



**RAPPORT SUR LE RESPECT
DES DROITS DES USAGERS
DU SYSTEME DE SANTE
EN LORRAINE**

Année 2013

**Présenté et approuvé en Conférence Régionale de la Santé
et de l'Autonomie de Lorraine du 12 février 2014**

REMERCIEMENTS

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de Lorraine remercie :

- Les membres de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers et plus particulièrement les personnes qui se sont investies dans le groupe de travail ;
- Le secrétariat de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie ;
- Les différents partenaires et institutions extérieurs pour leur contribution en répondant à certaines sollicitations de la CSDU : le Rectorat de Nancy-Metz, les préfetures de Lorraine, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées de la Meuse, de la Moselle et des Vosges, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe et Moselle et celle de Moselle, le CISS Lorraine, le GEPSO , les quelques écoles d'IFSI et d'IFAS, les Conseils de l'Ordre des Médecins de chaque département ainsi que le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, le Conseil de l'Ordre des Infirmiers de Meurthe et Moselle, le Conseil départemental des Chirurgiens Dentistes (Meurthe et Moselle, Moselle et Vosges),

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1^{ère} partie : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS	
1. <i>Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers</i>	6
2. <i>Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers</i>	12
3. <i>Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance</i>	20
4. <i>Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur</i>	24
5. <i>Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie</i>	28
6. <i>Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical</i>	32
7. <i>Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté</i>	39
8. <i>Droits des personnes détenues – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical</i>	41
9. <i>Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques</i>	41
2^{ème} partie : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS	
10. <i>Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux</i>	44
11. <i>Assurer financièrement l'accès aux soins</i>	51
12. <i>Assurer l'accès aux structures de prévention</i>	52
13. <i>Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires</i>	56
3^{ème} partie : CONFORTER LA REPRESENTATIVITE DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	
14. <i>Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé</i>	58
4^{ème} partie : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE	
15. <i>Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoires</i>	61
SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	63
CONCLUSION	65
ANNEXES	66

INTRODUCTION

La loi du 4 mars 2002 a instauré la démocratie sanitaire qui consacre les droits individuels et collectifs des usagers du système de santé.

Dans chaque établissement de santé, une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) a été constituée, en application du décret du 2 mars 2005.

Conformément à l'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé (cf annexe), la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers (CSDU) s'est attachée à élaborer ce rapport en fonction de 4 orientations et 15 objectifs, pour les différents secteurs.

Un groupe de travail s'est constitué au sein de la CSDU et s'est réuni sept fois entre juin 2013 et janvier 2014.

De manière à assurer un suivi, le groupe de travail s'est appuyé sur le précédent rapport de la CRSA portant sur le respect des droits des usagers.

Pour ce faire, le groupe de travail a utilisé les sources d'informations existantes, entre autres :

- les rapports de certification concernent 66 établissements engagés au 31 décembre 2012 dans la version 2010 de l'HAS (Haute Autorité de Santé).*
- La synthèse régionale 2012, des données relatives aux droits des usagers valant rapports CRUQPC.*
- Le rapport du CISS Lorraine*

La CRSA regrette de ne pas avoir eu à disposition les documents listés en annexe qui ont été demandés et qui lui aurait permis de présenter un rapport conforme à l'arrêté du 5 avril 2012 portant sur le cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA sur le respect des droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D.1432-42 du Code de la Santé Publique.

PROMOUVOIR
ET
FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

1 - Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers.

Concernant les secteurs ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux :

Projets labellisés par l'Ars Lorraine concernant les droits des usagers en 2012 : Article 1:

2 projets ont été labellisés en 2012 :

1/ Les hôpitaux de SARREGUEMINES, de BITCHE et l'IFSI de SARREGUEMINES

Ont initié une démarche de participation interactive entre professionnels de santé, étudiants et usagers pour l'information et la promotion des droits des Usagers.

Partant d'une enquête –sondage individuel - pour sensibiliser ces différents groupes et obtenir un état des connaissances acquises suivi d'une journée portes ouvertes dans ces établissements pour une informer et promouvoir les droits des usagers.

2/ le CHR de METZ, HOPITAL MERCY

Pour l'installation d'une Maison des Usagers, lieu de rencontre et d'information des usagers et des professionnels de santé avec la participation active de 29 associations de malades ou de représentants des usagers qui se relaient pour y tenir des permanences quotidiennes d'accueil.

Avec le projet d'installer un partenariat : professionnels - associations de malades concernées dans le domaine de l'Education Thérapeutique des Patients.

Article 1 : Former les professionnels de la santé :

A/ formation initiale :

Sources :

Les établissements de formation des professionnels de santé ont été interrogés :

- 17 Instituts de Formation en Soins Infirmiers : 7 réponses ont été obtenues soit 41,17%
- 16 Instituts de Formation d'Aides-Soignants : 8 réponses ont été obtenues soit 50%
- L'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie : pas de réponse
- Faculté de Médecine de Nancy pour
 - Médecins
 - Chirurgiens –Dentistes
 - Sages Femmes

Aucune réponse ne nous est parvenue concernant la formation initiale sur les droits des usagers à la Faculté de Médecine.

B/ Formation continue

Sources :

- URPS Médecins
- URPS Chirurgiens-Dentistes
- URPS Infirmiers
- URPS Masseurs-Kinésithérapeutes

Aucune réponse ne nous est parvenue sur la formation continue dans le domaine des droits des usagers.

Les seules réponses obtenues concernent les formations initiales dans les IFSI et IFAS .

Cependant, la participation des IFSI et IFAS permet de dégager une certitude :

- La formation aux droits des usagers du système de santé est intégrée aux modules du programme de formation des Infirmier(e)s et des Aides-Soignant(e)s ;
- L'application qui en est faite varie d'un établissement à l'autre mais les points fondamentaux demandés par le cahier des charges comme le de droit à la dignité avec prise en charge de la douleur d'une part, et le droit à la dignité en fin de vie et rédaction des directives anticipées d'autre part, font l'objet d'horaires conséquents et répartis sur l'ensemble de la scolarité .

De plus, dans les établissements répondeurs (8 IFSI sur les 17 établissements lorrains), ces sujets font l'objet de travail de fin d'études pour 67 étudiant(e)s :

- 25 sur les droits des usagers,
- 26 pour la prise en charge de la douleur et
- 16 pour ce qui concerne la fin de vie et les directives anticipées.

Il conviendrait de promouvoir ces travaux de fin d'étude des étudiants en incitant les établissements formateurs à les faire connaître.

ANALYSE des REPONSES APORTEES PAR 8 IFSI POUR LA FORMATION INITIALE

	Meurthe et M.	Meuse	Moselle	Vosges
Envoi courriers	4	2	7	4
Réponses	1	1	3	3

Article 1 : Formation générale aux droits des usagers :

- nombre d'étudiants : 708
- nombre d'heures : total 72,3 ; 12,05 en moyenne ; extrêmes 6 – 20
- forme : cours magistraux et travaux dirigés
- travail de fin d'études sur ce sujet : 20

ANALYSE des REPONSES APORTEES par 6 IFAS POUR LA FORMATION INITIALE

	Meurthe et M.	Meuse	Moselle	Vosges
Envoi courriers	5	2	5	4
Réponses	3	0	2	1

Article 1 : Formation générale aux droits des usagers :

- nombre d'étudiants : 330
- nombre d'heures : total 22.40 ; 4.48 en moyenne ; extrêmes 3 - 7.40
- forme : cours magistraux, travaux dirigés, intervenant extérieur

CONCLUSION

Ces résultats sont trop partiels pour en tirer une évaluation régionale valable mais ils marquent des tendances à confirmer lors de l'enquête 2013 pour le rapport 2014.

Nous n'avons obtenu aucune réponse sur la formation initiale et continue des professions médicales.

Selon nos informations, seules les professions paramédicales semblent accorder une importance particulière à la connaissance du droit des usagers.

Pour pouvoir établir une évaluation pertinente de la formation des professions médicales aux droits des usagers, la CRSA souhaite qu'une attention particulière soit portée sur cet élément de formation des professions médicales et qu'une meilleure communication permettra un prochain rapport plus satisfaisant sur ce thème .

Il conviendrait également de promouvoir les travaux de fin d'étude portant sur les droits des usagers, en incitant les établissements formateurs à les faire connaître.

Concernant les secteurs sanitaire et médico-social :

Conformément au cahier des charges, la CSDU s'est appuyée sur les rapports de certification de l'HAS pour le sanitaire et sollicité 12 organismes de formation (dont un national) pour les 2 secteurs.

Secteur Sanitaire :

Préambule :

L'Article L6113-3 du Code de la santé publique stipule :

« Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification, conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS), visant à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un

ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement ».

La certification HAS a été créée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, dite ordonnance Juppé, Lors de la réforme hospitalière, celle-ci rendait obligatoire l'accréditation des établissements de santé par un organisme indépendant, l'Anaes, dans un but d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Depuis, la HAS a remplacé l'Anaes et l'accréditation s'est transformée en certification (13 août 2004); celle-ci en est aujourd'hui à sa troisième version : la V2010.

La cotation est déterminée au regard de chacun des critères. Elle mesure le niveau de qualité atteint et indique si ce niveau est atteint régulièrement ou non et si la plupart ou l'ensemble des secteurs d'activité sont concernés.

Cotation A : *Le critère est totalement satisfait, au regard des éléments d'appréciation.*

Cotation B : *Le critère est en grande partie satisfait, au regard des éléments d'appréciation.*

Cotation C : *Le critère est peu ou partiellement satisfait, au regard des éléments d'appréciation.*

Cotation D : *Le critère est trop peu ou non satisfait dans les secteurs d'activité et/ou de façon trop rare.*

Pour tous les critères, il est demandé à l'établissement de s'auto-évaluer sur chaque élément d'appréciation selon les gradations suivantes : « OUI, EN GRANDE PARTIE, PARTIELLEMENT, NON ou NA » :

OUI : *l'établissement satisfait totalement aux exigences de l'élément d'appréciation ;*

EN GRANDE PARTIE : *l'établissement finalise la démarche permettant de répondre à l'élément d'appréciation ou la démarche est déployée dans la plupart des secteurs d'activité ;*

PARTIELLEMENT : *l'établissement commence à mettre en place une démarche permettant de satisfaire à l'élément d'appréciation ou la démarche est limitée à quelques secteurs de l'établissement;*

NON : *l'établissement ne satisfait pas du tout aux exigences de l'élément d'appréciation ;*

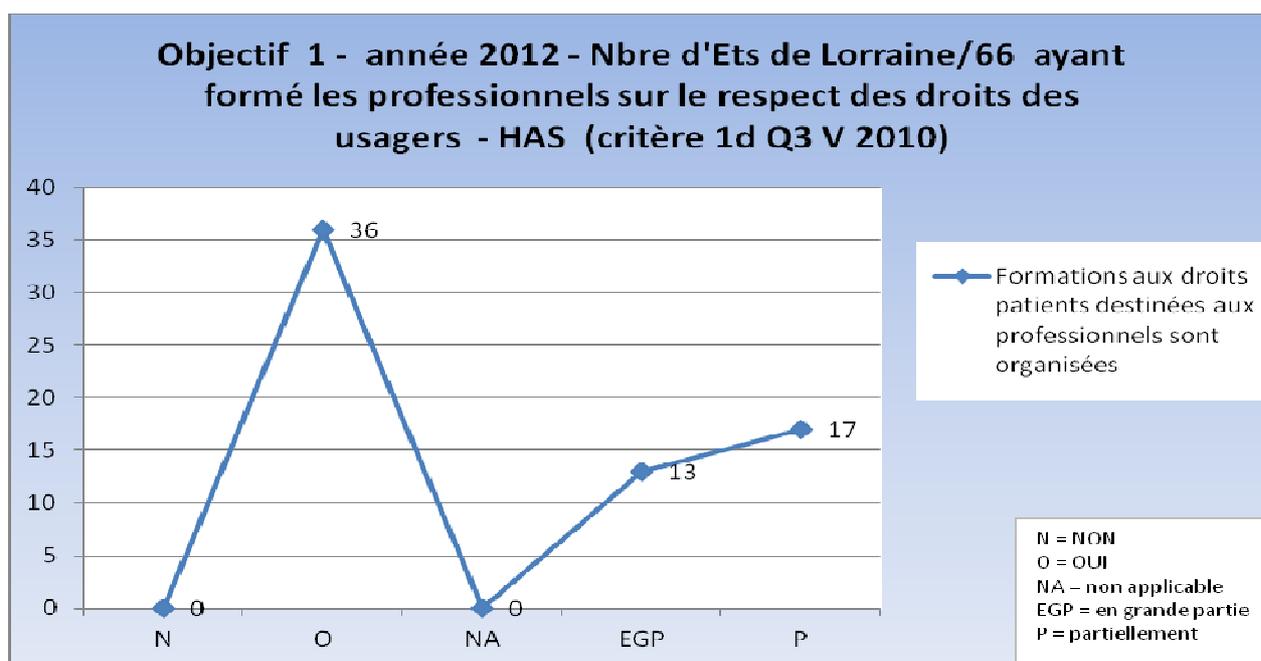
NON APPLICABLE (NA) : *l'établissement, en raison de son type de structure ou de ses modes de prise en charge, n'est pas concerné par l'élément d'appréciation.*

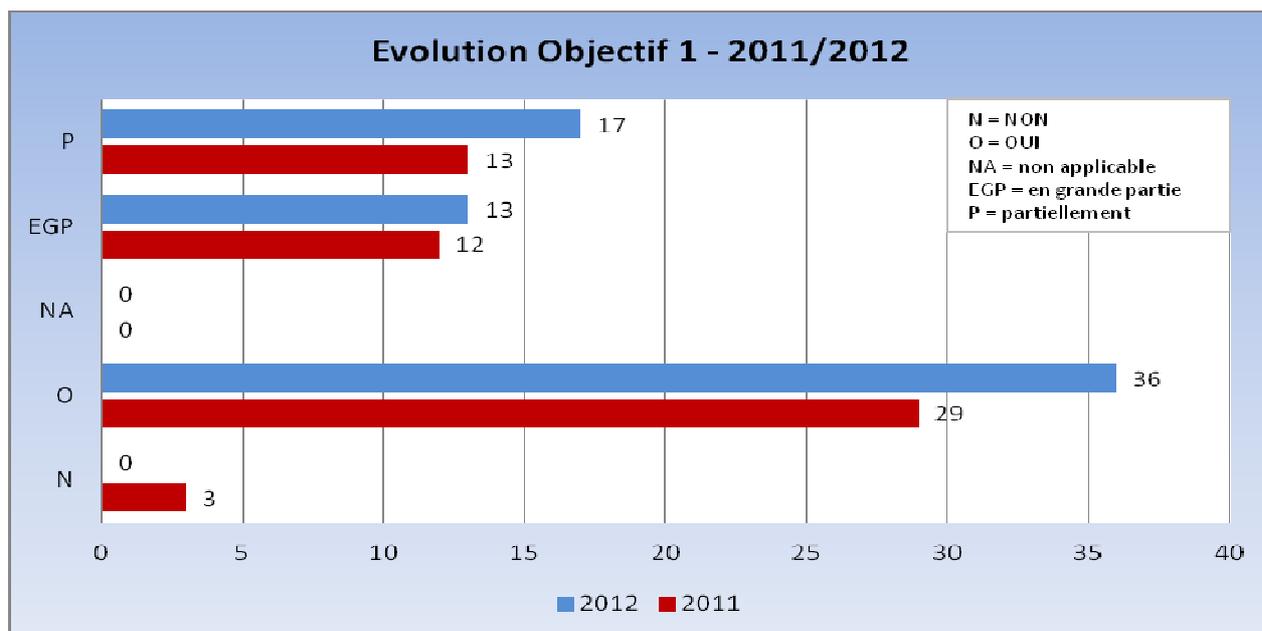
Données recueillies dans les rapports de la certification HAS v2010

66 établissements de santé lorrains sur 94 s'étaient engagés dans la V2010, au 31 décembre 2012 :

- 33 Etablissements de statut « Public »
- 23 Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif « ESPIC »
- 10 Etablissements « Privé »

En ce qui concerne les personnels des établissements de santé, la procédure de certification de l'HAS, prévoit un critère relatif à la formation sur le droit des patients destinés aux professionnels de santé. Cf. les rapports de certification de l'HAS v2010 - critère 1d : "**Politique des droits des patients**" - Question N°3 " **Des formations sur les droits des patients destinées aux professionnels sont organisées**".





CONCLUSION :

*La CRSA constate que 100 % des établissements engagés dans la procédure de certification HAS v2010, ont satisfait complètement au critère de formation des personnels de santé sur la thématique « **Politique des droits des patients - droits des usagers** »*

Concernant le Médico-social :

Nous avons interrogé 12 organismes de formation (dont un national).

Seule, L'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) nous a répondu :

- *une session « Droits des Usagers et responsabilités en établissement » a été annulé (1 personne de l'ARS Lorraine était inscrite).*
- *Une session sur la bientraitance des personnes âgées a eu lieu sur 3 jours (16 h) : un cadre infirmier en EHPAD des Vosges*

CONCLUSION :

La CRSA constate l'absence de remontées des statistiques et des données auprès des centres de formation et demande que soit mise en œuvre une procédure adéquate par l'ARS Lorraine auprès des établissements et organismes de formation pour pallier cette insuffisance.

Concernant le secteur ambulatoire :

Point 2 : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.

Secteur ambulatoire :

La CRSA, par courrier du 27 juin 2013, a sollicité l'ensemble des Conseils de l'Ordre des professionnels de santé de Lorraine sur l'existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes, et de définir leur nombre et les suites données.

➤ **Conseils de l'Ordre des Médecins :**

○ **Meuse :**

Protocole de traitement des réclamations et des plaintes respectant un protocole juridique précis.

Taux de réponse 100 % des réclamations et plaintes ont un courrier de réponse différent s'il s'agit de simple réclamations ou doléances par rapport à la situation d'un dépôt de plainte en fonction des textes législatifs.

○ **Meurthe et Moselle :**

Aucune réponse aux courriers.

○ **Moselle :**

Processus de traitement des réclamations et des plaintes en place. Toutes les plaintes et doléances font l'objet d'une réponse.

En 2012, 22 plaintes enregistrées dont 50 % ont fait l'objet d'une transmission à la chambre disciplinaire de première instance.

66 doléances ont été enregistrées.

○ **Vosges :**

« L'ordre ne dispose pas d'éléments statistiques propres à alimenter le rapport de la CRSA. » (sic).

➤ **Conseils de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes :**

○ **Meurthe et Moselle :**

Processus de gestion des plaintes et réclamations en place.

Une conciliation est proposée aux patients dès réception d'une plainte ou réclamation.

En 2012, 2 plaintes ont été enregistrées : 1 suivie d'une conciliation et l'autre classée sans suite par manque d'éléments suffisants.

- **Meuse, Moselle et Vosges:**

Ces conseils n'ont donné aucune suite au courrier de la CRSA.

➤ **Conseil de l'Ordre des Sages femmes :**

Un protocole établi au niveau du conseil national est décliné dans chaque conseil départemental. Ces plaintes et réclamations sont examinées en bureau du conseil puis transmises à une commission de conciliation.

- **Meuse :**

Aucune plainte n'a été déposée au conseil départemental de la Meuse.

- **Meurthe et Moselle, Moselle et Vosges:**

Ces conseils n'ont donné aucune suite au courrier de la CRSA.

➤ **Conseil de l'Ordre des Chirurgiens dentistes :**

- **Meurthe et Moselle :**

Processus de traitement des plaintes et réclamations organisé.

En 2012, 4 plaintes et 15 réclamations ont été enregistrées et traitées (100 %).

5 conciliations mises en place.

1 plainte a été transmise à la CDPI ¹(aucune réponse enregistrée)

3 réclamations pour accès aux dossiers médicaux ont été traitées.

- **Moselle :**

Processus de traitement des plaintes et réclamations organisé.

En 2012, 54 réclamations et plaintes ont été enregistrées et traitées (100 %)

18 conciliations mises en place.

5 saisies de la chambre disciplinaire.

4 décisions ont été rendues par la CDPI.

1 réclamations pour accès au dossier médical a été enregistrée et traitées (100 %)

- **Meuse et Vosges:**

Ces conseils n'ont donné aucune suite au courrier de la CRSA.

➤ **Conseil de l'Ordre des Infirmiers :**

Concernant les réclamations et plaintes, les conseils de l'ordre ont une obligation juridique de répondre à toutes les plaintes déposées.

¹ CDPI / Chambre Disciplinaire de Première Instance

○ **Meurthe et Moselle :**

En réponse au courrier de la CRSA, le conseil de l'ordre indique dans leur réponse que le contenu des plaintes relève du secret professionnel et il est impossible de communiquer des informations.

○ **Meuse, Moselle et Vosges:**

Ces conseils n'ont donné aucune suite au courrier de la CRSA.

Tableau récapitulatif :

	Meurthe et M.	Meuse	Moselle	Vosges
Nombre de réclamations et plaintes	19	NR	54	12
<i>Taux de dossiers traités</i>	<i>100 %</i>	<i>NR</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>
Nombre de saisine de la CDPI suite aux réclamations & plaintes	1	NR	5	2
Nombre de décisions rendues par la CDPI	0	NR	4	2
Nombre de réclamations et plaintes concernant l'accès au dossier médical	3	NR	1	
<i>Taux de dossiers traités</i>	<i>100 %</i>		<i>100 %</i>	<i>100 %</i>

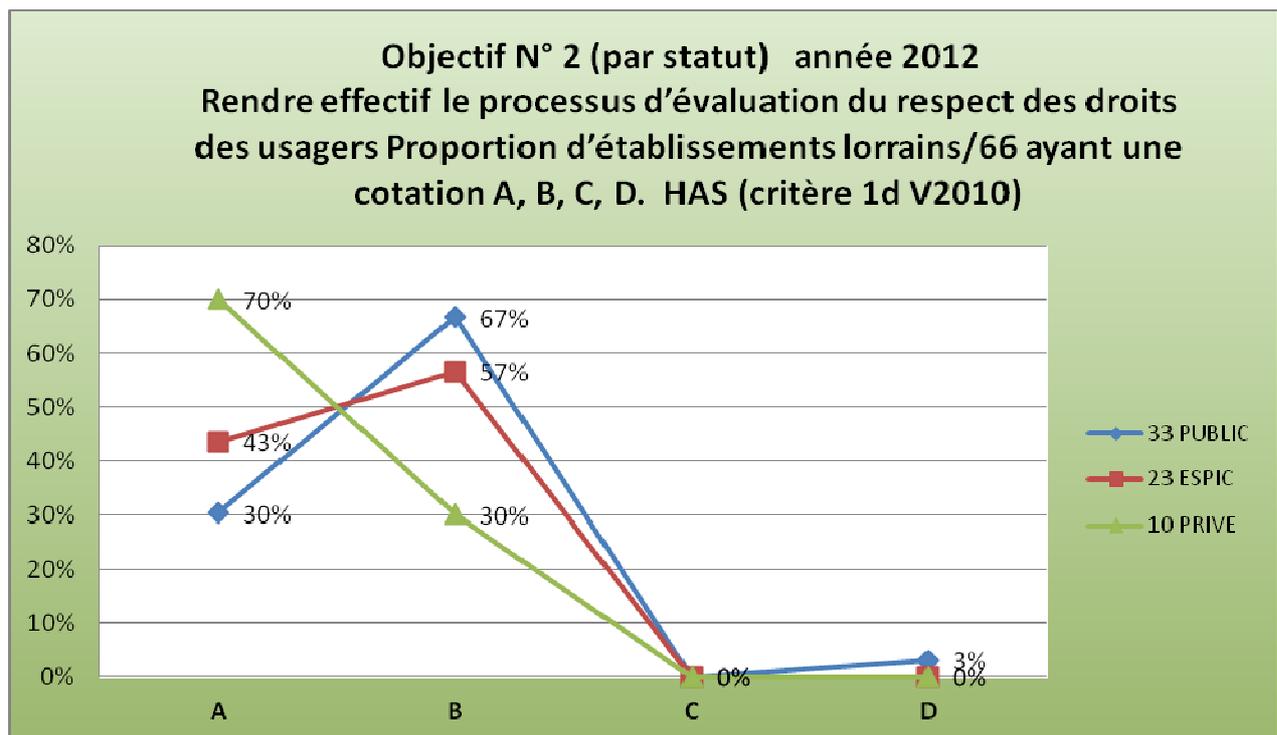
CONCLUSION :

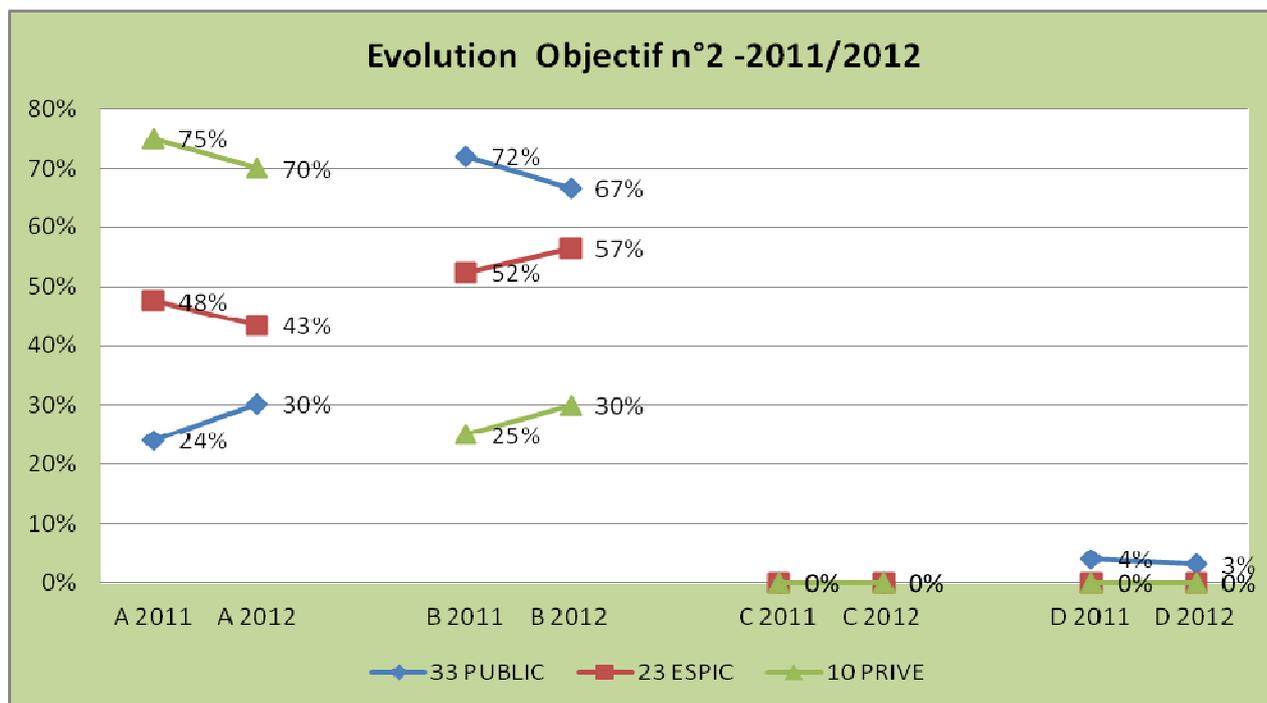
La CRSA constate la disparité des réponses au niveau des différents ordres et s'interroge sur les modalités de traitement des plaintes et réclamations. Une réponse de l'ensemble des Ordres et des URPS nous aurait permis de montrer l'avancée de la démocratie sanitaire en Lorraine, et particulièrement de la promotion des droits des usagers.

Concernant le secteur sanitaire :

Données recueillies dans les rapports de la certification HAS v2010

Critère d'évaluation HAS : Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).





A : oui B : en grande partie C : partiellement D : non NA : non applicable

La CRSA constate que la majorité des 66 établissements engagés dans la procédure de certification HAS V2010, ont obtenu les cotations A et B.

A ce stade, la commission ne peut qu'encourager ces derniers à poursuivre les actions engagées dans ce domaine et souhaite, par ailleurs, vivement que les quelques établissements en **cotation D (3 %)** s'engagent dans une démarche d'amélioration de la politique des droits des usagers.

Données recueillies dans la synthèse régionale des rapports CRUQPC 2012

Préambule :

En Lorraine, le nombre d'établissements de santé s'élève à 94. Certains d'entre eux se sont regroupés et ont décidé de mettre en place une CRUQPC commune, ce qui porte le nombre des CRUQPC à 89.

87 établissements de santé de Lorraine sur 89 établissements ayant une CRUQPC (soit 97,75%) ont répondu à l'enquête en ligne de l'ARS, valant rapport d'activité 2012 de la CRUQPC.

Constats :

- 98 % des établissements répondants ont installé leur CRUQPC au 31 décembre 2012. Les 2 % restant ont installé leur CRUQPC en début 2013.

- 96 % pour le premier RU Titulaire et 75 % pour le deuxième, soit une diminution par rapport à 2011 (respectivement 98 % et 82 %). Ces pourcentages diminuent à 64 % et 36 % pour les suppléants).

Par conséquent, comme déjà indiqué dans le dernier rapport, la CRSA rappelle et insiste sur la nécessité :

- d'être attentif à la désignation des représentants des usagers titulaires et suppléants.
 - d'attirer l'attention des autorités chargées de la désignation de ces représentants.
 - de sensibiliser les associations afin qu'elles proposent des candidats.
- Nombre total de réunions plénières en 2012, dans les 87 établissements répondants : **282, soit en moyenne, 3 réunions par an et par établissement.**

Remarque : de 0 à 9 réunions annuelles suivant les établissements (voir détails tableau ci-dessous)

Nb de réunions	Effectifs 2012
0	3
1	10
2	8
3	28
4	29
5	5
7	2
8	1
9	1
Total	87

Il convient de rappeler que l'article R1112-88 du code de la santé publique modifié par le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge prévoit que « La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à l'Article R112-94.

Il est constaté qu'au cours de l'année 2012, 49 CRUQPC sur 87 (soit 56 %) ne remplissent pas les obligations légales du Décret.

Par conséquent, la CRSA insiste auprès de l'ARS, afin qu'elle impose aux établissements défectueux de respecter la loi.

Concernant le Médico-social :

Une synthèse régionale concernant le fonctionnement des CVS (Conseil de Vie Sociale) devait être mise en place en 2013 par l'ARS Lorraine. A ce jour de la rédaction du rapport, malgré nos réclamations, la CRSA ne peut que constater l'absence de mise en oeuvre.

L'ARS Lorraine n'a pas communiqué sur les résultats d'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux ; aucune transmission des résultats du questionnaire ANESM, pour la région Lorraine, sur la bienveillance des personnes handicapées pour cette année 2012 (alternance avec les personnes âgées traités en 2011).

LES ARRETES DE NOMINATION DES PERSONNES QUALIFIEES :

La liste existe dans les quatre départements, toutefois, nous devons constater une différence dans le contenu des informations.

Pour le département de Meurthe et Moselle, l'arrêté du 28 février 2013 comporte les noms et les coordonnées des personnes nommées ainsi que le lieu de leur intervention. L'article 4 précise les incompatibilités d'intervention.

Cette liste a été adressée à tous les établissements et services d'accueil des personnes âgées et handicapées de Meurthe et Moselle.

Pour le département 55, l'arrêté du 10 janvier 2013 comporte les noms et lieux d'habitation des personnes nommées, ainsi que leurs coordonnées.

L'arrêté ne mentionne pas s'il est adressé aux établissements concernés.

Pour le département 57, l'arrêté du 9 février 2011 comporte le nom des personnes nommées mais pas leurs coordonnées.

L'article 2 précise : « Le présent arrêté sera transmis à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux de la Moselle. Ceux-ci devront, à cet effet, mentionner dans leur règlement de fonctionnement et dans les livrets d'accueil remis aux usagers, les noms et modes de saisine des personnes qualifiées qui, parmi cette liste, pourront être sollicités, au regard de l'implantation géographique et de la nature de l'établissement ».

Pour le département des Vosges, l'arrêté du 16 août 2012 comporte les noms et lieux d'habitation des personnes nommées, mais pas leurs coordonnées.

L'arrêté ne mentionne pas non plus si, il est adressé aux établissements concernés.

En résumé :

On peut constater que les départements 54 et 55 mentionnent clairement les coordonnées des personnes nommées.

Seul le département 57 mentionne que cette liste doit être portée à la connaissance des résidents et de leurs familles.

Aucun département n'invite les chefs d'établissements à afficher l'arrêté dans l'établissement.

Recommandations :

Les arrêtés doivent comporter :

Le nom, les coordonnées et les modes de saisine des personnes nommées, le lieu de leurs interventions.

La mention de cet arrêté doit être portée

- à la connaissance des résidents et de leur famille, dans le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil remis aux usagers.
- à la connaissance des usagers par voie d'affichage dans l'établissement.

Les renseignements doivent être sur les sites :

Du Conseil Général

De l'ARS

De la Préfecture.

Dans ces trois institutions, une personne ou les coordonnées d'un service dédié doit exister, connu des standards téléphoniques et indiqué sur les sites.

3 - Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance :

Concernant le secteur ambulatoire :

Point 3 : Droit au respect de la dignité de la personne – promouvoir la bientraitance :

Dans le cadre de son rapport d'activités 2012, l'ARS Lorraine indique avoir enregistré 101 réclamations sanitaires, sachant qu'une même réclamation peut avoir plusieurs natures.

30 % de ces plaintes concernaient les urgences :

- Problème d'attente
- Manque de personnel disponible
- Problème de diagnostic
- Gestion de la douleur

Sur les 70 % restant, la nature des réclamations se répartissent en deux thématiques :

- L'organisation des soins
22 % de ces 70 % correspondent à un manque d'humanité, voire à de la maltraitance
- Le domaine médical (traitement et suivi : 30 % - diagnostic : 7 % - infections nosocomiales : 5 %)

Secteurs ambulatoire et médico-social :

A l'analyse des réponses reçues des conseils des ordres (tous ordres confondus, (cf. page 11 - point 2 - *Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers*), **aucune plainte pour maltraitance n'a été signalée.**

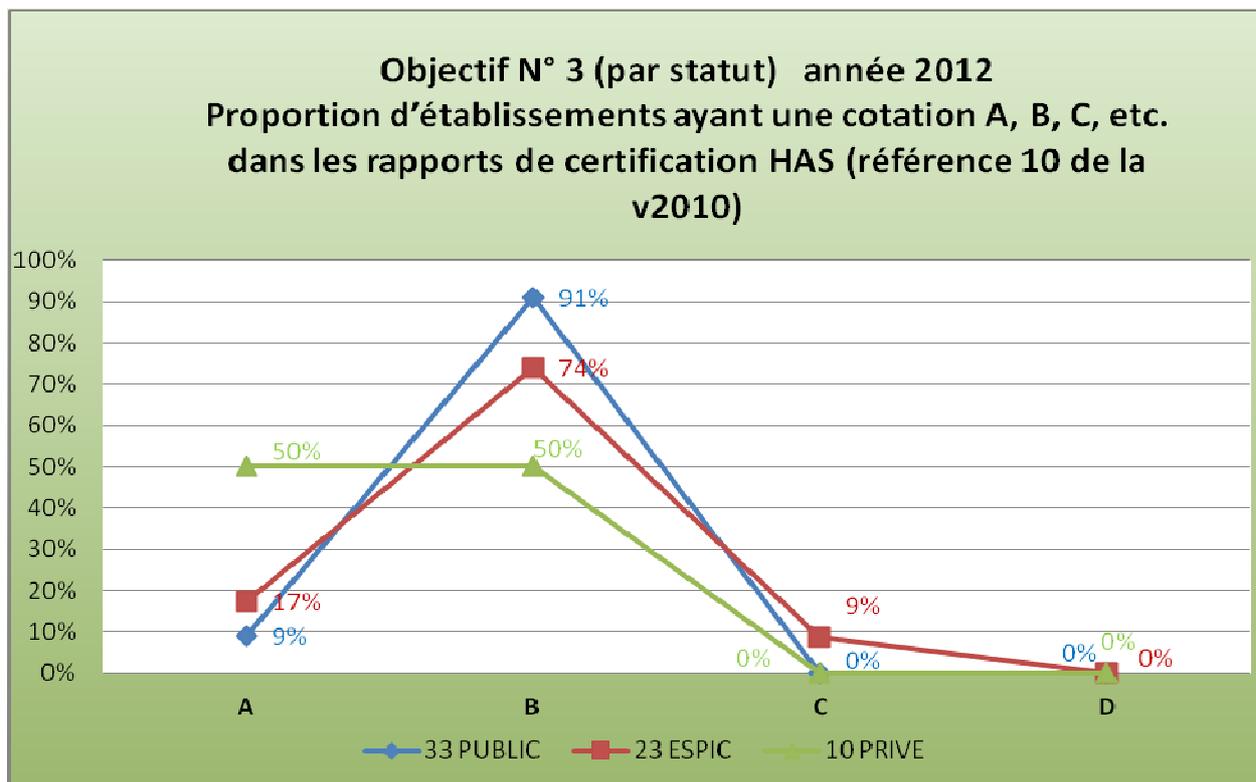
Conclusion :

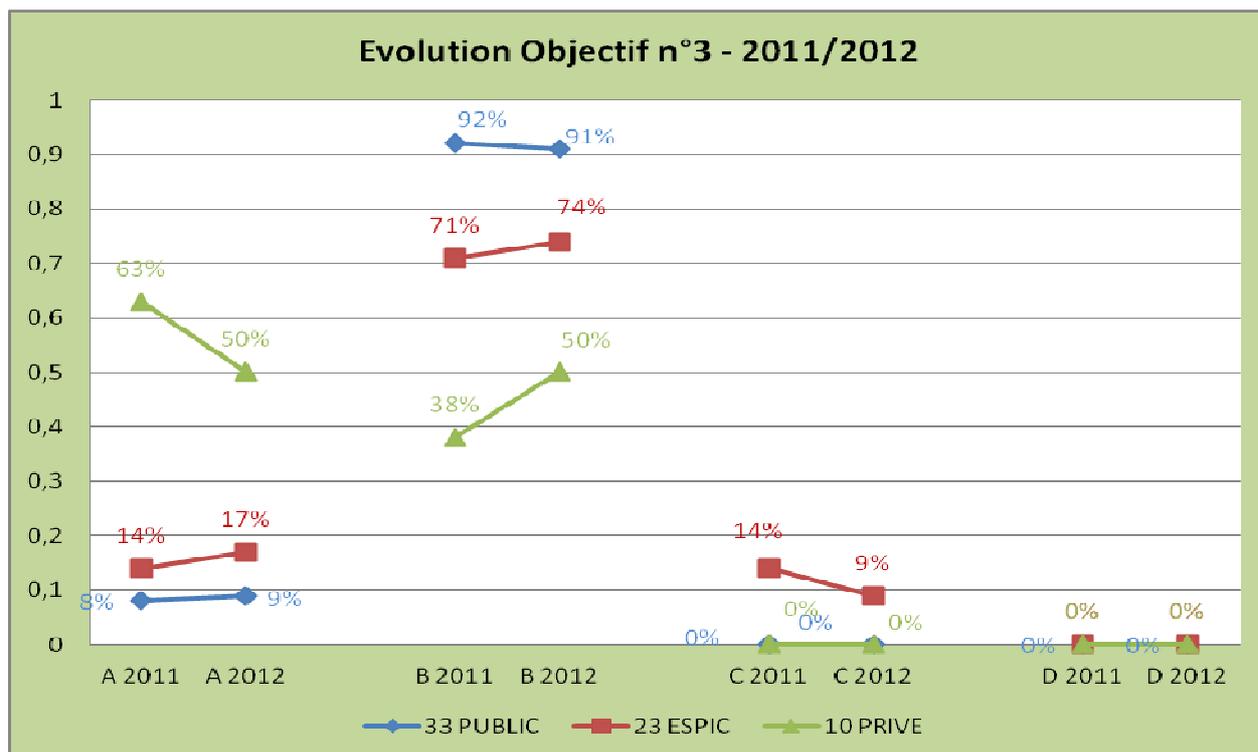
Au regard du nombre restreint des réponses des différents ordres, il est difficile d'analyser objectivement les résultats de la gestion des plaintes et réclamations dans le domaine de la bientraitance, pour les secteurs ambulatoire et médico-social.

Concernant le secteur sanitaire :

Données recueillies dans les rapports de la certification HAS v2010

Critère d'évaluation HAS : La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).



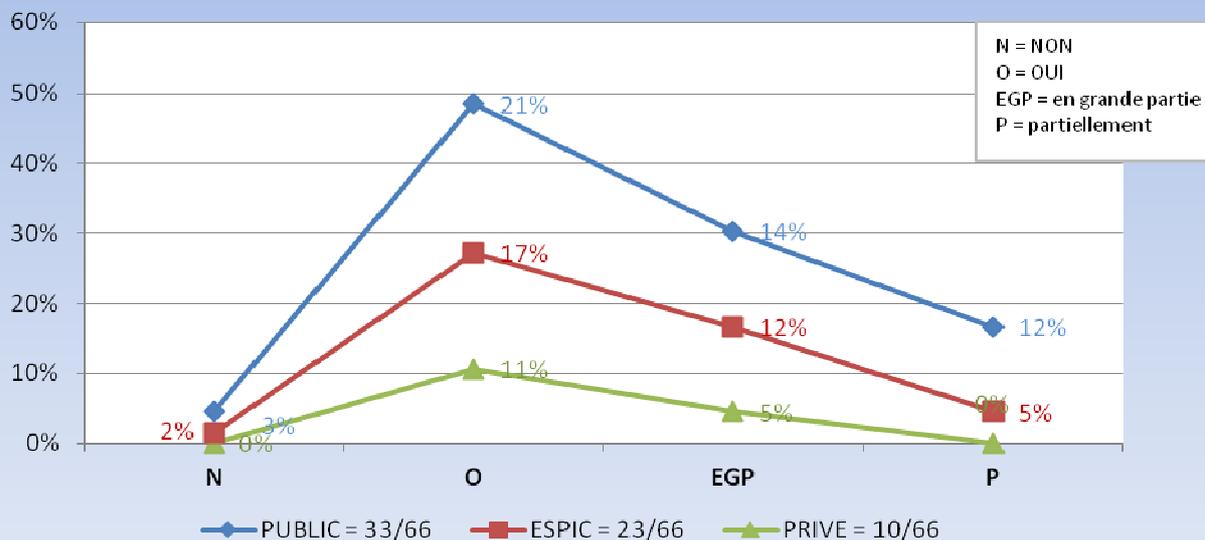


La CRSA constate que moins d'un établissement sur deux, parmi les 66 établissements engagés dans la procédure de certification HAS v2010, a mis en place **totalemment** un dispositif et/ou des procédures de promotion de la bientraitance.

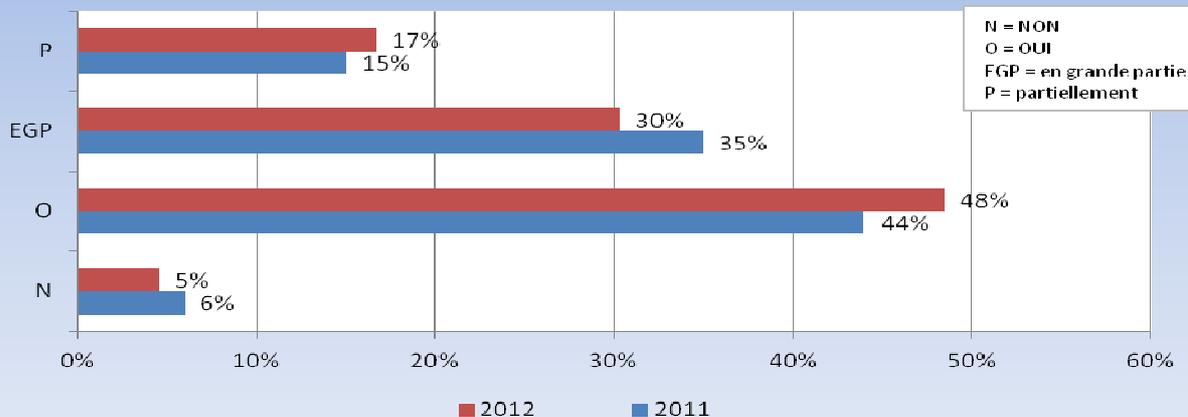
Elle encourage les autres établissements à poursuivre les actions engagées.

Pour la CRSA, il est regrettable de constater que 5 % des 66 établissements engagés dans la procédure de certification HAS v2010, n'ont intégré que partiellement la démarche de promotion de la bientraitance dans leur projet d'établissement.

Objectif N° 3 - (par statut) Année 2012
Proportion d'Ets Lorrains où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent (HAS Ref 10 - Q3 - V2010)



Evolution Objectif 3 - 2012/2011
Tous statuts confondus



A : oui B : en grande partie C : partiellement D : non NA : non applicable

Concernant le secteur Médico-social :

Malheureusement, la CRSA n'a pas trouvé d'éléments concernant la région Lorraine, sur le rapport annuel de l'ANESM concernant la bientraitance (pour information, ce rapport 2012 devait se référer aux personnes handicapées).

Préambule :

L'Article L1112-4 du code de la santé publique prévoit que : « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ».

Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions.

Concernant le secteur ambulatoire :

*Aucun URPS n'a répondu en ce qui concerne la **formation continue**.*

*Pour les **formations initiales**, ce sont les mêmes IFSI et IFAS (cf. article 1) qui ont répondu :*

IFSI

- nombre d'étudiants : 758
- nombre d'heures : total 276.7, 39.52 en moyenne ; (de 10 h à 91 h)
- forme : cours magistraux, travaux dirigés, mise en situation, référent extérieur expert, documents, films
- travail de fin d'études sur ce sujet : 24

IFAS

- nombre d'étudiants : 330
- nombre d'heures : total 232, 46.4 en moyenne ; (de 20 h à 91 h)
- forme : cours magistraux, travaux dirigés, étude de cas, référent extérieur expert,

Concernant le secteur sanitaire :

La prise en charge de la douleur est inscrite dans le code la santé publique (L1110-5): "Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée".

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.

Dans le cadre de la loi HPST, le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) n'est plus obligatoire au sein des établissements de santé. Cette thématique relève de la compétence de la CME (Commission Médicale d'Établissement) ou d'une commission ad' hoc.

Les Unités de Traitement de la **Douleur Chronique** sont issues de la volonté politique, (qui s'est progressivement affirmée depuis dix ans) de pallier un manque évident de prise en compte de la **douleur** par la médecine française.

La CSDU a recueilli auprès de l'ARS de Lorraine, les informations suivantes : La Lorraine dispose actuellement de 9 structures d'étude et traitement de la douleur chronique (SDC) **soit 9.6% des ES (Etablissements de Santé) » : 4 centres et de 5 consultations (cf Circulaire DGOS/PF2 no 2012-268 du 5 juillet 2012 relative à la réalisation d'un annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique identifiées et au recueil de leurs données d'activité).**

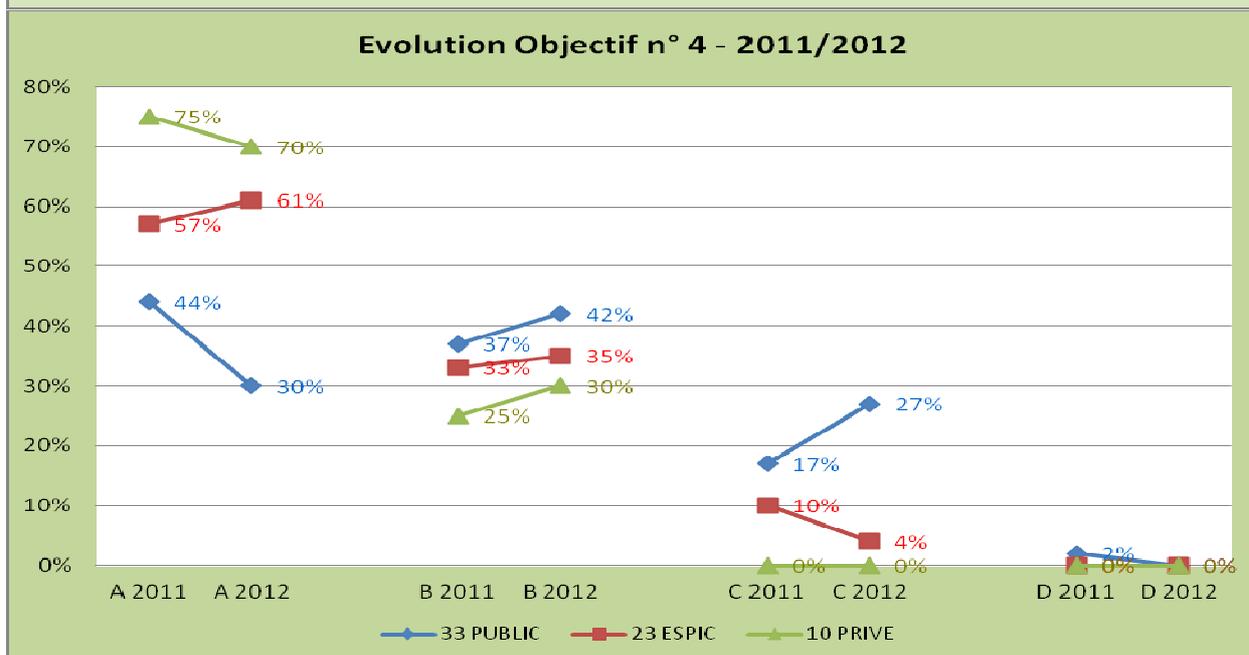
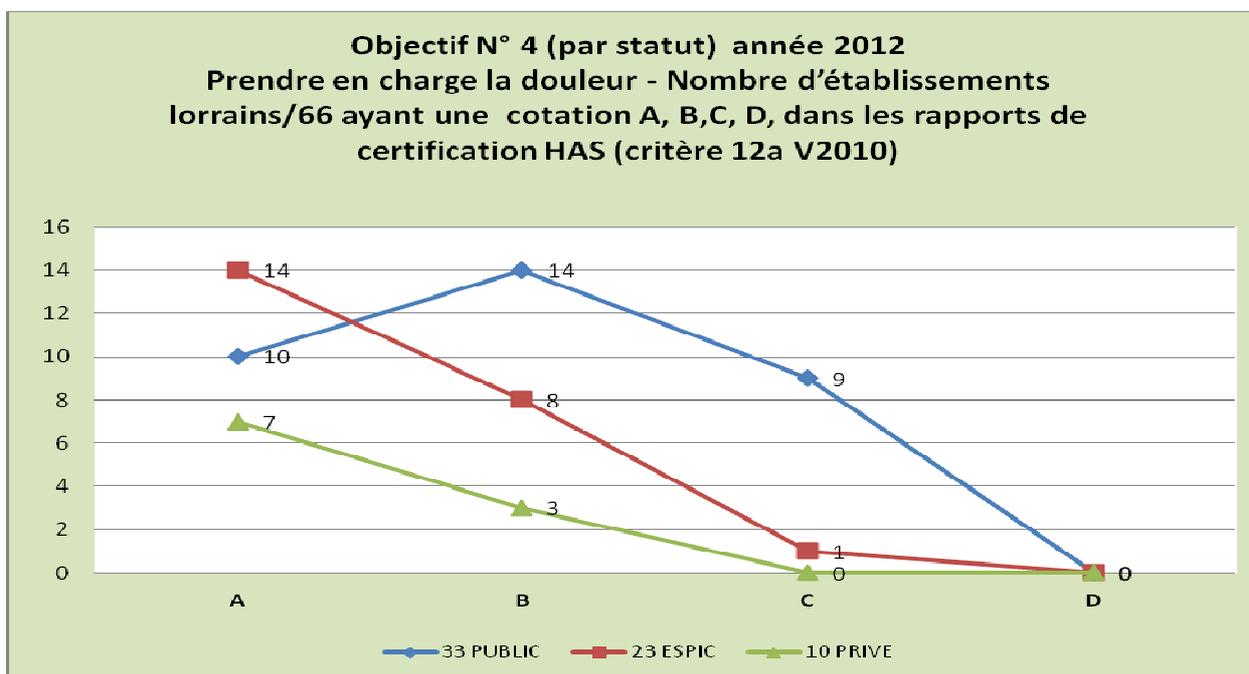
DGOS-PF2 - Juin 2012 – Annexe 2 : pré-liste des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

ARS	Type de SDC	FINESS EJ(juridique)	FINESS ET(géographique)	Raison sociale de l'établissement de santé
Lorraine	centre	540002078	540001138	CHU Nancy
Lorraine	centre	540002078	540002698	CHU Nancy
Lorraine	centre	540003019	540001286	CLCC Alexis Vautrin
Lorraine	centre	570023630	570001099	Hôpitaux privés de METZ
Lorraine	consultation	550000020	550000186	CH Verdun
Lorraine	consultation	570000158	570000901	CH Robert Pax Sarreguemines
Lorraine	consultation	570005165	570000570	CHR METZ-THIONVILLE
Lorraine	consultation	570005165	570005256	CHR METZ-THIONVILLE
Lorraine	consultation	570010173	570000166	Hospitalor Forbach
Lorraine	consultation	880007059	880006663	CH Jean Monet Epinal

Données recueillies dans les rapports de certification HAS v2010

Par ailleurs, la HAS, au travers du critère 12a, évalue la prise en charge de la douleur dans le cadre de la procédure v2010 de la certification car il s'agit d'une Pratique Exigible Prioritaire. Pour pouvoir être soulagée, la douleur doit être systématiquement évaluée avec un instrument de mesure validé (échelle de la douleur). Le résultat doit être noté dans le dossier du patient.

Critère d'évaluation HAS : " La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée".



A : oui B : en grande partie C : partiellement D : non NA : non applicable

La CRSA note que 98% des 66 établissements engagés dans la procédure de certification HAS v2010 intègrent l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient.

Concernant le secteur Médico-social :

En l'état actuel des choses, la CRSA ne dispose pas d'informations précises concernant les services sociaux et médico-sociaux.

D'autres investigations pourraient être envisagées pour le rapport 2013.

5 - Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.

Préambule :

L'Article L. 1111-11 du code de la santé publique prévoit que « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment ».

Concernant le secteur Ambulatoire

*Aucun URPS n'a répondu en ce qui concerne la **formation continue**.*

*Pour les **formations initiales**, ce sont les mêmes IFSI et IFAS (cf. article 1) qui ont répondu :*

IFSI

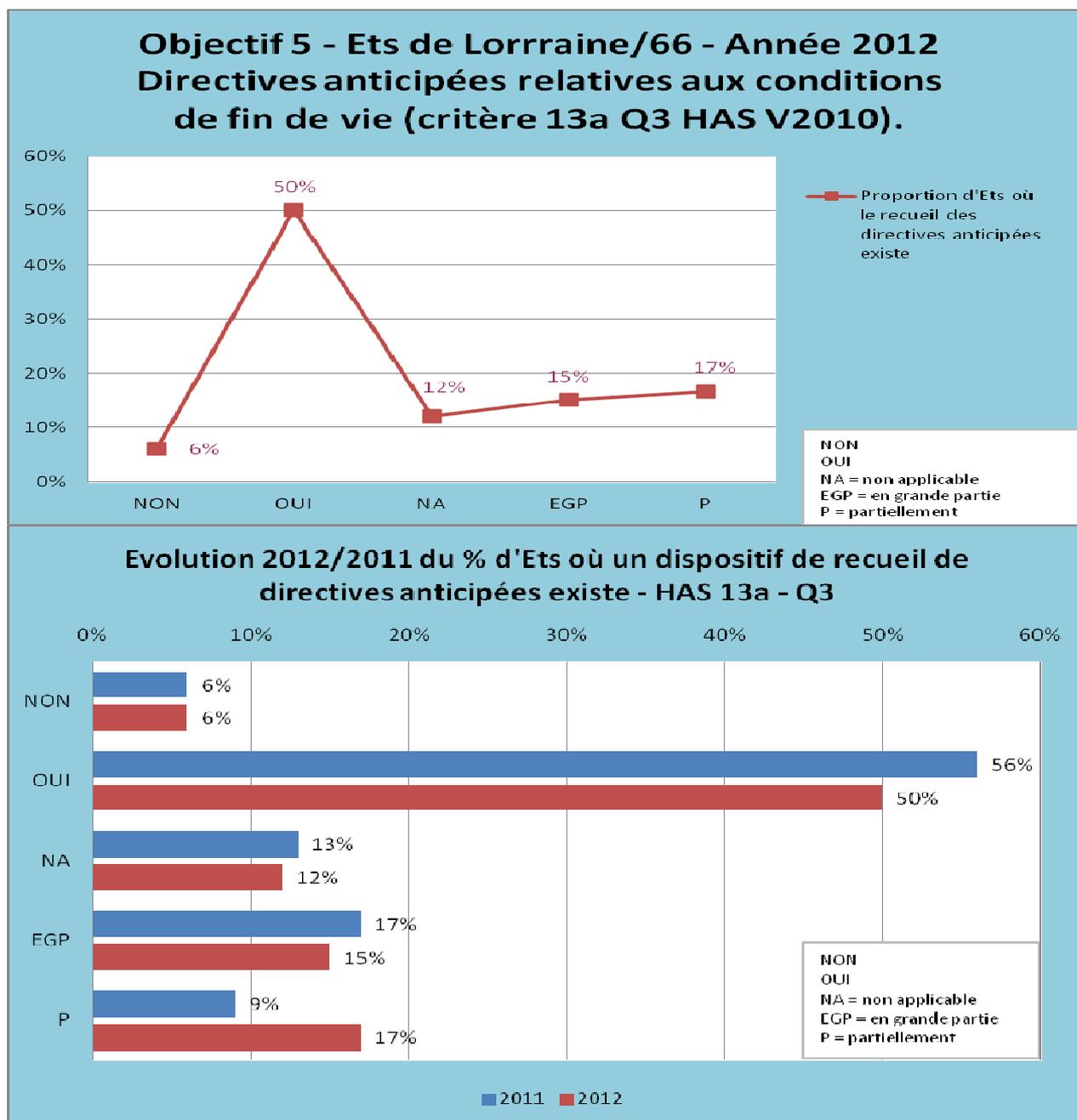
- nombre d'étudiants : 472
- nombre d'heures : total 70.9, 10.12 en moyenne ; (de 2 h à 43 h)
- forme : cours magistraux, travaux dirigés, mise en situation, vidéos, tables rondes, analyse de situation
- travail de fin d'études sur ce sujet : 15

IFAS

- nombre d'étudiants : 325
- nombre d'heures : total 33.5, 6.6 en moyenne ; (de 1 h à 21 h)
- forme : cours magistraux, travaux dirigés, vidéos, tables rondes, analyse de situation

Concernant le secteur sanitaire :

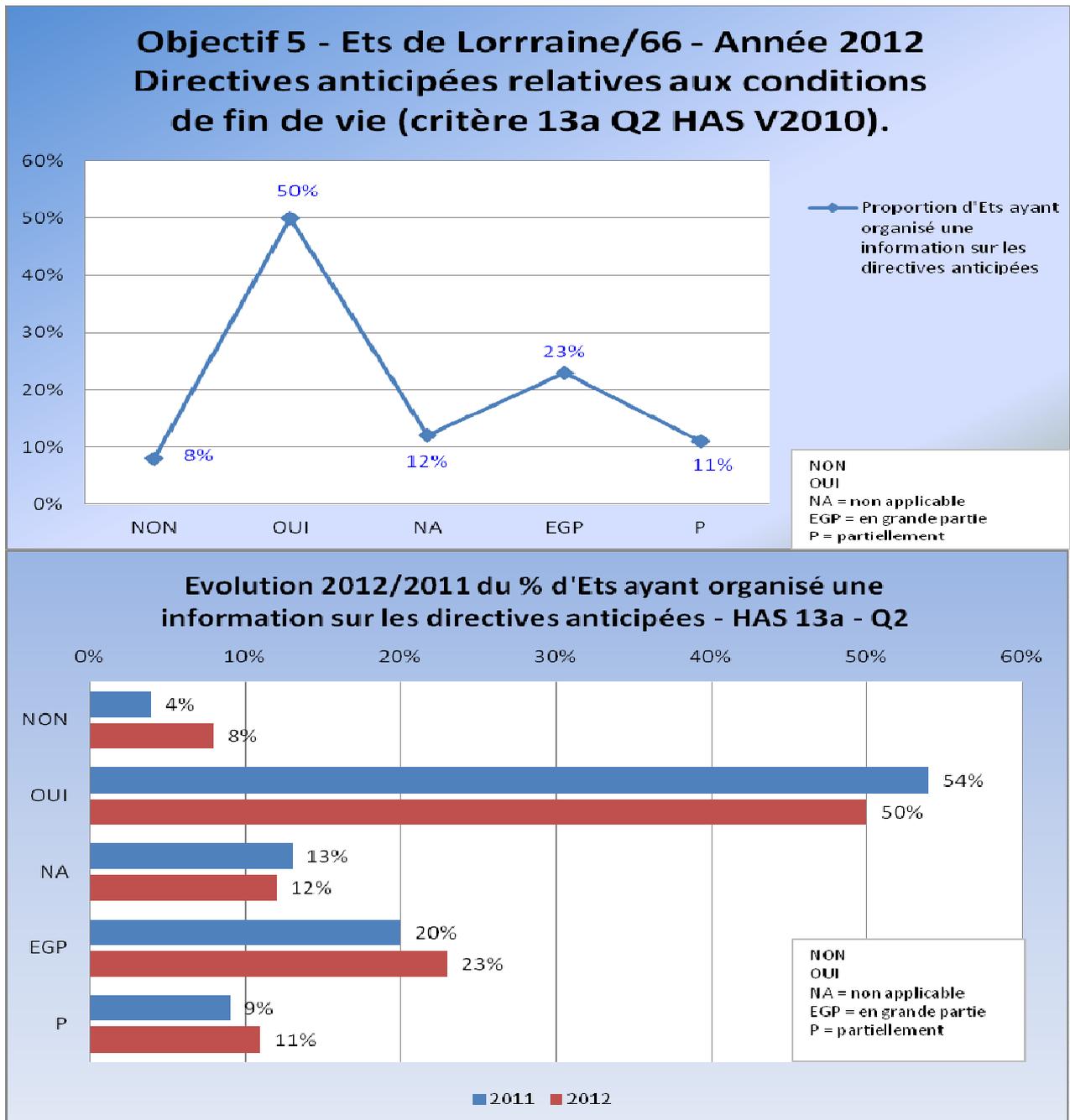
Critère d'évaluation HAS : Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.



La CRSA note que 94% des 66 établissements engagés dans la procédure de certification HAS v2010 ont mis en place un dispositif de recueil des directives anticipées.

Art. L. 1111-10 du code de la Santé publique « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical ».

Critère d'évaluation HAS : "Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies".



La CRSA note que 96% des 66 établissements engagés dans la procédure de certification HAS v2010 ont organisé une information sur les directives anticipées.

Sur 85 établissements répondants à l'enquête CRUQPC, 24 d'entre eux ont mis ce point : « Respect des libertés individuelles » à l'ordre du jour d'une de leurs réunions CRUQPC et 8 sur le sujet « Hospitalisation sans consentement ».

CONCLUSION

La CRSA propose que dans la prochaine enquête CRUQPC 2013, soient mentionnées spécifiquement les actions entreprises dans l'établissement, concernant l'information et l'encouragement à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de la fin de vie.

Concernant le secteur Médico-social :

En l'état actuel des choses, la CRSA ne dispose pas d'informations précises concernant les services sociaux et médico-sociaux.

D'autres investigations pourraient être envisagées en 2013

Concernant le secteur ambulatoire :

La CRSA, par courrier du 27 juin 2013, a sollicité l'ensemble des Conseils de l'Ordre des professionnels de santé de Lorraine sur l'existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes, et de définir leur nombre et les suites données.

Seul, le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes de Moselle a signalé une réclamation ayant pour objet une demande d'accès au dossier médical.

Les autres Ordres consultés n'ont pas évoqué de réclamation concernant l'accès au dossier médical.

Concernant le secteur Sanitaire :

6-1 Droits de l'utilisateur en matière d'accès à l'information.

Les CRUQPC dans 99 % des établissements Lorrains sont informées des modalités de délivrance des informations sur les droits des usagers et de leurs ayants droit.

Le livret d'accueil est remis pratiquement systématiquement à l'utilisateur lors de son entrée (96,6 % - pour mémoire, 96,5 % en 2011) avec une explication orale systématique à la remise du livret d'accueil dans 74,7 % (76% en 2011) des établissements.

Le droit à l'information est mentionné dans ce livret d'accueil (99%) ainsi que le droit au recueil du consentement éclairé (92 % - 93 % en 2011).

Le droit de médiation via la CRUQPC est cité dans tous les livrets d'accueil des établissements. La charte de la personne hospitalisée est affichée dans les lieux fréquentés par les usagers.

La CRSA recommande qu'une explication orale à la remise du livret d'accueil soit encouragée, en particulier pour les personnes handicapées, âgées ou ne maîtrisant pas la lecture de la langue française.

6-2 Délivrance de l'information médicale à l'utilisateur et recueil de son consentement

L'organisation de la délivrance des informations médicales aux usagers et à leurs proches est structurée dans 95 % (80 % en 2011) des établissements lorrains.

Le recueil du consentement éclairé du patient est pratiquement organisé dans 91 % (84 % en 2011) des établissements.

Des actions de formation et d'information auprès des professionnels de santé sur le droit d'accès à l'information médicale sont conduites dans 81 % (72 % en 2011) des établissements répondant.

Comment ces actions sont conduites dans l'établissement ?

Modalités de formation et d'information	Effectifs	% 2012
Distribution de documents	39	56%(61%)
Réunions	34	49%(55%)
Actions de formations	45	65%(42%)
Autres	19	27%(24%)
Sans réponse	18	

Exemples d'autres modalités de formation ou d'information :

Formation des secrétariats médicaux

- Procédures ou protocoles relatifs à l'information du patient, de préservation des informations concernant le patient, la demande de communication du dossier médical ;
- Journée d'accueil du personnel nouvellement embauché ;
- Journal interne
- Information lors des réunions de services et les transmissions

La délivrance de l'information médicale est importante pour le patient, tant pour la compréhension de son traitement et de sa prise en charge, afin qu'il puisse donner un consentement éclairé.

Au regard de ces éléments, la CRSA souligne l'évolution positive et encourage les établissements non engagés à ce jour, dans cette démarche, à structurer la délivrance de l'information médicale en sensibilisant et en impliquant les professionnels de santé.

6-3 Droits à l'information en général de l'utilisateur et de ses proches

L'information sur les recours possibles est affichée dans les lieux fréquentés par les usagers dans 67 % des établissements (64 % en 2011).

La communication à l'utilisateur concernant :

- de la composition de la CRUQPC*
- l'identification de ses membres*

sont communiquées à l'utilisateur : 92 % des établissements contre 87 % en 2011.

Les usagers peuvent identifier et contacter les représentants des usagers à hauteur de 94 % (dans les réponses des établissements – contre 85 % en 2011).

Le personnel peut identifier et contacter les RU (oui à 97 % contre 91 % en 2011).

La CRSA souhaite qu'une attention particulière soit apportée dans l'accès à l'information des recours possibles, par voie d'affichage, dans chaque service des établissements.

6-4 Accès aux informations personnelles du dossier médical.

6-4-1 : Éléments généraux

Dans 95 % (93 % en 2011) des établissements, la CRUQPC est informée sur les procédures mises en place pour l'accès aux informations personnelles contenues dans le dossier médical de l'utilisateur.

Toutefois, dans 30 % (38 % en 2011) des cas, la CRUQPC n'a pas été associée à la définition et la rédaction de ces procédures.

La CRSA regrette que les CRUQPC n'aient pas été davantage associées à la définition des procédures. Elle invite les établissements à solliciter les membres de la CRUQPC et en particulier les représentants des usagers, lors du renouvellement ou modification de ces procédures.

6-4-2 : Demandes d'accès au dossier médical

Nombre de demandes de dossiers médicaux traités en 2012 :

Nombre de demandes reçues : 6 694 ▲ (6 529 en 2011)

soit en moyenne 77 demandes reçues par établissement, en sachant que cela varie de 0 à 1 432 demandes reçues en 2012. A noter que 15 établissements n'ont reçu aucune demande.

Nombre de demandes traitées : 5 525 ▲ (5 196 en 2011), soit 82,5% des demandes reçues, (80% en 2011)

Modalités de remise de la demande du dossier médical :

Nombre de demandes adressées en 2012 par l'utilisateur par lettre recommandée avec accusé de réception : 798 ►

Sous une autre forme : 2 575 ▲

Nombre de demandes ne remplissant pas les conditions exigées, par exemple pour vice de forme : 507 ▲

Possibilité de consultations du dossier sur place : OUI 93% ▼ (96% en 2011)
(5 'sans réponse')

Nombre de consultations du dossier sur place : 86 ▼ (99 en 2011)

- 2/3 des établissements (65%) déclarent qu'aucun dossier médical n'a été consulté sur place

Possibilité de consultation des documents en présence d'un médecin : OUI à 94% ▼ (96% en 2011)

La CRSA souhaiterait d'une part, que toutes les demandes d'accès au dossier médical soient traitées, conformément à la législation, et d'autre part que l'utilisateur soit informé des raisons pour lesquelles la transmission du dossier médical n'est pas possible.

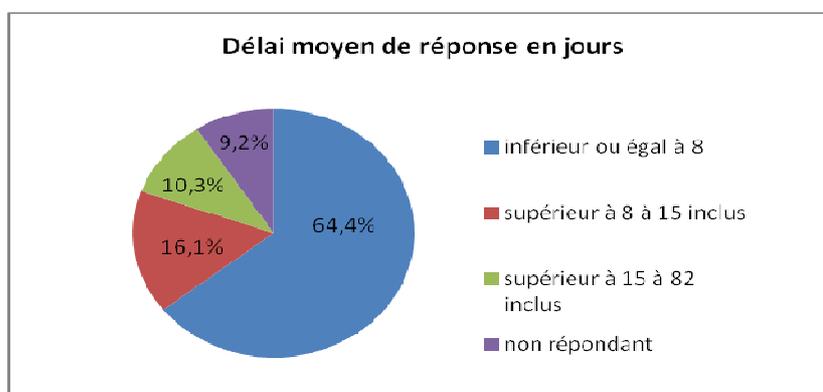
6-4-3 Modalités de traitement des demandes d'accès au dossier en 2012 :

Envoi d'un courrier à l'utilisateur précisant la procédure et confirmant la demande : OUI à 86% ►

Délai moyen de réponse à la demande réputée complète : 9,4 jours (7,9 jours en 2011)

Remarque :

- Les délais de réponse varient de 0 à 82 jours



Au regard de ces remarques, la CRSA s'étonne du petit nombre de consultation des dossiers sur place et souhaiterait une analyse des procédures et des freins éventuels.

6-4-4 Coût de reproduction du dossier médical.

La gratuité de la copie du dossier est assurée dans 23 % (26% en 2011) des établissements.

Une participation financière de l'utilisateur, dès la 1ère photocopie, est demandée dans 63 % (66% en 2011) des cas.

Coût moyen de la photocopie à l'unité, facturé à l'utilisateur : 27 cts (34 centimes d'euros en 2011).

Coût moyen d'envoi postal, facturé à l'utilisateur : environ 5 € comme en 2011.

Remarque : Le coût d'envoi varie de 0 à 22 €. Pour 20% des établissements le coût d'envoi postal est inférieur à 5€.

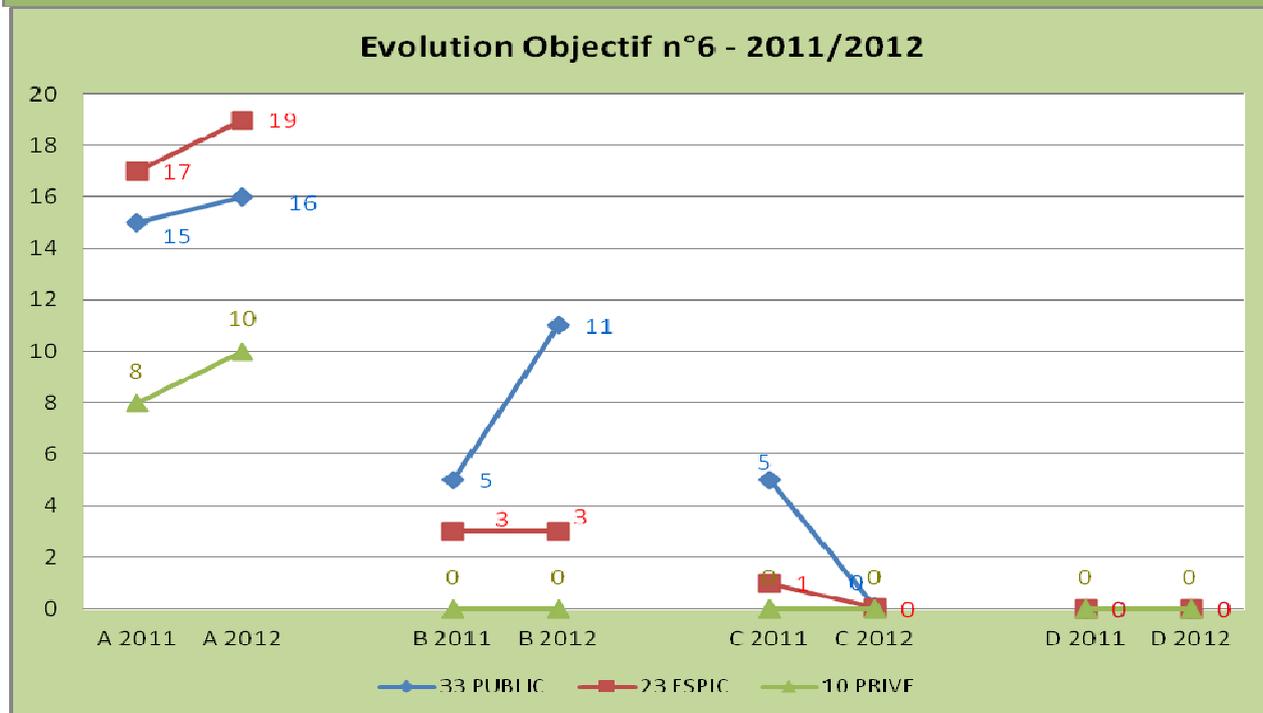
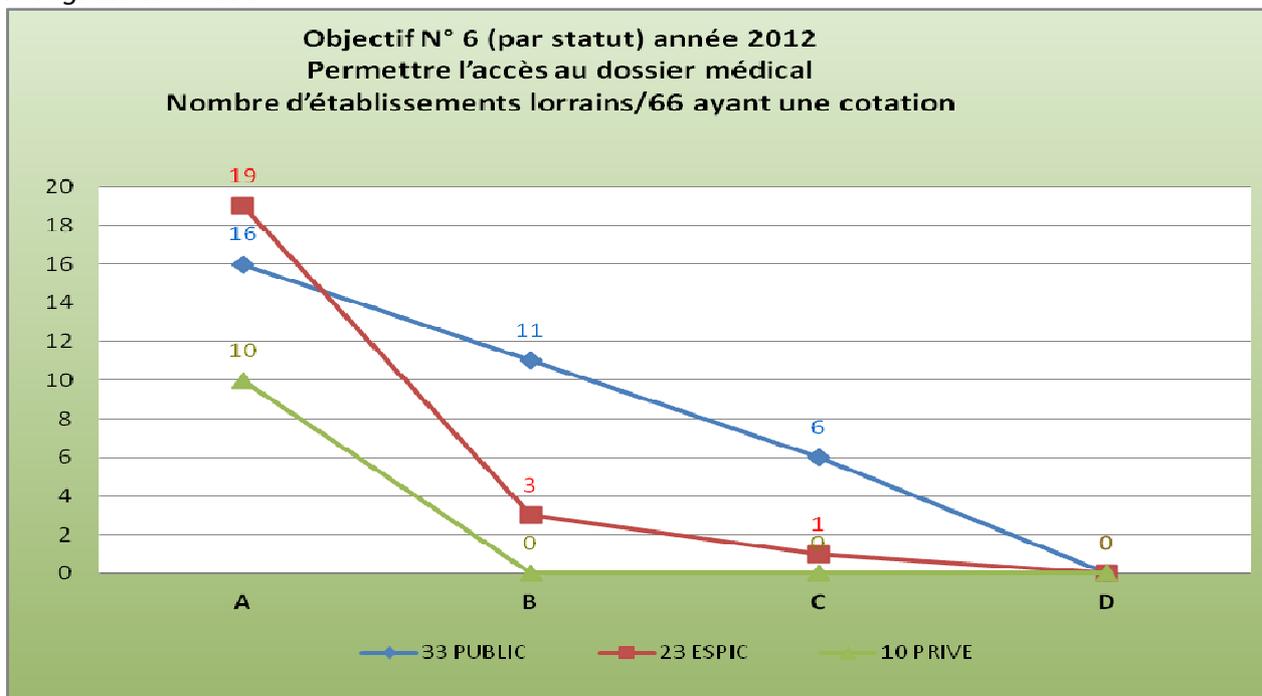
La CRSA félicite les établissements qui pratiquent la gratuité. En revanche, elle déplore les tarifs pour le moins exagérés pratiqués par d'autres établissements sans en connaître la justification.

Elle rappelle le cadre législatif à prendre en compte dans le calcul du coût de reproduction du dossier médical dans l'article L1111-7 du code de la santé publique (extrait : " la consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel

qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents "

Données recueillies dans les rapports de la certification HAS v2010

Critère d'évaluation HAS : "L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation".



A : oui B : en grande partie C : partiellement D : non NA : non applicable

La CRSA note que les 66 établissements engagés dans la démarche de certification HAS v2010, soit 100%, respectent la procédure d'accès du patient à son dossier médical, dans les délais réglementaires.

Concernant le secteur Médico-social :

Selon les informations recueillies auprès de l'ARS, il n'existe pas actuellement de centralisation régionale des réclamations dans le domaine médico-social.

7 – Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.

La loi du 11 février 2005 a confirmé le droit de tout élève handicapé à accéder à l'éducation et l'obligation pour l'Etat de garantir cette éducation. Par ailleurs, dans le cadre de cette loi qui institue les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), les décisions individuelles relèvent désormais de la Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). C'est en conséquence la CDAPH qui se prononce sur le plan de compensation de la personne handicapée et qui arrête le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS), charge à l'Éducation Nationale d'exécuter les prescriptions des CDAPH.

Selon les informations obtenues du rectorat de Nancy-Metz :

Les données statistiques disponibles permettent d'identifier le nombre d'élèves handicapés effectivement scolarisés dans l'académie de Nancy-Metz, les demandes de scolarisation étant des données relevant des MDPH.

Le total des élèves handicapés scolarisés sur l'ensemble des 1^{er} et 2^{ème} degré est de **8 490** en 2012 en Lorraine.

- 1^{ER} Degré : 219 408 élèves dont **4 964 élèves handicapés** (2,26 %) – soit 58,46 % du total des élèves handicapés scolarisés
- 2^{ème} degré : 187 571 élèves dont **3 526 élèves handicapés** (1,88 %) – soit 41,54 % du total des élèves handicapés scolarisés

	Académie 2012-13	Académie 2011-12	Evolution 2012/2011
1^{er} degré			
Inclusion individuelle	3151	2930	+ 7,54%
Inclusion collective CLIS*	1813	1726	+ 5,04%
2^{ème} degré			
Inclusion individuelle	2634	2471	+ 6,59 %
Inclusion collective ULIS*	892	747	+ 19,41 %
TOTAL	8490	7874	+ 7,82 %

Le pourcentage de scolarisation est en augmentation de 2,08 % pour l'ensemble des inscriptions 1^{er} et 2^{ème} degré sur l'académie Nancy Metz pour l'année scolaire 2012-2013.

Inclusion individuelle : nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement de façon régulière, même à temps partiel, en classes ordinaires dans les écoles, collèges, lycées (Public ou privé).

Inclusion collective : nombre d'élèves handicapés scolarisés collectivement de façon régulière, même à temps partiel, en CLIS (classe pour l'Inclusion Scolaire) dans le 1^{er} degré, et en ULIS (Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire) dans le 2^{ème} degré (public ou privé).

On peut noter le nombre important d'inclusion d'enfants handicapés dans les classes ULIS.

La CRSA a sollicité les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) de Lorraine. Voici les réponses communiquées en juin 2013, au titre de l'année 2012 :

MDPH	54	55	57	88
Nombre de demandes de scolarisation				
<i>Demande de parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social</i>	NC	775	2460	1060
Nombre de prises en charge en milieu adapté	NC			
- Nombre de décisions d'orientation scolaire			958	268
<i>CLIS</i>			366	108
<i>ULIS</i>		246	224	95
<i>SEGPA</i>				43
<i>EREA</i>			368	22
- Nombre de décisions d'orientations en Etablissement médico-social	NC		895	400
<i>IME</i>			630	261
<i>ITEP</i>			168	85
<i>IEM</i>			97	37
<i>IES ou autres</i>			0	17
- Nombre de décisions d'orientations vers un service médico-social	NC		607	211
<i>SESSAD</i>			607	185
<i>Autres (SAAAIS, SAFEP, SSEFS ...)</i>			0	26

Pour la MDPH de la Meuse, le nombre de décisions et avis rendus par la CDAPH en matière de scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire suit une progression toujours plus importante. Sur les seules 3 dernières années, ces décisions liées à la scolarisation en milieu ordinaire sont en forte et constante augmentation (+ 83 % depuis 2009, + 22 % en moyenne d'augmentation d'une année sur l'autre).

Dans le même temps, le nombre d'enfants accueillis en établissement médico-social ne diminue pas ; même si on constate une augmentation du nombre de scolarisations partagées avec l'Education Nationale.

La MDPH de Moselle a fourni les éléments figurant dans le tableau ci-dessus. On peut noter que la CDAPH de Moselle a reçu **3 043** demandes déposées en 2012 : Sur un nombre total de décisions (2 787), 2460 décisions ont été accordées, 323 ont été refusées ou rejetées et 4 en sursis.

Pas plus que l'année passée, la MDPH de Meurthe et Moselle n'a pas répondu à notre demande.

8 – Droits des personnes détenues – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.

Aucun retour concernant ce domaine.

9 – Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Conformément à la loi 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, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) remplace la précédente Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP).

Elle est chargée d'examiner chaque hospitalisation sans consentement au regard des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Elle est composée de :

- ✧ 2 représentants des usagers,
- ✧ 3 médecins (dont deux psychiatres et un médecin généraliste)
- ✧ 1 magistrat.

A ce jour, chaque département de la région a mis en place la CDSP et tous les représentants des usagers y sont désignés. Ces derniers concernent les associations suivantes :

- ✧ CDSP de Meurthe et Moselle : UNAFAM et ESPOIR 54
- ✧ CDSP de la Meuse : UNAFAM et CROIX BLEUE
- ✧ CDSP de Moselle : UNAFAM ET UDAF MOSELLE
- ✧ CDSP des Vosges : UNAFAM (2 représentants)

En termes d'activité, les informations disponibles à ce jour sont les suivantes :

	Nombre de réunions	Nombre de visites d'établissements
Meurthe et Moselle	4	20
Meuse	3	3
Moselle	nc	nc
Vosges	2	2

TABLEAU STATISTIQUES SOINS PSYCHIATRIQUES

NOMBRE TOTAL DE MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES	54	55	57	88
Dont nombre total de SDRE et SDJ	47	58		
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3212-1 du CSP			450	
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3212-3 du CSP		6	664	
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3213-1 du CSP	15	6	31	
Dont nombre de mesures prises après l'application de l'article L.3213-2 du CSP	52	10	80	
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3213-4 du CSP	110			
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3213-5 du CSP	52			
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3213-6 du CSP	2			
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3213-7 du CSP	1	0	1	
Dont nombre de mesures prises en application de l'article 706-135 du CPP		1	2	
Dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3214-3 du CSP	22	42		
Dont nombre total de SDT		157		
NOMBRE TOTAL DE MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES	54	55	57	88
Nombre total de SDTU		92		
Nombre total de SPI		11		
Nombre total de levées de mesures de soins psychiatriques	80	193		
Dont nombre de levées de SDRE et SDJ		52		7
Dont nombre de levées de mesures prises en application de l'article L.3214-3 du CSP		38		
UMD			117	
USIP			47	
D 398 du CP	22		46	

CDSP	<i>code de la santé publique</i>	SDT	<i>soins sur demande d'un tiers</i>
CPP	<i>code de procédure pénale</i>	SDTU	<i>soins sur demande d'un tiers en urgence</i>
SDRE	<i>soins sur décision du représentant de l'Etat</i>	SPI	<i>soins en cas de péril imminent</i>
SDJ	<i>soins sur décision de justice</i>	UMD	<i>unité de malades difficiles</i>
SDDE	<i>soins sur décision du directeur d'établissement</i>	USIP	<i>Unité de soins intensifs de psychiatrie</i>

Rapports annuels transmis à l'ARS Lorraine :

Sur les quatre territoires lorrains, quatre rapports annuels ont bien été transmis à l'Ars Lorraine.

RENFORCER
ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

A - Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé²

➤ Le département de la Meurthe-et-Moselle

Tableau n°4 : Modes d'exercice par qualification – Meurthe-et-Moselle

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	<i>Libéral</i>	<i>Mixte</i>	<i>Salarié</i>
Anatomie et cytologie-pathologiques	45,5%	9,1%	45,5%
Anesthésie-réanimation	25,9%	2,4%	71,8%
Biologie médicale	26,7%	2,2%	71,1%
Cardiologie et maladies vasculaires	31,7%	36,6%	31,7%
Chirurgie de la face et du cou	0,0%	0,0%	100,0%
Chirurgie générale	10,9%	23,6%	65,5%
Chirurgie infantile	20,0%	20,0%	60,0%
Chirurgie maxillo-faciale	50,0%	50,0%	0,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	48,8%	31,7%	19,5%
CPRE	64,3%	14,3%	21,4%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0,0%	33,3%	66,7%
Chirurgie urologique	54,5%	27,3%	18,2%
Chirurgie vasculaire	50,0%	20,0%	30,0%
Chirurgie viscérale et digestive	27,3%	18,2%	54,5%
Dermatologie et vénéréologie	61,5%	19,2%	19,2%
Endocrinologie et métabolisme	29,4%	5,9%	64,7%
Gastro-entérologie et hépatologie	30,6%	27,8%	41,7%
Génétique médicale	0,0%	0,0%	100,0%
Gériatrie	0,0%	0,0%	100,0%
Gynécologie médicale	82,6%	4,3%	13,0%
Gynécologie médicale et obstétrique	70,8%	8,3%	20,8%
Gynécologie-obstétrique	31,7%	26,8%	41,5%
Hématologie	0,0%	0,0%	100,0%
Médecine du travail	1,1%	1,1%	97,7%
Médecine générale	58,6%	6,6%	34,8%
Médecine interne	12,5%	7,5%	80,0%
Médecine nucléaire	31,3%	31,3%	37,5%

² Extrait de « La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Lorraine – situation au 1^{er} juin 2011 » Conseil National de l'Ordre des Médecins

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	<i>Libéral</i>	<i>Mixte</i>	<i>Salarié</i>
Médecine physique et de réadaptation	3,1%	9,4%	87,5%
Néphrologie	8,7%	8,7%	82,6%
Neuropsychiatrie	50,0%	0,0%	50,0%
Neurochirurgie	18,2%	18,2%	63,6%
Neurologie	19,2%	7,7%	73,1%
Oncologie médicale	0,0%	20,0%	80,0%
Ophtalmologie	62,3%	23,2%	14,5%
ORL	35,5%	32,3%	32,3%
Pédiatrie	24,6%	7,4%	68,0%
Pneumologie	22,9%	14,3%	62,9%
Psychiatrie	24,6%	12,0%	63,4%
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	14,3%	21,4%	64,3%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	49,5%	8,2%	42,3%
Radiothérapie et onco-radiothérapie	14,3%	0,0%	85,7%
Réanimation médicale	25,0%	0,0%	75,0%
Rhumatologie	48,6%	8,1%	43,2%
Santé publique et médecine sociale	0,0%	0,0%	100,0%
Stomatologie	71,4%	14,3%	14,3%
Total	42,0%	10,4%	47,7%

➤ **Le département de la Meuse**

Tableau n°5 : Modes d'exercice par qualification – Meuse

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	<i>Libéral</i>	<i>Mixte</i>	<i>Salarié</i>
Anesthésie-réanimation	11,1%	44,4%	44,4%
Biologie médicale	0,0%	0,0%	100,0%
Cardiologie et maladies vasculaires	21,4%	57,1%	21,4%
Chirurgie générale	40,0%	60,0%	0,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	33,3%	66,7%	0,0%
Chirurgie urologique	0,0%	100,0%	0,0%
Chirurgie viscérale et digestive	100,0%	0,0%	0,0%
Dermatologie et vénéréologie	75,0%	25,0%	0,0%
Endocrinologie et métabolisme	0,0%	0,0%	100,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	0,0%	100,0%	0,0%
Gériatrie	0,0%	0,0%	100,0%
Gynécologie médicale	50,0%	0,0%	50,0%
Gynécologie médicale et obstétrique	0,0%	100,0%	0,0%
Gynécologie-obstétrique	12,5%	50,0%	37,5%
Médecine du travail	0,0%	0,0%	100,0%
Médecine générale	53,6%	11,7%	34,7%
Médecine interne	0,0%	33,3%	66,7%

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	<i>Libéral</i>	<i>Mixte</i>	<i>Salarié</i>
Médecine physique et de réadaptation	14,3%	14,3%	71,4%
Néphrologie	0,0%	0,0%	100,0%
Neurologie	0,0%	0,0%	100,0%
Ophtalmologie	37,5%	50,0%	12,5%
ORL	40,0%	0,0%	60,0%
Pédiatrie	0,0%	18,2%	81,8%
Pneumologie	0,0%	66,7%	33,3%
Psychiatrie	15,4%	7,7%	76,90%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	44,4%	33,3%	22,2%
Rhumatologie	25,0%	50,0%	25,0%
Santé publique et médecine sociale	0,0%	0,0%	100,0%
Total	40,7%	20,2%	39,1%

➤ Le département de la Moselle

Tableau n°6 : Modes d'exercice par qualification – Moselle

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	<i>Libéral</i>	<i>Mixte</i>	<i>Salarié</i>
Anatomie et cytologie-pathologiques	64,7%	35,3%	0,0%
Anesthésie-réanimation	20,8%	1,6%	77,6%
Biologie médicale	48,3%	3,4%	48,3%
Cardiologie et maladies vasculaires	48,9%	22,7%	28,4%
Chirurgie générale	27,3%	18,2%	54,5%
Chirurgie infantile	0,0%	0,0%	100,0%
Chirurgie maxillo-faciale	0,0%	0,0%	100,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	31,7%	22,0%	46,3%
CPRE	28,6%	21,4%	50,0%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	20,0%	0,0%	80,0%
Chirurgie urologique	20,0%	46,7%	33,3%
Chirurgie vasculaire	0,0%	0,0%	100,0%
Chirurgie viscérale et digestive	6,3%	25,0%	68,8%
Dermatologie et vénéréologie	76,7%	4,7%	18,6%
Endocrinologie et métabolisme	23,1%	23,1%	53,8%
Gastro-entérologie et hépatologie	30,4%	17,4%	52,2%
Gériatrie	0,0%	3,6%	96,4%
Gynécologie médicale	88,9%	5,6%	5,6%
Gynécologie médicale et obstétrique	50,0%	35,7%	14,3%
Gynécologie-obstétrique	28,8%	32,7%	38,5%
Médecine du travail	0,0%	0,0%	100,0%
Médecine générale	64,7%	5,2%	30,1%
Médecine interne	8,0%	8,0%	84,0%

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	<i>Libéral</i>	<i>Mixte</i>	<i>Salarié</i>
Médecine nucléaire	0,0%	50,0%	50,0%
Médecine physique et de réadaptation	12,9%	9,7%	77,4%
Néphrologie	0,0%	23,1%	76,9%
Neurologie	30,0%	30,0%	40,0%
Oncologie médicale	16,7%	0,0%	83,3%
Ophtalmologie	71,0%	22,6%	6,5%
ORL	45,7%	20,0%	34,3%
Pédiatrie	27,5%	15,0%	57,5%
Pneumologie	11,1%	30,6%	58,3%
Psychiatrie	16,3%	17,9%	65,9%
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	23,8%	19,0%	57,1%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	51,9%	18,3%	29,8%
Radiodiagnostic et radiothérapie	100,0%	0,0%	0,0%
Radiothérapie et onco-radiothérapie	50,0%	30,0%	20,0%
Réanimation médicale	0,0%	25,0%	75,0%
Rhumatologie	65,7%	14,3%	20,0%
Santé publique et médecine sociale	0,0%	0,0%	100,0%
Stomatologie	60,0%	20,0%	20,0%
Total	48,7%	10,8%	40,5%

➤ Le département des Vosges

Tableau n°7 : Modes d'exercice par qualification – Vosges

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	<i>Libéral</i>	<i>Mixte</i>	<i>Salarié</i>
Anatomie et cytologie-pathologiques	100,0%	0,0%	0,0%
Anesthésie-réanimation	32,1%	7,1%	60,7%
Biologie médicale	66,7%	16,7%	16,7%
Cardiologie et maladies vasculaires	43,5%	34,8%	21,7%
Chirurgie générale	21,4%	50,0%	28,6%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	33,3%	22,2%	44,4%
CPRE	100,0%	0,0%	0,0%
Chirurgie urologique	100,0%	0,0%	0,0%
Chirurgie vasculaire	66,7%	33,3%	0,0%
Chirurgie viscérale et digestive	0,0%	25,0%	75,0%
Dermatologie et vénéréologie	88,9%	11,1%	0,0%
Endocrinologie et métabolisme	0,0%	0,0%	100,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	25,0%	41,7%	33,3%
Gériatrie	0,0%	25,0%	75,0%
Gynécologie médicale	72,7%	27,3%	0,0%
Gynécologie médicale et obstétrique	0,0%	60,0%	40,0%

<i>Modes d'exercice par qualification</i>	Libéral	Mixte	Salarié
Gynécologie-obstétrique	45,5%	22,7%	31,8%
Médecine du travail	0,0%	0,0%	100,0%
Médecine générale	61,4%	7,7%	30,9%
Médecine interne	0,0%	8,3%	91,7%
Médecine nucléaire	100,0%	0,0%	0,0%
Médecine physique et de réadaptation	10,0%	0,0%	90,0%
Néphrologie	0,0%	100,0%	0,0%
Neurologie	25,0%	50,0%	25,0%
Oncologie médicale	0,0%	0,0%	100,0%
Ophtalmologie	58,8%	29,4%	11,8%
ORL	33,3%	58,3%	8,3%
Pédiatrie	27,6%	31,0%	41,4%
Pneumologie	0,0%	44,4%	55,6%
Psychiatrie	3,0%	24,2%	72,7%
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	80,0%	20,0%	0,0%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	48,4%	29,0%	22,6%
Radiodiagnostic et radiothérapie	100,0%	0,0%	0,0%
Rhumatologie	25,0%	75,0%	0,0%
Santé publique et médecine sociale	0,0%	0,0%	100,0%
Stomatologie	0,0%	0,0%	100,0%
Total	49,1%	15,2%	35,7%

B - Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale³

Un bassin de vie compte, en Lorraine, en moyenne, 4,1 médecins généralistes pour 5 000 habitants.

45% des bassins de vie de la région Lorraine sont caractérisés par une densité faible (inférieure à la moyenne).

Le bassin de vie de Provençères-sur-Fave (CD 88) a une densité faible avec une moyenne d'âge des médecins âgés de 60 ans et plus.

En théorie, les médecins généralistes de ces bassins de vie sont susceptibles de prendre leur retraite dans les cinq années à venir.

³ Extrait de « La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Lorraine – situation au 1^{er} juin 2011 » Conseil National de l'Ordre des Médecins

Tableau n°11 : Bassins de vie en densité faible – Meurthe-et-Moselle

<i>Nom du bassin de vie</i>	<i>PSDC 2008</i>	<i>Part 60 Ans</i>	<i>Moyenne âge MG</i>	<i>Densité MG</i>
Bayon	3542	10,6%	56	1,8
Blainville sur l'Eau	4192	10,1%	48	1,8
Jarny	11102	11,1%	58	1,3
Longuyon	8620	11,0%	50	1,3
Piennes	8782	11,9%	56	1,4
Villerupt	12336	11,8%	55	1,7

Tableau n°12 : Bassins de vie en densité faible – Meuse

<i>Nom du bassin de vie</i>	<i>PSDC 2008</i>	<i>Part 60 Ans</i>	<i>Moyenne âge MG</i>	<i>Densité MG</i>
Etain	3733	10,3%	55	1,7
Gondrecourt le Château	2013	12,0%	59	1,3
Montmédy	3641	9,9%	51	1,7
Revigny sur Ornain	3957	10,9%	56	1,9
Saint Dizier	25078	11,1%	62	0,2
Saint Mihiel	5579	11,3%	58	1,6
Stenay	3197	13,2%	54	1,1

Tableau n°13 : Bassins de vie en densité faible – Moselle

<i>Nom du bassin de vie</i>	<i>PSDC 2008</i>	<i>Part 60 Ans</i>	<i>Moyenne âge MG</i>	<i>Densité MG</i>
Aumetz	5418	10,1%	49	1,4
Bitche	10708	11,4%	55	1,8
Boulay sur Moselle	6230	8,6%	50	1,8
Bouzonville	8426	9,4%	54	1,6
Creutzwald	13021	11,5%	56	1,7
Dieuze	7483	10,7%	53	1,8
Drulingen	4120	11,2%	58	1,2
Farébersviller	4151	9,3%	52	1,2
Faulquemont	9583	9,4%	53	1,7
Forbach	48359	10,9%	54	1,4
Guénange	5655	9,8%	52	1,7
Morhange	5004	10,6%	55	1,7
Phalsbourg	6359	9,4%	53	1,5
Puttelange aux Lacs	6580	9,9%	54	1,3
Rohrbach Lès Bitche	7017	10,1%	53	1,8
Saint Avold	24441	10,1%	54	1,9
Sarre-Union	5601	10,7%	54	1,8

Tableau n°14 : Bassins de vie en densité faible – Vosges

<i>Nom du bassin de vie</i>	<i>PSDC 2008</i>	<i>Part 60 Ans</i>	<i>Moyenne âge MG</i>	<i>Densité MG</i>
Bruyères	8649	11,3%	49	1,6
Darney	2162	13,1%	60	1,7
La Bresse	6354	14,3%	50	1,7
Neufchâteau	10062	12,5%	53	1,8
Provenchères sur Fave	1383	12,2%	64	0,9
Rambervillers	7385	11,0%	55	1,7
Vagney	6668	10,9%	51	1,7
Xertigny	4859	10,9%	53	1,5

Information sur les plaintes, réclamation et refus de soins pour les personnes bénéficiaires de la CMU et de l'AME⁴

Selon la DCGDR (Direction de la coordination de la Gestion du Risque) sollicitée, les 4 CPAM de la Région Lorraine ont indiqué qu'elles n'ont enregistré aucun signalement de plainte ou de refus de soins à des titulaires de CMU et d'AME au cours de l'année écoulée.

Les Conseils de l'Ordre départementaux des 3 départements n'ont également aucun signalement de plaintes ou refus de soins à des titulaires de CMU et d'AME en 2012.

⁴ AME : Aide Médicale de l'Etat

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 – 74 ans : Pourquoi dépister ?

Pour mettre en évidence des lésions peu évoluées et assurer ainsi des chances de guérisons élevées. La mammographie est l'examen de référence qui permet de détecter ce que la femme ne sent pas à la palpation.

Suite à différentes études, **une mammographie tous les deux ans est suffisante pour des femmes en bonne santé, sans antécédents personnels ou familiaux.**

Sur la campagne 2011-2012, le taux de participation en Lorraine est de 50.4%, soit **173 850 femmes.**

Ce taux de participation est stable depuis 4 ans. A noter qu'il reste faible car l'objectif national de participation est de 70% pour une meilleure efficacité du programme.

La participation à ce programme en 2011-2012 est de : (source InVS)

- o En France = 52.7%
- o En Meurthe-et-Moselle = 52.6%
- o En Meuse = 55.6%
- o En Moselle = 46.3%
- o Dans les Vosges = 55.4%

Ainsi, grâce au dépistage organisé, pour la campagne 2011 – 2012, ce sont 1332 cancers qui ont été dépistés dont 133 en deuxième lecture.

Mais, en Lorraine, c'est toujours près d'une femme sur deux qui ne se fait pas dépister.

Taux de dépistage organisé du cancer colo rectal chez les personnes de 50 – 74 ans

Si on se réfère aux données publiées par l'InVS en mars 2011, **la participation au programme en Lorraine est encore trop faible** si on considère que le taux recommandé est de 45%. La Lorraine se situe au 9ème rang avec un taux de participation INSEE 2009-2010 de 37,1% (34% en France).

	Taux participation 2010-2011	Taux de participation 2011-2012
Meurthe et Moselle	34.3%	32.8%
Meuse	32.7%	34.1%
Moselle	33.1%	34.1%
Vosges	36.9%	38.2%
LORRAINE	34.3%	34.4%
FRANCE	32.1%	31.7%
Nombre de lorrains participants au dépistage	201 150	204 107

En Lorraine, le cancer colorectal constitue la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme, et la troisième cause chez la femme, immédiatement après le cancer broncho-pulmonaire. Le taux comparatif de mortalité observé dans la région est **significativement supérieur au taux français.**

Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la Rougeole – les Oreillons – la Rubéole

La vaccination ROR systématique est le seul moyen pour permettre l'élimination de ces maladies. Entre 2008 et 2012 une importante épidémie de rougeole a atteint plus de 24 000 personnes causant plus de 1 000 pneumopathies graves et 30 complications neurologiques à type d'encéphalite ou myélite. Dix décès sont à déplorer par pneumopathie, myocardite ou encéphalite. Les foyers épidémiques étaient la conséquence d'un niveau insuffisant et hétérogène de la couverture vaccinale en France.

L'observation des cas recensés pendant l'épidémie fait apparaître que :

- les taux d'incidence les plus élevés ont été observés chez les jeunes enfants de moins de 1 an qui ne peuvent être protégés qu'indirectement par la vaccination ;
- parmi les cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 80,2 % n'étaient pas vaccinés, 14,5 % n'avaient reçu qu'une dose de vaccin, 5,1 % avaient reçu deux doses, et le nombre de doses était inconnu pour 0,2 % des cas.

Depuis 2012, le nombre de cas est resté à peu près stable, sans pic épidémique notable mais le virus circule toujours et il convient de rester vigilant et de veiller à la mise à jour du statut vaccinal, avec deux doses de vaccin pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980.

L'augmentation de la couverture vaccinale à deux doses des enfants avant l'âge de 2 ans (qui doit atteindre au moins 95 % pour la 1^{re} dose et 80 % pour la seconde), l'administration plus précoce de la seconde dose et le rattrapage des sujets réceptifs (adolescents et jeunes adultes nés depuis 1980) devraient permettre à terme l'interruption de la transmission des trois maladies (rougeole, oreillons et rubéole).

Situation en % de la couverture vaccinale R.O.R. à 24 mois en Lorraine en 2011*

Sources : remontées PMI - certificats de santé du 24^{ème} mois (*2012 pas encore disponible)

	ROR 1 dose	ROR 2 doses
Lorraine :	89,2	67,6
Meurthe et Moselle	91,6	76,4
Meuse	90,2	61,1
Moselle	90,8	65,1
Vosges	79,2	60,3

Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle

Département de la Meurthe et Moselle Bilan en école maternelle Année 2012 – 2013 (Source PMI 54)

FILLES				
Maigreur	IMC normal	Surpoids	Obésité	Totaux
126	2979	217	101	3415
3,69%	87%	6,35%	2,96%	
		9,31%		

GARCONS				
Maigreur	IMC normal	Surpoids	Obésité	Totaux
149	3171	192	89	3598
4,14%	88,13%	5,34%	2,39%	
		7,73%		

TOTAUX				
Maigreur	IMC normal	Surpoids	Obésité	Totaux
275	6142	409	187	7013
3,92%	87,58%	5,83%	2,67%	
		8,50%		

Sur le département 54, on note un surpoids plus important chez les filles en 2010.
Les informations communiquées par la PMI de ce département confirment une stabilisation chez les garçons depuis 2004

Département de la Meuse Bilan en école maternelle Année 2012 – 2013 (Source PMI 55)

Bilan de santé en école maternelle **ETUDE DE LA TAILLE ET DU POIDS (IMC)**

Nombre total d'enfants examinés	Nombre des enfants avec une IMC<2DS**	%	Nombre des enfants avec une IMC >2DS	%
1551	100	6,45%	62	4

****IMC inférieure ou supérieure à 2 DS**

IMC signifie Indice de masse corporelle

DS signifie "Déviation standard". c'est un indicateur (ligne de croissance) qui permet de comparer le développement de l'enfant par rapport à l'indice de masse corporelle. Il est tenu compte y compris du développement du périmètre crânien.

Par conséquent :

IMC inférieure à 2DS

a) au niveau du poids c'est une malnutrition

Une cassure de la courbe de poids doit être un signal fort. Rechercher une cause qui peut être primaire : malnutrition syndrome de malabsorption, maladies chroniques, troubles psychiques.

b) au niveau de la taille : Cassure de la taille qui suit la cassure du poids

Petite taille : rechercher la cause

IMC supérieure à 2 DS

a) au niveau du poids : obésité : elle est définie par un poids supérieur à 20% par rapport à la norme selon l'âge.

Département des Vosges

Bilan en école maternelle Année 2012 – 2013 (Source PMI 88)

Etat de santé recueillis par les équipes de PMI

Nous voyons les enfants en moyenne section de maternelle, c'est-à-dire entre 3 ans $\frac{3}{4}$ et 5 ans $\frac{1}{2}$ (nés en 2008 pour les bilans de l'année scolaire sept 2012 - juin 2013)

A partir de 2 recueil d'information qui ont été croisés :

- I. Un recueil manuel des données et un calcul manuel de l'indice de masse corporelle, **sur 2153 enfants vus, il y avait 105 enfants qualifiés par les médecins de PMI d'obèse, soit 4,88%**
- II. Un recueil informatisé où c'est l'ordinateur qui calcule l'IMC et le juge par rapport à une courbe préenregistrée et là, **sur 1616 enfants vus** (différents des 2153 précédents), **il y avait 21 enfants qualifiés d'obèse, soit un taux de 1,3%**
- III. Si on fait une moyenne, **sur 3 769 enfants vus, il y avait 126 enfants obèses, soit 3,34%**

Dans tous les cas, on peut dire qu'il n'y a pas d'explosion de « l'épidémie » d'obésité qui pouvait être redoutée

Département de la Moselle

Aucune réponse adressée

13 – Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires

pas de réponse de l'ARS Lorraine

**CONFORTER LA REPRESENTATIVITE
DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE**

14 – Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.

Données recueillies dans la synthèse régionale 2012 des rapports CRUQPC

Nombre de formations des RU (Représentants des Usagers proposées par les établissements Lorrains (formation, conférence, congrès...) :

Nb de formations	Effectifs	%
0	53	62 % ▲
1	24	28 % ▲
2	5	6 % ▼
3	3	4 % ▼
Sans réponse	2	
Total	87	100%

62 % des établissements ayant répondu ne proposent pas de formations aux représentants des usagers contre 69% en 2011.

En revanche, 26 % en ont proposé au moins une contre 20 % en 2011.

Tableau « principaux thèmes de formation »

"Congrès des représentants des usagers" proposé par la FHP
Bientraitance en institution
Connaissance de l'établissement et fonctionnement de la CRUQPC
Cadre réglementaire, place des RU dans les établissements, recueil, analyse et traitement des plaintes et des réclamations, amélioration de la qualité, rapport annuel de la CRUQPEC
La médiation dans le cadre de la CRUQPC
Conférence éthique / comité d'éthique
Douleur
Droits des patients selon la charte de la personne hospitalisée
Formation CISS
Formation interne à la démarche de certifications
Formations à la protection juridique du patient
Optimiser la gestion des plaintes et réclamations / traitement des réclamations
Rôle de la CRSA et représentation des usagers dans la loi HPST
Restituer le retour d'expérience des patients dans la dynamique d'amélioration de la qualité de la prise en charge.
La relation soignants/soignés
Représenter les usagers : l'essentiel (CISS)/Droit des usagers (CISS)
Session d'informations sur les missions de la CRUQPC, son fonctionnement, représentation de l'utilisateur au sein de la CRUQPC
Rôle des représentants des usagers au sein des établissements de santé
Droits des patients et représentation des usagers au niveau européen

Informations provenant du CISS Lorraine :

En 2012, le CISS Lorraine a assuré les formations destinées aux représentants des usagers

Lieux	Dates	Thèmes	Nombre de participants	Durée
Vandœuvre	Avril 2012	Représentez les usagers l'essentiel	11 RU	1 journée - 9h30-17h
Vandœuvre	Mai 2012	Connaître et défendre les droits des usagers	Annulée faute de participation	
Nancy	Septembre 2012	Être RU en conférence de territoire	9 RU	1 journée - 9h30-17h
Épinal	Octobre 2012	Connaître et défendre les droits des usagers	9 RU	1 journée - 9h30-17h
Metz	Octobre 2012	Être RU en CRUQ-PC	11 RU	1 journée - 9h30-17h
Épinal	Octobre 2012	Être RU en CRUQ-PC	8 RU	1 journée - 9h30-17h
Vandœuvre	Novembre 2012	Connaître et défendre les droits des usagers	8 RU	1 journée - 9h30-17h
Metz	Novembre 2012	Représentez les usagers l'essentiel	16 RU	1 journée - 9h30-17h
Bar le Duc	Décembre	Connaître et défendre les droits des usagers	Annulée faute de participation	

Sur l'année 2012 neuf formations organisées par le CISS Lorraine dont sept effectives et deux annulées par manque de participation. Au totale 72 places occupées en formations sur cette année 2012.

Dispositif d'information des sessions de formations :

Présentation et invitation mail auprès des associations adhérentes du CISS Lorraine et auprès des RU identifiés

Au total, le CISS Lorraine a proposé gratuitement 135 places de formation de représentants des usagers aux associations adhérentes ; au total 72 ont été occupées. Il est dommage que des sessions de formation aient été annulées, faute de candidats et surtout faute de ne pouvoir contacter directement les représentants d'usagers.

La CRSA demande que les représentants des usagers soient davantage formés au rôle de représentant des usagers et que cette formation devienne, à terme, une obligation pour toute nouvelle nomination.

Pour information, le GEPSO (groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux) a organisé une formation pour les travailleurs en ESAT sur le thème : « Délégués des usagers : qu'est-ce que la citoyenneté et la représentativité ? » ; une formation sur 2 jours pour 20 usagers sur le thème « Qu'est ce qu'être délégué dans un établissement ? » envers des usagers de MAS ou de FAS. Chaque formation a été assurée par un ancien directeur d'établissement médico-social.

RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

15 – Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoires

Taux de participation global et par collège des membres de la CRSA en 2012 :

Collèges CRSA	Plénière	Commission Permanente	CS Droits Usagers	CS Médico Social	CS Organisation des Soins	CS Prévention
1 Collectivités territoriales	46,15	88,88	20	50	37,5	18,18
2 Usagers	68,33	88,88	65,7	83,33	50	16,66
3 Territoires	87,5	Non concerné	80	100	75	0
4 Partenaires sociaux	72,5	83,33	100	87,5	83,33	25
5 Acteurs de la cohésion et de la protection sociale	62,5	100	0	50	25	58,33
6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	75	66,66	40	Non concerné	62,5	44,44
7 Offreurs des services de santé	55,3	55,55	40	50	41,44	11,11
8 Personnalités qualifiées	100	100	0	0	0	0
Membres de droit						
Global	61,37	47,36	67,27	64,81	41,47	27,58
Nombre de réunions	4	3	5	2	8	3

Pour rappel taux de présence en 2011

Global	67,89	66,31	68,05	56,66	55,62	47,53
Nombre de réunions	4	5	6	5	12	6

Taux de participation des membres des conférences de territoire aux réunions plénières en 2011 et 2012 :

CT	Nbre réunions plénière en 2011	Taux de participation global en 2011	Nbre réunions plénière en 2012	Taux de participation global en 2012
Meurthe et Moselle	3	63 %	3	53 %
Meuse	3	53 %	0	
Moselle	3	85 %	0	
Vosges	3	60 %	1	51 %

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers	
<i>Recommandation 1</i>	<i>Demander à l'ARS Lorraine de sensibiliser les instituts de formation initiale et continue de TOUTES les professions de santé aux droits des usagers.</i>
<i>Recommandation 2</i>	<i>Promouvoir les travaux de fin d'étude des étudiants en incitant les établissements formateurs à les faire connaître.</i>
<i>Recommandation 3</i>	<i>Demande d'une procédure auprès des établissements et organismes de formation, afin d'avoir accès aux statistiques et données concernant les droits des usagers.</i>
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.	
<i>Recommandation 4</i>	<i>Rappeler aux établissements l'obligation légale du Décret concernant la tenue de réunions des CRUQPC.</i> <i>La CRSA insiste auprès de l'ARS, afin qu'elle impose aux établissements défaillants de respecter la loi.</i>
<i>Recommandation 5</i>	<i>Attirer l'attention des autorités chargées de la désignation des représentants des Usagers et sensibiliser les associations à la désignation des candidats</i>
<i>Recommandation 6</i>	<i>La CRSA demande que les moyens soient mis en œuvre pour évaluer l'état des droits des usagers dans le secteur médico-social.</i> <i>S'interroger sur la difficulté d'obtenir les informations concernant le fonctionnement effectif des Conseils de Vie Sociale (CVS)</i>
<i>Recommandation 7</i>	<i>Faciliter l'accès à l'information de la liste des personnes qualifiées aux usagers (par voie d'affichage ...)</i>
3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance	
<i>Recommandation 8</i>	<i>Sensibiliser les établissements sur la mise en place d'un dispositif et/ou des procédures de promotion de la bientraitance.</i>

5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Recommandation 9	<i>Réitère la demande d'inciter les établissements à mettre en place un dispositif de recueil des directives anticipées et organiser l'information de celles-ci</i>
------------------	---

6. Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical.

Recommandation 10	<i>La CRSA recommande qu'une explication orale à la remise du livret d'accueil soit encouragée, en particulier pour les personnes handicapées, âgées ou ne maîtrisant pas la lecture de la langue française.</i> <i>Demander aux établissements que les CRUQPC soient davantage associées à la définition des procédures.</i>
-------------------	--

Recommandation 11	<i>Souhait d'une analyse des procédures et des freins éventuels, concernant la consultation des dossiers sur place.</i>
-------------------	---

Recommandation 12	<i>La CRSA souhaite qu'une attention particulière soit apportée dans l'accès à l'information des recours possibles, par voie d'affichage, dans chaque service des établissements.</i>
-------------------	---

7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.

Recommandation 13	<i>Demande la mise en place d'un questionnaire unique pour chaque MDPH, afin d'avoir des réponses plus faciles à interpréter. L'idéal serait d'avoir les réponses des 4 MDPH.</i>
-------------------	---

3^{EME} PARTIE : Conforter la représentativité des usagers du système de santé

Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

Recommandation 14	<i>La CRSA demande que les représentants des usagers soient davantage formés au rôle de représentant des usagers et que cette formation devienne, à terme, une obligation pour toute nouvelle nomination.</i>
-------------------	---

La CRSA a bien conscience de n'avoir pu répondre à tous les items du cahier des charges du rapport sur le respect des droits des usagers, tels que définis par l'arrêté du 5 avril 2012. Ce dernier a néanmoins légitimé et facilité les démarches auprès des différents organismes.

En 2012, l'ARS de Lorraine a élaboré et mis en place un questionnaire en ligne commun à tous les établissements sanitaires, valant rapport CRUQPC, qui a permis la réalisation d'une synthèse régionale structurée. La CRSA constate que la mise en ligne du questionnaire CRUQPC facilite la transmission des rapports d'activité par les établissements.

Il est regrettable que l'on n'arrive pas à mettre en place la même structuration pour les CVS (Conseil de Vie Sociale) dans le secteur médico-social.

La CRSA souligne la persistance des difficultés rencontrées pour accéder à l'information dans les secteurs ambulatoire et médico-social.

Elle peut se réjouir des bonnes cotations obtenues pour une majorité d'établissements engagés dans la procédure de certification HAS V2010.

Par contre, la CRSA déplore la non application de la loi concernant le nombre minimum de réunions qui doivent être tenues par les CRUQPC. De même, elle souhaiterait que davantage d'établissements s'efforcent de mettre en place des formations destinées aux professionnels sur la politique du respect des droits des usagers.

La CRSA note également que subsistent quelques points à améliorer dans le secteur sanitaire, entre autres, les demandes d'accès au dossier médical. Il serait intéressant qu'une étude approfondie, sur l'année 2013, soit réalisée pour connaître les motifs de non traitement des demandes.

La CRSA se félicite du travail des membres de la commission CSDU. Toutefois elle est consciente des limites de ce rapport dans la mesure où la CSDU n'a pu obtenir tous les retours demandés auprès de l'ARS Lorraine.

- Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le respect des droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du Code de la Santé Publique

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique

NOR : ETSP1220103A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;
Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bientraitance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur.
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.
6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.

Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

Art. 2. – Ce rapport est établi sur la base des données mentionnées dans le tableau annexé et disponibles en région ; ces données sont collectées et consolidées par l'agence régionale de santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie étant chargée de leur analyse.

Art. 3. – Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région.

Art. 4. – Le rapport, portant sur les données de l'année précédente, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la Conférence nationale de santé au plus tard au 31 décembre de l'année en cours.

Art. 5. – La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, la directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 avril 2012.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

*Le directeur général
de l'offre de soins,
F.-X. SELLERET*

*Le directeur général
de la santé,
J.-Y. GRALL*

*Le directeur
de la sécurité sociale,
T. FATOME*

*La ministre des solidarités
et de la cohésion sociale,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de la cohésion sociale,
S. FOURCADE*

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES DU RAPPORT SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Validé par le CNP le 23 mars 2012 (visa CNP 2012-86).

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : – par professions de santé ; – par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		Rapport de l'ANFH pris en application de la circulaire DGOS/ANFH sur la formation des personnels hospitaliers dans les établissements de santé Formations initiales et continues assurées par l'EHEESP, l'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc. Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS – référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiquat Evaluation interne Outil « Angélique »
	4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé
	5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS – référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	Rapport de certification HAS – critère 14b – PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés: nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits): - en milieu ordinaire: services de l'éducation nationale (rectorat ou académie); - en milieu adapté: maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) Ecart intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus) Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011) Nombre de formations réalisées Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) Dispositif d'information sur ces formations	ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

Courrier adressé à l'ARS Lorraine

COMMISSION SPECIALISEE
DES DROITS DES USAGERS

AGENCE REGIONALE DE SANTE

Monsieur le Directeur
Immeuble Thiers
4 Rue Piroux
54000 NANCY

N/Ref : CSDU/CRSA

Nancy le 27 Juin 2013

Monsieur le Directeur,

Pour répondre à l'arrêté du 05 avril 2012, portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, la Commission Spécialisée des Droits des Usagers (CSDU), issue de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), vous sollicite pour que vous lui communiquiez un certain nombre d'informations listées ci-dessous et relatives à l'année 2012.

Le cas échéant, vous serait-il possible d'extraire et nous faire connaître :

Concernant l'objectif N° 1 de l'arrêté :

Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)

Au travers des résultats de l'évaluation des E.S.M.S. :

- Les thèmes de formation suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CVS)
 - La couverture des formations par :
 - professions de santé
 - par couverture géographique
- Le nombre de formations proposées et réalisées
- Le nombre de personnes formées

Concernant l'objectif N° 3 de l'arrêté :

Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance

Au travers des résultats des projets d'établissement et de services et des CPOM des E.S.M.S ainsi que du service « inspection-contrôle » ou médiations de l'ARS.

- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent.

Concernant l'objectif N° 4 de l'arrêté :

Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur

Au travers des rapports d' l'évaluation interne des E.S.M.S. et conventions conclues avec les établissements de santé :

- Le pourcentage de convention ayant un axe « douleur » dans la région, parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissement de santé.

Concernant l'objectif N° 5 de l'arrêté :

Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.

Au travers des rapports des CVS :

- la proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement.
- Pour les ESMS ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/nombre total de résidents.

Concernant l'objectif N° 6 de l'arrêté :

Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical

- Pour le secteur ambulatoire :
 - Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical
 - Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.

Au travers des remontées d'informations issues des personnes qualifiées :

- Pour le secteur médico-social :
 - Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical

Concernant l'objectif N° 9 de l'arrêté :

Santé mentale : Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques :

Au travers des rapports annuels des CDSP :

- Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes
- Proportion de rapports vous ayant été transmis.

Concernant l'objectif N° 13 de l'arrêté :

Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires :

Au travers des CPOM :

- Nombre de contrats locaux de santé signés au titre de l'Article L.1434-17 du code la santé publique sur les territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés).
- Ecart intra-régionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie, rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)
- Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité , au titre du code de la santé publique.

Concernant l'objectif N° 14 de l'arrêté :

Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

- Typologies de formations organisées pour les R.U.
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées
- Dispositif d'information sur ces formations

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous faire parvenir votre réponse, au plus tard début septembre 2013.

En vous remerciant par avance pour votre diligence et votre participation, veuillez croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de notre considération distinguée.

La Présidente de la CSDU,

Josette Bury

*Liste des courriers adressés aux différents partenaires et institutions***CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- Régional
- Départements Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle et Vosges

OPCA

- FEHAP^a
- GEPSO^b
- CISS Lorraine^c
- FORMAHP OPCA LP Nancy^d
- UNIFAF Lorraine^e
- E.H.E.S.P.^f & E.N.3S Rennes^g
- CNEH Malakoff^h
- ANFH Lorraineⁱ
- Institut de formation Faculté de Médecine
- Institut de formations des Masseurs Kinésithérapeutes
- URIOPSS

URPS

- **Départements Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle et Vosges**
- chirurgiens dentistes
- masseurs-kinésithérapeutes
- infirmiers
- sage femmes

IFSI

	Meurthe et M.	Meuse	Moselle	Vosges
Envoi courriers	4	2	7	4
Réponses	1	1	3	3

IFAS

	Meurthe et M.	Meuse	Moselle	Vosges
Envoi courriers	5	2	5	4
Réponses	3	0	2	1

MDPH des 4 départements

^a FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers de l'Assistance Privée

^b GEPSO - groupe national des établissements et services publics sociaux

^c CISS -Collectif interassociatif sur la santé

^d FORMAHP - organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat (OPCA) des établissements de l'hospitalisation privée.

^e UNIFAF - organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat (OPCA) pour collecter et gérer les fonds de la formation professionnelle continue des entreprises de la Branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif. ...

^f Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

^g en3s.fr - Ecole nationale Supérieure de Sécurité Sociale

^h CNEH - Centre national de l'expertise hospitalière

ⁱ ANFH - Association Nationale Formation Personnel Hospitalier