

# Rapport d'activité de la CRSA Champagne-Ardenne

## Exercices 2014 - 2015



En partenariat avec l'





## PREAMBULE

Ce rapport d'activité s'inscrit pour la quatrième année consécutive dans le cadre fixé par l'arrêté du 5 avril 2012 portant sur le cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D1432-42 du code de la santé publique (cf annexe 1).

Ce cahier des charges fixe le contenu réglementaire du rapport d'activité de la CRSA, bâti sur quatre orientations, elles-mêmes déclinées en objectifs, rappelés ci-dessous.

<p><b><u>ORIENTATION N°1</u></b> <b><u>Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers,</li><li>2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers,</li><li>3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance,</li><li>4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur,</li><li>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,</li><li>6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical,</li><li>7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté,</li><li>8. Droits des personnes détenues,</li><li>9. Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.</li></ol>
<p><b><u>ORIENTATION N°2</u></b> <b><u>Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux,</li><li>11. Assurer financièrement l'accès aux soins,</li><li>12. Assurer l'accès aux structures de prévention,</li><li>13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.</li></ol>
<p><b><u>ORIENTATION N°3</u></b> <b><u>Conforter la représentation des usagers du système de santé</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé</li></ol>
<p><b><u>ORIENTATION N°4</u></b> <b><u>Renforcer la démocratie sanitaire</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>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.</li></ol>

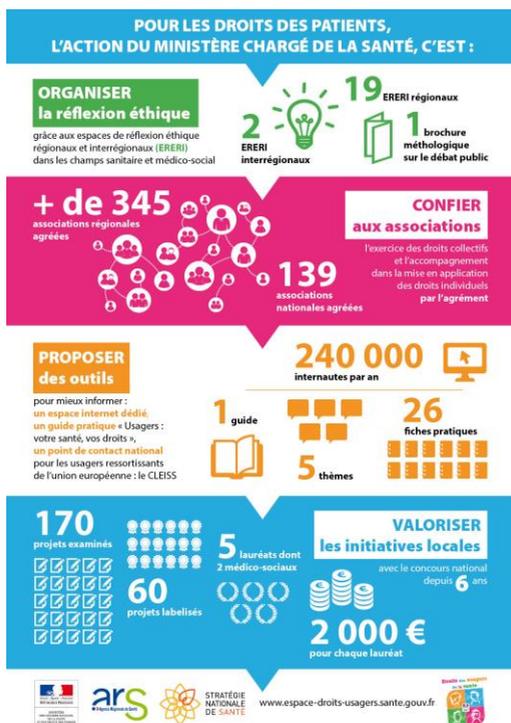
La fin d'année 2015 a été marquée par les travaux de préfiguration de la nouvelle grande région rassemblant l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Lorraine, née au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Cette réforme territoriale impacte également la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Champagne-Ardenne qui laissera place en septembre 2016 à une CRSA Grand Est.

Pour ces raisons, le présent rapport tient compte des données réglementaires des exercices **2014 et 2015**.

Comme l'année passée, toutes les données, mêmes réglementaires, n'ont pas été transmises à la CRSA. Pour faciliter la lecture seuls les indicateurs actualisés, et pour lesquels une information est disponible, sont cités dans le rapport. Les autres sont répertoriés, pour information, en annexe 2.

En plus de ces éléments formalisés, il est apparu nécessaire, comme nous le faisons depuis 2011, de **retracer le travail effectué par** les membres de la CRSA Champagne-Ardenne, leur association aux différents chantiers. Certaines des parties qui suivent sont donc complémentaires par rapport aux indicateurs réglementaires et permettent d'apprécier qualitativement **l'activité 2014 et 2015 de la CRSA Champagne-Ardenne**.



---

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b> .....	<b>3</b>
<b>LE MOT DU PRESIDENT</b> .....	<b>7</b>
<b>CHAPITRE 1</b> .....	<b>9</b>
<b>Activité de la CRSA Champagne-Ardenne</b> .....	<b>9</b>
<b>Orientation n°1 Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</b> .....	<b>19</b>
Objectif 2 Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers .....	19
Objectif 3 Droit au respect de la dignité de la personne .....	29
Promouvoir la bientraitance .....	29
Objectif 4 Droit au respect de la dignité de la personne Prendre en charge la douleur .....	32
Objectif 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 .....	35
Objectif 6 Droit à l'information Permettre l'accès au dossier médical.....	36
Objectif 7 Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire au adapté .....	42
Objectif 8 Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins .....	45
Objectif 9 Santé mentale Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques .....	47
<b>Orientation n° 2 Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</b> .....	<b>48</b>
<b>Orientation n°3 Conforter la représentation des usagers du système de santé</b> .....	<b>53</b>
Objectif 14 Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé .....	53
<b>Orientation n°4 Renforcer la démocratie sanitaire</b> .....	<b>55</b>

<i>CHAPITRE 2</i> .....	63
<i>Suivi des recommandations émises par la CRSA</i> .....	63
<i>CHAPITRE 3</i> .....	67
<i>Observations relatives au contenu du rapport d'activité</i> .....	67
<i>ANNEXES</i> .....	68
<i>GLOSSAIRE</i> .....	107
<i>NOTES</i> .....	109

---

## LE MOT DU PRESIDENT

Comme chaque année, ce rapport d'activité constitue un moment important pour tous les membres de la CRSA, et particulièrement pour leur Président.

Et plus encore pour cette année charnière.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, nous représentons avec les membres des CRSA Alsace et Lorraine, une seule et même région, le Grand Est.

Cette année sera également celle de l'installation de la CRSA sur ce nouveau périmètre régional : les enjeux sont de taille !

Il est important, à la lumière des travaux que nous avons conduits depuis 2010, date de la première CRSA Champagne-Ardenne, que chacun d'entre nous se mobilise, puisse exprimer ses besoins, faire part de son expérience, mettre à profit son expertise, pour que, en conjuguant toutes ces richesses, nous puissions participer à l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Je sais que les contraintes géographiques, notamment, peuvent faire reculer un certain nombre d'entre vous dans la prise de nouvelles responsabilités. Mais les nouvelles technologies, même si elles ne peuvent remplacer les échanges physiques, doivent permettre aux champardennais de trouver pleinement leur place dans la future CRSA Grand Est.

Je m'attacherai, si l'occasion m'en est donnée, à poursuivre nos travaux, toujours au service des Usagers, patients, personnes âgées, en situation de handicap ou vivant dans des conditions de précarité rendant encore plus difficile l'accès aux soins.

Je terminerai enfin par remercier chacune et chacun d'entre vous pour l'engagement dont vous avez fait preuve tout au long de ces presque six années, en participant assidûment, intelligemment et activement aux travaux de la CRSA Champagne-Ardenne, aux côtés de l'Agence Régionale de Santé.



*Pr Philippe GILLERY - Président de la CRSA Champagne-Ardenne  
Journée régionale des usagers du 4 novembre 2015*



*Signature de la charte d'amélioration de l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, Romain JACOB*

*Troyes le 17 février 2015*

# CHAPITRE 1

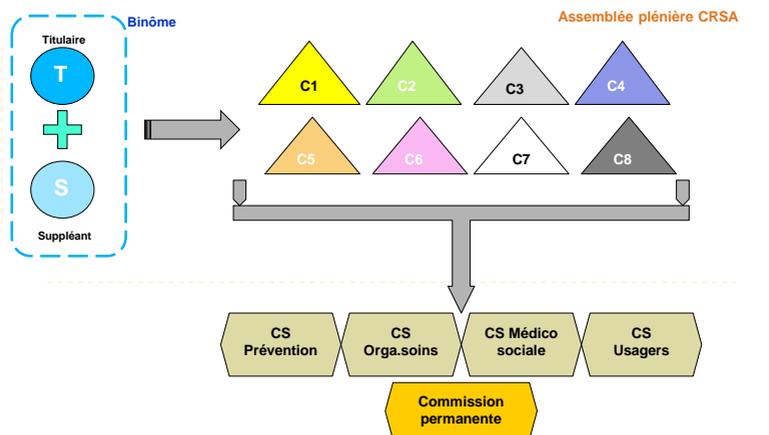
## ACTIVITE DE LA CRSA CHAMPAGNE-ARDENNE

### a. Composition de la CRSA et de ses formations spécialisées

Le Directeur général de l'ARS nomme les membres de la CRSA et de ses commissions, à partir de propositions faites par les organisations, structures, associations concernées selon un cadre réglementaire).

Pour mémoire, les commissions spécialisées sont constituées des membres de l'assemblée plénière, répartis par collèges.

### — Constitution des commissions spécialisées



Les évolutions régulières (changements de désignations, démissions) amènent à actualiser les arrêtés de composition des instances de la CRSA.

#### Descriptif du nombre d'arrêtés pris en 2014 et 2015 :

	2014	2015
Assemblée plénière	8	6
Commission spécialisée d'organisation des soins	3	3
Commission spécialisée de prévention	3	3
Commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux	5	5
Commission spécialisée des droits des usagers	2	1
Commission permanente	1	1

Source : ARS - année 2014 et 2015

Au total, ce sont **22 arrêtés** pris en 2014 et **19 arrêtés** pris en 2015 qui ont permis à la CRSA de se réunir valablement, mais également de délibérer dans l'intérêt général en respectant les règles de quorum.

#### b. Participation de la CRSA au suivi et à la mise en œuvre du PRS

Pour mémoire, le projet régional de santé comprend **22 volets thématiques**, **2 programmes d'actions** et **9 thèmes transverses**, pour **450 actions** et près de **650 indicateurs de suivi**.

Les neuf thèmes transverses retenus, en accord avec la CRSA, sont les suivants :

- Diabète, obésité,
- Accident Vasculaire Cérébral (AVC),
- Mères et enfants,
- Jeunes et adolescents,
- Personnes handicapées,
- Cancer,
- Personnes âgées,
- Addictions,
- Psychiatrie-santé mentale.

La **Commission permanente** a été identifiée comme **comité de suivi externe**.

Pour les schémas, les comités de suivi sont **les Commissions spécialisées** de la CRSA, élargies à des membres des Conférences de territoire et des Commissions de coordination des politiques publiques.

Chaque année, les commissions spécialisées, chacun dans leur domaine, ont donc été tenues informées de la mise en œuvre des schémas régionaux, avec deux points spécifiques, au cours du 1<sup>er</sup> et du dernier trimestres N.

En commission permanente, un retour a été fait sur les contrats locaux de santé (CLS) qui permettent de décliner le PRS à une échelle infra territoriale. Les travaux préparatoires à l'évaluation du PRS ont également fait l'objet d'échanges en commission permanente.

### c. Journées régionales des usagers

Le **27 novembre 2014**, plus de 150 personnes ont participé à la rencontre annuelle des usagers du système de santé.

Les échanges ont essentiellement porté sur le **parcours de l'enfant en situation de handicap**.

Une table ronde a permis de débattre sur le diagnostic précoce et la détection du handicap, la scolarisation en milieu ordinaire de l'enfant en situation de handicap, pour aborder l'intégralité du parcours.

Ce temps fort a été suivi de la remise des **neuf labels régionaux** visant la promotion des droits des usagers du système de santé.

Enfin, dans une dernière partie, le réseau régional de soins palliatifs, RECAP a présenté les travaux sur les directives anticipées et la personne de confiance, co-construits avec le CISS Champagne-Ardenne.

Retrouvez plus d'informations sur : <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Lancement-du-label-Droits-d.181222.0.html>

**En 2015**, l'ARS et la CRSA ont rassemblé les établissements de santé, les structures médico-sociales et les associations représentant les usagers pour :

- \* La remise des labels de promotion des droits des usagers : **18 promoteurs** ont été récompensés pour leurs engagements et leurs actions permettant de mieux associer les usagers aux activités quotidiennes, a fortiori lorsqu'ils sont en situation de handicap.

- \* La présentation des travaux conduits pour améliorer **l'accès à la santé des personnes en situation de handicap** suite à la signature le 17 février 2015 de la charte R Jacob. L'ARS et la CRSA ont souhaité aller plus loin et ont sollicité les acteurs de santé en région pour répertorier les actions d'ores et déjà déployées sur cette thématique, et celles à en projet.

- \* Enfin, d'autres actions déployées par l'ARS et la CRSA en faveur **des droits des usagers** ont également été présentées :

- 10 bonnes idées pour faire vivre la commission de relation des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), instance obligatoire dans tout établissement de santé (cf ci-dessous),

- un clip vidéo sur la personne de confiance, réalisé par le CISS, en partenariat du réseau RECAP notamment.

Enfin, **un film** retraçant l'apport d'une **labellisation par l'ARS** a été réalisé. Certains promoteurs ont été interviewés et ont pu partager leurs expériences depuis les premières labellisations de 2010 (il est disponible sur demande auprès de l'ARS).

## Focus sur les dix bonnes idées pour faire vivre une CRUQPC

Rassemblés vendredi 26 juin 2015, près de 70 participants, représentants des usagers dans les Commissions des Relations avec les Usagers, et la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), représentants des fédérations hospitalières et directeurs/responsables qualité des établissements de santé de la région, ont échangé sur l'organisation et le fonctionnement de ces commissions.

Un objectif simple : se nourrir des expériences locales pour améliorer le fonctionnement des quatre réunions annuelles obligatoires de ces Commissions, sans pour autant faire de ces instances des « chambres d'enregistrement ».

A l'issue des discussions, **10 bonnes pratiques** ont émergé :

1. **Planifier en amont les dates des différentes instances réglementaires**, dont la CRUQPC, tant pour les représentants d'usagers siégeant dans plusieurs instances que pour l'établissement de santé ;
2. **Mettre en place une « boîte à idées » à l'accueil de l'établissement de santé** pour recueillir les remarques/recommandations sur l'accueil, la prise en charge, l'accompagnement ; ces données qualitatives pouvant ensuite être utilement adressées à la CRUQPC ;
3. **Mettre en place un espace partagé**, dématérialisé, accessible aux représentants des usagers, pour échanger sur les plaintes/réclamations ;
4. **Définir une thématique « métier » par réunion de la CRUQPC**. Par exemple, la certification, les urgences, la commission d'activité libérale... ;
5. **Préparer les ordres du jour des réunions des CRUQPC de concert avec les représentants d'usagers**, pour faire vivre la dynamique de co-construction ;
6. **Associer les représentants d'usagers à l'élaboration de tout document d'information interne à l'établissement de santé** (livret d'accueil, document d'information sur la chambre particulière...). Cette association permet d'adapter le langage pour le rendre accessible à tous ;
7. Solliciter les membres de la CRUQPC pour **améliorer la signalétique** des établissements de santé ;
8. Associer les membres de la CRUQPC pour **améliorer l'accessibilité des locaux**, notamment dans les établissements de santé de grande taille, ou organisés sur plusieurs sites ;
9. **Mettre à disposition un « kit d'accueil »** adapté à chaque établissement, pour tout représentant d'utilisateur nouvellement désigné en CRUQPC ;
10. **Associer, en tant que de besoin, des experts internes à l'établissement** sur une thématique donnée.

Au total, les éléments de principe suivants ont conclu cette riche rencontre :

- Etre transparent dans les actions réalisées, dans les échanges, entre direction d'établissement de santé et représentants d'usagers,

- Associer réellement les représentants d'usagers pour définir la meilleure réponse à apporter, notamment aux plaignants,
- Faire de la CRUQPC une instance dynamique qui prenne en compte le point de vue de tous ses membres, en associant pleinement les représentants d'usagers, dans une démarche de co-construction de la politique d'amélioration de la qualité.

### **A noter :**

L'article 183 de la loi de modernisation de notre système de santé rénove la CRUQPC en la renommant commission des usagers (CDU). Elle y renforce la place des représentants des usagers et élargit ses attributions.

*« Elle peut être présidée par un représentant d'usagers.*

*La CDU participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.*

*Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'évènements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droits si elle est décédée ».*

Ainsi, le pouvoir d'auto saisine et la présidence éventuelle par un représentant d'usagers illustrent clairement l'efficacité que le législateur veut donner à la commission.

Pour en savoir plus : <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Handicap-et-droits-des-usagers.184837.0.html>



Le 28 octobre 2015, la CRSA a organisé un autre débat public autour des nouvelles technologies au service de la santé : « **Ma santé et moi, on est connectés ?** »

7 millions de personnes s'informent aujourd'hui sur leur santé via leur mobile/tablette. Plus de 9 médecins sur 10 utilisent leur smartphone à des fins professionnelles. L'usage du mobile rend toute recherche accessible en tout lieu : le volume mondial des applications mobiles santé est passé de 6 000 en 2010 à 100 000 en 2013 !

Les échanges, très riches, ont été centrés sur le bon usage de la santé mobile au service de la relation médecin/patient et sur les gages de sécurité/qualité des données que se doit d'offrir la m-santé.

En partenariat avec VISIOMED Group, les Internes du CHU de Reims, DMD santé, My Hospi friends et le GCS SIS CA, ce débat a été très fructueux et source de nombreux échanges passionnés et passionnants.

Plus d'informations :  
<http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Debat-public-de-la-CRSA-ma-s.184281.0.html>.



## e. Les moyens alloués à la démocratie sanitaire en Champagne-Ardenne

### 1. Budget

Comme le prévoient les textes réglementaires, **l'ARS assure le secrétariat de la CRSA et contribue à son fonctionnement.**

Les moyens alloués font l'objet d'une inscription dans le budget de l'Agence Régionale de Santé et d'une enveloppe dédiée via le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Pour mémoire, le remboursement forfaitaire des frais de déplacement des membres de la CRSA est de droit (*article L.1432-52 du code de la santé publique*).

**Pour 2014, le budget 2013 a été reconduit, à hauteur de 192 300 euros.** Il a notamment permis l'organisation :

- de la rencontre annuelle des usagers du système de santé, et de la remise des labels
- du débat public de la CRSA

Un appel à projets visant à renforcer la démocratie sanitaire a pu être lancé et a permis de retenir les actions suivantes :

- En faveur des droits des usagers, la réalisation de supports pédagogiques et informationnels sur les directives anticipées et la personne de confiance, élaborés par le CISS Champagne-Ardenne et le réseau de soins palliatifs RECAP. Ce travail s'est accompagné de formations auprès de professionnels de santé,
- La poursuite de deux projets démarrés en 2014 :
  - o Celui de l'association des papillons blancs d'Épernay, autour du changement de regard sur les personnes en situation de handicap. L'action 2015 vise à mieux faire connaître-reconnaître le handicap dans la vie citoyenne, et notamment auprès des collégiens,
  - o Celui de l'URIOPSS qui a travaillé avec un sociologue pour expertiser collectivement des actions probantes dans le parcours de santé des personnes en situation de précarité et favoriser leur transférabilité.
- Enfin, l'Alliance maladies rares a vu son projet d'application mobile en santé retenu, l'objectif étant de permettre à chaque personne atteinte d'une maladie rare de disposer des éléments principaux sur son smartphone/tablette.

**Pour 2015, le budget dédié à la démocratie sanitaire a été arrêté à 49 200€.** Outre la participation au financement du CISS Champagne-Ardenne, cette enveloppe a permis la remise des labels 2015.

Il est toutefois à noter que la rencontre annuelle des usagers du système de santé et le débat public de la CRSA ont été organisés, à partir du budget de fonctionnement de l'ARS.

## 2. Organisation du secrétariat de la CRSA

### • Les moyens humains

Le secrétariat de la CRSA est assuré par la mission démocratie sanitaire de l'ARS. Cette mission, composée d'un temps de cadre et d'un temps d'agent administratif, coordonne également les relations avec les usagers et la concertation institutionnelle.

### • Fonctions

Le secrétariat de la CRSA est responsable de l'organisation pratique, logistique et technique des séances de travail de toutes les formations de la CRSA : organisation, réservations de salles, convocations, comptes-rendus, diffusion de documents.

Il organise le **débat public de la CRSA**, anime ou organise l'animation des réunions.

**Interlocuteur privilégié des membres de la CRSA**, il prépare les sujets que les présidents souhaitent inscrire à l'ordre du jour des réunions, assure l'interface avec les directions métiers de l'agence et les autres intervenants, et propose les sujets et documentations utiles.

Il recueille les informations nécessaires au fonctionnement de la CRSA, rédige ses projets d'avis sur la base des contributions des membres. Il assure le secrétariat des présidents dans le cadre de leurs fonctions.

Il élabore le **rapport annuel de la CRSA**, met en place les outils nécessaires au recueil des données, en lien avec les directions concernées de l'ARS, et participe à la promotion des droits des usagers.

Il assure une veille juridique sur les dispositions qui s'appliquent à la CRSA, s'assure de l'application des dispositions de son règlement intérieur et propose d'éventuelles modifications. Il propose au Directeur Général de l'ARS la nomination de nouveaux membres, actualise les arrêtés et tient à jour l'ensemble des **bases de données de la CRSA**.

Il est chargé, concomitamment aux fonctions directement liées à la CRSA :

- de l'instruction des **dossiers de demande d'agrément ou de renouvellement** des associations d'usagers du système de santé,
- de l'organisation de la **formation des représentants des usagers** dans les instances placées auprès de l'Agence,
- de l'instruction des dossiers des **labels régionaux** sur les droits des usagers,
- de la **contractualisation entre le CISS et l'ARS**, et de la participation à des colloques et journées visant à informer le public concerné sur les points de la démocratie sanitaire.

## Rencontre régionale des usagers 2015 Champagne-Ardenne

### Remise des Labels



# ORIENTATION N°1

## PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

### Objectif 2

#### Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers



**Analyse des rapports CRUQPC pour 2014** (le recueil des données 2015 a été lancé en mars 2016)

Les rapports des Commissions de Relations des Usagers et de la Qualité de prise en Charge (CRUQPC) constituent un **point essentiel de la réflexion des établissements de santé sur la politique** qu'ils mènent en matière de **droits des usagers**, de **qualité de l'accueil**, et de **prise en charge**.

L'analyse de **l'ensemble des rapports CRUQPC reçus** sur les 53 attendus est fondée sur un examen partagé par :

- le service Observation, Statistiques et Analyses (OSA),
- le pôle qualité de la direction du secteur médico-social
- la mission démocratie sanitaire de l'ARS.

La synthèse régionale apporte un éclairage sur la manière dont s'exercent les droits des usagers au sein des établissements de santé, et permet de dégager des propositions, en vue d'améliorer le rôle des représentants d'usagers, en renforçant en particulier leur implication dans l'exercice de leur mandat.

**Cette synthèse est reprise partiellement dans les indicateurs du présent rapport. Pour autant, il est apparu utile de joindre l'intégralité de la synthèse régionale 2014 en annexe 3.**

Pour 2014, 53 établissements de santé sont dans l'obligation de transmettre leur rapport CRUQPC, répartis comme suit :

- 46 hôpitaux ou cliniques,
- 3 GCS,
- 4 HAD.

L'ARS et la CRSA ont réceptionné **51 rapports, soit près de 96%** (en 2013 : 89 %).

❖ [Proportion des rapports CRUQPC transmis à l'ARS](#)

**96% de rapports CRUQPC ont été reçus à l'ARS pour l'année 2014** (51 rapports sur 53 attendus).

Il paraît nécessaire de préciser que 98% des hôpitaux et cliniques ont transmis leur rapport (seule la maison de santé de Merfy n'a pas répondu comme en 2013), de même que deux GCS sur trois et les quatre HAD.

	Nombre de rapports	Etablissement de santé	GCS	HAD	
Ardennes	Attendus		7	1	0
	Reçus		7	1	0
Aube	Attendus		10	0	1
	Reçus		10	0	1
Marne	Attendus		18	2	2
	Reçus		17	1	2
Haute-Marne	Attendus		11	0	1
	Reçus		11	0	1
Région	Attendus		46	3	4
	Reçus		45	2	4
	<i>part répondants</i>		<i>98%</i>	<i>67%</i>	<i>100%</i>

Source : ARS-rapports CRUQPC, année 2014

## Liste des établissements concernés

- Etablissements autorisés M et/ou C et/ou O avec service Urgence ou antenne SMUR
- Etablissements M et/ou C et/ou O
- Etablissements autorisés en psychiatrie
- Etablissements autorisés en SSR ou SLD
- Autres

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Rapport envoyé	
	2013	2014
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEHOULD	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER VITRY LE FRANCOIS	✓	✓
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	✓	✓
CHU REIMS	✓	✓
GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	✓	✓
GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE	✓	✓
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	✓	✓
POLYCLINIQUE DE COURLANCY	✓	✓
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	✓	✓
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	✓	✓
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	✓	✓
CLINIQUE DE LA COMPASSION	✓	✓
CLINIQUE D'EPERNAY	✓	✓
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	✓	✓
CLINIQUES FRANCOIS 1ER / LA RENNAISSANCE	✓	✓
HOPITAL DE JOINVILLE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE NOUZONVILLE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE WASSY	✓	✓
INSTITUT JEAN GODINOT	✓	✓
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	✓	✓
POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET	✓	✓
POLYCLINIQUES DES URSULINES / MONTIER LA CELLE	✓	✓
CH BELAIR	✓	✓
CH DE LA HAUTE-MARNE	✓	✓
EPSMA	✓	✓
ETABT PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	✓	✓
FOYER "L'AMITIE"	✓	✓
MAISON DE SANTE MERFY	✗	✗
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	✓	✓
CENTRE DE REEDUCATION PASTEUR	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMIRAIL	✓	✓
E.H.S.S.R. STE MARTHE	✓	✓
RESIDENCE MEDICALE JEAN D'ORBAIS	✓	✓
UGECAM NORD-EST	✓	✓
GCS DER ET PERTHOIS HAD VITRY LE FRANCOIS	✗	✓
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	✓	✓
GCS "MATERNITÉ D'ÉPERNAY"	✗	✗
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	✗	✓
HAD CHAUMONT LANGRES	✗	✓
HOSPITALISATION A DOMICILE	✗	✓
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	✓	✓

Source : ARS-rapports CRUQPC, année 2014

### ✓ La participation des représentants des usagers

Sur les 51 CRUQPC dont le rapport a été reçu, 204 mandats de représentants des usagers (RU) devraient être pourvus. Près de **10% des mandats ne sont pas occupés**.

**31% des CRUQPC** des établissements de santé de la région ne comptent pas le nombre de RU requis.

### ✓ La participation des représentants médiateurs

63% des CRUQPC fonctionnent avec le nombre de médiateurs requis, soit 32 établissements.

96% des CRUQPC comportent un médiateur médecin titulaire et un médiateur non médical titulaire.

29% des CRUQPC fonctionnent sans médiateur médecin suppléant et 22% sans médiateur non médecin suppléant.

### ❖ Proportion d'établissements de santé disposant d'une CRUQPC

En 2014, **100% des établissements ont une CRUQPC** (contre 91% en 2013).

### ❖ Composition et qualité des membres de la CRUQPC

Après analyse des données recueillies, il apparaît que 51% des CRUQPC répondantes ne comportent toujours pas l'ensemble des membres obligatoires dont elles doivent être composées. 67% des établissements affichent la composition des membres de la CRUQPC et de leurs coordonnées et 29% disposent d'un espace réservé aux usagers ou à leurs représentants (en dehors de l'espace de repos).

A noter cependant, le chantier engagé par l'ARS dès 2012 de recomposition des différentes CRUQPC, en partenariat avec le CISS Champagne-Ardenne, permettant ainsi de disposer des désignations de représentants des usagers pour la quasi-totalité des CRUQPC de la région.

Par ailleurs, depuis 2012, l'ARS a inséré dans chacun des **CPOM** signés avec les établissements de santé un **indicateur composite tenant à la composition et au fonctionnement des CRUQPC**.

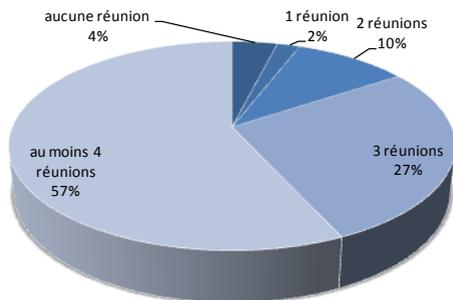
43% des établissements ont réuni la CRUQPC moins de 4 fois, tel que le prévoit pourtant le code de la santé publique. Si on s'appuie sur les données détaillées des réunions, la part des établissements qui ont réuni moins de 4 fois la CRUQPC (avec la présence de 2 représentants du personnel) est de 74,5%.

5 établissements ont réuni plus de quatre fois la CRUQPC en 2014. Ce sont essentiellement les établissements de grande taille.

### ❖ Nombre de réunions par an (sur la base d'une CRUQPC incomplète)

*Pour mémoire, le nombre de réunions de la CRUQPC prévu réglementairement est de 4.*

43% des établissements ont réuni la CRUQPC moins de 4 fois (cf remarque ci-dessus).



Source : ARS, Synthèse des rapports CRUQPC 2014

## Nombre de réunions par établissement de santé

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Nombre de réunions	Nombre de réunions avec 2 RU
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	0	0
HOPITAL LOCAL DE NOUZONVILLE	0	0
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	3	0
ETABT PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	3	0
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	3	0
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	3	0
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	4	0
CENTRE DE REEDUCATION PASTEUR	4	0
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	1	1
GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	2	1
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	2	1
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	3	1
E. H. S. S. R. STE MARTHE	3	1
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	3	1
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	2	2
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	2	2
HOPITAL LOCAL DE WASSY	2	2
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEHOULD	3	2
CENTRE HOSPITALIER VITRY LE FRANCOIS	4	2
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	4	2
GCS DER ET PERTHOIS HAD VITRY LE FRANCOIS	4	2
GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE	4	2
HOSPITALISATION A DOMICILE	4	2
POLYCLINIQUE DE COURLANCY	4	2
RESIDENCE MEDICALE JEAN D'ORBAIS	4	2
UGECAM NORD-EST	4	2
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	3	3
CH BELAIR	3	3
EPSMA	3	3
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	3	3
INSTITUT JEAN GODINOT	3	3
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	3	3
CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	4	3
CLINIQUE D'EPERNAY	4	3
FOYER "L'AMITIE"	4	3
HAD CHAUMONT LANGRES	4	3
HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	4	3
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	5	3
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMIRAIL	4	4
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	4	4
CH DE LA HAUTE-MARNE	4	4
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	4	4
CLINIQUE DE LA COMPASSION	4	4
CLINIQUES FRANCOIS 1ER / LA RENNAISSANCE	4	4
HOPITAL DE JOINVILLE	4	4
POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET	4	4
POLYCLINIQUES DES URSULINES / MONTIER LA CELLE	4	4
CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	5	5
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	5	5
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	5	5
CHU REIMS	17	5 (minimum)

*Source : rapports CRUQPC, année 2014*

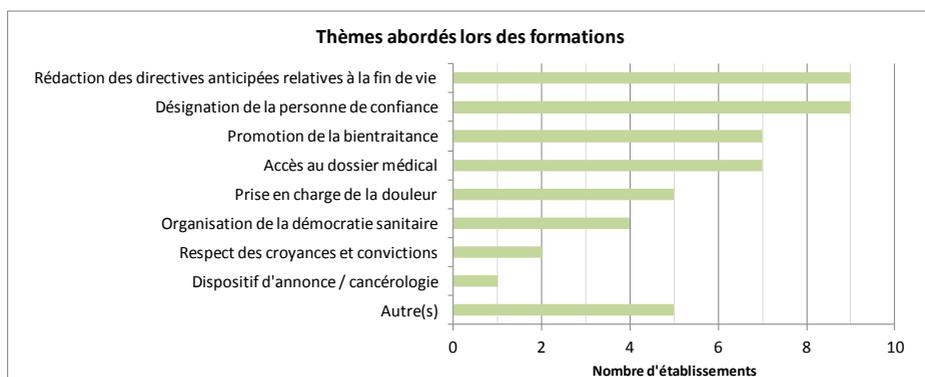
## ❖ Formation des membres de la CRUQPC

**72% des établissements ne proposent pas de formation aux représentants des usagers membres de la CRUQPC**, considérant que ces derniers sont formés par le biais de l'association à laquelle ils appartiennent.

Certains établissements ont par ailleurs indiqué que la participation des représentants des usagers à la **rencontre régionale annuelle des usagers** organisée par l'ARS, en collaboration avec la CRSA, permettait d'apporter des informations d'actualité sur le système de santé, utiles à l'exercice du mandat des représentants des usagers.

**15 établissements de santé (11 en 2013) dispensent des formations aux membres de la CRUQPC** (représentants de l'établissement membres de la CRUQPC et représentants des usagers).

Les principaux thèmes abordés sont les suivants :



Source : rapports CRUQPC, année 2014

## ❖ Organisation des travaux de la CRUQPC

**15 établissements** indiquent mettre à disposition un local spécifiquement **dédié aux représentants des usagers** (vs 5 en 2013).

Les membres de la CRUQPC de la clinique d'Épernay et de l'EPSM Marne n'ont pas accès à l'intégralité des réclamations ou éloges reçus au sein de leur établissement.

**78% des répondants** déclarent présenter et débattre des résultats annuels des six indicateurs qualité de l'établissement en CRUQPC (66% en 2013).

❖ Proportion d'établissements ayant une cotation<sup>1</sup> A, B, C ou D dans les rapports de certification HAS sur l'évaluation du respect des droits (critère 9b)

Au total, **49 établissements de santé** sont passés à la V2010 en région Champagne Ardenne, soit **100% des établissements de la région** (3 établissements ne réaliseront pas cette troisième itération par décision de la Haute Autorité de Santé).

Parmi ces 49 établissements, **23 établissements ont finalisé la procédure de certification**, ce qui signifie que le suivi est terminé et les cotations définitives.

Pour ces 23 établissements, les décisions finales sont les suivantes :

- 4 certifiés,
- 15 certifiés avec recommandations,
- **4 certifiés avec réserves.**

Pour les 26 autres, dont le suivi est en cours, les décisions sont les suivantes :

- 5 certifiés avec recommandations,
- 17 certifiés avec réserves,
- **4 décisions de surseoir à la certification.**

Les données de l'année 2014 montrent une nette amélioration par rapport aux données 2013. Les établissements ont fournis d'importants efforts entre les visites initiales et finales de certification afin de lever le maximum de réserves.

100% des établissements de la région ont obtenu une cotation en « A » ou « B » pour le critère 9b de la V2010, ce qui signifie que la satisfaction des usagers est évaluée et que les actions correctives sont mises en œuvre.

Une légère amélioration des cotations est observée entre 2013 (97%) et 2014.

---

<sup>1</sup>La cotation détermine le niveau de qualité atteint.

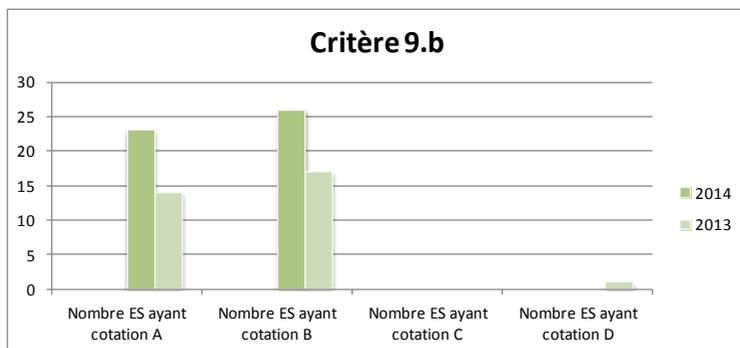
Cotation A : Le critère est totalement satisfait, au regard des éléments d'appréciation.

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.

## Cotation des établissements au critère 9b de la V2010



Source : ARS, HAS situation à décembre 2014

La liste des établissements certifiés est disponible sur le site de la HAS, à l'adresse : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_6056/fr/recherche-avancee?catMode=or&dateMiseEnLigne=indexDateFrom&dateDebut=&dateFin=&typesf=certifications%2Fgenerated.ResuItatDeCertification&search\\_antidot=&search\\_antidot=true&search\\_antidot=true&portlet=c\\_39085&sort=pdate&text=HOSPITALIER&FACET\\_PLACES=396854](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6056/fr/recherche-avancee?catMode=or&dateMiseEnLigne=indexDateFrom&dateDebut=&dateFin=&typesf=certifications%2Fgenerated.ResuItatDeCertification&search_antidot=&search_antidot=true&search_antidot=true&portlet=c_39085&sort=pdate&text=HOSPITALIER&FACET_PLACES=396854)

Médico-social

### • Analyse de l'organisation et du fonctionnement des Conseils de la Vie Sociale (CVS)

Pour mémoire, le **Conseil de la vie sociale (CVS)**, institué par l'article L.311-16 du Code de l'Action Sociale et des Familles, est une structure permettant **l'expression du résident** et sa participation à la **vie de l'établissement**.

Véritable outil de démocratie participative, il permet, grâce à des réunions régulières, **d'améliorer sensiblement le dialogue** entre les résidents, leurs proches, la direction de l'établissement et les professionnels.

La constitution d'un CVS est **obligatoire** ; il doit se réunir au minimum **3 fois par an**.

**La CRSA et l'ARS ont décidé de déployer une nouvelle enquête auprès des CVS, permettant de dégager des actions ciblées pour les années à venir.**

Un questionnaire a ainsi été diffusé auprès des structures médico-sociales en janvier 2015 pour actualiser les données ayant trait aux **conseils de vie sociale** des établissements et services sociaux et médico-sociaux sur les **droits des usagers et sur le traitement des plaintes et réclamations**.

Suite à une première enquête conduite fin 2011-début 2012, il importait de pouvoir actualiser ces données, pour engager des actions ciblées à destination des structures médico-sociales, partant des attentes des usagers.

Globalement, comme lors de l'enquête réalisée en 2012, les **droits des usagers dans le secteur médico-social semblent appliqués et respectés**, au regard des réponses du panel regroupant 142 établissements champardennais.

La **gestion des plaintes-réclamations ne semble pas poser de difficultés particulières**, même si le retour d'information au plaignant reste à parfaire.

Les **axes de travail** proposés par la Commission spécialisée des droits des usagers sont les suivants :

1. Concernant la **lisibilité du Conseil de la Vie Sociale (CVS)** :
  - i. Certains CVS ne sont toujours pas mis en place et d'autres fonctionnent moins de 3 fois par an : une **action ciblée auprès des établissements ayant déclaré ne pas disposer de CVS, ou ayant déclaré réunir moins de 3 fois le Conseil, et auprès des établissements non répondants**, pourrait être engagée par un courrier personnalisé du Directeur général de l'ARS à leur attention.
  - ii. Le **livret d'accueil et le contrat de séjour**, documents obligatoires, ne sont pas toujours instaurés : là encore, l'ARS, pourrait cibler les établissements concernés et rappeler ces obligations.
2. Concernant **l'accès à l'information**, la CRSA pourrait initier la réalisation de plaquette (s) d'information, soit à orientation générale, soit sur une thématique précise, et notamment sur :
  - \* l'accès au dossier médical,
  - \* le contrat de séjour,
  - \* le circuit des plaintes/réclamations.
3. Dans le domaine de la **valorisation de l'expression des usagers**, la mise à disposition d'un *espace d'échanges pour et avec la famille* paraît être un vecteur de communication à la portée de tous les établissements médico-sociaux de la région ;
4. Enfin, une réflexion pourra être engagée, dans la lignée de celle initiée en faveur des représentants des usagers au sein des instances hospitalières, concernant **la formation des Présidents de CVS**, afin qu'ils puissent disposer des éléments de base, propices à un exercice de leur mandat dans de bonnes conditions. Le CISS Champagne-Ardenne pourra travailler à proposer de telles formations.

Retrouvez l'analyse détaillée des résultats du questionnaire publiés en juin 2015 ici : <http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS Internet/actualites/Usagers/Rapport CVS 2015-version finale-6 juil 2015.pdf>

### Objectif 3

## Droit au respect de la dignité de la personne

### Promouvoir la bientraitance



#### • Analyse de l'axe « Promotion de la bientraitance » dans les rapports CRUQPC

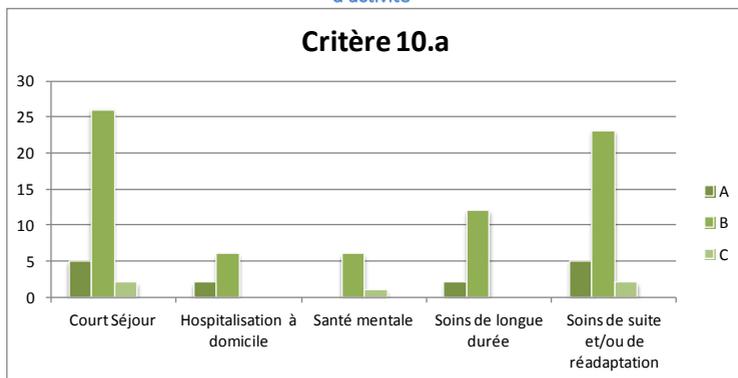
**83% des établissements de santé** (+ 9% par rapport à 2013) ont mis en place un dispositif ou une procédure de promotion de la bientraitance.

**Seuls 21 établissements de santé** proposent des évaluations des pratiques professionnelles ayant pour thématique le respect des droits des usagers.

- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (Rapport de certification HAS - critère 10a de la V2010<sup>2</sup>)

Les établissements de la région, toutes activités confondues, obtiennent de **bonnes cotations** sur ce critère.

#### Cotation des établissements sur la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance, par type d'activité



Source : ARS, HAS situation à décembre 2014

<sup>2</sup> La cotation détermine le niveau de qualité atteint.

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.

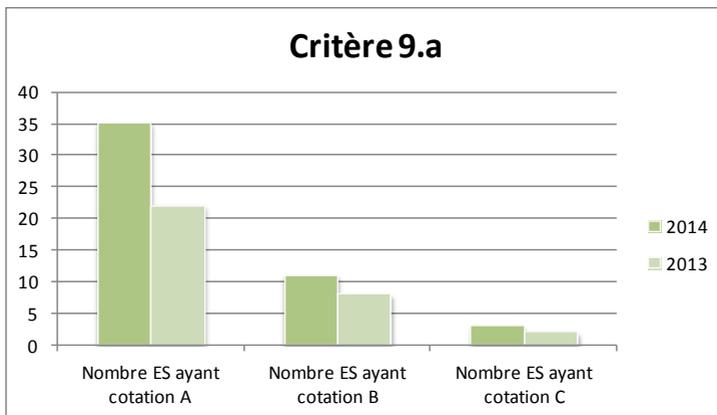
Les établissements de la région, toutes activités confondues, ont pris en compte et traité les thématiques de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance. L'ensemble des établissements ayant une activité d'hospitalisation à domicile ou de soins de longue durée a obtenu une cotation en « A » ou « B » pour le critère 10.a.

Plus de 93% des établissements ayant une activité court séjour et soins de suite et/ou de réadaptation ont une cotation en « A » ou en « B » pour ce critère. Plus de 85% des établissements ayant une activité santé mentale ont obtenu une cotation en « A » ou en « B » pour ce critère.

Trois établissements ayant respectivement une activité de court séjour, de santé mentale et de soins de suite et/ou de réadaptation sont en cours de certification et pourront éventuellement améliorer leur cotation lors du suivi de certification.

- **Zoom sur le système de gestion des plaintes et des réclamations (Rapport de certification HAS - critère 9a de la V2010)**

#### Système de gestion des plaintes et des réclamations



Source : ARS, HAS situation à décembre 2014

La mise en place d'un système de gestion des plaintes et des réclamations est une « pratique exigible prioritaire ». L'atteinte d'un niveau de qualité sur ce critère est jugé essentielle par la Haute Autorité de Santé.

En 2014, comme en 2013, 94% des établissements de santé ont obtenu une cotation en « A » ou en « B » pour le critère 9.a de la V2010.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée et analysée en région.

A noter, les trois établissements ayant obtenu une cotation en « C » ont eu une recommandation sur ce critère, qui est provisoire et peut être éventuellement améliorée.

- Proportion d'établissements médico-sociaux où un dispositif de promotion de la bientraitance existe

Au total sur la région, 282 établissements médico-sociaux ont un dispositif de promotion de la bientraitance, soit 76,2% de l'ensemble des établissements.

La répartition par département est représentée dans le tableau ci-dessous :

	Nombre établissements ESMS	Nombre d'établissements ayant un dispositif ou procédures de promotion de la bientraitance	Part d'établissement ayant un dispositif ou procédures de promotions de la bientraitance
<b>Ardennes</b>	<b>58</b>	<b>28</b>	<b>48%</b>
dont établissement pour PA	26	8	31%
dont établissement pour PH	32	20	63%
<b>Aube</b>	<b>90</b>	<b>79</b>	<b>88%</b>
dont établissement pour PA	48	45	94%
dont établissement pour PH	42	34	81%
<b>Marne</b>	<b>158</b>	<b>123</b>	<b>78%</b>
dont établissement pour PA	73	48	66%
dont établissement pour PH	85	75	88%
<b>Haute-Marne</b>	<b>64</b>	<b>52</b>	<b>81%</b>
dont établissement pour PA	34	28	82%
dont établissement pour PH	30	24	80%

Source : ARS, DT 08,10, 51, 52, année 2014

## Objectif 4

### Droit au respect de la dignité de la personne

### Prendre en charge la douleur

#### Sanitaire • Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique existe (SDC)

Ces structures spécialisées prennent en charge les douleurs chroniques, douleur persistante ou récurrente (le plus souvent au-delà de 6 mois), répondant mal au traitement, et induisant une détérioration fonctionnelle et relationnelle.

Toutes ces structures sont hébergées en établissement de santé et labellisées par l'ARS, en répondant à des critères précis. Il existe deux niveaux :

- Les consultations qui assurent une prise en charge pluri professionnelle,
- Les centres qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire.

En Champagne-Ardenne, **deux centres ont été labellisés** :

- Au centre hospitalier de Troyes,
- Au CHU de Reims.

Et deux **structures de consultations** :

- Au centre hospitalier de Saint-Dizier
- Au centre hospitalier de Charleville-Mézières.

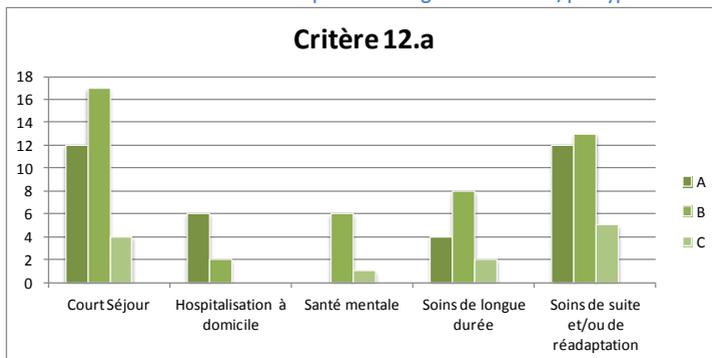
Plus d'informations : <http://www.sante.gouv.fr/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc.html>

L'analyse des rapports CRUQPC montre que **tous les établissements de santé de la région**, à l'exception du GCS Territorial Ardennes Nord, déclarent avoir une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services.

**98% des établissements affirment qu'il existe une procédure d'information des usagers** sur la prise en charge de la douleur.

- **Prise en charge de la douleur dans les établissements de santé : critère 12a de la certification**

Cotation des établissements sur la prise en charge de la douleur, par type d'activité



Source : ARS, HAS situation à décembre 2014

La prise en charge de la douleur est une « pratique exigible prioritaire » et l'atteinte d'un niveau de qualité sur ce critère est jugé essentielle par la Haute Autorité de Santé.

Près de 87% des établissements de la région ont obtenu une cotation en « A » ou « B » pour le critère 12a de la V2010 (82%). Ces données ont été améliorées par rapport aux données de l'année précédente.

**Une cotation en « C » a été obtenue par certains établissements pour les prises en charge en court séjour (12%), en santé mentale (14%), en soins de suite et de réadaptation (17%), et en soins de longue durée (14%).**

Les établissements ayant une cotation en « C » ont eu une recommandation sur ce critère ; faisant l'objet d'un suivi particulier. Pour 67% des établissements, cette cotation est provisoire, le suivi de certification n'ayant pas encore eu lieu.

La principale difficulté sur ce critère concerne la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient.

- **Pourcentage de conventions entre établissements de santé et établissements médico-sociaux ayant un axe douleur**

Ce travail de recensement a été réalisé par chacun des départements. Les résultats sont les suivants :

- Pour le département des Ardennes, 6 établissements accueillant des personnes en situation de handicap (PSH) ont signé une convention ayant un axe douleur, soit 19% des établissements PSH.

- Aucune convention n'a été signée dans le département de l'Aube ;
- Pour la Marne, 59 établissements ont signé une convention, dont 52 concernant le champ des personnes âgées et 7 le champ de PSH, soit 78% des établissements médico-sociaux du département ;
- Pour le département de la Haute-Marne :
  - o Versant personnes âgées, 41% d'établissements ont un axe douleur,
  - o Versant personnes handicapées, 10% d'établissements ont indiqué avoir un axe douleur.

Étiquettes de lignes	Nombre établissements ESMS	Nombre de conventions (signées entre ESMS et ES) ayant un axe douleur	Part d'établissement ayant signé une convention axe douleur
<b>Ardennes</b>	<b>58</b>	<b>6</b>	<b>10%</b>
dont établissement pour PA	26	0	0%
dont établissement pour PH	32	6	19%
<b>Aube</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
dont établissement pour PA	48	0	0%
dont établissement pour PH	42	0	0%
<b>Marne</b>	<b>158</b>	<b>59</b>	<b>37%</b>
dont établissement pour PA	73	52	71%
dont établissement pour PH	85	7	8%
<b>Haute-Marne</b>	<b>64</b>	<b>17</b>	<b>27%</b>
dont établissement pour PA	34	14	41%
dont établissement pour PH	30	3	10%

Source : ARS, DT 08,10, 51, 52, année 2014

## Objectif 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

Sanitaire

- **Proportion d'établissements de santé ayant organisé une information sur les directives anticipées ; donnée issue du rapport CRUQPC**

63% des établissements de santé déclarent avoir mis en place un formulaire d'aide à la rédaction des directives.

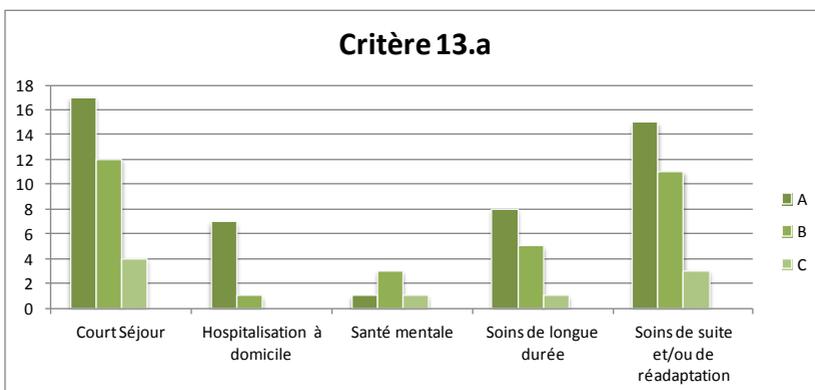
- **Prise en charge et droits des patients en fin de vie : critère 13a de la certification**

Près de 90% des établissements de la région ont obtenu une cotation en « A » ou « B » pour le critère 13a de la V2010. Ces données ont été améliorées par rapport aux données de l'année précédente (84%).

Une cotation en « C » a été obtenue par certains établissements pour les prises en charge en court séjour (12%), en santé mentale (25%), en soins de suite et de réadaptation (10%), et en soins de longue durée (7%).

Toutes prises en charge confondues, 7 cotations en « C » ont fait l'objet d'une recommandation, dont 2 sont provisoires et peuvent être éventuellement améliorées. 2 cotations en « C » ont fait l'objet d'une réserve provisoire et peuvent également être améliorées.

Cotation des établissements sur la prise en charge et les droits des patients en fin de vie, par type d'activité



Source : ARS, HAS situation à décembre 2014

## Objectif 6

### Droit à l'information

### Permettre l'accès au dossier médical



#### Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical issues des rapports CRUQPC

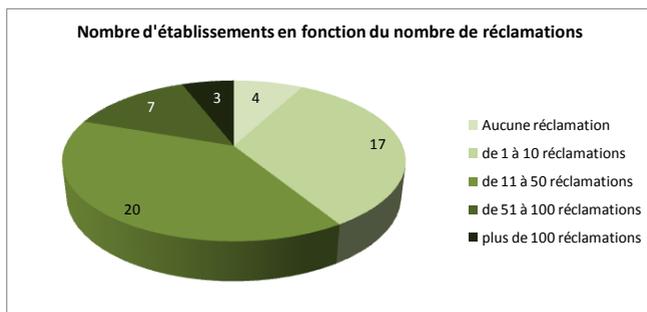
L'analyse et le traitement des réclamations fait l'objet d'une procédure interne propre à chaque établissement de santé.

L'origine des plaignants, les motifs de plaintes et les réponses apportées par l'établissement sont répertoriés et font l'objet d'un suivi par les établissements, dans le cadre notamment de la politique qualité.

A partir des rapports CRUQPC 2014, il apparaît que **1 700 plaintes et réclamations formulées par les patients ou leurs proches ont été recensées dans les établissements de santé** (contre 1 325 en 2013, 1 208 en 2012 et 1 107 en 2011) (la répartition du nombre par établissement figure dans l'annexe 3).

**Quatre** établissements ont déclaré n'avoir reçu aucune plainte ou réclamation en 2014.

#### Répartition du nombre de plaintes par établissement



(Lecture : 20 établissements ont enregistré de 11 à 50 réclamations)

Source : ARS, rapports CRUQPC 2014

La méthode d'analyse des réclamations au sein de la CRUQPC est très variable d'un établissement à l'autre. **Chaque réclamation reçue par l'établissement ne fait pas systématiquement l'objet d'un passage en CRUQPC.**

Les suites données au traitement des réclamations par l'établissement sont de plusieurs ordres :

- déclaration à l'assureur de l'établissement,
- saisine de la CRCI,
- médiation, médicale ou non,
- rencontre du plaignant ou de la famille,
- réponse écrite au plaignant.

Sur les 1 700 réclamations recensées en 2014 :

- **102 ont fait l'objet d'une saisine de la CRCI** (contre 66 en 2013, 47 en 2012 et 25 en 2011),
- **274 d'une médiation médicale ou non médicale** (contre 113 en 2013, 79 en 2012),
- **1 319 réclamations écrites** (1 100 en 2013)
- **214 réclamations orales** (169 en 2013).

Une moyenne de 33 réclamations a été recensée par établissement en 2014 (vs 28 en 2013). Ce chiffre varie considérablement d'une structure à l'autre, en fonction de la taille de l'établissement, et allant jusqu'à 322 réclamations enregistrées pour le CHU de Reims. Ramené au nombre de séjours déclaré par les établissements, en moyenne il y a 2 plaintes et réclamations pour 1 000 séjours. 5 établissements sont à plus de 20 plaintes et réclamations pour 1 000 séjours (CH de Fismes à 53, Clinique d'Eprenay à 28, Hôpital local de Bourbonne-les-Bains à 24, Hôpital local de Bar-sur-Seine et de Wassy à 20).

#### ✓ **Etat des lieux des réclamations par motif**

Les principales thématiques sur lesquelles portent les réclamations, issues des rapports CRUQPC sont les suivantes :

- Prise en charge - aspects médicaux : 38,8% des réclamations (vs 43,5% en 2013)
- Prise en charge - aspects paramédicaux : 21,7% des réclamations (vs 18,7% en 2013)
- Vie quotidienne et environnement : 20,8% des réclamations (vs 18,5% en 2013)
- Accueil et administration : 18,6% des réclamations (vs 19,3% en 2013)

#### ✓ **Délai de réponse aux réclamations**

Le délai moyen de prise en charge des réclamations se situe autour de **14 jours<sup>3</sup>** (contre 16 jours en 2013)

#### ✓ **Recours à la médiation**

---

<sup>3</sup> Moyenne des délais moyens indiqués pour chacun des établissements.

En 2014, le recours à la médiation a concerné que 16% des plaintes et réclamations recensées et décrites (+7 points vs 2013). Dans 39% des cas, le rapport de médiation est systématiquement présenté à la CRUQPC. Pour les CH de Chaumont, Langres, Sedan, le CHU de Reims et la Clinique de la compassion, ce rapport n'est jamais présenté à la CRUQPC.

Dans **74% des cas**, le rapport de médiation est présenté à la CRUQPC.

✓ **Satisfaction des patients**

L'utilisation des questionnaires de sortie est une obligation issue de l'article L.1112-2 du Code de la santé publique. Selon l'article R.1112-67 du même Code, tout personne hospitalisée *«reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations»*.

En 2014, tous les établissements déclarent remettre ce questionnaire ; **67% d'entre eux le présentent dès l'entrée en hospitalisation, 15% à la sortie.**

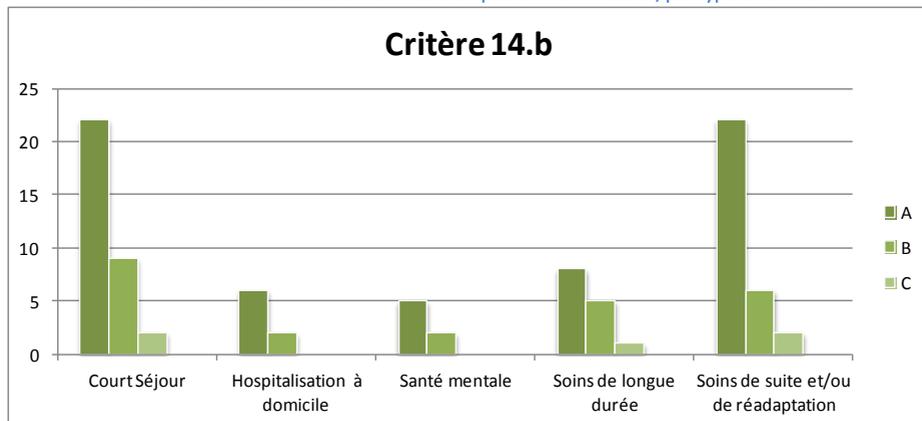
**Le taux de retour moyen en région est de 5 %.**

- **Accès du patient à son dossier : critère 14b de la certification**

**Plus de 84% des établissements de la région ont obtenu une cotation en « A » ou « B » pour le critère 14b de la V2010.** Ces données sont similaires à celles de l'année précédente (85%).

Environ 6% des établissements court séjour, soins de longue durée et soins de suite et/ou de réadaptation ont une cotation en « C » sur ce critère. Ces données ont été nettement améliorées par rapport aux données de l'année précédente pour les activités de court séjour et de santé mentale.

Toutes prises en charge confondues, l'ensemble des cotations en « C » a fait l'objet d'une recommandation, dont 100% sont provisoires et peuvent être éventuellement améliorées.



Source : ARS, HAS situation à décembre 2014

✓ **Modalités de traitement des demandes d'accès au dossier médical**

L'ensemble des établissements de santé déclare avoir une procédure d'information sur la façon d'accéder à son dossier.

✓ **Politique liée à la qualité de la prise en charge**

Les établissements de santé de la région déclarent, dans les rapports CRUQPC, que **98% des Commissions Médicales d'Établissement (CME) contribuent au programme d'amélioration de la qualité pour répondre aux recommandations** de la HAS, aux objectifs du CPOM et à l'analyse des événements indésirables (vs 89% en 2013).

**65% des établissements déclarent que ces programmes sont présentés aux CRUQPC** (vs 57% en 2013). Parmi ces établissements, seuls 4 ne présentent pas le suivi annuel de réalisation des ces programmes à la CRUQPC.

Sur le champ des événements indésirables graves, dont les infections nosocomiales, **75% des établissements déclarent informer la CRUQPC sur le nombre et la nature** (vs 53% en 2013).

L'affichage des **indicateurs qualité dans l'établissement de santé** est le suivant :

- Pour l'indicateur TBLIN : **seuls 48 établissements de santé l'affichent** ;
- IPAQSS : **seuls 42 établissements l'affichent** ;
- I-SATIS (SAPHORA) : **seuls 10 établissements l'affichent** ;
- Certification : **33 établissements affichent les indicateurs de certification HAS.**

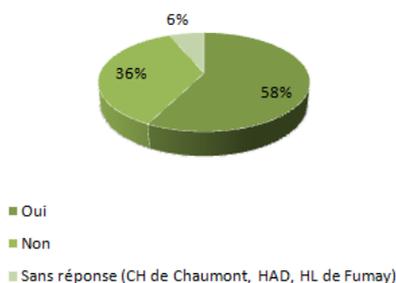
## ✓ **Recommandations de la CRUQPC**

**172 recommandations** ont été formulées par les CRUQPC en 2014. Le CH de Fismes, l'Hôpital local de Bar-sur-Aube et celui de Nouzonville n'ont pas renseigné ce champ. A champ identique (établissements qui ont répondu en 2013 et 2014) on compte 14 recommandations en moins.

**Les principales recommandations sont les suivantes :**

- Qualité de l'accueil, du relationnel avec les équipes
- Information du malade, de sa famille
- Directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie
- Qualité de la prise en charge médicale

### Application des recommandations



Source : rapports CRUQPC, année 2014

## ✓ **Croyances, convictions et dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique**

**48 établissements de santé** déclarent avoir mis en place un dispositif spécifique pour assurer le respect des croyances et convictions.

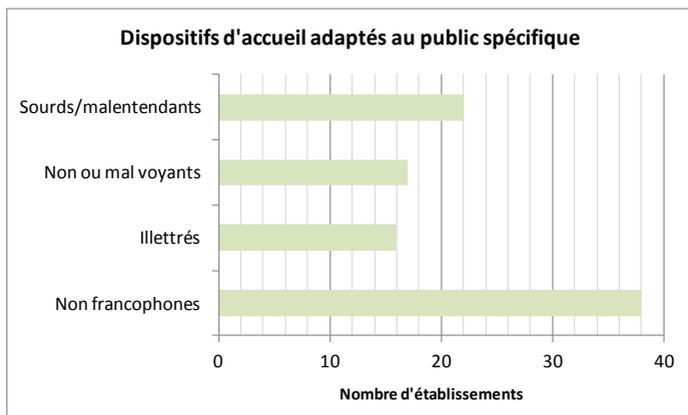
**Dans 9 établissements sur 10, les usagers retrouvent l'information dans le livret d'accueil.**

Le HAD de Chaumont-Langres, le GCS Der et Perthois/HAD Vitry le François et le HAD Croix-Rouge déclarent ne pas en avoir.

**37% des établissements de santé ont identifié un lieu de confession multi-religieux.** Le GHAM n'a pas renseigné cet item.

**13 établissements** ne se sont pas investis dans l'accueil de publics dits « spécifiques ». 10 établissements se sont investis dans les quatre types de public spécifique listés ci-après.

### Dispositifs d'accueil adaptés aux publics spécifiques



*Source : rapports CRUQPC, année 2014*



- **Etat des lieux sur les personnalités qualifiées (PQ) en établissements sociaux et médico-sociaux**

L'article L.311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) prévoit l'établissement d'une liste de personnes qualifiées ayant une connaissance dans le domaine médico-social, disponibles pour être potentiellement sollicitées par des Usagers, notamment en cas de plainte-réclamation.

*Article L.311-5 CASF : « Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le Directeur Général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat » (ndlr : décret non publié à ce stade).*

La commission spécialisée des droits des usagers, en lien avec l'ARS, a relancé le travail de clarification et d'homogénéisation en la matière ce qui a permis de **voir actualisés les quatre arrêtés départementaux de Champagne-Ardenne** (en annexe 4).

## Objectif 7

### Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

- **Etat des lieux annuel sur le taux d'enfants scolarisés en milieu ordinaire ou adapté, par rapport aux demandes de scolarisation en 2014/2015**

*Les éléments présentés ci-après ont été fournis par le Rectorat de l'Académie de Reims.*

*La classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) est, en [France](#), un parcours scolaire qui oriente à partir de la fin du cycle 1 et parfois même à l'âge préélémentaire (de 3 à 5 ans), les enfants en difficulté ou en situation de handicap (fonction cognitive essentiellement) vers des classes comprenant 12 élèves au maximum. L'objectif est de scolariser tous les élèves et de permettre à ceux en situation de handicap de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire en milieu ordinaire. Les CLIS font partie intégrante de l'ensemble des dispositifs de [l'enseignement spécialisé en France](#).*

*Les **Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)** accueillent, quant à elles, des élèves dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire, mais qui peuvent bénéficier, dans le cadre d'un établissement scolaire du second degré, d'une scolarisation adaptée. Les ULIS sont un dispositif permettant la mise en œuvre des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS).*

Le nombre total d'élèves en situation de handicap dans l'académie de Reims en 2014/2015 est de **7 081** (6 919 sur la période 2013/2014).

La répartition des élèves est la suivante :

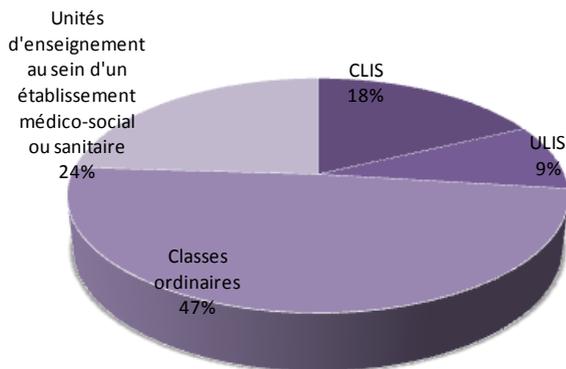
- 5 514 élèves scolarisés en milieu ordinaire dont :

- 1 190 en CLIS (+2,7% par rapport à 2013/2014) ;
- 656 en ULIS (+16,1% par rapport à 2013/2014);
- 3 668 élèves en classes ordinaires (+12.2% par rapport à 2013/2014) ;

- 1567 élèves sont scolarisés dans une unité d'enseignement au sein d'un établissement médico-social ou sanitaire.



## Répartition des élèves en situation de handicap dans l'académie de Reims en 2014/2015



Source : ARS, Académie de Reims, 2014-2015

### - Scolarisation collective en milieu ordinaire :

#### \* *Le premier degré : les CLIS (référence : circulaire n°2009- 087 du 17/07/2009)*

104 CLIS sont identifiées en Champagne-Ardenne, soit 1 CLIS de plus qu'en 2013. 94 élèves sont sur liste d'attente (61 élèves de plus qu'en 2013/2014), ce qui représente un taux de couverture de scolarisation en CLIS de 92,6%.

#### \* *Le second degré : les ULIS (référence : circulaire n° 2010-088 du 18-6-2010)*

656 élèves sont scolarisés dans 58 ULIS (61 en 2013). 22 élèves sont sur liste d'attente. Le taux de couverture est de 96,8%.

### - Scolarisation individuelle en milieu ordinaire

En 2014, **3 668 élèves** sont scolarisés en classe ordinaire (hors CLIS et ULIS), représentant 399 élèves supplémentaires par rapport à 2013.

### - Scolarisation en établissement médico-social ou sanitaire

**1567 élèves** sont scolarisés dans une unité d'enseignement au sein d'un établissement médico-social ou sanitaire.



## Objectif 8

### Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins

- **Nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux, et motifs d'annulation de ces extractions**

		Centre de détention Villenaux	Maison d'arrêt Troyes	Maison centrale Clairvaux	Maison d'arrêt Reims	Maison d'arrêt Chaumont	Maison d'arrêt Charleville	Maison d'arrêt Châlons
Nombre d'extractions en urgence	demandées	99	22	22	29	18	25	43
	réalisées	99	27	26	29	18	25	43
Nombre d'extractions pour consultations et examens	demandées	296	107	99	298	95	121	226
	réalisées	200	67	85	219	95	117	187
Nombre total d'hospitalisations	demandées	38	7	18	5	12	90	17
	réalisées	38	7	18	5	12	90	13
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'établissement public de référence	demandées	16	6	6	0	9	67	11
	réalisées	16	6	6	0	9	67	8
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'UHSI	demandées	19	1	12	4	3	5	4
	réalisées	19	1	12	4	3	5	3
Nombre d'extractions vers d'autres ES (non psy)	demandées	3	0	0	0	0	6	1
	réalisées	3	0	0	0	0	6	0
Nombre total d'extractions demandées		471	143	157	336	137	314	302
Nombre total d'extractions réalisées		375	108	147	257	137	310	254
Part des extractions réalisées sur le nombre total d'extractions demandées		80%	76%	94%	76%	100%	99%	84%
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la personne détenue		27	12	11	16	0	4	15
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'Administration Pénitentiaire, de la police		41	7	2	50	0	0	21
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture		0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé		28	11	1	18	0	0	2
Nombre total d'extractions annulées		96	30	14	84	0	4	38
Part des extractions annulées sur le nombre total d'extractions demandées		20%	21%	9%	25%	0%	1%	13%
Nombre d'extraction pour une personne détenue		0,78	0,68	1,05	1,17	1,52	5,64	0,73
Pour information, nombre de détenus écroués		480	160	140	220	90	55	350

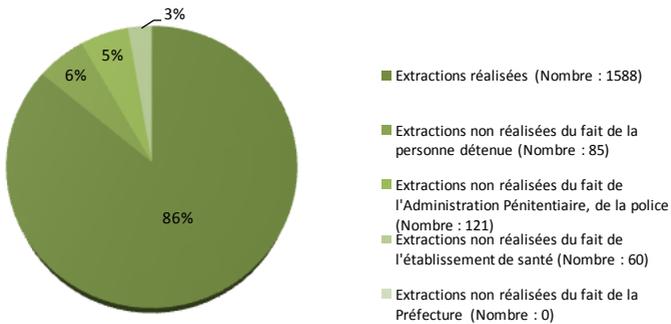
Source : ARS, données 2014

*Pour mémoire, l'extraction est l'opération par laquelle une personne détenue est conduite en dehors de l'établissement pénitentiaire, lorsqu'elle doit comparaître en justice ou recevoir des soins pour l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire.*

Les **Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)** accueillent les détenus devant subir une hospitalisation programmée de plus de 48 heures. Ces unités permettent aux personnes détenues d'avoir la même qualité de soins que n'importe quel patient et d'optimiser la sécurité et une meilleure gestion du personnel gardant les détenus. La Champagne-Ardenne est rattachée à l'UHSI de Nancy.

L'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) se présente comme un hôpital dans une enceinte sécurisée par des équipes de l'Administration pénitentiaire. Sa mission est d'accueillir les détenus nécessitant des soins psychiatriques ; elle constitue un «chaînon supplémentaire» dans l'offre de soins à la population carcérale, en permettant à toute personne détenue d'accéder à une hospitalisation librement consentie ou non. La Champagne-Ardenne est rattachée pour l'ensemble des établissements pénitentiaires à l'UHSA de Nancy, excepté pour la maison centrale de Clairvaux, rattachée à l'UHSA d'Orléans.

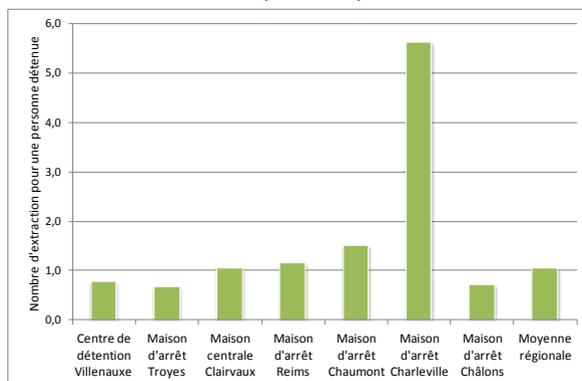
### Part d'extractions réalisées par rapport aux extractions demandées



Source : ARS, données 2014

Dans une très grande majorité des cas, les extractions demandées ont été honorées ; elles l'ont toutes été lorsqu'il s'agissait d'une demande en urgence.

### Nombre d'extractions pour une personne détenue



Source : ARS, données 2014

## Objectif 9 Santé mentale Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques

- **Proportion de rapports transmis à l'ARS par chacune des commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP)**

Les rapports, très hétérogènes dans leur contenu, ne permettent pas la réalisation d'une synthèse.

Comme prévu en 2013, un travail de partage d'expériences entre les représentants des usagers en CDSP, membres de la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA et experts a été organisé le 2 octobre 2015.

Animée par l'UNAFAM, cette journée a permis d'aborder les sujets suivants :

- Le fonctionnement des CDSP
  - o Le rôle irremplaçable des CDSP
  - o Rappel des résultats de l'enquête UNAFAM sur les CDSP
  - o Focus sur différents points, avec échange d'expériences :
    - Nomination des CDSP par le préfet
    - Règles de fonctionnement (périodicité des réunions, quorum, nomination du président, rôle de l'ARS)
    - L'examen des dossiers
    - Les visites d'établissement
    - Le rapport d'activité
- Le respect des droits et de la dignité des patients
  - o Rappel des principes généraux
  - o Des critères objectifs pour détecter un manque de respect des droits des patients : affichage de la Charte du patient, des visites de la CDSP, modalités d'utilisation du téléphone, liberté d'aller et venir...
  - o Des critères objectifs pour détecter un manque de respect de la dignité des patients : état des locaux, port du pyjama...
  - o L'isolement et la contention : quelle nécessité ? quelle réglementation ?

Cette rencontre a été saluée par tous, permettant de remettre à niveau les connaissances de base à détenir pour siéger en CDSP, mais également d'échanger sur des situations concrètes.

## ORIENTATION N° 2

### RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

#### Objectif 10

##### Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

- Nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé, pôle de santé)

Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat.

Le nombre de structures d'exercice coordonné est passé de 5 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) en 2012, à 8 en 2013 et 15 en 2014.

Au total, **34 projets de MSP** sont suivis et accompagnés par l'ARS en 2015 (*cf cartographie page suivante*).

## Cartographie des MSP existantes et en projet



Source : ARS / DOS Février 2015  
Exploitation ARS CA / OSA



## Objectif 12

### Assurer l'accès aux structures de prévention

- **Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans**

Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat.

Le taux de participation au **dépistage organisé du cancer colorectal**, en Champagne Ardenne sur la période 2013- 2014, chez les 50 à 74 ans est de **36,6%**, contre **29,8% au niveau national**. Le taux régional connaît depuis 4 ans une baisse de 2,9 % (-2,3 % au niveau national). Cependant la région se classe au quatrième rang national.

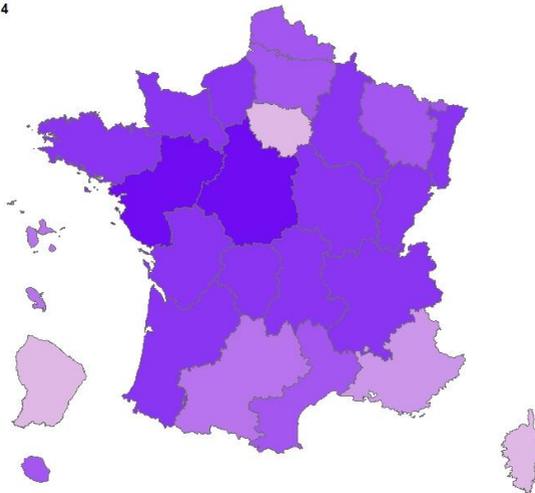
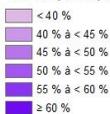
- **Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans**

Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat.

Le taux de participation au **dépistage organisé du cancer du sein**, en Champagne Ardenne sur la période 2012-2013, chez les femmes 50 à 74 ans est de **57,8%** (-1,8 % par rapport à 2010-2011), contre **51,7% au niveau national** (-0,6 % par rapport à 2010-2011). Cependant la région se classe au septième rang national.

#### **Programme de dépistage organisé du cancer du sein** **Taux de participation régionaux standardisés 2013-2014 (population de référence : France 2009)**

Taux de participation 2013-2014



Sources : RVS, 2003/2015 (fond de carte : IGN GéoFLA 2009)  
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer du sein

## Objectif 13

### Réduire les 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**

Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat.

Aucun contrat local de santé n'a été signé en 2014. Cependant, on en compte un en 2015 (signé avec la ville de Romilly sur Seine).

- **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**

Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat.

En Champagne-Ardenne, en 2014, 32 logements ont fait l'objet d'arrêtés d'insalubrité contre 28 en 2013.



CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Objectif 14

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

- Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers

Le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) de Champagne-Ardenne et l'ARS ont organisé ensemble des formations à destination des représentants des usagers.

Les sujets abordés par le CISS sont les suivants :

2014	2015
Système de santé	Prise de parole en réunion
Plaintes et réclamations	Analyse des plaintes et réclamations

L'ARS a organisé 2 sessions de formation en 2014, aucune en 2015, compte tenu des travaux de préfiguration de l'ARS Grand Est. Toutefois, la rencontre régionale du 26 juin 2015 autour des représentants des usagers en CRUQPC a pour bon nombre d'entre eux été considérée comme formatrice.

Les sujets abordés en 2014 :

- Quel rôle peut jouer le représentant d'usager pour faire progresser la qualité en établissement de santé ?
- Quel rôle de l'usager dans les évaluations des établissements médico-sociaux ?

- Nombre de formations réalisées, dont nombre de personnes formées et nombre de représentants issus d'associations agréées en santé

Près de cinquante personnes ont suivi chacune des deux formations organisées par l'ARS, dont près de **80% étaient issues d'associations agréées en santé.**

- Dispositif d'information sur ces formations

Le CISS Champagne-Ardenne informe ses représentants des sujets de formation prévus, lors des conseils d'administration, où chaque administrateur représente une association. Un courrier est adressé aux représentants des usagers des CRUQPC, CS, CRSA, CPAM, CRCL, en parallèle à l'envoi aux associations adhérentes du CISS.

Un relais est également réalisé dans la lettre interne du CISS national (parution tous les 2 mois), et sur les sites internet et extranet du CISS.

L'ARS Champagne Ardenne adresse par mail les programmes des formations proposées aux représentants des usagers des CRUQPC et CRSA, aux établissements de santé et médico-sociaux. Les représentants d'usagers issus d'associations agréées du système de santé non représentés dans les instances de santé publique sont également destinataires. Ces programmes sont également mis en ligne sur le site internet de l'ARS dans l'espace Usagers.

The screenshot shows the website interface for ARS Champagne-Ardenne. At the top, there is a navigation bar with the ARS logo and menu items: 'Actualités', 'Votre ARS', 'Etablissements et professionnels de santé', 'Handicap et grand-âge', 'Santé des populations, santé environnementale', and 'Démocratie en santé, droit des usagers'. A search bar and 'Se connecter' button are also visible.

The main content area is titled 'Les Usagers du système de santé'. It includes a sub-header 'Démocratie en santé, droit des usagers' with a list of links: 'Les outils de la concertation', 'Territoires de santé', and 'Les Usagers du système de santé'. Below this, there are sections for 'Services en ligne' (Aides et appels à projets, Contacts et plan d'accès, Etudes et publications de l'ARS, Espace presse, Points épidémiologiques hebdomadaires, Annuaire sanitaire et social, Liste pharmacies autorisées à retrocession) and 'Un thème un clic'.

The 'Les Usagers du système de santé' section contains the following text and images:

- La notion d'usagers s'applique non seulement à la personne malade et à ses proches mais, plus largement, à tout utilisateur avéré ou potentiel du système de santé, dans les domaines sanitaire et médico-social, en établissement comme en ambulatoire ou en prise en charge à domicile.**
- Vos représentants d'usagers**: Le représentant des usagers est le porteur de la parole des usagers du système de santé. Il siège dans les commissions et instances dans lesquelles il a été mandaté. *Pour en savoir +*
- Vos droits et protections**: Qu'entend-on quand on parle de droits des usagers ? Ce terme recouvre à la fois les droits individuels et collectifs de la personne, usager du système de santé. *Pour en savoir +*
- Label "Droits des patients"**: Le Ministère de l'emploi, du travail et de la santé reconduit chaque année le dispositif de labellisation des expériences visant à promouvoir les droits des usagers du système de santé initié en 2011. *Pour en savoir +*

## ORIENTATION N°4

### RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

- Taux de participation globale des membres de la CRSA

Taux de participation globale des membres de la CRSA	28/03/2014	Taux de participation	10/06/2014	Taux de participation
<b>Nombre de personnes présentes (toutes catégories confondues)</b>	<b>46</b>	<b>49%</b>	<b>57</b>	<b>61%</b>
Dont nombre de titulaires présents	37	39%	48	51%
<i>Dont nombre de suppléants présentes</i>	9	10%	9	10%

*Source : ARS, année 2014*

Taux de participation globale des membres de la CRSA	09/04/2015	Taux de participation	14/12/2015	Taux de participation
<b>Nombre de personnes présentes (toutes catégories confondues)</b>	<b>53</b>	<b>57%</b>	<b>38</b>	<b>41%</b>
Dont nombre de titulaires présents	46	49%	36	39%
<i>Dont nombre de suppléants présentes</i>	7	8%	2	2%

*Source : ARS, année 2015*

Globalement, le taux de participation moyen des membres de la CRSA s'élevé à **55 %** en 2014 et à **49 %** en 2015 contre **47 %** en 2013.

## Taux de participation par collège des membres de la CRSA en 2014

Taux de participation par collège des membres de la CRSA		PLENIERE				Nombre de participants désignés par collège
		28/03/2014		10/06/2014		
Collège 1 Collectivités Territoriales	Titulaires présents	3	23%	1	8%	13
	Titulaires excusés	3	-	4	-	-
	suppléants présents	0	0%	0	0%	13
	<b>total collège 1</b>	<b>3</b>	<b>23%</b>	<b>1</b>	<b>8%</b>	<b>-</b>
Collège 2 Représentants des usagers	Titulaires présents	6	38%	14	88%	16
	Titulaires excusés	6	-	1	-	-
	Suppléants présents	3	19%	0	0%	16
	<b>total collège 2</b>	<b>9</b>	<b>56%</b>	<b>14</b>	<b>88%</b>	<b>-</b>
Collège 3 Représentants des conférences de territoire	Titulaires présents	1	25%	3	75%	4
	Titulaires excusés	0	-	1	-	-
	Suppléants présents	1	25%	0	0%	4
	<b>total collège 3</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>	<b>3</b>	<b>75%</b>	<b>-</b>
Collège 4 Partenaires sociaux	Titulaires présents	4	40%	5	50%	10
	Titulaires excusés	2	-	3	-	-
	suppléants présents	0	0%	2	20%	10
	<b>total collège 4</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>	<b>-</b>
Collège 5 Acteurs de la protection et de la cohésion sociale	Titulaires présents	2	33%	3	50%	6
	Titulaires excusés	3	-	2	-	-
	suppléants présents	1	17%	0	0%	6
	<b>total collège 5</b>	<b>3</b>	<b>50%</b>	<b>3</b>	<b>50%</b>	<b>-</b>
Collège 6 Acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé	Titulaires présents	5	50%	5	50%	10
	Titulaires excusés	4	-	1	-	-
	suppléants présents	1	10%	2	20%	10
	<b>total collège 6</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>	<b>-</b>
Collège 7 Offreurs de services de santé	Titulaires présents	16	47%	17	50%	34
	Titulaires excusés	10	-	9	-	-
	suppléants présents	3	9%	5	15%	34
	<b>total collège 7</b>	<b>19</b>	<b>56%</b>	<b>22</b>	<b>65%</b>	<b>-</b>
Collège 8 Personnalités qualifiées	Titulaires Présents	0	0%	2	100%	2
	Titulaires excusés	1	-	0	-	0
	<b>total collège 8</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>

*Source : ARS, année 2014*

*NB : lorsqu'une personne ne s'est pas excusée, elle est comptabilisée comme absente, et ne figure pas dans ce tableau.*

## Taux de participation par collège des membres de la CRSA en 2015

		PLENIERE				Nombre de participants désignés par collège
		09/04/2015		14/12/2015		
Collège 1 Collectivités Territoriales	Titulaires présents	1	8%	1	8%	13
	Titulaires excusés	2	-	3	-	-
	suppléants présents	0	0%	0	0%	13
	<b>total collège 1</b>	<b>1</b>	<b>8%</b>	<b>1</b>	<b>8%</b>	-
Collège 2 Représentants des usagers	Titulaires présents	14	88%	9	56%	16
	Titulaires excusés	1	-	2	-	-
	Suppléants présents	0	0%	0	0%	16
	<b>total collège 2</b>	<b>14</b>	<b>88%</b>	<b>9</b>	<b>56%</b>	-
Collège 3 Représentants des conférences de territoire	Titulaires présents	2	50%	1	25%	4
	Titulaires excusés	0	-	2	-	-
	Suppléants présents	0	0%	0	0%	4
	<b>total collège 3</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>	<b>1</b>	<b>25%</b>	-
Collège 4 Partenaires sociaux	Titulaires présents	2	20%	4	40%	10
	Titulaires excusés	2	-	2	-	-
	suppléants présents	1	10%	0	0%	10
	<b>total collège 4</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>	-
Collège 5 Acteurs de la protection et de la cohésion sociale	Titulaires présents	3	50%	1	17%	6
	Titulaires excusés	1	-	2	-	-
	suppléants présents	0	0%	0	0%	6
	<b>total collège 5</b>	<b>3</b>	<b>50%</b>	<b>1</b>	<b>17%</b>	-
Collège 6 Acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé	Titulaires présents	4	40%	4	40%	10
	Titulaires excusés	2	-	2	-	-
	suppléants présents	1	10%	0	0%	10
	<b>total collège 6</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>	-
Collège 7 Offreurs de services de santé	Titulaires présents	18	53%	14	41%	34
	Titulaires excusés	7	-	7	-	-
	suppléants présents	5	15%	2	6%	34
	<b>total collège 7</b>	<b>23</b>	<b>68%</b>	<b>16</b>	<b>47%</b>	-
Collège 8 Personnalités qualifiées	Titulaires Présents	2	100%	2	100%	2
	Titulaires excusés	0	-	0	-	-
	<b>total collège 8</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>

*Source : ARS, année 2015*

En résumé, et par collège, les **taux moyens de participation** sont les suivants :

En résumé participation par collège	2015	2014	2013
collège 1	8%	15%	27%
collège 2	72%	72%	69%
collège 3	38%	63%	50%
collège 4	35%	55%	20%
collège 5	33%	50%	67%
collège 6	45%	65%	60%
collège 7	57%	60%	41%
collège 8	100%	75%	25%
<b>total</b>	<b>48%</b>	<b>57%</b>	<b>45%</b>

**Le taux de participation moyen par collège a baissé entre 2014 et 2015.** L'assiduité des **représentants des Conférences de territoire et des représentants d'usagers** est toutefois à souligner.

A contrario, les collèges des collectivités territoriales et des partenaires sociaux sont ceux dont la présence est la plus irrégulière.



- **Taux de participation globale des membres des conférences de territoire 2014-2015**

#### *Conférence de territoire SUD*

Aucune Conférence de Territoire Sud n'a été programmée en 2014.

En revanche, une réunion s'est tenue le 29/01/2015, son taux de participation était de **28 %** (soit 12 titulaires et 2 suppléants).

#### *Conférence de territoire NORD*

Aucune Conférence de Territoire Nord n'a été programmée en 2014.

Une réunion a été organisée en 2015 : le taux de participation (10 juin 2015) était de 19,75 % soit 16 participants (12 titulaires et 4 suppléants).

- **Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA en 2014 et 2015**

<b>Assemblée plénière</b>			
Nombre de représentants d'usagers désignés	16		
<b>Collège 2 représentants des usagers</b>			
<b>Date des réunions</b>	<b>Présents</b>	<b>Excusés</b>	<b>Participation</b>
28/03/2014	6	6	38%
10/06/2014	14	5	88%
09/04/2015	14	1	88%
14/12/2015	9	2	56%

*Source : ARS, année 2014-2015*

Le **taux moyen de participation des représentants des usagers à l'assemblée plénière** pour les années 2014 et 2015 s'élève à **67,5 %**.

<b>Commission permanente</b>			
Nombre de représentants d'usagers désignés	3		
<b>Collège 2 représentants des usagers</b>			
<b>Date des réunions</b>	<b>Présents</b>	<b>Excusés</b>	<b>Participation</b>
18/02/2014	3	1	100%
30/09/2014	3	3	100%
03/04/2015	3	0	100%

*Source : ARS, année 2014-2015*

Le **taux moyen de participation des représentants des usagers à la commission permanente** est de **100 %**.

Commission de l'organisation des soins			
Nombre de représentants d'usagers désignés	4		
Collège 2 représentants des usagers			
Date des réunions	Présents	Excusés	Participation
16/05/2014	3	1	75%
07/07/2014	3	2	75%
13/10/2014	4	2	100%
12/12/2014	4	3	100%
05/02/2015	4	1	100%
17/04/2015	3	2	75%
19/06/2015	3	2	75%
06/10/2015	1	3	25%
11/12/2015	1	3	25%

Source : ARS, année 2014-2015

Le **taux moyen de participation des représentants des usagers à la commission spécialisée de l'organisation des soins** s'élève à 72 % ; il était de 45 % en 2013.

Commission spécialisée Médico-sociale			
Nombre de représentants d'usagers désignés	6		
Date des réunions	Présents	Excusés	Participation
15/01/2014	2	2	33%
17/09/2014	4	0	67%
04/11/2014	6	0	100%
28/01/2015	5	1	83%
27/05/2015	6	0	100%
25/11/2015	6	0	100%

Source : ARS, année 2014-2015

Le **taux moyen de participation des usagers à la commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux** s'élève à **80 %**, avec une inégalité de participation lors des différentes réunions. Le taux était de 67% en 2013.

Commission spécialisée Prévention			
Nombre de représentants d'utilisateurs désignés	6		
Date des réunions	Présents	Excusés	Participation
15/01/2014	2	2	33%
26/09/2014	4	2	67%
23/01/2015	2	3	33%

Source : ARS, année 2014-2015

Le **taux moyen de participation des représentants des utilisateurs à la commission spécialisée de prévention** s'élève à **44 %**, en baisse par rapport à 2013 (67 %).

Commission spécialisée Droit des Utilisateurs			
Nombre de représentants d'utilisateurs désignés	6		
Date des réunions	Présents	Excusés	Participation
16/01/2014	4	1	67%
13/02/2014	3	2	50%
17/04/2014	2	3	33%
13/05/2014	3	0	50%
02/07/2014	2	5	33%
03/10/2014	4	5	67%
19/12/2014	0	6	0%
06/02/2015	6	0	100%
26/02/2015	5	1	83%
14/04/2015	6	0	100%
02/06/2015	6	0	100%
02/07/2015	2	4	33%
23/09/2015	5	0	83%
23/11/2015	4	2	67%

Source : ARS, année 2014-2015

Le **taux moyen de participation des représentants des utilisateurs à la commission spécialisée des droits des utilisateurs** s'élève à **62 %**, en légère baisse par rapport à 2013 (69 %).

- Taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire

*Conférence de territoire Sud*

	29/01/2015	Taux participation	Nombre de participants désignés par collège
Titulaires présents	4	50%	8
Titulaires excusés	0		
Suppléants présents	0	0%	8
<b>total</b>	<b>4</b>	<b>50%</b>	

*Conférence de territoire Nord*

	10/06/15	Taux participation	Nombre de participants désignés par collège
Titulaires présents	3	37%	8
Titulaires excusés	2		
Suppléants présents	1	25%	8
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>62%</b>	

Le **taux moyen de participation des représentants des usagers pour les conférences de territoires** est quasiment stable par rapport à 2013.

# CHAPITRE 2

## SUIVI DES RECOMMANDATIONS EMISES PAR LA CRSA

Les éléments ci-après reprennent les actions issues des recommandations de la CRSA pour les exercices 2014 et 2015.

Par ailleurs, ce rapport ne comporte pas de chapitre 4, habituellement consacré aux actions que suivait la CS Droits des usagers de la CRSA, au regard des modifications organisationnelles de l'ARS, en particulier en 2016, mais également compte tenu de la perspective de la nouvelle CRSA Grand est attendue en septembre 2016.



## Recommandations formulées par la CRSA dans son rapport 2014 :

1. **Le label régional de promotion des droits des usagers** : après quatre années, il semble nécessaire d'impulser une nouvelle dynamique pour l'attribution de ce label, tout en maintenant cette démarche mobilisatrice et fédératrice.
  - ➔ **Dès 2015, l'ARS, en collaboration avec la CRSA, a recentré l'appel à projets régional autour d'une « thématique métier », retenue en accord avec les membres de la commission Usagers, celle de l'accès à la santé des personnes en situation de handicap.**  
**Ce recentrage de l'appel à projets régional (sans pour autant exclure d'autres initiatives) a permis d'impulser une dynamique auprès des acteurs concernés.**
  
2. **Les CRUQPC** :
  - a. En développant la **culture des représentants des usagers** :
    - ✓ Via la charte d'engagement réalisée en 2013,
    - ✓ A travers les formations CISS-ARS organisées chaque année.
  - b. **Sur l'organisation** : en rappelant le *caractère obligatoire de la création* de la commission auprès des établissements de santé, toutes catégories confondues. Un courrier de rappel co-signé ARS/CRSA sera ainsi adressé aux établissements de santé, copie aux fédérations hospitalières.
  - c. Sur le **fonctionnement de la CRUQPC** : le nombre de réunions réglementairement tenues interroge et nécessite une action particulière, en plus du suivi de l'indicateur inséré dans les CPOM des établissements de santé.
    - ✓ Ainsi, une réunion régionale sera organisée associant l'ensemble des représentants des usagers des CRUQPC et les responsables de ces Commissions des établissements de santé pour partager les difficultés éventuelles rencontrées et essaimer des bonnes pratiques ;
    - ✓ Par ailleurs, un rappel règlementaire de l'organisation et du fonctionnement des CRUQPC sera proposé à l'ordre du jour d'une prochaine commission spécialisée de l'organisation des soins.
  
- ➔ **La rencontre régionale a eu lieu le 26 juin 2015 et a rassemblé pour la première fois les représentants d'usagers et les responsables des établissements de santé en charge des CRUQPC. Ce temps fort, riche en échanges constructifs, a permis de dégager dix bonnes idées pour faire**

vivre une CRUQPC, après avoir rappelé le cadre réglementaire et les obligations/engagements de chacun.

Plus d'informations sur :

3. **Les résultats du questionnaire adressé aux Conseils de la Vie Sociale devront** nourrir un plan d'action spécifique élaboré dès 2015. La question de la formation des présidents de CVS est à travailler, par ailleurs, par le CISS C-A.
  - ➔ **Le plan d'actions n'a peu être formalisé en 2015, au regard des travaux engagés sur l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, et des travaux de préfiguration de la nouvelle ARS.**  
En revanche, le CISS C-A travaille à la formation des présidents de CVS, en utilisant des documents accessibles à tous, adaptés au secteur médico-social.
  
4. Un travail s'est engagé avec les **représentants des usagers (RU) en Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP)** ; il est à poursuivre, notamment sur le mandat du RU dans ces commissions, en lien avec l'UNAFAM.
  - ➔ **Suite à la rencontre organisée sous l'égide de l'UNAFAM, il n'a pas été jugé opportun d'aller au-delà. Par contre, pour les nouveaux représentants des usagers dans ces commissions, un socle minimal de connaissance est requis et nécessiterait la remise d'un « kit » spécifique contenant les principaux outils.**
  
5. Les travaux initiés lors de la rencontre usagers 2014 sur l'accès aux soins des **personnes en situation de handicap** seront poursuivis ; la déclinaison de la Charte Romain Jacob est un des outils mobilisables.
  - ➔ **D'importants travaux ont été conduits sur cette thématique qui donneront lieu à la sortie d'une boîte à outils, à destination de l'ensemble des acteurs, sanitaires (hospitaliers et libéraux) et médico-sociaux, recensant les documents de base permettant de décroiser les actions entre ces deux secteurs.**

6. Sur les questions de **l'accès aux soins des personnes détenues (objectif 8) et sur les droits des personnes en soins psychiatriques sans consentement (objectif 9)**, la commission spécialisée droits des usagers pourra inviter les services du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), en ayant toutefois précisément cadré les attendus.

→ Cette action n'a pas été concrétisée.

7. Enfin, les présidents de la CRSA et des commissions spécialisées des droits des usagers et médico-sociale relanceront les autorités compétentes de la Marne **pour actualiser l'arrêté départemental désignant les personnes qualifiées** dans les **établissements et services médicaux-sociaux**.

→ **L'ARS a rencontré en novembre 2015 les services de l'Etat et du Conseil départemental de la Marne sur ce sujet. Tout début 2016, cet arrêté pour le département de la Marne a donc pu être pris, publié et diffusé à tous les établissements médico-sociaux du département.**

**En trois ans, la CRSA, aux côtés de l'ARS, a permis la signature des quatre arrêtés départementaux désignant les personnes qualifiées que peuvent solliciter les usagers sur des problématiques touchant aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap, ou encore en situation de précarité.**

# CHAPITRE 3

## OBSERVATIONS RELATIVES AU CONTENU DU RAPPORT D'ACTIVITE

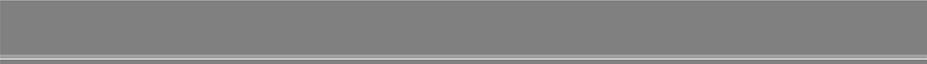
Les membres de la CRSA rappellent la charge de travail que représente l'élaboration de ce rapport, induite par de trop nombreux indicateurs, dont les données, pour un certain nombre, ne sont pas disponibles.

Par ailleurs, le décalage de presque deux années entre l'année de référence des données du rapport et l'année d'élaboration est source d'interrogation légitime pour le lecteur. Il est également difficile de rappeler et de valoriser des actions réalisées près de deux ans avant la publication du rapport.

Au vu de ces éléments, une révision du contenu du cahier des charges national de ce rapport apparaît nécessaire et souhaitable. Les membres de la CRSA Champagne-Ardenne espèrent que les textes actualisés à venir, issus de la loi NOTRE notamment, permettront cette prise en compte.

Une cartographie de l'accès aux droits et à la santé, géographique et juridique, par territoire (accès aux droits, à la prévention, aux soins) pourrait être réalisée (programmes d'ETP, prévention tertiaire, CMU, AME) par la Conférence Nationale de Santé.

Enfin, pour rendre accessible le contenu de ce rapport à tous, un travail de traduction en Facile A Lire et Comprendre (FALC), par exemple, constituerait une réelle avancée.



---

# ANNEXES

---

ANNEXE 1 : Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport d'activité de la CRSA et guide de la Direction Générale de la Santé sur l'élaboration du rapport d'activité de la CRSA

ANNEXE 2 : Objectifs du cahier des charges non traités en 2014 et en 2015

ANNEXE 3 : Synthèse régionale des rapports CRUQPC 2014

ANNEXE 4 : Arrêtés départementaux des Ardennes et de la Marne désignant les personnes qualifiées en établissements sociaux et médico-sociaux (les deux autres ayant été signés antérieurement)

## ANNEXE 1

# ARRETE DU 5 AVRIL PORTANT CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'ELABORATION DU RAPPORT DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE MENTIONNE A L'ARTICLE D. 1432-42 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

**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**

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 :

### Article 1

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.

### Article 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.

### **Article 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.

### **Article 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.

### **Article 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.

### **Annexe**

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

## **Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012 pour l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé**

Le rapport spécifique de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs fixés par l'arrêté du 5 avril 2012 (JORF du 10 mai 2012).

Le présent guide a pour objectif de préciser la façon dont ces objectifs doivent être pris en compte par les agences régionales de santé dans le cadre de leur mission de recueil des données pour le compte de la CRSA, en vue du rapport 2012 à remettre avant le 31 mars 2013. Ce rapport porte sur les données de l'année 2011.

D'une manière générale, les bonnes pratiques et initiatives locales en faveur des droits des usagers doivent être repérées, identifiées, et mutualisées au sein du rapport de la CRSA, afin de mieux les faire connaître. Les projets labellisés dans le cadre du label sur les droits des usagers permettent à cet égard de recenser ces différentes initiatives. Le rapport de la CRSA doit permettre de les valoriser.

Sur chacun des objectifs identifiés dans le cahier des charges, des précisions sont apportés pour leur application :

### **Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers**

#### **1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers**

*Dans le domaine ambulatoire :*

Depuis début 2012, l'obligation de développement personnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé, instaurée par la loi HPST, est en cours de déploiement ; il ne s'agit donc pas d'identifier le nombre de formations mises en place dans ce cadre, ni le nombre de professionnels ayant suivi des formations.

Il convient cette année de recenser les programmes de DPC collectif annuel ou pluriannuel et les organismes chargés de mettre en œuvre le DPC dans la région et, pour les médecins libéraux, d'identifier les formations disponibles en région en 2012 notamment sur les domaines suivants :

- formation à l'éducation thérapeutique ;
- formation à la relation médecin – patient ;

- mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention / gestion des crises sanitaires ;
- prise en charge de la douleur ;
- sécurité des soins, gestion des risques, iatrogénie ;
- soins palliatifs et fin de vie ;
- système d'information et dossier médical.

Pour en savoir plus sur le DPC : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc)

Sur l'organisme de gestion du DPC : <http://www.ogc.fr/index.php>

#### *Dans le domaine hospitalier :*

Il convient cette année d'examiner l'offre de formation proposée par l'ANFH à ses adhérents (établissements du secteur public), qui s'articule autour d'actions de formation nationales (AFN), fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'actions de formation régionales (AFR) bâties par les délégations régionales ANFH. Les thèmes de formation sont fixés par les instances paritaires régionales de l'ANFH.

Les données à recueillir sont donc les différentes AFR mises en place en 2012 sur les droits des usagers (relatives aux thématiques recensées par le cahier des charges).

Pour la liste des AFR : [http://www.anfh.fr/site/anfhfr/offre-de-formation?type\\_etablissement=all&filiere=all&action\\_formation=all&region=nationales](http://www.anfh.fr/site/anfhfr/offre-de-formation?type_etablissement=all&filiere=all&action_formation=all&region=nationales)

#### *Dans le domaine médico-social :*

Les ARS peuvent se rapprocher des principaux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) présents sur leur territoire pour dresser un état des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés. Une démarche est en cours au niveau national pour tenter de recueillir les informations à ce niveau.

## **2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers**

#### *Dans le domaine ambulatoire :*

Par courrier du 20 décembre 2012, la DGOS a saisi les ordres nationaux des professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pharmaciens), afin d'identifier s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales, et en particulier sur les thématiques suivantes :

- maltraitance (objectif 3 du cahier des charges),
- accès au dossier médical (objectif 6),
- refus de soins pour prestataires CMU-AME (objectif 11).

#### *Dans le domaine hospitalier :*

La Haute Autorité de santé (HAS) met à la disposition du ministère et des ARS, à partir de l'infocentre SARA (Saisie des Auto-évaluations et des Rapports de Certification), les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale ou leur modalité de suivi pour les critères du manuel de certification correspondants aux objectifs du cahier des charges :

- pour l'objectif 2 (processus d'évaluation du respect des droits) : critère 9b du manuel de certification de la HAS (évaluation de la satisfaction des usagers) ;
- pour l'objectif 3 (promouvoir la bientraitance) : critère 10a du manuel (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance), pour chaque prise en charge de l'établissement (10a MCO, 10a SM, 10a SSR, 10a SLD, 10a HAD) ;
- pour l'objectif 4 (prendre en charge la douleur) : critère 12a du manuel (prise en charge de la douleur), pour chaque prise en charge de l'établissement (12a MCO, 12a SM, 12a SSR, 12a SLD, 12a HAD) ;
- pour l'objectif 5 (encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie) : critère 13a du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie), pour chaque prise en charge de l'établissement (13a MCO, 13a SM, 13a SSR, 13a SLD, 13a HAD) ;

- pour l'objectif 6 (permettre l'accès au dossier du patient) : critère 14b du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie), pour chaque prise en charge de l'établissement (14b MCO, 14b SM, 14b SSR, 14b SLD, 14b HAD).

Les données 2011 sont fournies en PJ sous forme de tableau regroupant les informations relatives à l'établissement (région, finess de l'entité juridique, nom de l'établissement, code postal), qui correspondent à une seule procédure de certification identifiée sous un unique code de démarche HAS. Pour l'année suivante, seules les données pour les établissements ayant fait l'objet d'une nouvelle certification ou d'une procédure de modification seront ajoutées.

Par ailleurs, sur l'objectif 2, les rapports des CRUQPC des établissements de santé permettront de mesurer leur fonctionnement effectif à partir des données suivantes :

- proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ;
- proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ;
- nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;
- composition et qualité des membres de la CRUQPC ;
- existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPC (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres).

Il est rappelé que les données brutes doivent être transmises par l'ARS à la CRSA qui est chargée de leur analyse (par exemple pour la qualité des membres des CRUQPC).

L'indicateur de satisfaction des usagers (I-SATIS), qui ne porte que sur les établissements de santé (MCO), est en cours de déploiement et les données ne seront accessibles qu'à partir de 2013.

#### *Dans le domaine médico-social :*

L'exploitation des résultats de l'enquête ANESM sur la bientraitance, et le cas échéant des enquêtes spécifiques, permettront de mesurer le fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) à partir des données suivantes :

- proportion d'établissements disposant d'un CVS ;
- proportion des rapports des CVS transmis, sur la base du volontariat, à l'ARS et à la CRSA (pas d'obligation réglementaire) ;
- nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;
- composition et qualité des membres des CVS ;
- proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS.

### **3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance**

#### *Dans le domaine ambulatoire :*

Par courrier du 20 décembre 2012, la Direction générale de l'offre de soins a saisi plusieurs ordres des professionnels de santé pour identifier s'il existe un dispositif de traitement des plaintes au niveau des ordres et, dans l'affirmative, s'il permet d'être en possession de données sur ces différents indicateurs du cahier des charges

#### *Dans le domaine hospitalier :*

S'agissant de la proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent, les données doivent être disponibles dans le rapport des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

#### *Dans le domaine médico-social :*

La proportion d'établissements médico-sociaux où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent, est disponible pour les EHPAD à partir de l'enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM.

#### **4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur**

*Dans le domaine ambulatoire :*

Il s'agit d'identifier les formations des professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur, dans les conditions prévues ci-dessus au point 1.

*Dans le domaine hospitalier :*

L'indicateur du taux de satisfaction des usagers n'est pas à renseigner cette année car les données de l'indicateur I-SATIS ne seront disponibles qu'à partir de 2013.

Le taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe n'est pas à renseigner cette année.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

*Dans le domaine médico-social :*

Il convient de recenser le pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et 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**

*Dans le domaine ambulatoire :*

Il s'agit d'identifier les formations des professionnels de santé sur les soins palliatifs et la fin de vie, dans les conditions prévues ci-dessus au point 1.

*Dans le domaine hospitalier :*

La proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées devrait être disponible à partir des données des rapports des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

*Dans le domaine médico-social :*

L'enquête de la DREES relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) comporte un item relatif à la prise en charge des personnes en fin de vie. Cette enquête est quadriennale et la collecte des informations est en cours pour l'année 2011. Les ARS disposeront des bases de données en juin 2013.

#### **6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical**

*Dans le domaine ambulatoire :*

En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

*Dans le domaine hospitalier :*

Le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical devrait être disponible à partir des données des rapports des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

*Dans le domaine médico-social :*

Un état des lieux sur les personnalités qualifiées (nomination, modes de désignations, formations, actions pour faire connaître leur rôle, etc.) pourrait être présenté à la CRSA.

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

Il s'agit ici d'apprécier si la scolarisation des enfants handicapés est assurée, quel que soit le lieu dans lequel est effectuée la scolarisation. Pour ce faire, il convient de demander au Rectorat la transmission des données recueillies dans le cadre des enquêtes menées par le ministère de l'Éducation nationale de manière annuelle (résultats des enquêtes 3, 12 et 32 qui recensent respectivement les enfants scolarisés dans les établissements du 1er degré, du second degré et dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers- au sein d'unités d'enseignement-).

## **8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins**

Concernant les personnes détenues, notamment leur droit d'accès aux soins, il est possible d'apprécier l'effectivité de ce droit en observant le nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux et les motifs d'annulation de ces dernières. Ces annulations nécessitent le report de ces examens, générant pour certains des délais d'attente supplémentaires de plusieurs mois. Les raisons peuvent être de la responsabilité de l'administration pénitentiaire, de la police, de la personne détenue voire de l'établissement de santé.

Il est possible d'obtenir des informations concernant les extractions du milieu pénitentiaire vers les établissements de santé pour consultations ou examens médicaux, via l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (oSSD) que les établissements de santé renseignent (déclaratif).

Même si la qualité du recueil de ces données peut être améliorée, celles-ci peuvent être transmises aux CRSA pour analyse et avis.

## **9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques**

Il s'agit de vérifier le fonctionnement effectif des commissions départementales de soins psychiatriques, en mesurant la proportion de rapports transmis à l'ARS par chacune de ces commissions. La CRSA peut ensuite procéder à l'analyse de ces rapports si elle le souhaite.

## **Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous**

### **10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux**

La part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale est un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) est aussi un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

En revanche, le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins n'ont pas pu être renseignés dans le cadre du CPOM et ne doivent donc pas être renseignés.

### **11. Assurer financièrement l'accès aux soins**

En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

### **12. Assurer l'accès aux structures de prévention**

Les quatre indicateurs identifiés sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS. L'analyse de ces indicateurs relève de la CRSA.

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

Les trois indicateurs identifiés sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

**Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé**

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

Les ARS doivent disposer des données à recueillir, soit directement, soit dans le cadre de leur conventionnement avec le CISS.

**Orientation 4 : 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**

Les données à recueillir sont à renseigner par les ARS dans le cadre de l'indicateur du rapport annuel de performance sur la participation des associations d'usagers ; elles sont aussi renseignées dans les rapports d'activité des CRSA.

## ANNEXE 2

### OBJECTIFS DU RAPPORT NON TRAITES EN 2014 ET EN 2015

Objectifs	Secteur	Indicateurs - données à recueillir	Disponibilité des données	Raison de l'absence de traitement
<b>Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</b>				
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers  (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Nombre de programmes de DPC collectif annuel ou pluriannuel et organismes chargés de les mettre en œuvre  Pour les ML, identifier les formations disponibles en région en 2013	URPS	Pas de réponse
	Sanitaire	Examen de l'offre de formation proposée par l'ANFH à ses adhérents, EPS (formations nationales et régionales) sur les droits des usagers	ANFH	-
	Médico-social	Dresser un état des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés	démarche nationale en cours	Pas de réponse
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	La DGOS saisit les Ordres nationaux des PS pour savoir s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes	DGOS	Pas de réponse
3. Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance	Ambulatoire	Nombre de plaintes-réclamations déposées pour maltraitance : attente réponse des Ordres au courrier DGOS	DGOS	Pas de réponse
4. Droit au respect de la dignité de la personne - prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Formations proposées sur la douleur : cf objectif 1	URPS	Pas de réponse
	Sanitaire	Taux de satisfaction des usagers (données I-SATIS)	DGOS	Donnée non disponible
	Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe douleur dans la région, parmi les conventions signées entre ESMS et ES		Donnée non disponible
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	Formations proposées sur la fin de vie : cf objectif 1	URPS	Pas de réponse
	Médico-social	Proportion d'ESMS ayant intégré cette dimension dans les PE : l'enquête DREES relative aux EHPA ne sera disponible qu'en juin 2013	DREES	Donnée non disponible
6. Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical : dans l'attente de la réponse des Ordres aux courriers DGOS	DGOS	Pas de réponse

### Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de MG est inférieure de 30% de la moyenne nationale	Ministère	Donnée non actualisée
	Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 et secteur 2) et par territoire de santé	Ministère	Donnée non actualisée
	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	Ministère	Donnée non disponible
11. Assurer financièrement l'accès aux soins	Nombre de plaintes et réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME recensées par les Ordres sur sollicitation de la DGOS	Ministère	Pas de réponse
12. Assurer l'accès aux structures de prévention	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (pas avant 2015)	Ministère	Donnée non actualisée
	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle (pas avant 2015)	Ministère	Donnée non actualisée
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	Ecarts interrégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'AM rapportée à la population cible	Ministère	Donnée non actualisée



## Contexte

### *Références juridiques*

La loi du 4 mars 2002 a placé l'utilisateur acteur de la prise en charge et acteur des décisions de Santé Publique en lui reconnaissant des droits individuels et collectifs tels que les droits liés :

- à la qualité de la prise en charge
- à la médiation interne
- à l'information et au consentement
- au contentieux
- à la dignité, le respect de la vie privée, l'anonymat
- à la participation au fonctionnement du système de santé, notamment la participation à la définition des politiques sanitaires et la représentation au sein des instances décisionnaires.

C'est le décret du 2 mars 2005 qui a permis la mise en application des dispositions relatives à la représentation des usagers, par la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

L'ensemble des établissements de santé publics et privés ainsi que les syndicats interhospitaliers (SIH) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé ont l'obligation de constituer une CRUQPC.

### *Missions de la CRUQPC*

La CRUQPC veille au respect des droits des usagers, facilite leurs démarches et contribue à l'amélioration de la prise en charge des malades.

Ainsi, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou les proches, et les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement, y compris les rapports de médiation, doivent être mis à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement.

A ce titre, la CRUQPC examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

Pour mémoire, le fonctionnement de la CRUQPC et le respect des droits des usagers font partie des éléments analysés par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la certification version 2010. Par ailleurs, l'ARS a inscrit des indicateurs relatifs à ce thème dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec les établissements de santé.

Le législateur a fait de la CRUQPC, un organe de **consultation sur la politique d'accueil et de prise en charge** dans les établissements de santé.

Elle a l'obligation de rédiger un **rapport annuel** soumis à délibération du Conseil de surveillance (ou de l'instance habilitée à cet effet). Ce rapport est ensuite transmis à l'Agence régionale de santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Pour l'élaboration de son rapport annuel, la CRSA s'appuie sur la synthèse des rapports des CRUQPC élaborée par l'ARS.

## Edito

Avec un **taux de retour de 96% pour 2014**, l'ARS dispose d'une vision globale du respect de la réglementation relative aux droits des usagers au travers de l'activité des CRUQPC des établissements de santé de Champagne-Ardenne.

Si l'analyse des données recueillies confirme globalement la **dynamique engagée**, elle met également en exergue la **nécessité d'améliorer encore les pratiques**.

Cette synthèse régionale a pour objet de dégager les grandes tendances issues de l'analyse des 51 rapports d'activité communiqués par les établissements de santé en 2014. Elle constitue une base essentielle à partir de laquelle pourront être initiées des actions d'amélioration : ces éléments, à la fois qualitatifs et quantitatifs, permettent d'identifier précisément les champs à travailler.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (article 183) rénove la CRUQPC en la renommant **Commission Des Usagers (CDU)** ; elle y renforce également la **place des représentants des usagers** et élargit ses attributions, lui apportant un **ancrage plus marqué** dans les établissements de santé. Les représentants des usagers acquièrent un rôle accru par l'accès possible à la fonction de président de la commission.

La CDU devra donc trouver une nouvelle impulsion dans son action.

<b>1. IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE</b>	<b>83</b>
<b>2. INSTALLATION ET ACTIVITE DE LA CRUQPC</b>	<b>86</b>
2.1 La participation des représentants des usagers.....	86
2.2 La participation des représentants des médiateurs.....	86
2.3 Le fonctionnement de la CRUQPC.....	87
<b>3. GESTION DES RECLAMATIONS ET MEDIATION</b>	<b>89</b>
3.1 Recensement des réclamations.....	90
3.2 Origine des réclamations.....	92
3.3 Recours à la médiation.....	93
<b>4. SATISFACTION DES PATIENTS</b>	<b>93</b>
<b>5. DROITS D'ACCES A L'INFORMATION</b>	<b>94</b>
5.1 Formations.....	94
5.2 Croyances et convictions.....	95
5.3 Affichage des indicateurs qualité.....	96
5.4 Dispositifs d'accueil adaptés aux publics spécifiques.....	96
<b>6. ACCES AU DOSSIER PATIENT</b>	<b>97</b>
6.1 Demandes d'accès au dossier patient.....	97
<b>7..... POLITIQUE LIEE A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE / RECOMMANDATIONS DES CRUQPC</b>	<b>98</b>

## Liste des établissements concernés

- Etablissements autorisés M et/ou C et/ou O avec service Urg
- Etablissements M et/ou C et/ou O
- Etablissements autorisés en psychiatrie
- Etablissements autorisés en SSR ou SLD
- Autres

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Rapport envoyé	
	2013	2014
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEHOULD	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER VITRY LE FRANCOIS	✓	✓
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	✓	✓
CHU REIMS	✓	✓
GRUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	✓	✓
GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE	✓	✓
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	✓	✓
POLYCLINIQUE DE COURLANCY	✓	✓
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	✓	✓
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	✓	✓
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	✓	✓
CLINIQUE DE LA COMPASSION	✓	✓
CLINIQUE D'EPERNAY	✓	✓
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	✓	✓
CLINIQUES FRANCOIS 1ER / LA RENNAISSANCE	✓	✓
HOPITAL DE JOINVILLE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE NOUZONVILLE	✓	✓
HOPITAL LOCAL DE WASSY	✓	✓
INSTITUT JEAN GODINOT	✓	✓
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	✓	✓
POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET	✓	✓
POLYCLINIQUES DES URSULINES / MONTIER LA CELLE	✓	✓

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Rapport envoyé	
	2013	2014
CH BELAIR	✓	✓
CH DE LA HAUTE-MARNE	✓	✓
EPSMA	✓	✓
ETABT PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	✓	✓
FOYER "L'AMITIE"	✓	✓
MAISON DE SANTE MERFY	✗	✗
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	✓	✓
CENTRE DE REEDUCATION PASTEUR	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMIRAIL	✓	✓
E.H.S.S.R. STE MARTHE	✓	✓
RESIDENCE MEDICALE JEAN D'ORBAIS	✓	✓
UGECAM NORD-EST	✓	✓
GCS DER ET PERTHOIS HAD VITRY LE FRANCOIS	✗	✓
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	✓	✓
GCS"MATERNITÉ D'ÉPERNAY"	✗	✗
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	✗	✓
HAD CHAUMONT LANGRES	✗	✓
HOSPITALISATION A DOMICILE	✗	✓
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	✓	✓

Pour 2014, 53 établissements de santé étaient dans l'obligation de transmettre leur rapport CRUQPC, répartis comme suit :

- 46 hôpitaux ou cliniques,
- 3 GCS,
- 4 HAD.

L'ARS et la CRSA ont réceptionné **51 rapports, soit près de 96%** (vs 89% en 2013).

Ont transmis leur rapport :

- 45 hôpitaux et cliniques (sur 46) : seule la maison de santé de Merfy n'a pas répondu, comme en 2013),
- 2 GCS (sur 3)
- 4 HAD (sur 4).

**Tableau 1 : Répartition des rapports CRUQPC par nature des répondants**

	Nombre de rapports	Etablissement de santé	GCS	HAD	
Ardennes	Attendus		7	1	0
	Reçus		7	1	0
Aube	Attendus		10	0	1
	Reçus		10	0	1
Marne	Attendus		18	2	2
	Reçus		17	1	2
Haute-Marne	Attendus		11	0	1
	Reçus		11	0	1
Région	Attendus		46	3	4
	Reçus		45	2	4
	<i>part répondants</i>		<i>98%</i>	<i>67%</i>	<i>100%</i>

*Source : rapports CRUQPC, année 2014*

---

### **Rappel sur la composition de la CRUQPC**

La CRUQPC est présidée par le représentant légal de l'établissement, ou la personne qu'il désigne à cet effet, et se compose au minimum de :

- deux médiateurs (un médecin et un nonmédecin) et leurs suppléants désignés par le président,
- et deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades et disposant d'un agrément santé pour la représentation des usagers.

Après analyse des données, la CRUQPC de **51% des établissements** ayant répondu ne comporte pas l'ensemble des membres réglementaires (vs 41% en 2013).

67% des établissements affichent la composition de la CRUQPC et les coordonnées des membres ; 29% disposent d'un espace réservé aux usagers ou à leurs représentants (en dehors de l'espace de repos).

## 2.1 LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS

Considérant les 51 établissements de santé, et donc les 51 CRUQPC, il est attendu 204 mandats de représentants des usagers (RU) : les données montrent que près de **10% des mandats** ne sont pas pourvus, essentiellement sur des postes de suppléants. **31% des CRUQPC** sont donc considérées comme incomplètes.

*Ce chiffre est à rapporter à celui de 2012, où 63% des CRUQPC étaient incomplètes. Les difficultés actuelles tiennent essentiellement à la taille des établissements concernés, leur éloignement géographique, mais également au nombre d'associations agréées dans le champ santé.*

## 2.2 LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES MEDIEURS

**63% des CRUQPC fonctionnent avec le nombre de médiateurs requis** : 96% des CRUQPC comportent un médiateur médecin titulaire et un médiateur non médical titulaire.

*(29% des CRUQPC fonctionnent sans médiateur médecin suppléant, et 22% sans médiateur non médecin suppléant).*

## 2.3 LE FONCTIONNEMENT DE LA CRUQPC

**43% des établissements ont réuni la CRUQPC moins de 4 fois**, nombre minimum de réunions prévu par le code de la santé publique. Toutefois, si on s'appuie sur les données détaillées des réunions, la part des établissements qui ont réuni moins de 4 fois la CRUQPC dans des conditions réglementaires (**avec la présence obligatoire des deux représentants du personnel**) est proche de **75%**.

**5 établissements ont réuni plus de quatre fois** la CRUQPC en 2014, essentiellement les établissements de taille importante.

**Tableau 2 : Nombre de réunions de la CRUQPC organisées par établissement de santé**

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Nombre de réunions	Nombre de réunions avec 2 RU
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	0	0
HOPITAL LOCAL DE NOUZONVILLE	0	0
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	3	0
ETABT PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	3	0
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	3	0
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	3	0
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	4	0
CENTRE DE REEDUCATION PASTEUR	4	0
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	1	1
GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	2	1
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	2	1
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	3	1
E.H.S.S.R. STE MARTHE	3	1
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	3	1
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	2	2
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	2	2
HOPITAL LOCAL DE WASSY	2	2
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEHOULD	3	2
CENTRE HOSPITALIER VITRY LE FRANCOIS	4	2
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	4	2
GCS DER ET PERTHOIS HAD VITRY LE FRANCOIS	4	2
GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE	4	2
HOSPITALISATION A DOMICILE	4	2
POLYCLINIQUE DE COURLANCY	4	2
RESIDENCE MEDICALE JEAN D'ORBAIS	4	2
UGECAM NORD-EST	4	2
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	3	3
CH BELAIR	3	3
EPSMA	3	3
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	3	3
INSTITUT JEAN GODINOT	3	3
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	3	3
CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	4	3
CLINIQUE D'EPERNAY	4	3
FOYER "L'AMITIE"	4	3
HAD CHAUMONT LANGRES	4	3
HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	4	3
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	5	3
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMIRAIL	4	4
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	4	4
CH DE LA HAUTE-MARNE	4	4
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	4	4
CLINIQUE DE LA COMPASSION	4	4
CLINIQUES FRANCOIS 1ER / LA RENNAISSANCE	4	4
HOPITAL DE JOINVILLE	4	4
POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET	4	4
POLYCLINIQUES DES URSULINES / MONTIER LA CELLE	4	4
CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	5	5
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	5	5
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	5	5
CHU REIMS	17	5 (minimum)

**Tableau 3 : Motifs d'explication quand le nombre de réunions de la CRUQPC est inférieur à 4**

Etablissements - Raison sociale FINESS	Commentaires
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	L'établissement est toujours en expectative pour la désignation officielle par l'ars des représentants des usagers. Cette composante ru de la cruqpc est souvent incomplète ou abstente excusée. Nous suppléons les ru par l'invitation de patients en cours d'hospitalisation pour les informer, recueillir leurs demandes, participer à la commission des menus et au dépouillement des retours de questionnaires de satisfaction. La cruqpc enregistre avec satisfaction le taux élevé jamais égalé jusqu'ici des retours de questionnaires. Il est de 59% de même le retour des questionnaires clan est de l'ordre de 80% (progrès réalisés en cours de 2014).
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	quorum non atteint pour la dernière prévue en novembre
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	Intérim de Direction très partiel (0,25 ETP) à compter de Septembre 2014
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	L'objectif fixé est une réunion par trimestre.
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	Une réunion n'a pas réuni le quorum et n'a pas fait l'objet d'une nouvelle convocation.
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	Lié au contexte difficile connu par l'établissement au cours de l'année 2014.
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEHOULD	Absence de plaintes et réclamations et absence de points particuliers à évoquer.
	Dernière réunion maintenue malgré l'absence d'un membre titulaire et des membres suppléants
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	Tous les RU sont systématiquement invités aux réunions.
CH BELAIR	Des soucis de santé de certains de nos RU nous ont privé de leur présence lors de 2 réunions.
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	L'agenda des 4 réunions annuelles n'a pas pu être tenu en raison du départ de Mme JEZEQUEL et de l'arrivée d'un Directeur par intérim pour une très courte période.
E. H. S. S. R. STE MARTHE	L'établissement a pris note que deux représentants des usagers ou leurs suppléants doivent être présents pour que la réunion soit considérée comme valable.
EPSMA	L'organisation de ces réunions tiendra désormais compte de ce critère.
ETABT PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	Réunion du 12/06/2014 n'a pas eu lieu pour faute d'absence des membres (quorum non atteint)
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	Réorganisation des directions fonctionnelles de l'établissement.
GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	Les sujets mis à l'ordre du jour n'ont pas nécessité la programmation d'une supplémentaire supplémentaire.
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	Nouveau directeur en Juillet 2014, mise en place de la CRUQPC en Septembre 2014.
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	- Sollicitation des représentants des usagers en SCLIAS et au conseil de surveillance
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	- Les représentants des usagers ont été rencontrés hors instance CRUQPC par la Direction, par exemple, dans le cadre de la démarche de certification V2010.
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	2 réunions de réalisées (en mars et juin) mais le qorum requis non atteint.
HOPITAL LOCAL DE NOUZONVILLE	Certification
HOPITAL LOCAL DE WASSY	Pas d'évènement notable.
INSTITUT JEAN GODINOT	Peu de réclamation en 2014.
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	Pas de réunions durant l'année 2015 : Changement de direction
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	4 réunions ont été organisées au total, mais seulement 2 ont réuni au moins 2 représentants des usagers (titulaires ou suppléants)
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	La 4ème réunion de l'année, prévue en décembre 2014 a été annulée faute de quorum (absence des RU)
	Report impossible sur l'année 2014.
	incompatibilité de dates avec les RU et les médecins
	Incompatibilité de dates avec les médecins médiateurs et les RU
	Nombre très faible de réclamations et plaintes (4 par an maximum)

*Source : rapports CRUQPC, année 2014*

**Tableau 4 : Motifs d'explication quant le nombre de réunions est supérieur à 4**

Etablissements - Raison sociale FINESS	Commentaires
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	4 réunions annuelles + 1 réunion pour validation du rapport d'activité annuel
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	Une réunion trimestrielle est organisée pour l'examen du registre des réclamations et plaintes et une réunion est consacrée à l'élaboration du rapport de la CRUQPC.
	Depuis décembre 2010, les membres de la CRUQPC sont associés aux réunions du Comité interne "Droits et Information du Patient" dont l'objectif est de répondre aux exigences de la loi du 4 mars 2002 et de développer des actions liées aux droits et à l'information du patient.
	Les réunions spécifiques CRUQPC sont maintenues pour l'étude des réclamations.
CHU REIMS	Dans un souci de lisibilité, chaque instance conserve son intitulé.
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	Préparation à la certification V2010.

*Source : rapports CRUQPC, année 2014*

Enfin, **92% des établissements de santé** déclarent que les membres de la CRUQPC participent à la rédaction au rapport annuel.

**78% des établissements de santé** indiquent présenter et débattre des résultats annuels des six indicateurs qualité de l'établissement (vs 66% en 2013) en CRUQPC ; tous les établissements de santé **utilisent le livret d'accueil** comme support de communication sur les droits des usagers.

### 3. GESTION DES RECLAMATIONS ET MEDIATION

**Rappel réglementaire :** la CRUQPC « est informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leurs sont données ».

Les modalités d'examen des plaintes et réclamations dans les établissements de santé sont régies par les articles R.1112-91 à 94 du Code de la santé publique. Parmi les obligations des établissements, il est précisé que « tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement des griefs ». Dans ce cas, la réclamation doit être consignée par écrit par l'établissement de santé afin d'être communiquée à son représentant légal. Par ailleurs, à réception d'une réclamation écrite, le représentant légal de la structure doit informer le requérant dans les meilleurs délais de la possibilité de saisir un médiateur ou l'informer qu'il procède à cette saisie. En cas de médiation, un compte-rendu de médiation doit être adressé dans les 8 jours au président de la CRUQPC ainsi qu'à ses membres.

### 3.1 RECENSEMENT DES RECLAMATIONS

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Nombre de plaintes et réclamations recensées en 2014	Dont nombre de demandes formulées devant la CCI	Dont nombre de nouveaux cas contentieux portés à la connaissance de la CRUQPC	Nb de plaintes et réclamations pour 1 000 séjours en 2014*	Variation du nombre de plaintes et réclamations vs 2013
GCS DER ET PERTHOIS HAD VITRY LE FRANCOIS	0	0	0	-	
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	0	0	0	-	
HAD CHAUMONT LANGRES	0	0	0	-	
HOPITAL LOCAL DE NOUZONVILLE	0	0	0	-	0 en 2013
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	1	0	0	2	-50%
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEOULD	1	0	0	2	-50%
FOYER "L'AMITIE"	1	0	0	14	0 en 2013
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	1	0	0	2	0%
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	2	0	0	4	0 en 2013
RESIDENCE MEDICALE JEAN D'ORBAIS	2	0	0	7	-60%
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMIRAIL	3	0	0	10	200%
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	3	0	0	6	200%
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	4	0	1	3	100%
HOSPITALISATION A DOMICILE	5	0	0	0	
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	6	0	0	1	50%
HOPITAL DE JOINVILLE	7	0	0	11	-13%
CLINIQUE DE LA COMPASSION	8	3	3	2	33%
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	9	2	2	0	-40%
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	9	0	0	20	800%
UGE CAM NORD-EST	9	0	0	0	-10%
CH BELAIR	10	1	0	4	100%
CLINIQUES FRANCOIS 1ER / LA RENNAISSANCE	11	0	11	1	-21%
HOPITAL LOCAL DE WASSY	11	0	0	20	175%
CENTRE DE REEDUCATION PASTEUR	12	0	0	12	0%
CH DE LA HAUTE-MARNE	16	0	0	0	-24%
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	16	1	3	1	45%
E.H.S.S.R. STE MARTHE	17	0	0	1	113%
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	18	0	0	53	50%
INSTITUT JEAN GODINOT	18	0	18	0	20%
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	19	0	2	3	-24%
HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	19	1	0	24	-24%
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	21	0	0	1	40%
CENTRE HOSPITALIER VITRY LE FRANCOIS	24	1	1	4	-25%
ETAB PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	26	0	2	9	-24%
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	27	2	0	0	-50%
POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET	29	3	1	6	81%
GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	30	1	2	1	67%
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	33	1	3	3	10%
POLYCLINIQUES DES URSLINES / MONTIER LA CELLE	35	0	0	2	9%
GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE	37	2	6	0	85%
EPSMA	50	0	0	0	79%
CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	52	2	52	4	49%
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	53	4	8	3	29%
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	57	9	0	1	19%
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	58	12	0	2	132%
CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	82	8	1	1	5%
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	85	7	2	5	44%
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	96	5	10	0	-4%
POLYCLINIQUE DE COURLANCY	159	12	0	2	87%
CLINIQUE D'EPERNAY	186	0	0	28	62%
CHU REIMS	322	25	162	3	29%
<b>Total</b>	<b>1700</b>	<b>102</b>	<b>290</b>	<b>2</b>	

\*le taux total est calculé sur les établissements pour lesquels le nombre de séjours en 2014 est renseigné.

Source : rapports CRUQPC, année 2014 et 2013

Au total, ce sont **1 700 plaintes et réclamations qui ont été recensées en 2014**. A périmètre égal (sans les non répondants de 2013), il y a eu 1 695 plaintes et réclamations en 2014 vs 1 325 en 2013 soit une **augmentation de 28%**.

A noter que les membres de la CRUQPC de la polyclinique des Ursulines de Montier-la-Celle et de l'EPSM de l'Aube n'ont pas accès à l'intégralité des réclamations ou éloges reçus au sein de leurs établissements.

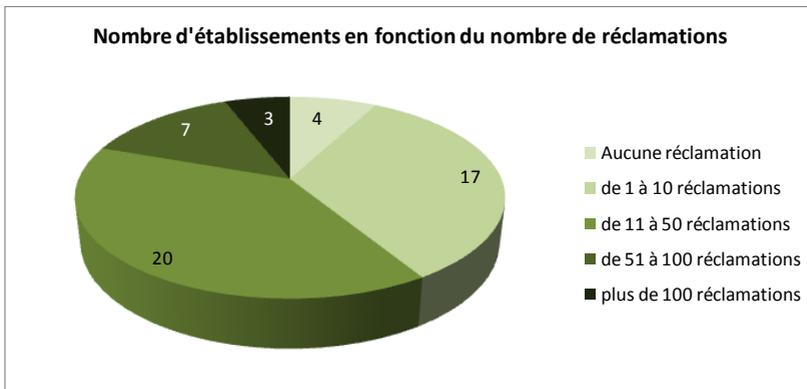
La **moyenne est de 33 réclamations** par établissement en 2014 (vs 27 en 2013). Ce chiffre est à prendre avec précaution : il varie considérablement d'une structure à l'autre, en fonction de la taille de l'établissement, allant jusqu'à 322 réclamations enregistrées pour le seul CHU de Reims.

Ramenée au nombre de séjours déclarés par les établissements, la **moyenne pour 1 000 séjours tombe à 2 réclamations**.

Cinq établissements sont à plus de 20 plaintes et réclamations pour 1 000 séjours et interrogent fortement :

- CH de Fismes : 53 réclamations,
- Clinique d'Épernay : 28 réclamations,
- CH de Bourbonne-les-Bains : 24 réclamations,
- CH de Bar-sur-Seine : 20 réclamations,
- CH de Wassy : 20 réclamations.

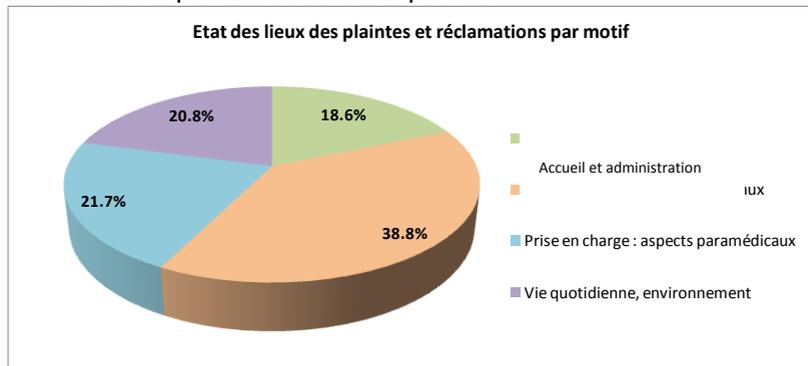
Enfin, quatre établissements ont déclaré n'avoir reçu aucune réclamation en 2014.



### 3.2 ORIGINE DES RECLAMATIONS

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Nombre de plaintes et réclamations recensées et décrites en 2014	Nombre de plaintes et réclamations écrites	Nombre de plaintes et réclamations orales reçues	Nombre de plaintes et réclamations proposées à la médiation	Part de plaintes et réclamations proposées à la médiation
GCS DER ET PERTHOIS HAD VITRY LE FRANCOIS	0	0	0	0	
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	0	0	0	0	
HAD CHAUMONT LANGRES	0	0	0	0	
HOPITAL LOCAL DE NOUZOVILLE	0	0	0	0	
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	1	1	0	0	0%
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEHOULD	1	1	0	0	0%
FOYER "L'AMITIE"	1	0	1	0	0%
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	1	1	0	0	0%
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	2	2	0	0	0%
RESIDENCE MEDICALE JEAN D'ORBAIS	2	2	0	1	50%
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMIRAIL	3	3	0	1	33%
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	2	2	0	2	100%
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	4	4	0	0	0%
HOSPITALISATION A DOMICILE	5	1	4	0	0%
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	6	6	0	1	17%
HOPITAL DE JOINVILLE	7	5	2	3	43%
CLINIQUE DE LA COMPASSION	5	5	0	2	40%
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	9	8	1	0	0%
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	9	9	0	0	0%
UGECCAM NORD-EST	9	6	3	9	100%
CH BELAIR	10	6	4	0	0%
CLINIQUES FRANCOIS 1ER / LA RENNAISSANCE	11	11	0	11	100%
HOPITAL LOCAL DE WASSY	11	3	8	3	27%
CENTRE DE REEDUCATION PASTEUR	12	3	9	0	0%
CH DE LA HAUTE-MARNE	16	13	3	0	0%
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	16	16	0	2	13%
E.H.S.S.R. STE MARTHE	17	17	0	1	6%
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	18	18	0	0	0%
INSTITUT JEAN GODINOT	18	18	0	15	83%
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	19	19	0	19	100%
HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	19	4	15	0	0%
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	21	21	0	2	10%
CENTRE HOSPITALIER VITRY LE FRANCOIS	24	18	6	24	100%
ETABT PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	26	19	7	2	8%
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	27	26	1	5	19%
POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET	28	27	1	3	11%
GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	30	29	1	8	27%
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	33	30	3	29	88%
POLYCLINIQUES DES URSULINES / MONTIER LA CELLE	35	17	18	0	0%
GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE	37	28	9	2	
EPSMA	50	33	17	6	12%
CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	52	52	0	16	31%
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	45	45	0	5	11%
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	57	57	0	9	16%
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	58	58	0	10	17%
CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	75	66	9	3	4%
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	100	85	15	10	10%
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	96	74	22	7	7%
POLYCLINIQUE DE COURLANCY	159	157	2	18	11%
CLINIQUE D'EPERNAY	186	185	1	0	0%
CHU REIMS	160	108	52	16	10%
<b>Total</b>	<b>1533</b>	<b>1319</b>	<b>214</b>	<b>245</b>	<b>16%</b>

## Etat des lieux des plaintes et réclamations par motif



Source : rapports CRUQPC, année 2014

### 3.3 RECOURS A LA MEDIATION

En 2014, le recours à la médiation a concerné **16% des plaintes et réclamations recensées et décrites** (+7% vs 2013). Dans 39% des cas, le rapport de médiation est systématiquement présenté à la CRUQPC.

Au regard des données, ce rapport n'est jamais présenté à la CRUQPC pour les CH de Chaumont, Langres, Sedan, le CHU de Reims et la Clinique de la compassion à Langres.

86% des établissements indiquent d'autres modes de résolution des plaintes et des réclamations : 68% par courrier et 86% via des rencontres.

Pour 2014, le délai moyen de réponse à une plainte ou une réclamation est de **14 jours**<sup>4</sup> (vs 16 jours en 2013). Le CH de Sedan n'a pas répondu à cet item.

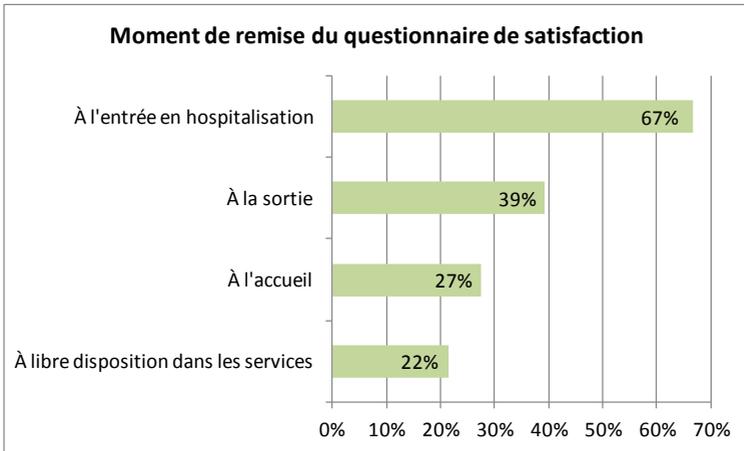
## 4. SATISFACTION DES PATIENTS

**Rappel réglementaire :** l'utilisation des questionnaires de sortie est une obligation issue de l'article L.1112-2 du Code de la santé publique. Selon l'article R.1112-67 du même Code, toute

---

<sup>4</sup> Moyenne des délais moyens indiqués pour chacun des établissements.

personne hospitalisée «reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ».



Source : rapports CRUQPC, année 2014

Comme en 2013, tous les établissements déclarent remettre le questionnaire de satisfaction. 67% des établissements remettent le questionnaire de satisfaction à l'entrée en hospitalisation.

Le taux de retour<sup>5</sup> moyen en région est de 5% en 2014. 73% des établissements déclarent par ailleurs réaliser d'autres enquêtes de satisfaction (en continu ou ponctuelles). Pour 59% de ces établissements, les enquêtes sont réalisées par l'établissement, 41% par un service de soins et 41% par une autre entité.

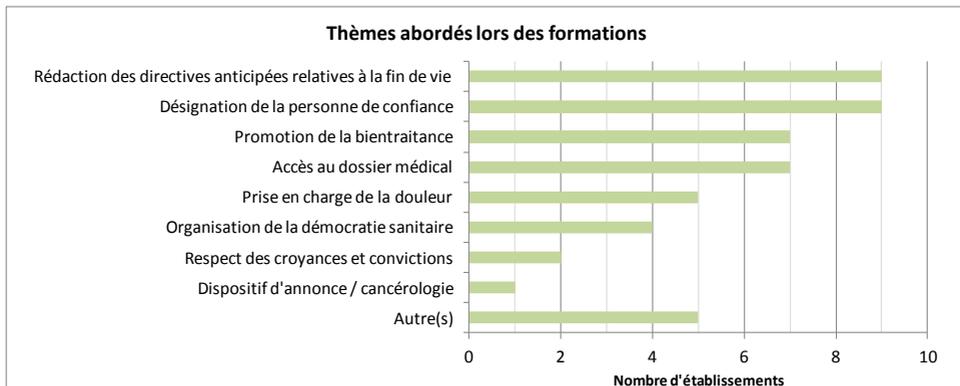
## 5. DROITS D'ACCES A L'INFORMATION

### 5.1 FORMATIONS

15 établissements de santé dispensent des formations aux membres de la CRUQPC (représentants de l'établissement membres de la CRUQPC et représentants des usagers).

---

<sup>5</sup> Le taux de retour est calculé comme le rapport entre le nombre de questionnaires retournés sur le nombre de séjours de l'établissement. Le calcul ne se fait que sur les établissements qui ont à la fois déclaré leur nombre de séjours pour 2014 et le nombre de questionnaires de satisfaction retournés.



Source : rapports CRUQPC, année 2014

## 5.2 CROYANCES ET CONVICTIONS

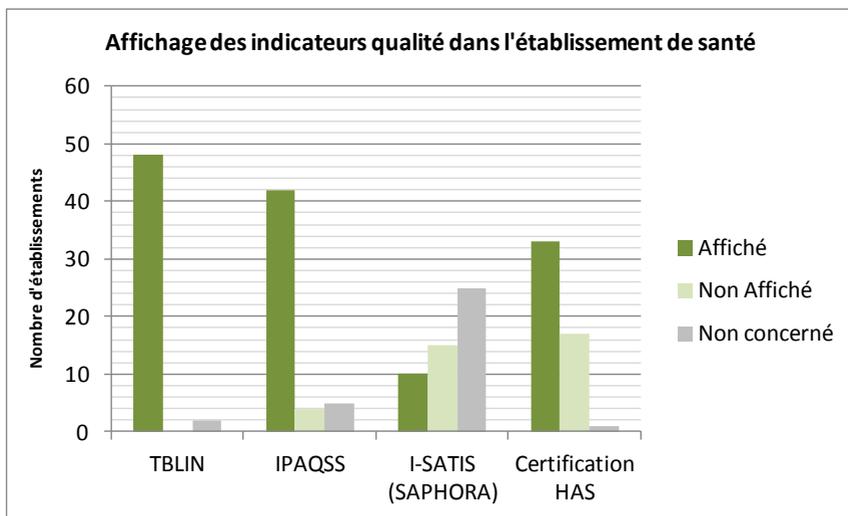
**48 établissements de santé** ont mis en place des mesures particulières pour respecter les croyances et convictions.

**Dans 9 établissements sur 10, les usagers retrouvent ces informations dans le livret d'accueil.**

Ces dispositions ne sont pas mises en place par l'HAD de Chaumont-Langres, le GCS Der et Perthois et l'HAD Croix-Rouge.

**37% des établissements de santé ont un lieu de confession multi-religieux.**

### 5.3 AFFICHAGE DES INDICATEURS QUALITE

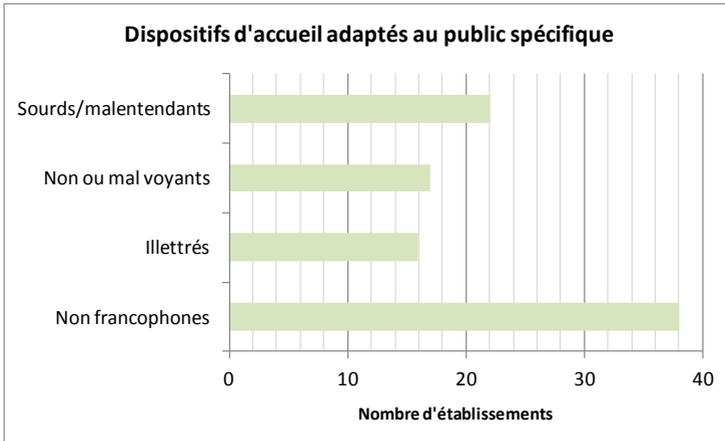


Source : rapports CRUQPC, année 2014

La moitié des établissements déclare afficher les indicateurs TBLIN, IPAQSS, ISATIS et les indicateurs de certification.

### 5.4 DISPOSITIFS D'ACCUEIL ADAPTES AUX PUBLICS SPECIFIQUES

Les dispositifs adaptés aux usagers non francophones sont ceux qui sont le plus souvent mis en place, pour près de 40 établissements. Seuls un quart d'entre eux déclarent des actions particulières pour les sourds/malentendants, et moins de 20% pour les non ou mal voyants et les illettrés.



Source : rapports CRUQPC, année 2014

## 6. ACCES AU DOSSIER PATIENT

### 6.1 DEMANDES D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

L'ensemble des établissements de santé a mis en place une procédure d'information sur les formalités à remplir pour accéder au dossier patient ; **66,7% des établissements possèdent un formulaire** d'accès au dossier patient.

Au cours de l'année 2014, **4 280 demandes d'accès au dossier patient** ont été reçues (à périmètre égal + 11% vs 2013) dont :

- 78% formulées par le patient (- 3% vs 2013),
- 12% par les ayants droits,
- 10% par un tiers (+ 3% vs 2013).

Le **délai moyen d'accès au dossier patient** est de **8,1 jours** pour les dossiers de **moins de 5 ans** et **14,3 jours** pour les dossiers de **plus de 5 ans**<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Moyenne des délais moyens déclarés par les établissements

Seuls la polyclinique de Courlancy et l'établissement public de santé mentale de la Marne déclarent ne pas avoir établi de procédure particulière visant à recueillir l'identité de la **personne de confiance**.

En région Champagne-Ardenne, **63% des établissements déclarent avoir mis en place un formulaire** d'aide à la rédaction des directives anticipées. 77% des établissements déclarent que des associations spécialisées dans l'accompagnement à la fin de vie interviennent au sein de leur établissement.

7 établissements déclarent ne pas avoir connaissance des guides réalisés par le réseau régional de soins palliatifs (RECAP) et le CISS sur les directives anticipées et la personne de confiance.

Pour rappel, l'ARS, le CISS, la CRSA et le réseau RECAP ont travaillé ce sujet. Pour en savoir plus : <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Droits-individuels-de-la-perso.129982.199.html>

**Tous les établissements de santé** déclarent avoir une procédure systématique **d'évaluation et de prise en charge de la douleur**.

Seuls deux établissements, le CH de la Haute-Marne (établissement autorisé à la psychiatrie) et le GCS Der et Perthois/HAD de Vitry-le-François, n'ont pas de procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur.

Les éléments recueillis indiquent que **86,3% des établissements de santé ont mis en place un dispositif** ou une procédure de **promotion de la bientraitance**.

**La moitié des établissements déclare** avoir proposé à leurs représentants d'usagers une **formation** relative aux droits des usagers.

## **7. POLITIQUE LIEE A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE / RECOMMANDATIONS DES CRUQPC**

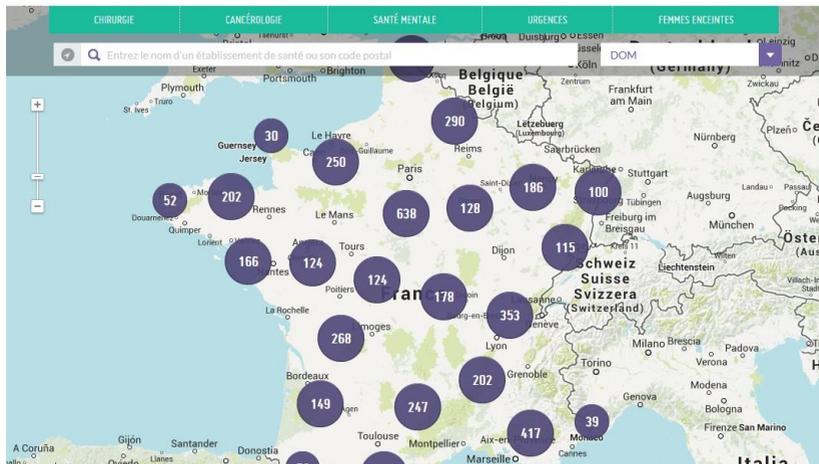
Les établissements de santé déclarent que **98% des CME contribuent au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** pour répondre aux recommandations HAS, objectifs du CPOM et analyse des événements indésirables (vs 89% en 2013)..

**65% des établissements déclarent que ces programmes sont présentés aux CRUQPC** (vs 57% en 2013).

Sur le champ des événements indésirables graves, dont les infections nosocomiales, **75% des établissements déclarent informer la CRUQPC sur leur nombre et leurs natures** (vs 53% en 2013).

Scope santé vous informe sur plus de 5000 établissements de santé  
 Sélectionnez l'entrée qui vous concerne ou recherchez un établissement pour trouver d'autres activités

AIDE DERNIÈRES INFOS PARTAGER CE SITE



[www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)

**172 recommandations** ont été formulées par les CRUQPC en 2014. Le CH de Fismes, l'Hôpital local de Bar-sur-Aube et celui de Nouzonville n'ont pas renseigné ce champ.

Toutes choses égales par ailleurs (établissements qui ont répondu en 2013 et 2014) cela représente 14 recommandations de moins.

Liste des établissements - Raison sociale FINESS	Nombre de recommandations formulées par la CRUQPC en 2014	Evolution (nb) vs 2013
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES	NR	
HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	NR	
HOPITAL LOCAL DE NOUZONVILLE	NR	
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	0	-1 ↓
ETABT PUBLIC SANTE MENTALE MARNE	0	0 →
GCS DER ET PERTHOIS HAD VITRY LE FRANCOIS	0	
HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	0	
HAD CHAUMONT LANGRES	0	
HOPITAL LOCAL DE BAR-SUR-SEINE	0	0 →
HOPITAL LOCAL DE FUMAY	0	0 →
HOSPITALISATION A DOMICILE	0	
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE	0	0 →
FOYER "L'AMITIE"	1	0 →
POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET	1	-10 ↓
RESIDENCE MEDICALE JEAN D'ORBAIS	1	-1 ↓
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMIRAIL	2	-1 ↓
E.H.S.S.R. STE MARTHE	2	-6 ↓
GCS TERRITORIAL ARDENNE NORD	2	1 ↑
GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	2	1 ↑
GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE	2	0 →
INSTITUT JEAN GODINOT	2	0 →
POLYCLINIQUES DES URSULINES / MONTIER LA CELLE	2	-4 ↓
CENTRE DE REEDUCATION PASTEUR	3	-2 ↓
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-MENEHOULD	3	-1 ↓
CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	3	-3 ↓
HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	3	0 →
UGE CAM NORD-EST	3	-7 ↓
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE	4	0 →
CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	4	0 →
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	4	1 ↑
CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	4	2 ↑
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	4	-3 ↓
CH BELAIR	4	0 →
CH DE LA HAUTE-MARNE	4	1 ↑
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	4	
POLYCLINIQUE DES BLEUETS	4	4 ↑
POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	4	4 ↑
CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	5	
CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	5	1 ↑
CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	5	
CLINIQUES FRANCOIS 1ER / LA RENNAISSANCE	5	0 →
CLINIQUE DE LA COMPASSION	6	3 ↑
EPSMA	6	-4 ↓
HOPITAL DE JOINVILLE	6	
HOPITAL LOCAL DE WASSY	6	2 ↑
POLYCLINIQUE DE COURLANCY	6	0 →
CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	7	3 ↑
CHU REIMS	7	0 →
CH DE CHARLEVILLE MEZIERES	9	2 ↑
CENTRE HOSPITALIER VITRY LE FRANCOIS	11	1 ↑
CLINIQUE D'EPERNAY	16	3 ↑
<b>Région</b>	<b>172</b>	

Source : rapports CRUQPC, année 2014 et 2013

# ANNEXE 4

## ARRETES DES PERSONNES QUALIFIEES DANS LE CHAMP MEDICO SOCIAL POUR LES DEPARTEMENTS DES ARDENNES ET DE LA MARNE



Préfecture de la Marne



Conseil départemental de la Marne

### Arrêté prefecture Marne N° Arrêté Conseil départemental N° Arrêté ARS N°2016-0198 du 25 janvier 2016

**fixant la liste des personnes qualifiées du département de la Marne  
prévues à l'article L.311-5 du code de l'Action sociale et des Familles**

**LE PREFET DE LA MARNE,  
LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA MARNE,  
LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ALSACE-CHAMPAGNE-ARDENNE-LORRAINE**

**VU** le livre III de la partie législative et de la partie réglementaire du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et notamment leur titre I respectif ;

**VU** l'article L. 311-5 du code de l'Action sociale et des familles relatif à la désignation de personnes qualifiées à faire valoir les droits de toute personne prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social ;

**VU** les articles R 311-1 et R 311-2 du code de l'Action sociale et des familles relatifs aux modalités d'intervention de la personne qualifiée ;

**VU** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

**VU** le décret du 17 décembre 2015 portant nomination du préfet de la Marne Monsieur Denis CONUS ;

**VU** le décret du 17 décembre 2015 nommant Monsieur Claude d'HARCOURT, Directeur général de l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine ;

**VU** l'arrêté ARS n°2015-1680 du 24 décembre 2015 portant délégation de signature aux directeurs généraux délégués et aux délégués territoriaux de l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine ;

**VU** les propositions de la Préfecture de la Marne, du Conseil Départemental de la Marne et de l'ARS ;

### ARRETEMENT

#### **Article 1<sup>er</sup>**

Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social situé dans le département de la Marne ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit parmi celles visées à l'article 2.

**Article 2**

La liste des personnes qualifiées prévue à l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles est composée, pour le département de la Marne, des personnes suivantes :

**Personnes âgées****Service à domicile :****Mme Menehould JACQUIN**

24c impasse Jean Leblanc  
51240 POGNY  
06.77.09.20.75  
menou.jacquin@orange.fr

**M François BLANCHARD**

[fblanchard@chu-reims.fr](mailto:fblanchard@chu-reims.fr) – 03.26.78.44.10

**Personnes en situation de handicap / adultes****M Jean-Claude WACH**

3 impasse de la Gare  
51150 JUVIGNY  
06.23.02.93.14  
wachjc@wanadoo.fr

**M Pierre DUBUS**

102 rue Ledru Rollin  
51100 REIMS  
[dubusolierre@wanadoo.fr](mailto:dubusolierre@wanadoo.fr) – 03.26.86.29.15

**Personnes en situation de handicap / enfant****Mme Odile CARON**

2 rue du Rouillat  
51500 VILLERS AUX NCEUDS  
[caroniod@gmail.com](mailto:caroniod@gmail.com) – 03.26.36.27.90

**Secteur social****Mme Isabelle DUPUIS-DUBOIS**

4 Boulevard Berlioz-la Neuville  
51100 REIMS  
[i.dupuis-jamais.seul@hotmail.fr](mailto:i.dupuis-jamais.seul@hotmail.fr) - 03.26.06.48.09

**Mme Danielle QUANTINET**

4 Lotissement le Village  
51300 OUTREPONT  
[quanquan51@orange.fr](mailto:quanquan51@orange.fr) - 03.26.73.40.61

**M Philippe WATTIER**

42 Rue de Taissy  
51100 REIMS  
[pwattier@armedusalut.fr](mailto:pwattier@armedusalut.fr) - 03.26.85.23.09

**Article 3**

Les personnes désignées ci-dessus s'engagent à ne pas instruire de dossier s'il existe un conflit d'intérêt potentiel avec l'utilisateur et/ou l'établissement concerné.

**Article 4**

La liste des personnes qualifiées sera transmise aux établissements et services sociaux et médico-sociaux du département de la Marne qui devront l'afficher en leur sein et informer les personnes accueillies.

**Article 5**

Comme le prévoit l'article R311-1 du code de l'action sociale et des familles, la personne qualifiée informe le demandeur ou son représentant légal par lettre recommandée avec avis de réception des suites données à sa demande, et, le cas échéant des mesures qu'elle peut être amenée à suggérer, et des démarches qu'elle a entreprises.

La personne qualifiée en rend compte à l'autorité chargée du contrôle de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil et, en tant que de besoin, à l'autorité judiciaire.

**Article 6**

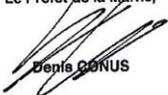
Monsieur le Secrétaire général de la Préfecture de la Marne, Monsieur le Directeur général des services du Conseil départemental de la Marne et Monsieur le Directeur général délégué de l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et du département de la Marne.

Pour le Directeur général de l'ARS  
Alsace-Champagne-Ardenne-  
Lorraine, et par délégation, le  
Directeur général délégué,

  
Benoit CROCHÉT

Châlons-en-Champagne, le 25 janvier 2016

Le Préfet de la Marne,

  
Denis BONUS

Le Président du Conseil  
départemental de la Marne,

  
René-Paul SAVARY



PREFECTURE DES ARDENNES



**ARRETE Prefecture des Ardennes N° 2015 - 171**

**ARRETE ARS N° 2015 - 165**

**ARRETE DGSD N° 2015 - 110**

**Fixant la liste des personnes qualifiées pour l'application de l'article L. 311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles**

**LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE, LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DES ARDENNES, LE PREFET DES ARDENNES**

**VU** le livre III de la partie législative et de la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles et notamment leur titre I respectif ;

**VU** l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles relatif à la désignation de personnes qualifiées à faire valoir des droits de toute personne prise en charge dans un établissement ou service social ou médico-social ;

**VU** les articles R311-1 et R.311-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatifs aux modalités d'intervention de la personne qualifiée ;

**VU** le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

**VU** l'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne à compter du 1<sup>er</sup> mars 2015 ;

**VU** les propositions de l'ARS, de la Préfecture et du Conseil Général ;

**VU** l'arrêté conjoint du Président du Conseil Général n° 2008/8et du Préfet des Ardennes n° 6 du 18 janvier 2008 fixant la liste des personnes qualifiées pour l'application de l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles ;

**ARRETEMENT**

**Article 1er :**

L'arrêté conjoint du conseil général n° 2008/8 et du Préfet des Ardennes n° 6 fixant la liste des personnes qualifiées pour l'application de l'article L.311-5 du code de l'action sociale est abrogé.

**Article 2**

Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social situé dans le département des Ardennes ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit parmi celles visées à l'article 3.

**Article 3 :**

La liste des personnes qualifiées prévue à l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles est composée, pour le département des Ardennes, des personnes suivantes :

Dans le domaine de compétence « personnes âgées » :

**Mme Joëlle MAIRY**  
34 rue des Grains  
08200 CHAUMONT-PORICEN

Tél. : 03 24 38 97 35 / 06 64 52 55 73

Mail : [daniel.mairy@orange.fr](mailto:daniel.mairy@orange.fr)

**Mme Bernadette Hoja**  
3 impasse de l'Enclos  
08090 CLIRON

Tél. : 03 24 54 95 47 / 06 81 22 18 81

Mail : [bhoja@orange.fr](mailto:bhoja@orange.fr)

**Mme Danièle BOUTARD**  
6 qual Landragin Taine  
08300 RETHEL

Tél. : 03 24 39 66 57 / 06 03 35 11 23

Dans le domaine de compétence « personnes handicapées adultes » :

**Mme le Docteur Danièle VITEAU**  
Inspection d'Académie  
20 avenue François Mitterrand  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Tél. : 03 24 59 71 50

Mail : [daniele.viteau@ac-reims.fr](mailto:daniele.viteau@ac-reims.fr)

Dans le domaine de compétence « personnes handicapées enfants » :

Mme le Docteur Danièle VITEAU  
Inspection d'Académie  
20 avenue François Mitterrand  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Tél. : 03 24 59 71 50

Mail : [daniele.viteau@ac-reims.fr](mailto:daniele.viteau@ac-reims.fr)

Dans le domaine de compétence « addictologie » :

Mme Catherine CHEZEL  
95 rue de Nouzonville  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Tél. : 03 24 33 56 91

Mail : [catherine.chezel@wanadoo.fr](mailto:catherine.chezel@wanadoo.fr)

M. PORTALES Albert  
7 rue Jules Lobet  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Tél. : 09 66 83 35 20 / 06 86 01 10 45

Mail : [albert.portales@wanadoo.fr](mailto:albert.portales@wanadoo.fr)

**Article 4 :**

Les personnes désignées ci-dessus s'engagent à ne pas instruire de dossier s'il existe un conflit d'intérêt potentiel avec l'usager ou l'établissement concerné.

**Article 5**

Monsieur le Directeur général p.i de l'ARS Champagne-Ardenne, Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture des Ardennes et Madame le Directeur Général des Services du Département des Ardennes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région de Champagne-Ardenne et du département des Ardennes.

Charleville-Mézières, le 18 mars 2015

Le Directeur général p.i de l'ARS  
Champagne-Ardenne  
  
Benoît CROCHET

Le Préfet des ARDENNES  
Pour le Préfet,  
Le Secrétaire Général,

Olivier TAINFURIER

Le Président  
du Conseil Général des Ardennes

M. Benoît HURE

Pour le Président du Conseil Général  
Le Directeur Général  
des Services Départementaux

Christiane DUFOSSÉ

# GLOSSAIRE

AME :	Aide Médicale de l'Etat
ANFH :	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
APEI :	Association de Parents d'Enfants Inadaptés
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVSco :	Assistant de Vie Scolaire collectif
AVSi :	Auxiliaire de Vie Scolaire chargé de l'accompagnement individualisé
CAL :	Commission d'Activité Libérale
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CDCPH :	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDOM :	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDSP :	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CGLPL :	Contrôleur Général des lieux de Privation de Liberté
CH :	Centre Hospitalier
CHHM :	Centre Hospitalier de la Haute-Marne
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CISS :	Collectif Inter-associatif Sur la Santé
CLAN :	Comité Local chargé de l'Alimentation et de la Nutrition
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLIS :	Classe pour L'Inclusion Scolaire
CLUD :	Comité de LUTte contre la Douleur
CMC :	Centre Médico-Chirurgical
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNAMed :	Commission Nationale des Accidents Médicaux
CNCPH :	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRCI :	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CREAI :	Centre Régional d'étude, d'Action et d'intervention en faveur des personnes en <sup>2</sup> situation de vulnérabilité
CRF :	Centre de Rééducation Fonctionnelle
CRSA :	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC :	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS :	Commissions spécialisées
CSP :	Code de la Santé Publique
CSurv :	Conseil de surveillance ( <i>ex Conseil d'administration des hôpitaux publics</i> )
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS :	Direction Générale de la Santé
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSMA :	Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube
EPSMM :	Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne ( <i>ex EPSDM</i> )

ES :	Etablissement de Santé
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS :	Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FMC :	Formation Médicale Continue
GHAM :	Groupement Hospitalier Aube-Marne
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
ICALIN :	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
MCO :	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MS :	Médico-Social
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ONIAM :	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
PLATINES :	PLATEforme d'Informations sur les Etablissements de Santé MCO et SSR
PQ :	Personnalité Qualifiée
PRS :	Projet Régional de Santé
PRIAC :	Programme Inter-Départemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
PRT :	Programme Régional de développement de la Télémédecine
PSPH :	Participant au Service Public Hospitalier (devenu ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
PSY :	Psychiatrie
RU :	Représentant des Usagers
SESSAD :	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SPSC :	Soins Psychiatriques Sans Consentement
SROMS :	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP :	Schéma Régional de Prévention
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
UGECAM :	Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie
ULIS :	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques
URAF :	Union Régionale des Associations de Familles
UDAF	Union Départementale des Associations de Familles
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

---

NOTES

---



CRSA Champagne-Ardenne  
Parc tertiaire du Mont Bernard – 51000 CHALONS-EN-CHAMPAGNE  
[crsa.champagne.ardenne@gmail.com](mailto:crsa.champagne.ardenne@gmail.com)