS : L'ARS PRÉSENTE AU FESTIVAL DE MUSIQUE DU « CHIEN À PLUMES »



Dans le cadre de l'action n°19 du Plan Régional Santé Environnement 2 qui vise à « Protéger la population des risques auditifs liés à l'écoute de musique amplifiée », l'ARS a mené une action de sensibilisation au festival de musique du « Chien à Plumes » de Langres cet été. Le but de cette action n'est pas d'inciter à ne plus écouter de musique, mais bien d'apprendre à écouter la musique de manière à ce qu'elle reste un plaisir, en adoptant les bons réflexes pour protéger ses oreilles. Ainsi, l'ARS cherche à combattre les troubles de l'audition dont souffrent actuellement 37% des 15-19 ans.

Au festival, l'ARS a sensibilisé le public à ces risques auditifs par une campagne d'affichage, des mesures en continu du niveau sonore et la distribution de 3000 protections auditives. La majorité des personnes venues sur le stand pour se procurer des protections auditives ont trouvé l'initiative très judicieuse et « salvatrice » pour leurs oreilles ! ■

HOSPI-DIAG, UN OUTIL POUR FACILITER LE DIALOGUE DE GESTION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET L'ARS



Hospi-Diag est un outil de diagnostic de la performance des établissements de santé (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) dans ses cinq composantes, que sont l'activité, l'organisation, la qualité des soins, les ressources humaines et les finances. Il constitue ainsi un support de dialogue permettant de structurer la discussion entre l'ARS et chaque établissement de santé sur ses forces, ses faiblesses et donc ses gisements de performance. Cet outil permet aux établissements de se positionner et de se comparer, sur la base d'une soixantaine d'indicateurs.

Une vaste campagne de formation de l'ensemble des acteurs concernés par cet outil sera organisée par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) en Champagne-Ardenne d'ici la fin de l'année. ■

Pour en savoir plus : www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag/

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ PRÉSENTÉ AUX CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

Les 5 et 6 octobre, la première version du PRS était présentée aux conférences de territoire Nord et Sud. Ces conférences rassemblent, dans chacun des 2 territoires de santé, l'expression de l'ensemble des acteurs en santé de proximité (représentants des collectivités territoriales, des établissements de santé, des structures médico-sociales, de prévention, de soins à domicile, des professionnels de santé libéraux...). Associées à l'élaboration du PRS, elles veillent à donner une dimension territoriale aux objectifs et aux actions déclinées dans le Projet Régional de Santé, afin de favoriser une offre de soins de proximité et de qualité sur l'ensemble des territoires. ■

Pour en savoir plus : www.ars.champagne-ardenne.sante.fr
rubrique : *votre ARS / Le projet régional de santé*

MALADIE D'ALZHEIMER : UN APPEL À PROJETS POUR FORMER ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS FAMILIAUX

La mesure 2 « Formation des aidants familiaux » du plan national Alzheimer vise à offrir aux familles accompagnant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer (ou d'une maladie apparentée) des connaissances et des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation aidant-aidé.

Dans ce cadre, l'ARS de Champagne-Ardenne a mis en œuvre un appel à candidatures pour déployer les nouvelles actions d'information et de formation. Pour les aidants qui vont suivre ces formations, cela doit leur permettre :

- d'adopter les attitudes et les comportements appropriés à la personne malade en fonction de

- ses besoins ;
- de diminuer le stress et prévenir les situations d'épuisement ;
- de valoriser le rôle de l'aidant et lui permettre de se reconnaître dans ses différents rôles ;
- de connaître les limites de l'aide familiale ;
- d'anticiper les changements de situations. Par exemple, comment anticiper une éventuelle entrée en institution ou une reprise d'activité ?
- de mieux se repérer dans l'univers institutionnel et d'apprendre à mobiliser les ressources internes et externes de son environnement ;
- de mieux vivre avec la maladie de son proche. ■

Retrouvez les dates et les lieux de formation sur www.ars.champagne-ardenne.sante.fr

INSTITUT JEAN GODINOT - CHU DE REIMS : UN PARTENARIAT POUR RENFORCER LA FILIÈRE CANCÉROLOGIQUE EN CHAMPAGNE-ARDENNE



À la demande de l'ARS, l'Institut Jean Godinot, centre régional de lutte contre le cancer, et le CHU de Reims ont engagé une démarche pour constituer un pôle cancérologique hospitalo-universitaire en Champagne-Ardenne. Le développement de la coopération porte sur la prise en charge des patients, les activités de formation et la recherche.

Les objectifs sont partagés par les responsables des 2 établissements :

- constituer un projet médical commun, mettant en avant les complémentarités des 2 établissements hospitalo-universitaire et permettant la lisibilité d'une prise en charge globale des pathologies du cancer,

- élaborer un projet pédagogique commun,

- mettre en place des projets de recherche clinique et translationnelle de caractère hospitalo-universitaire,

- rechercher de nouvelles marges d'efficacité à court et moyen terme.

Une quinzaine de groupes de travail thématiques (pneumologie, gynécologie, oncopédiatrie, biologie, anatomopathologie, imagerie...) ont été mis en place. Ces groupes de travail rendront d'ici la fin de l'année un état des lieux des activités, des compétences et des coopérations existantes. Ensuite, sera travaillé un schéma-cible, dont la validation devrait avoir lieu d'ici 2012. ■

LE DÉBAT PUBLIC SUR LA DÉPENDANCE, UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ



En début de l'année, le Président de la République a lancé un grand débat national sur la dépendance durant lequel professionnels de santé, élus, associations, citoyens ont pu faire part de leurs préoccupations et partager leurs expériences. En Champagne-Ardenne, un débat régional a eu lieu le 16 mai autour de deux tables rondes, l'une sur les enjeux du vieillissement pour la société française, l'autre sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Le 21 juin, les rapporteurs des quatre groupes de travail nationaux sur la prise en charge de la dépendance rendaient publiques leurs propositions. Lors de la réception de ces rapports, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, a souligné les objectifs qui découlent de ces rapports et des débats régionaux, qui les ont précédés :

- l'amélioration de la coordination des intervenants autour de la personne âgée dépendante,
- la mise en place d'un parcours cohérent, coordonné et adapté de la personne âgée,
- le soutien aux familles, et plus généralement aux aidants (formations, aides, offres de services...),
- le vivre « à la maison » le plus longtemps possible en toute sécurité. ■

Pour en savoir plus :
www.dependance.gouv.fr

L'ARS DRESSE UN BILAN GLOBALEMENT POSITIF DE LA QUALITE DE L'EAU EN CHAMPAGNE-ARDENNE

L'EAU POTABLE SOUS TOUTES SES COUTURES

Buvons-nous une eau de qualité ? Cette question demeure depuis longtemps un important sujet de santé publique. En raison de son caractère vital, l'eau destinée à la consommation humaine fait l'objet d'une grande attention. Elle doit être de bonne qualité sanitaire. Tous les 3 ans, l'ARS de Champagne-Ardenne (auparavant les DDASS) publie un bilan de la qualité de l'eau destiné aux collectivités territoriales de la région. Pour 2007 - 2009, le constat est globalement positif.



LES CHAMPARDENNAIS BÉNÉFICIENT D'UNE EAU POTABLE DONT LA QUALITÉ S'AMÉLIORE

Le 6 juillet dernier, lors d'une présentation à la presse, le Directeur Général de l'ARS, Jean-Christophe Paille, s'est félicité des bons résultats constatés par le bilan de la qualité de l'eau réalisé sur la période 2007-2009. Il apparaît que l'amélioration observée lors du précédent bilan se poursuit. Indépendamment des situations localisées, l'eau distribuée en Champagne-Ardenne s'est révélée conforme aux exigences de qualité réglementaires sur le plan physico-chimique et bactériologique (98,5%).

Deuxième point positif, la mise en place des périmètres de protection autour des captages d'eau pour préserver la qualité des eaux exploitées a également progressé. 53 % des captages d'eau disposent désormais d'un arrêté de déclaration d'utilité publique (DUP) instituant les périmètres. Des marges de progression demeurent, ce taux moyen étant un peu en deçà de la moyenne

nationale (57%). La sécurisation de l'alimentation en eau potable reste un des objectifs forts de l'ARS de Champagne-Ardenne. Le second Plan Régional Santé Environnement (PRSE) prévoit ainsi dans ses actions phares l'augmentation du nombre de captages protégés sur l'ensemble de la région et la sensibilisation des collectivités à la protection de leurs captages.

En revanche, la qualité microbiologique de l'eau potable et les non-conformités liées aux pesticides nécessitent encore une vigilance constante.

Entre 2007 et 2009, 9,5 % de la population de la région était concernée par, au minimum, un dépassement des normes pour au moins un produit phytosanitaire. L'usage de ces produits (atrazine, deséthylatrazine...) est aujourd'hui interdit, et pour certains d'entre eux, depuis plusieurs années. Leur présence dans les nappes phréatiques traduit donc des pollutions anciennes.



5 INDICATEURS DE QUALITÉ POUR MESURER LA QUALITÉ DE L'EAU POTABLE

+ 1 / la qualité

L'objectif poursuivi est que l'eau ne contienne pas d'éléments pathogènes. **96 %** de la population dispose d'une eau de bonne qualité microbiologique. Cette amélioration concerne principalement les petites collectivités en milieu rural et plus spécifiquement les départements des Ardennes et de la Haute-Marne.

nombreuses actions de prévention des pollutions menées, des mesures curatives (traitements, changement de ressource, interconnexion...) sont également mises en œuvre pour répondre aux exigences de santé publique.

Fl 4 / le fluor

Le fluor est un oligo-élément indispensable à l'organisme. Cependant, son excès peut provoquer des pathologies fragilisant les os ou les dents (fluorose). **99,9 %** de la population dispose d'une eau conforme pour ce paramètre. Seuls 2 départements, la Marne et la Haute-Marne, présentent des non-conformités.

Ni 2 / les nitrates

La présence excessive des nitrates dans les eaux souterraines atteste souvent d'une dégradation de la qualité de l'eau. En Champagne-Ardenne, plus de **98 %** des contrôles sur les nitrates ont été conformes à la réglementation.

3 / les pesticides

Près de **90 %** de la population disposait d'une eau conforme à la réglementation. La présence des produits phytosanitaires dans les nappes phréatiques traduit des pollutions parfois anciennes. En complément des

5 / la dureté

Plus de **56 %** des unités de distribution de la région disposent d'une eau moyennement dure. La dureté de l'eau reste relativement homogène et stable dans le temps. L'eau est principalement dure de par sa nature du sol (craie), sauf dans le nord des Ardennes.



LE SAVIEZ-VOUS ? L'EAU DÉLIVRÉE AU ROBINET EST TRÈS CONTRÔLÉE

La sécurité sanitaire des eaux d'alimentation distribuées à la population fait appel à une succession de dispositifs de vigilance (périmètres de protection, usines de traitement, appareils de désinfection). Ces dispositifs permettent de s'assurer du respect des exigences de la qualité et du bon fonctionnement des installations de production et de distribution.

La maîtrise des risques repose à la fois sur la surveillance permanente, que le responsable de la distribution est tenu d'exercer, et sur le contrôle sanitaire régulier encadré par les services de l'ARS de Champagne-Ardenne : vérification du respect des procédures d'autorisation, visites techniques des installations...

Ainsi, l'ARS et ses délégations territoriales départementales assurent un contrôle régulier des paramètres de qualité depuis le captage d'eau jusqu'au robinet du consommateur. Ces contrôles représentent chaque année près de **12 600 prélèvements**. Les résultats de ces contrôles sanitaires sont affichés en mairie ou au service des eaux et exploités par l'ARS.

Elle veille par ailleurs à l'application rigoureuse des procédures de gestion des situations de non-conformité.

Des chantiers sont d'ores et déjà engagés pour respecter les valeurs limites de qualité liées à la présence de pesticides à l'horizon 2013. Là également, le PRSE 2 ambitionne :

- de mettre en œuvre les traitements appropriés pour faire face aux pollutions les plus anciennes,
- d'accélérer la mise en place des périmètres de protection,
- d'élaborer des partenariats d'intervention avec les acteurs du secteur de l'environnement pour prévenir de nouvelles pollutions. Ces plans* convergent tous pour faire de la gestion de la ressource en eau une démarche globale de protection de la santé et des générations futures.

Retrouvez les résultats détaillés du bilan de la qualité de l'eau sur www.ars.champagne-ardenne.sante.fr

* Plan Régional Santé Environnement, le programme Ecophyto 2018, le Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux, les Schémas d'Aménagement et de Gestion des Eaux, les orientations du Grenelle de l'Environnement)

LES COMMUNAUTES HOSPITALIERES DE TERRITOIRES (CHT)

UN FORT ENJEU D'ORGANISATION DES SOINS POUR LA CHAMPAGNE-ARDENNE

Innovation de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, la communauté hospitalière de territoire (CHT) est un nouveau mode de coopération entre établissements de santé. Qu'apporte-t-elle de plus que les modes de coopérations antérieures ?



8

La communauté hospitalière de territoire est une forme de coopération qui repose sur une convention conclue entre plusieurs établissements publics de santé. A la différence d'un Groupement de Coopération Sanitaire, elle n'est donc ouverte ni aux établissements de santé privés, ni aux professionnels libéraux. Là où réside son innovation, c'est que des établissements publics de santé, tout en gardant leur personnalité juridique, décident ensemble de se doter d'une stratégie commune, en élaborant un projet médical commun, et de mutualiser certaines fonctions et activités. Des délégations ou des transferts de compétence pourront même être envisagés.

LES AVANTAGES D'UNE CHT

DES SOINS DE QUALITÉ

- Organisation des filières de prise en charge
- Facilitation du parcours de soins des patients
- Amélioration de l'accès aux soins et de la permanence des soins

LA PERENNITE ET L'OPTIMISATION DE L'OFFRE MEDICALE

- Renforcement des équipes médicales (partage de compétences)
- Renforcement de l'attractivité médicale des territoires de santé

LA DIMINUTION DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE

- Optimisation des ressources immobilières et humaines
- Mutualisation des fonctions support
- Optimisation des plateaux techniques

Les complémentarités qui en résulteront, amélioreront la performance médico-économique des établissements publics de santé concernés. La recherche d'une meilleure gradation des activités en vue d'une plus grande qualité et sécurité des soins est au cœur des objectifs d'une communauté hospitalière de territoire.

EN CHAMPAGNE-ARDENNE, LES PROJETS DE COMMUNAUTES HOSPITALIERES TERRITORIALES REGROUPERONT :

- au nord, les centres hospitaliers de Charleville-Mézières, Sedan et les hôpitaux de Nouzonville et de Fumay ;
- au centre, le CHU de Reims, le Groupement Hospitalier Sud Ardennes, les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne, Vitry-le-François, Epernay, Saint-Dizier, Sainte-Ménéhould et les hôpitaux de Fismes, Montmirail, Wassy, Joinville et Montier-en-Der ;
- au sud, les centres hospitaliers de Troyes, le Groupement Hospitalier Aube-Marne, les centres hospitaliers de Chaumont et de Langres et les hôpitaux de Bourbonne-les-Bains, Bar-sur-Seine et Bar-sur-Aube.

Une journée régionale, où seront conviés l'ensemble des centres hospitaliers publics, sera organisée dans les prochains mois. Pour l'ARS et les établissements, l'utilité de cette journée sera d'échanger sur les objectifs des 3 CHT de la région et sur les modalités pour les atteindre.

En savoir +

www.sante.gouv.fr/la-communaute-hospitaliere-de-territoire.html

LA PAROLE À...



MARC DACLIN,
CHEF DU SERVICE PILOTAGE
DE LA PERFORMANCE À L'ARS
DE CHAMPAGNE-ARDENNE

En quoi la création des CHT est-elle un fort enjeu d'organisation des soins pour la Champagne-Ardenne ?

La plupart des établissements publics de santé de notre région souffre d'un déficit d'attractivité et de situations financières fragiles. En constituant des pôles de territoires et des équipes médicales et paramédicales plus larges, les CHT vont permettre de grouper les recrutements médicaux, renforçant ainsi l'intérêt des praticiens hospitaliers pour l'exercice dans la région. Et la mutualisation de moyens au niveau d'un territoire (plateaux techniques, compétences spécialisées ou fonctions support) permettra également d'améliorer à la fois la qualité des prises en charge et l'efficacité des établissements.

J'ajoute que les investissements seront d'autant plus facilités s'ils s'appuient dès leur conception sur le périmètre du territoire d'une CHT, comparé à un périmètre plus étroit que représente un seul établissement, fut-il très performant.

Le rôle de l'ARS dans la création des CHT ?

Nous accompagnerons les établissements publics dans leur démarche pour que chaque CHT ait une « feuille de route » et nous en suivront la progression. En outre, nous mobiliserons, les crédits dédiés du Fonds de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés (FMESP) et des crédits d'aide à la contractualisation pour aider à la mise en œuvre des projets de CHT.

Et les cliniques privées, les structures médico-sociales ? Quelle sera leur place dans ce nouveau dispositif ?

En effet, les établissements médico-sociaux, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les établissements privés ne peuvent intégrer les CHT. Pour autant, les collaborations déjà engagées, ne seront pas remises en cause. La vision de ces collaborations prendra une dimension territoriale, là où elles n'étaient que locales.



BRIGITTE COURTOIS,
DIRECTRICE DU GROUPEMENT
HOSPITALIER AUBE-MARNE
(GHAM), MEMBRE DU
GROUPE DE TRAVAIL SUR LA
CONSTITUTION DE LA CHT
SUD CHAMPAGNE

Vous faites partie du groupe de travail sur la constitution de la CHT Sud Champagne. Comment abordez-vous cette démarche ?

Avec les directeurs et les présidents de Commissions Médicales d'Établissements (CME) des hôpitaux de la CHT Sud Champagne, nous élaborons un projet médical commun, qui ne visera pas à centraliser l'offre mais au contraire à conforter voire développer l'offre de proximité. Nous souhaitons également que les activités de support soient concernées par cette coopération afin que l'on se dote de compétences particulières indispensables à l'évolution de nos activités (le domaine juridique, la qualité et la gestion des risques, les systèmes d'informations).

« Mieux répondre aux défis que doit relever le secteur public hospitalier »

Concrètement, quelles sont vos pistes de coopération ?

Nous avons déjà réalisé un état des lieux des coopérations et des projets existants et prévu de recueillir auprès de chaque établissement les thèmes de coopération qu'il propose. Dans le domaine médical, l'organisation des filières de soins pour qu'elles soient mieux coordonnées et mutualisées, la définition des parcours de proximité pour la gériatrie et le rapprochement des équipes médicales pour la permanence des soins sont les premières pistes de travail. Cette coordination permettra de mieux orienter le patient dans son parcours de soins grâce à une recherche plus efficace des structures possibles de prise en charge.

Quels sont les autres domaines ?

Plusieurs attentes fortes se dégagent. Des économies d'échelle dans le domaine par exemple des achats et des marchés publics peuvent être réalisées. Nous travaillons à optimiser le plateau technique existant et l'utilisation des équipements lourds à l'aide d'une coopération entre les équipes médicales renforcées. Nous prévoyons également d'organiser la filière biologique afin de proposer une offre publique de qualité et certifiée. Enfin, la mutualisation de l'organisation de l'imagerie médicale est également une piste de coopération.



RETROUVEZ L'INTÉGRALITÉ DES INTERVIEWS SUR
WWW.ARS.CHAMPAGNE-ARDENNE.SANTE.FR

LA CHT SUD CHAMPAGNE- EN QUELQUES MOTS

- Territoire couvert : l'Aube et le sud Haute-Marne (environ 440 000 habitants).
- Établissements publics de santé concernés : le GHAM, les centres hospitaliers de Troyes, Chaumont, Langres, les hôpitaux de Bourbonne-les-Bains, de Bar-sur-Aube et de Bar-sur-Seine.
- Volume de séjours Médecine-Chirurgie-Obstétrique : 120 000 par an.
- Taux de fuite pour la chirurgie : environ 25 %.



Nathalie HELOÏSE, pilote du projet MAIA de Reims et son agglomération (CAR) porté par l'Office Rémois des Retraités et des Personnes Agées (ORRPA) depuis juillet 2011

Pour tout contact :
nheloise-maia@orange.fr

10

EN CHIFFRES

- 120 000 € c'est la participation de l'ARS Champagne-Ardenne au budget de fonctionnement de la MAIA de Reims en 2011.
- 39 500 c'est le nombre de personnes âgées de + 60 ans vivant à leur domicile à Reims (source : INSEE 2008).
- 8 500 c'est le nombre d'allocataires de l'APA dans la Marne à la fin 2010, dont la moitié vit à son domicile.

¹ Services de Soins Infirmiers à Domicile

² Allocation Personnalisée d'Autonomie

³ Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée

Mesure 4 du plan Alzheimer, les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) se mettent en place après une période d'expérimentation nationale de 2 ans. Dispositifs de proximité (et non pas maisons accueillant du public comme leur nom pourrait le faire penser), elles visent à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, à améliorer la qualité de vie des malades et de leurs aidants et à faciliter leur parcours de soins. L'ARS est chargée, en concertation avec les Conseils Généraux, du développement de ces maisons.

PERSONNES AGEES DEPENDANTES : LA PREMIERE MAIA DE LA REGION SE MET EN PLACE A REIMS

EN 2 MOTS, POURQUOI UN DISPOSITIF MAIA ?

Les processus de coordination actuels (Centres Locaux d'Information et de Coordination, réseau gérontologique, réseau gériatrique) n'ont pas permis de dépasser les cloisonnements entre l'organisation sanitaire et sociale. L'hôpital et le domicile, le libéral et le public, l'aidant familial et le professionnel ont souvent du mal à se rencontrer. La prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles de la dépendance (troubles cognitifs et/ou troubles moteurs) se traduit alors par une difficulté d'accès aux services, une multiplicité des évaluations, une rupture de continuité dans les interventions. De même, les aidants s'épuisent pour joindre le bon interlocuteur.

QUI EST CONCERNÉ ?

Le dispositif MAIA s'adresse aux acteurs des champs sanitaire, social et médico-social intervenant auprès des personnes âgées, atteintes de troubles de la dépendance ainsi qu'à leurs aidants (conjoint, enfants...). Ces personnes âgées sont en grande perte d'autonomie, et leur maintien à domicile est rendu difficile à cause du cumul de problématiques à la fois médicales, psychologiques et sociales. Parmi les intervenants, on trouve les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, les aides à domicile, les SSIAD¹, les travailleurs sociaux, etc.

EN QUOI CONSISTE LE DISPOSITIF MAIA ?

L'objectif du dispositif est de simplifier les parcours, de réduire les doublons en matière d'évaluation des besoins de la personne et de coordonner les différentes interventions auprès de la personne. La MAIA va plus loin qu'une simple coordination car elle se fonde sur l'intégration de l'ensemble des acteurs du sanitaire et du social dans un même dispositif local. Ces acteurs deviennent « co-responsables ». Cependant, il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances, mais de s'appuyer sur l'ensemble des acteurs du territoire concerné par la MAIA.

CONCRÈTEMENT ?

Un exemple : comment prévoir le retour à domicile d'une personne âgée devenue dépendante après une hospitalisation urgente non programmée ? Le dispositif MAIA va coordonner un ensemble d'acteurs et d'aides déjà existants pour gérer le quotidien de la personne : sa toilette (médicalisée ou aide), ses courses, ses repas, son ménage, ses animaux, ses soins, l'information

de son médecin traitant. Cela peut se traduire par l'aménagement d'une douche, d'un lève-malade par exemple, financé par l'APA² via le Conseil Général. Autre exemple, certains actes sont complémentaires et nécessitent la présence des intervenants au même moment. Le cas d'une toilette nécessitant une partie soins (effectuée par un SSIAD) et une partie accompagnement (effectuée par une aide à domicile) suppose que les deux intervenants se soient consultés au préalable, ce qui n'est pas toujours le cas. Le dispositif MAIA va aider à cela, au bénéfice de la personne.

QUEL EST LE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF ?

Selon le niveau de dépendance de la personne, le dispositif MAIA prévoit soit un suivi classique pour les personnes présentant une faible dépendance (intégré au sein des acteurs de la prise en charge) soit un accompagnement par un « gestionnaire de cas ». Cet accompagnement est destiné aux personnes ne pouvant pas se prendre en charge car présentant une ou plusieurs pathologies chroniques évolutives médico-psycho-sociales. C'est à l'issue d'une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne, que le gestionnaire de cas va planifier et articuler les services requis avec les professionnels intervenant auprès de la personne suivie. Référents des familles, les gestionnaires de cas travaillent en étroite collaboration avec le médecin traitant.

ET POUR LES AIDANTS FAMILIAUX, QU'EST-IL PRÉVU ?

Il s'agit de prendre en compte les aidants en leur proposant des aides pour souffler (groupe de parole, halte répit), les soulager (accueil de jour pour le malade) et les former à la maladie.

SELON VOUS, QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE CE NOUVEAU DISPOSITIF ?

Tout d'abord, une adhésion des professionnels et notamment des médecins généralistes. Ce projet doit devenir un projet collectif de partenariats. Ces professionnels doivent appréhender le projet MAIA comme un projet de réorganisation et non pas comme un projet de coordination « de plus ». Comme le souligne l'ODAS³ dans ses cahiers de juillet 2011, la MAIA et son organisation intégrée des services est le dispositif qui va nous permettre d'abandonner le concept de soutien à la dépendance au profit du concept de soutien à l'autonomie. ■



La décision, prise par le conseil constitutionnel, de mieux protéger les patients placés en soins psychiatriques sans consentement et privés de la liberté d'aller et venir débouche sur une nouvelle loi promulguée le 5 juillet 2011, réformant celle datant de 1990.

Thierry Alibert, délégué territorial de l'ARS dans la Marne, nous explique l'esprit de cette nouvelle loi qui renforce les droits des patients et ce qu'elle a changé depuis son entrée en vigueur le 1^{er} août.

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENTS : **LE PATIENT AU CŒUR DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011**

DANS L'ESPRIT DE CETTE LOI, QU'EST-CE QUI CHANGE FONDAMENTALEMENT ?

Cette loi renforce les droits des patients devant suivre des soins psychiatriques sans leur consentement. Elle modernise aussi les soins dispensés au malade en élargissant l'éventail des prises en charge.

QUELS SONT LES MESURES PHARES QUI ILLUSTRENT LE RENFORCEMENT DES DROITS DES PATIENTS ?

● Il y a d'abord, dans cette loi, l'intervention du juge des libertés et de la détention qui intervient dans le processus par des contrôles systématiques, si un patient est placé en hospitalisation complète plus de quinze jours ou plus de six mois. Ce contrôle judiciaire vient équilibrer et sécuriser la mesure privative de liberté.

La loi instaure la possibilité pour le malade de recourir à des audiences devant le juge des libertés et de la détention, celui-ci pouvant aussi se saisir d'office.

● On peut ajouter qu'à chaque étape de la procédure, le patient doit être informé de ses droits par le directeur de l'établissement. Celui-ci engage désormais sa responsabilité pénale en cas de non respect des textes (notamment s'il maintient une mesure de soins psychiatriques alors que le juge en a prononcé la mainlevée).

● La loi prévoit également que les soins psychiatriques prodigués doivent être adaptés, nécessaires et proportionnés à l'état mental du patient et, que ce dernier doit connaître sa situation juridique, ses droits et les voies de recours qui lui sont ouvertes. Surtout, la loi dispose, qu'une personne faisant l'objet

de soins psychiatriques en raison de ses troubles mentaux, conserve, à l'issue de ces soins la totalité de ses droits et devoirs de citoyen.

● Dans cette judiciarisation de la mesure de soins psychiatriques, il faut noter que le fait de ne pas saisir, dans les délais légaux, le juge des libertés entraîne la main levée de la mesure (sortie du malade).

● La loi a aussi introduit un séquençage plus important de la procédure avec une multiplication des certificats médicaux (le premier est délivré à 24 heures, le second à 72 heures puis entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour et enfin mensuel).

CONCERNANT, LA NOUVELLE LOI, QUELLES SONT LES AVANCÉES ?

● En effet, on ne parle plus aujourd'hui d'hospitalisation mais de soins. L'éventail des prises en charge est élargi puisque le malade peut désormais faire l'objet de soins ambulatoires ou même à domicile.

Ces choix interviennent après une période d'observation et de soins de 72 heures auprès d'un médecin et d'un psychiatre.

● Cette période d'observation est elle-même une avancée car le patient fait l'objet d'un bilan complet sous la responsabilité d'un médecin qui établit un examen somatique et d'un psychiatre qui constate l'état mental du patient et confirme ou non la nécessité des soins psychiatriques.

● On trouve aussi dans ce parcours de soins, en cas d'hospitalisation, l'intervention d'un collège pluridisciplinaire d'experts convoqué par le directeur de l'établissement accueillant le malade. ■

En savoir +
Retrouvez le dossier complet sur la nouvelle loi sur le site de l'ARS de Champagne-Ardenne

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE EN FRANCE

ÊTES-VOUS PROTÉGÉ ?

ENFANTS, JEUNES, ADULTES

LA SEULE PRÉVENTION EST LA VACCINATION

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN

