Conférence
Régionale de la Santé
et de l'Autonomie Champagne-Ardenne

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE

Année 2012

crsa
conférence régionale de la santé et de l'autonomie
Champagne-Ardenne

medicine
pills
Health

Préambule

Ce rapport d'activité s'inscrit dans le nouveau 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 D. 1432-42 du code de la santé publique (Cf. annexe 1).

Le cahier des charges visé fixe désormais le contenu réglementaire du rapport d'activité de la CRSA, bâti sur quatre orientations, elles-mêmes déclinées en objectifs :

Orientation n°1 : 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,

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

Orientation n°2 : 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.

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

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

Orientation n°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

NDLR : pour faciliter la lecture du document, le code couleur utilisé ci-dessus, a été reporté pour chaque partie, mais également sur l'arrêté du 5 avril 2012 joint en annexe.

La Direction Générale de la Santé (DGS) a par ailleurs diffusé à l'ensemble des ARS, en charge de la collecte des données mises à disposition de la CRSA, un **guide d'application** du cahier des charges qui fournit des précisions sur le champ des indicateurs à compléter (Cf. annexe 2).

Pour cette première année d'élaboration, et en raison de la multitude de données à recueillir et à analyser, l'ensemble des indicateurs se rapportant aux objectifs n'ont pu être complétés de façon exhaustive. Par ailleurs, les sources de données auxquelles font référence ces indicateurs (bien souvent nationales) ne sont pas exploitables pour l'année 2012.

La CRSA aura à cœur de travailler en étroite collaboration avec l'ARS afin de parvenir à une exhaustivité des recueils, dès l'année 2014, pour les données du rapport 2013.

En marge des données réglementaires, il est apparu important aux membres de la CRSA de pouvoir retracer le travail effectué pendant l'année 2012, fortement impactée par l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS).

Certaines des parties qui suivent sont donc complémentaires par rapport aux indicateurs réglementairement prévus, et permettent d'apprécier plus globalement l'activité annuelle de la CRSA Champagne-Ardenne et de ses commissions.

Le mot du Président de la CRSA

J'ai plaisir à vous présenter ce **troisième rapport d'activité** de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de Champagne-Ardenne. Il s'inscrit dans la volonté de transparence également exprimée par la Conférence Nationale de Santé, et se constitue d'objectifs et d'indicateurs précisés par un cadre réglementaire.

J'ai souhaité y ajouter des **données d'activité propres** à notre Conférence, démontrant le travail intense fourni en 2012, marqué notamment par les avis rendus sur le Projet Régional de Santé, mobilisateur de temps et d'énergie.

Les membres de la Conférence ont ainsi **contribué** à un projet visant à améliorer notre système de santé, tenant compte du **contexte local et des besoins** particuliers de la population. Nos avis et propositions ont été largement suivis par l'Agence Régionale de Santé, ce qui démontre **l'utilité de ces consultations**, mais également la **qualité de nos travaux**. Je tiens à vous en remercier chaleureusement ici toutes et tous, et en particulier les **Présidents des quatre commissions** spécialisées, qui assurent leurs missions avec intelligence, sérieux et dévouement.

Mais le pilotage efficace de ces travaux serait inopérant sans une **participation assidue des membres de la CRSA**. Je souhaite que nous poursuivions notre activité avec l'esprit constructif qui anime nos débats, couvrant l'ensemble des champs de la santé, dans une approche coordonnée, réfléchie et réaliste, dans une **approche de parcours**.

Enfin, je souhaite, comme l'an passé, que la CRSA, appuyée par l'ensemble de ses membres, organise un **débat public en 2013**, le deuxième de sa courte histoire.

Notre engagement au service de la population est important : les évolutions nécessaires de notre système de santé doivent per**mettre à toutes et à tous de bénéficier de la qualité de soins**, **d'accompagnement,** d'écoute à laquelle elles et ils ont droit.

Je vous souhaite une bonne lecture de ce document,

Professeur Philippe GILLERY,

Président de la CRSA Champagne-Ardenne

Table des matières

Préambule 3

1. L'activité de la CRSA en 2012 11

a. Une composition de la CRSA et de ses formations consolidée 11

b. Les avis sur le Projet Régional de Santé 12

1. Préparation des avis sur les schémas régionaux 13

2. L'avis de la CRSA dans sa séance du 14 février 2012 14

3. Les avis sur les zonages des professionnels 16

c. Participation de la CRSA au suivi et à l'évaluation du PRS 17

d. Focus sur la deuxième journée régionale des usagers 18

e. 2012, année du premier débat public de la CRSA 20

1. Budget 23

f. Les moyens alloués à la démocratie sanitaire en Champagne-Ardenne 23

2. Secrétariat de la CRSA 24

Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers 25

Objectif 1 : Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs) 25

Objectif 2 : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers 26

Objectif 3 : Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance 31

Objectif 4 : Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur 33

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 37

Objectif 7 : Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire au adapté 41

Objectif 8 : Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins 49

Objectif 9 : Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques 50

Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous 55

Objectif 10 : Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux 55

Objectif 11 : Assurer financièrement l'accès aux soins 57

Objectif 12 : Assurer l'accès aux structures de prévention 57

Objectif 13 : Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires 59

Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé 61
Objectif 14 : Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé 61
Objectif 15 : garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire 63
Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire 63

2. Suivi des recommandations émises par la CRSA dans son rapport d'activité portant sur l'année 2011 67

3. Observations relatives au contenu du rapport d'activité 73

4. Recommandations de la CRSA pour l'année 2013 76

ANNEXE 1 83
Arrêté du 5 avril 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 83
ANNEXE 2 92
Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012 92
ANNEXE 3 100
Avis de la CRSA rendus sur le Projet régional de Santé 100
ANNEXE 4 112
Programme de formations proposées par l'ANFH 112
ANNEXE 5 118
Cotation-certification HAS des établissements de santé 118
ANNEXE 6 120
Cartographie des établissements de santé passés à la certification V2010 120
ANNEXE 7 122
Arrêté fixant la liste des personnes qualifiées en établissement sociaux et médico-sociaux pour l'Aube 122
GLOSSAIRE 124

1. L'activité de la CRSA en 2012

a. Une composition de la CRSA et de ses formations consolidée

Le Directeur général de l'ARS nomme les membres de la Conférence et de ses commissions, à partir des propositions que les organisations du champ concerné par le collège de la CRSA lui fournissent.

Les changements de désignations, ainsi que les démissions de certains membres, amènent à modifier régulièrement les compositions des différentes formations de la CRSA.

Descriptif du nombre d'arrêtés pris en 2012 modifiant la composition de la CRSA et de ses formations :

Assemblée plénière	**6**
Commission spécialisée d'organisation des soins	**3**
Commission spécialisée de prévention	**3**
Commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux	**4**
Commission spécialisée des droits des usagers	**0**
Commission permanente	**3**

Source : ARS, année 2012

Au total, ce sont **19 arrêtés** pris en 2012, permettant à la CRSA d'une part, de se réunir valablement au vue de sa composition réglementaire et, d'autre part, de délibérer dans l'intérêt général, respectant ainsi les règles de quorum.

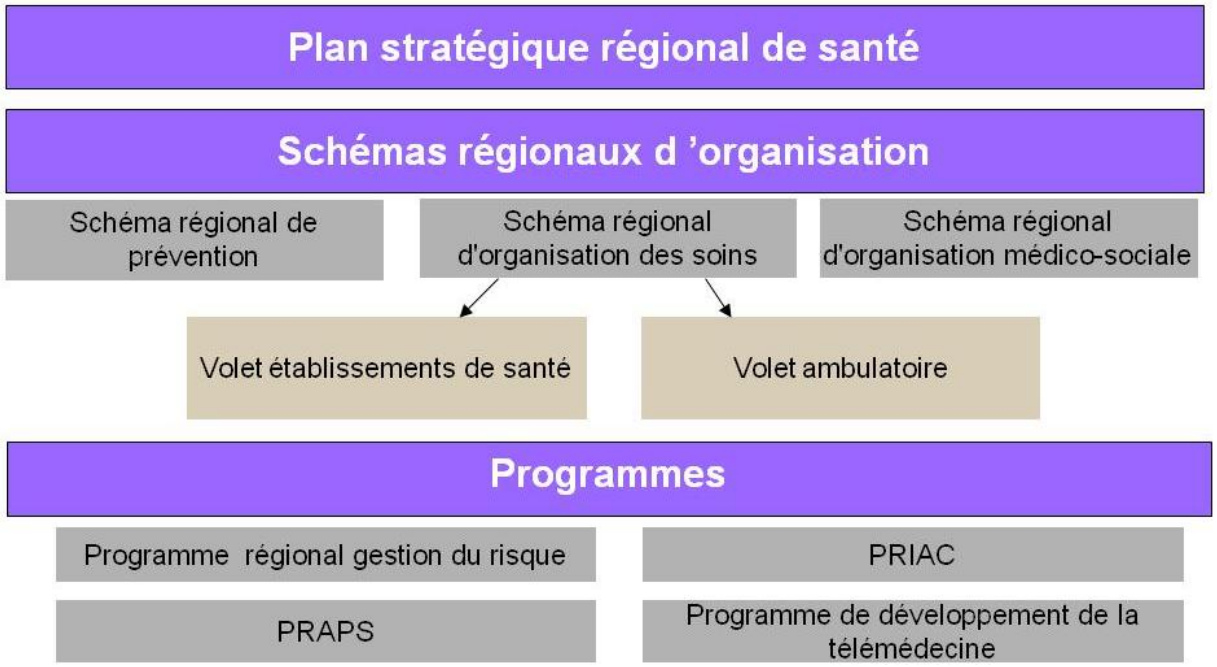
Au 31 décembre 2012, tous les membres de la CRSA sont nommés, à l'exception :

- D'un représentant titulaire des associations de personnes handicapées (collège 2),
- D'un représentant titulaire des conférences de territoire (collège 3),
- *D'un représentant suppléant des établissements de santé privés à but non lucratif, Conférence Médicale de l'Etablissement (collège 7),*
- *D'un représentant suppléant des établissements assurant l'activité de soins à domicile (collège 7),*
- *D'un représentant suppléant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées-Fédération Hospitalière de France (collège 7).*

b. Les avis sur le Projet Régional de Santé

Le code de la santé publique (Article L.1432-4) prévoit que la CRSA rende un avis sur le Projet Régional de Santé (PRS), ainsi que sur chaque partie le composant.

Pour mémoire, les documents constituant le Projet Régional de Santé sont les suivants :



Depuis la création de la CRSA en 2010, et dès la phase d'élaboration du PRS, la CRSA et ses formations ont été étroitement associées.

La CRSA a ainsi rendu son avis le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) le 11 avril 2011. Celui-ci a été pris en compte par le Directeur général de l'ARS, dans l'arrêté fixant ce plan stratégique, le 14 avril 2011.

Ensuite, et sur les périodes 2011 et 2012, la CRSA a été régulièrement tenue informée, et associée, à l'élaboration du Projet Régional de Santé, notamment dans le cadre de la réalisation des schémas sectoriels et des programmes d'actions.

En outre, un certain nombre de membres de la CRSA ont été sollicités *intuitu personae*, à titre d'expert, afin de participer aux groupes de travail constitués pour l'élaboration du PRS.

Le 16 décembre 2011, le Directeur général de l'ARS a saisi le Président de la CRSA dans le cadre de la consultation formelle permettant l'adoption du PRS.

La CRSA a rendu un avis global sur le PRS, sur les trois schémas régionaux et sur les trois programmes, le 14 février 2012.

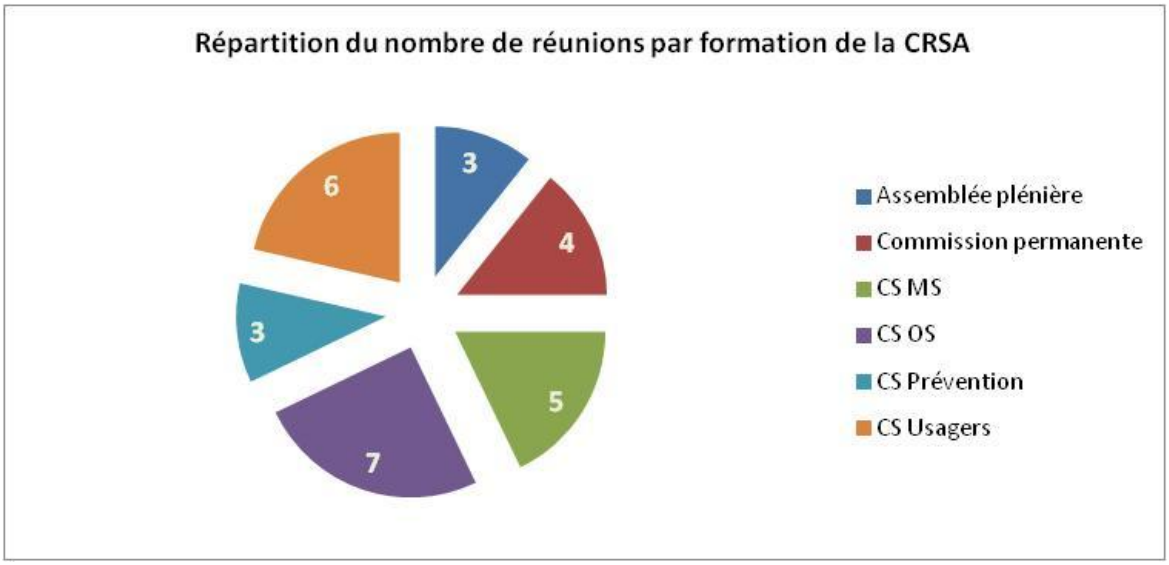
Le début de l'année 2012 a donc été marqué par la préparation des avis sur les différents documents constituant le PRS.

Les avis rendus par la CRSA sont disponibles en annexe 3 du présent rapport.

En 2012, les commissions de la CRSA et la formation plénière se sont réunies <u>28 fois</u> pour préparer ces avis.

Il est à noter que même si la commission spécialisée des droits des usagers ne prépare pas formellement d'avis sur les composantes du PRS, elle a été étroitement associée tout au long du processus.

Le graphique ci-dessous présente le nombre de réunions par formation de la CRSA en 2012 :



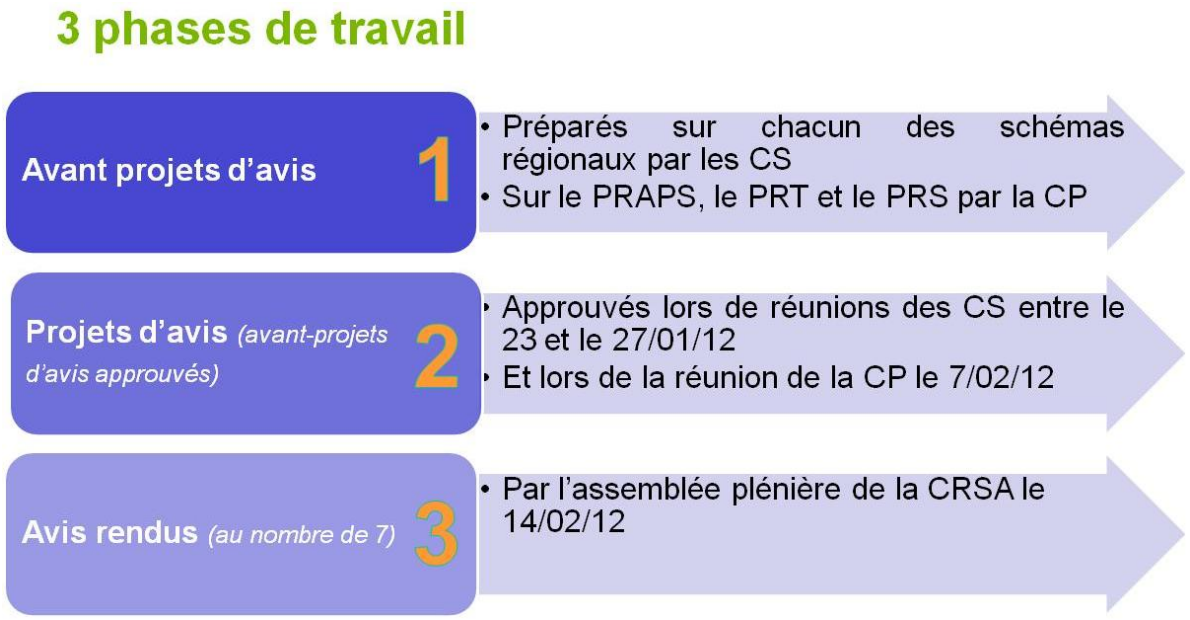
Source : ARS, année 2012

1. Préparation des avis sur les schémas régionaux

Les commissions spécialisées ont été associées et informées progressivement de l'élaboration des schémas sectoriels concernant leur champ de compétences. Durant ces phases de concertation, un certain nombre de remarques ont pu être intégrées progressivement dans les différents documents, soumis ensuite pour avis formel.

Une méthodologie permettant d'homogénéiser le travail des différentes commissions en respectant un calendrier contraint, mais également de garder une cohérence d'ensemble a été validée par la Commission permanente.

Elle se décomposait de la façon suivante :



2. L'avis de la CRSA dans sa séance du 14 février 2012

La synthèse des différentes contributions des commissions a été réalisée par la mission démocratie sanitaire et a ensuite été étudiée par les membres de la commission permanente de la CRSA, afin d'en dégager les axes principaux.

L'avis final de la CRSA rendu sur le PRS comporte deux parties :

- **Une partie d'ordre général,**
- **Une seconde plus spécifique, détaillée sur les composantes du PRS.**

Six autres avis ont également été rendus, chacun concernant une composante du Projet Régional de Santé :

- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) (avis rendu en 2011),
- Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS),
- Le Schéma Régional de Prévention (SRP),
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS),
- Le Programme Inter-départemental d'ACcompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC),
- Le Programme Régional de développement de la Télémédecine (PRT).

La conférence a souligné la qualité des documents produits par l'Agence régionale de santé, **bâtis avec les professionnels concernés, en étroite association avec la CRSA**.

La Conférence partage les principaux enjeux que le PRS aura à relever : la démographie des professionnels de santé, l'égalité d'accès aux soins, les aidants, ou encore la qualité et la sécurité des soins et la prévention tout au long de la vie.

C'est ainsi que le 14 février 2012, la CRSA a rendu un avis favorable aux documents soumis à consultation, assorti d'observations pour tenir compte d'une part, des besoins de la population, et d'autre part, pour conserver une cohérence d'ensemble, et garantir la transversalité.

Enfin, la conférence souhaite être **impliquée dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation** des programmes et schémas régionaux composant le PRS.

Les commissions spécialisées prévention, organisation des soins, et prises en charge et accompagnements médico-sociaux ont chacune été associées à l'élaboration du schéma régional et des programmes relatifs à leur champ de compétence.

Même si la Commission spécialisée des droits des usagers n'était pas directement concernée par une composante du PRS, elle a été tenue régulièrement informée et a été mobilisée sur des travaux spécifiques.

La Commission Spécialisée Droits des Usagers s'est ainsi engagée dans d'importants travaux et/ou organisations au cours de l'année 2012 :

- Les recommandations de l'enquête menée fin 2011-début 2012 sur les Conseils de la Vie Sociale des établissements sociaux et médico-sociaux ont fait l'objet de deux réunions. Compte-tenu des autres chantiers de l'année 2012, les axes de travail dégagés sont à conduire en 2013 ;
- L'association de la commission spécialisée à l'élaboration du rapport d'activité de la CRSA, et notamment à la partie relative aux droits des usagers a mobilisé les membres de la commission (*trois réunions*) ;
- L'organisation de la deuxième journée régionale consacrée aux usagers du système de santé par l'ARS, a également demandé un investissement particulier des membres de la CS DU.

3. Les avis sur les zonages des professionnels

L'année 2012 a également été marquée par les **nombreux zonages de professionnels** sur lesquels la Commission spécialisée de l'organisation des soins en particulier, a eu à travailler.

Ces zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé font partie intégrante du volet ambulatoire du SROS et engendrent pour cette raison la même phase de consultation réglementaire, notamment de la CRSA.

Ainsi, des zonages spécifiques par profession ont été présentés et ont reçu un avis favorable de la CRSA. Les professions concernées sont les suivantes :

- Infirmiers,
- Masseurs-kinésithérapeutes,
- Sages-femmes,
- Orthophonistes.

La CRSA a toutefois tenu à souligner que la déclinaison d'une méthodologie nationale à une région, et à ses particularités, pouvait trouver ses limites dans l'application des mesures, compte-tenu de l'absence de marge de manœuvre.

Le raisonnement des membres de la Conférence a alors été de suivre la position des professionnels concernés, qui, consultés en amont, avaient donné leur accord sur les zonages ainsi travaillés.

La Commission spécialisée de l'organisation des soins a tenu près de cinq réunions sur chacun de ces zonages, organisées en trois temps :

- une réunion d'information sur le sujet,
- un temps permettant aux membres volontaires de la commission de se concerter et d'échanger sur le sujet,
- avant la rédaction d'un projet d'avis en Commission, permettant à la CRSA de statuer en formation plénière.

Au total, les avis de la CRSA portant sur le PRS ont tous été favorables, assortis d'observations, dont la plupart ont été prises en compte dans les documents finaux arrêtés par le Directeur général de l'ARS.

La CRSA a rappelé son intention d'être pleinement impliquée dans les chantiers qui s'ouvriront début 2013 dans la phase de mise en œuvre du Projet Régional de Santé.

c. Participation de la CRSA au suivi et à l'évaluation du PRS

Dans son avis sur le PRS, la CRSA a souligné l'importance d'être associée au suivi annuel et à l'évaluation du PRS à mi-parcours, puis au terme des cinq années.

L'organisation, les modalités et le calendrier ont été présentés aux réunions de la commission permanente des 29 août et 23 novembre 2012, avant d'être validés par la CRSA plénière du 5 décembre 2012.

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.

Un **comité de suivi externe a été identifié : il s'agit de la commission permanente de la CRSA.**

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

Pour les sujets transverses, des comités de suivi ad hoc consultatifs seront créés, associant étroitement les membres de la CRSA.

d. Focus sur la deuxième journée régionale des usagers

Le 11 décembre 2012, près de **150** personnes ont participé à cette deuxième rencontre. Un retour sur les **dossiers labellisés en 2011 dans le cadre de la promotion des droits des patients,** a permis de montrer que les promoteurs vivaient très positivement l'obtention de ce label : un mot central, **la reconnaissance**.

Différents intervenants, professionnels et usagers, ont pu échanger sur le **« Bon usage des urgences** ». Lors de ce débat enrichissant, l'importance du travail en réseau a de nouveau été soulignée, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. D'autres termes sont à retenir : information, écoute, éducation, co-construction, filières et parcours.

L'après midi a été ponctuée par **la remise du label régional pour 2012** à neuf dossiers : l'Association Bois l'Abbesse, l'APEI[1] de l'Aube, le SESSAD[2] Elan Argonnais, le Centre Hospitalier de Bourbonne les Bains, le Collectif Interassociatif Sur la Santé, l'UGECAM[3], le Centre Hospitalier Universitaire de Reims, l'association les Papillons blancs d'Epernay et le Centre Hospitalier Belair de Charleville-Mézières.

[1] APEI : Association de Parents d'Enfants Inadaptés
[2] SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
[3] UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie

Le second temps fort de la journée a été **l'appropriation des indicateurs qualité par les usagers**. Madame le Dr GRENIER de la Haute Autorité de Santé (HAS), a présenté les objectifs, démarche et méthodologie développés au niveau national. Aurélie HERMANS, Chargée de mission à l'ARS, a fait, quant à elle, un focus sur les données existantes en région et sur la façon de se les approprier. Enfin, Lionel PETITOT, ingénieur qualité au CH de Langres a précisé le travail d'un établissement de santé sur la qualité.

Un **« flyer qualité »** a été remis à chaque participant, téléchargeable en ligne sur le site de l'ARS : www.ars.champagne-ardenne.sante.fr.

Le Président de la CRSA Champagne-Ardenne a clos cette seconde journée insistant sur la nécessaire évolution des comportements pour que l'action commune permette au patient d'être un acteur à part entière du système de santé.

Il a ensuite rappelé l'importance de l'action menée au quotidien par les représentants d'usagers, facilitant les échanges entre patients-résidents et professionnels de santé.

Il a enfin formulé le vœu que ce type de journée régionale perdure, au service de tous, dans l'intérêt général.

Focus sur le deuxième label régional 2012 récompensant les initiatives de promotion des droits des usagers du système de santé

Pour la deuxième année consécutive, un label « droits des usagers du système de santé » a été décerné en région Champagne-Ardenne à neuf projets, portés par des associations, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

Ce label vise à encourager et à faire connaître les bonnes idées, parfois toutes simples, les améliorations des conditions d'accueil, d'écoute des usagers et donc du respect de leurs droits.

Parmi ces projets, citons la mise en place d'un **programme de détection de la douleur dans un Foyer**

d'Accueil Médicalisé, ou encore celle d'un **programme de prévention en ESAT[4] pour lutter contre toute forme d'addiction** (*drogue, alcool, tabac*).

L'ensemble des projets, ainsi que les supports des présentations de cette journée sont disponibles dans « l'espace Usagers » du site internet de l'ARS Champagne-Ardenne.

Particulièrement apprécié par les promoteurs des dossiers labellisés, un trophée a été remis à chacun par la Présidente de la CS Droits des Usagers, le Président de la CRSA et le Directeur général de l'ARS.

Soulignons enfin, pour la deuxième année consécutive, l'octroi **d'une enveloppe de 2 000 euros par le Directeur général de l'ARS aux associations d'usagers labellisées**.

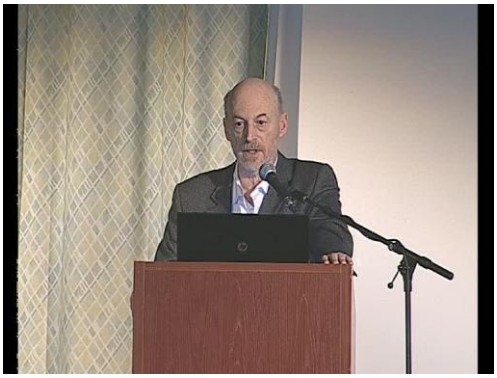
e. 2012, année du premier débat public de la CRSA

L'article L.1432-4 du code de la santé publique confère aux CRSA le pouvoir d'organiser un débat public sur les questions de santé de leurs choix. Après recueil des propositions auprès des membres de la CRSA, le Président a souhaité retenir pour ce premier exercice la thématique du **parcours de soins, parcours de santé.** Ainsi, le 5 décembre 2012, près de 130 personnes ont pu assister à cette rencontre organisée à Châlons-en-Champagne.

Le Président de la CRSA, Professeur Philippe GILLERY

[4] ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

Le Docteur Michel VARROUD-VIAL, médecin diabétologue, chef de projet à la Haute Autorité de Santé a rappelé que le **parcours de soins** pouvait être défini comme « *l'ensemble des services médicaux et sociaux qui doivent être proposés, au bon moment, à un usager pour le maintenir en bonne santé : il nécessite des étapes, une concertation, une gradation des prises en charge, une diversité des secteurs professionnels sollicités et une coordination ».*



Le Docteur Michel VARROUD-VIAL

Quant au **parcours de santé**, il s'agit, « *d'une façon plus globale que le parcours de soins, du parcours de vie de la personne dans tous les aspects qui concernent sa santé : parcours qui conduit donc d'une vaccination à une information sur les comportements à risque, d'un dépistage à une prescription de contraception, d'une hospitalisation à un hébergement médico-social, etc.* »

Les échanges se sont poursuivis au sein de deux tables rondes, l'une centrée sur la **coordination du parcours de soins**, animée par la Présidente de la Commission Spécialisée de l'organisation des soins, et l'autre sur la **construction du parcours de santé**, animée par le Président de la Commission spécialisée de prévention.

Participants de la première table ronde sur la coordination du parcours de soins

Coordination, décloisonnement, partenariats, transversalité, formation des professionnels de santé, prévention, anticipation, sont autant d'actions à conduire pour parvenir à un parcours cohérent, fluide et lisible.

Le **médecin traitant**, au cœur de la coordination, couvre l'ensemble des champs de la santé, de la prévention aux structures d'aval : il est le pivot dans le parcours de soins d'un usager.

Les **aidants** se doivent également d'être reconnus : ils jouent un rôle essentiel auprès du patient lui-même, mais également auprès des professionnels : ils doivent pouvoir être accompagnés et soulagés, grâce aux structures dites de répit, telles celles initiées par l'Association Française de lutte contre les Myopathies (AFM).

Ce sont désormais les **structures qui doivent s'adapter aux parcours des personnes,** alors que, jusqu'ici, les parcours s'adaptaient aux structures.

Participants de la table ronde centrée sur la construction du parcours de santé

Souhaitons que les pistes dessinées le 5 décembre, en présence de professionnels de santé, d'élus, d'associations de patients, prennent corps et débouchent sur des réalisations concrètes : **lorsque les acteurs s'emparent des sujets, les résultats attendus sont palpables** !

L'intégralité de la soirée-débat a été enregistrée sur CD-ROM adressé à l'ensemble des participants. Une brève a par ailleurs été diffusée très largement, téléchargeable sur le site internet de l'ARS.

Pour la CRSA, l'organisation de tels débats publics reste un enjeu de taille, permettant d'asseoir sa légitimité dans le paysage régional, mais également de se faire connaître auprès du plus grand nombre.

L'organisation et la compréhension de notre système de santé par le grand public ne peuvent être qu'améliorées grâce à ce type de manifestation.

f. 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 au fonctionnement**. Les moyens alloués font l'objet d'une inscription dans le budget de l'Agence régionale de santé.

En 2012, l'Agence a réservé une ligne budgétaire de 22 000 euros pour la démocratie sanitaire, dont 20 000 euros dédiés uniquement à la CRSA (*la différence concerne la prise en compte des frais de déplacement pour une autre instance).*

Cette enveloppe se décomposait comme suit :

- 8 000 euros au titre de la prise en compte des frais de déplacement,
- 12 000 euros au titre de la location des salles et des frais de restauration.

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*).

Le poste de dépenses lié à la location de salles est important. Pour cette raison, et dès l'année 2013, des solutions de recherche de salles gratuites seront entreprises, permettant de dégager des crédits redéployables sur des actions de communication de la CRSA par exemple.

Pour **2013, le budget prévisionnel accordé à la démocratie sanitaire est de 30 000 euros, se décomposant ainsi** :

- 2 000 euros pour les frais de déplacement des instances autres que la CRSA,
- 8 000 euros pour les frais de déplacement des membres de la CRSA,
- 5 000 euros pour des actions événementielles (type débat public),
- 15 000 euros pour les réservations de salles, frais de bouche.

La CRSA ne peut que se satisfaire de la transparence de l'ARS à cet égard, et de l'identification d'une ligne précise dans son budget pour la démocratie sanitaire.

2. Secrétariat de la CRSA

- **Les moyens humains**

Le secrétariat de la CRSA est assuré par la mission démocratie sanitaire de l'ARS.

Cette mission assure également les relations avec les usagers et la concertation institutionnelle.

Elle est composée d'un temps de cadre et d'un temps d'agent administratif.

- **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, comptes-rendus, diffusions des documents, convocations.

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 mettre à l'ordre du jour des réunions, assure l'interface avec les directions métiers de l'agence et les autres intervenants, et propose 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 liés à l'exercice 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 tient une veille juridique sur les dispositions qui s'appliquent à la CRSA, veille à 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.

Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers

Objectif 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 Développement Personnel Continu (DPC) collectif annuel ou pluriannuel et organismes chargés de les mettre œuvre**

Les associations de Formation Médicale Continue (FMC) de la région n'ont pu être contactées en 2012.

Sanitaire

- **Examen de l'offre de formation proposée par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) à ses adhérents, établissements publics de santé *(formations nationales et régionales)* sur les droits des usagers en 2011-2012**

L'ANFH Champagne Ardenne a proposé à ses adhérents une offre de formation régionale sur le thème « Droit et Information du patient » sur une durée de 2 jours *(*cf annexe 4*).*

- Un premier groupe de 9 participants a été formé : 7 infirmières, 1 conseillère en économie sociale et familiale, 1 assistante sociale,
- Un deuxième groupe de 15 participants a été formé en septembre 2012, composé exclusivement d'infirmières.

Médico-social

- **Dresser un état des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés**

Une démarche nationale est en cours pour recueillir ces informations.

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

Ambulatoire

- **Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation**

Ces éléments ne sont pas disponibles pour 2012.

La Direction générale de l'offre de soins a saisi les ordres nationaux de professionnels de santé afin d'identifier s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales.

Sanitaire

- **Analyse des rapports CRUQPC pour 2011**

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 la qualité de l'accueil, et de la prise en charge.

L'analyse des **43 rapports reçus** sur les 47[5] attendus des établissements champardennais, est fondée sur un examen partagé par le pôle concerné de la direction de l'offre de soins (sécurité et qualité) et par la mission démocratie sanitaire de l'ARS.

Cette analyse 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 de travail, en vue d'améliorer le rôle des usagers, renforçant en particulier leur implication dans les instances des établissements de santé.

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

Seul le Centre Hospitalier de Fismes a précisé à l'ARS qu'il ne disposait pas d'une CRUQPC en 2011.

Ainsi, sur les 47 établissements devant disposer d'une CRUQPC, **46 établissements en possèdent une, soit 98%.**

Il est à noter le travail engagé par l'ARS et la Commission Spécialisée des Droits des Usagers de la CRSA en 2011, permettant que les réunions des CRUQPC soient valablement tenues (avec quorum), notamment du fait de la désignation de l'ensemble des représentants des usagers.

Cette donnée est par ailleurs inscrite dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) nouvelle génération liant l'ARS avec tout titulaire d'autorisation.

❖ Proportion des rapports CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA

La Champagne Ardenne dispose de 52 établissements de santé. Les regroupements instaurés depuis plusieurs années entre établissements de santé réduisent à 47 le nombre de rapports CRUQPC pour l'année 2011.

L'ARS a reçu 43 rapports, soit **91%**.

Quatre établissements de santé **n'ont pas communiqué leur rapport de la CRUQPC en 2012** : le Centre Hospitalier de Fismes, le Centre Hospitalier de Nouzonville, le Centre Hospitalier de Fumay, et le Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) Asclépiade à Saint Parres les Tertres dans l'Aube.

Le taux de retour des rapports CRUQPC a augmenté de 4 points par rapport à l'an passé.

La CRSA, dans le même temps, n'a reçu que 81% des rapports, soit 38 rapports sur les 47 escomptés. Ce taux peut être expliqué par le fait que la transmission des rapports CRUQPC à la CRSA est une nouvelle disposition. Il devrait être au moins égal à celui de l'ARS, sinon à 100%.

Sur la base du cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport d'activité de la CRSA, la médiane[6] du nombre de réunion par établissement s'élève à 3.

[5] Les établissements de santé s'étant rapprochés transmettent un rapport unique pour l'ensemble de leurs sites

❖ Nombre de réunions par an

Pour rappel, le nombre réglementaire est de 4 réunions annuelles minimum.

17 établissements (sur les 43 ayant retourné leur rapport CRUQPC 2011) ont réuni 4 fois ou plus leur CRUQPC, soit seulement 40%.

A noter, là encore, l'insertion de cet indicateur dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

❖ Composition et qualité des membres de la CRUQPC

L'analyse de la composition des CRUQPC montre 19 commissions (sur 47) complètes conformément à la réglementation en vigueur, soit **40%**.

Trois CRUQPC disposent de postes vacants parmi le personnel de l'établissement désignés pour siéger à la CRUQPC, notamment des postes de médecin médiateur pour deux des établissements.

Par ailleurs, le travail engagé par l'ARS, en partenariat avec le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS), faisant suite à une recommandation de la CRSA en 2011, devra permettre de disposer, pour chaque CRUQPC, **des deux représentants des usagers titulaires et des deux représentants suppléants réglementairement prévus.**

Les difficultés à pourvoir les CRUQPC tiennent essentiellement **au nombre insuffisant d'associations agréées en santé,** favorisant ainsi la multi-désignation des bénévoles issus d'associations agréées.

Ainsi, 22 CRUQPC restent incomplètes en 2011, comparées à 36 en 2010.

❖ Existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPC

La majorité 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.

Des formations pour les représentants des usagers, et parfois pour les médecins médiateurs, ont été proposées par 9 établissements de santé, soit sur les 43 ayant transmis leur rapport, une très faible proportion, à hauteur de 21%.

L'analyse des établissements proposant les formations montre que ce sont les établissements de taille importante qui mettent en place des formations ad-hoc.

[6] La médiane d'un ensemble de valeurs ordonnées est la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales

- **Indicateur de satisfaction des usagers (I-SATIS)**

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

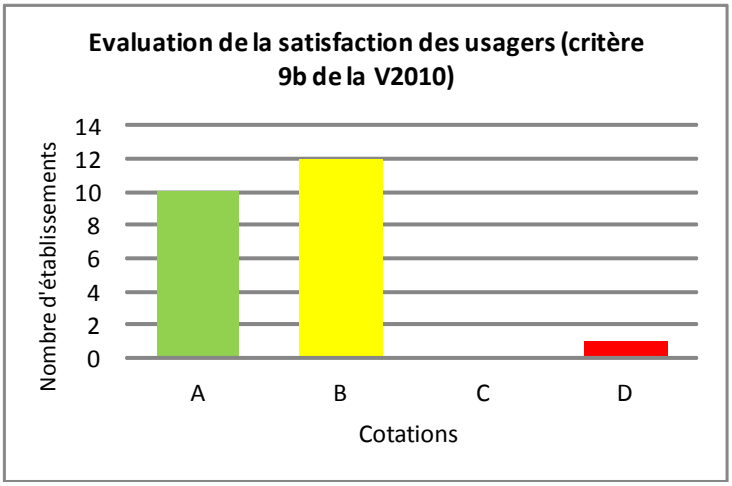
- **Proportion d'établissements ayant une cotation[7] A, B, C dans les rapports de certification HAS**

(Cf. annexe 5 : certification HAS des établissements)

Au total, **23 établissements de santé** (Cf. cartographie des établissements en annexe 6*)* sont passés à la V2010 en Champagne Ardenne. Quatre établissements sont en cours de certification.

Parmi ces 23 établissements, **seuls 8 établissements ont finalisé la procédure de certification,** ce qui signifie que le suivi est terminé et les cotations définitives.

95% des établissements de la région ont obtenu une cotation en « A[8] » ou « B », ce qui signifie que la satisfaction des usagers est évaluée et que des actions correctives sont mises en œuvre. A noter, la cotation en « D » du centre hospitalier de Fismes (Marne) fait l'objet d'une réserve majeure et est en cours de suivi au sein de l'établissement (cotation non définitive).



Source : ARS, HAS situation à janvier 2013

[7]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.
[8]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.

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

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 présence d'un CVS est obligatoire (article L.311.6 du Code de l'Action Sociale et des Familles) et réglementairement, il est prévu qu'il se réunisse au minimum 3 fois par an (article L.311.16 du code de l'Action Sociale et des Familles).

En 2012, l'ARS a lancé, en étroite collaboration avec la CRSA, une enquête auprès des CVS (www.ars.champagne-ardenne.sante.fr).

Sur l'ensemble des établissements **médico-sociaux sollicités (311), 235 ont répondu au questionnaire,** soit un taux de participation proche de **76%.**

❖ **Proportion d'établissements médico-sociaux disposant d'un Conseil de la Vie Sociale**

Il existe un conseil de la vie sociale dans **194 établissements** sur 235. Sur les établissements médico-sociaux répondants, **82.5% ont déclaré disposer d'un CVS**.

❖ **Proportion des rapports des Conseils de la Vie Sociale transmis, sur la base du volontariat à l'ARS et à la CRSA**

Aucun rapport n'a été transmis en 2012 à la CRSA.

❖ **Nombre de réunions du Conseil de la Vie Sociale par an**

- **4% déclarent ne pas avoir réuni le Conseil de la Vie Sociale**
- 32 % des répondants le réunissent une à deux fois par an,
- **64% des répondants le réunissent trois fois et plus,**

La médiane des nombre de réunion par établissements est de **3.**

❖ **Composition et qualité des membres des Conseils de la Vie Sociale**

Ces données ne sont pas connues.

❖ **Proportion d'établissements médico-sociaux proposant des formations pour les membres des Conseils de la Vie Sociale**

Ces données ne sont pas connues.

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

Ambulatoire

- **Nombre de plaintes-réclamations déposées pour maltraitance**

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.

Sanitaire

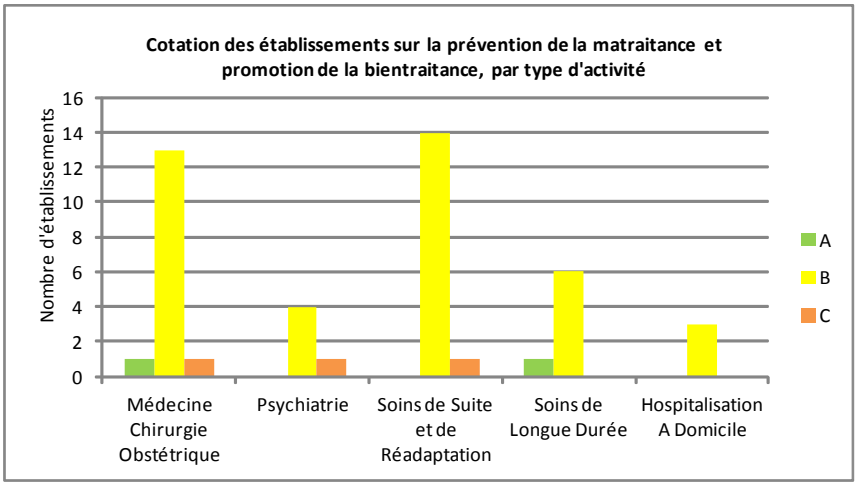
- **Analyse de l'axe « Promotion de la bientraitance » dans les rapports CRUQPC**

L'analyse des rapports CRUQPC pour 2011 ne fait apparaître aucune mention liée à la promotion de la bientraitance.

L'absence de cet item dans le cahier des charges type d'élaboration des rapports CRUQPC de 2008 explique la non disponibilité des données.

Une attention particulière, dès l'année 2013, pour l'élaboration du rapport 2014, sera apportée à ce sujet.

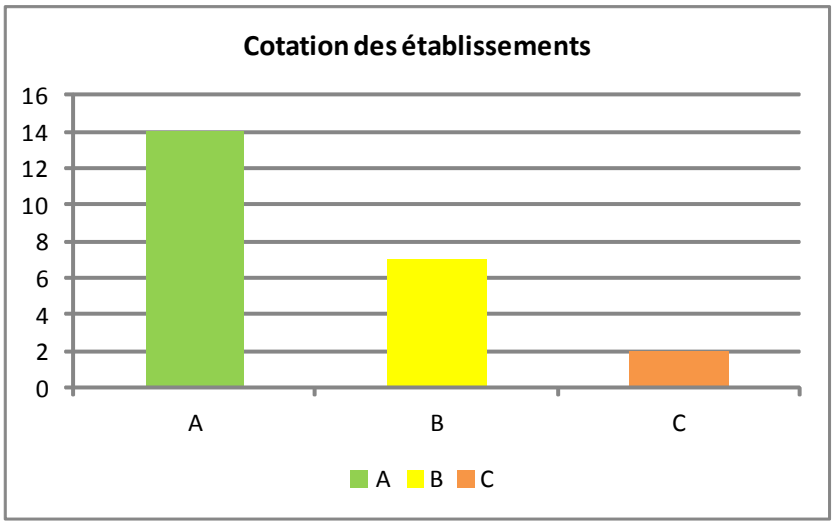
- **Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (Rapport de certification HAS - critère 10a de la V2010[9])**



Source : ARS, HAS situation à janvier 2013

[9] 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.

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



Source : ARS, HAS situation à janvier 2013

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 pour la Haute Autorité de Santé.

Plus de 90% des établissements de la région ont obtenu une cotation en "A" ou "B" pour le critère 9a de la V2010.

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

A noter, les deux établissements ayant une cotation en "C", le centre hospitalier de Fismes et la maison de santé de Merfy (Marne) ont eu une recommandation sur ce critère ; celui-ci fait l'objet d'un suivi dans ces établissements (cotations non définitives).

Médico-social

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

Ces données ne sont pas connues. Le fort taux de non réponse (68%) relatif aux questionnaires d'auto-évaluation sur la bientraitance dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en octobre 2011, ne permet pas de renseigner cet objectif.

Objectif 4 : Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur

Ambulatoire

- **Formations proposées portant sur la thématique « douleur »**

Les associations de Formation Médicale Continue (FMC) n'ont pu être contactées en 2012.

Sanitaire

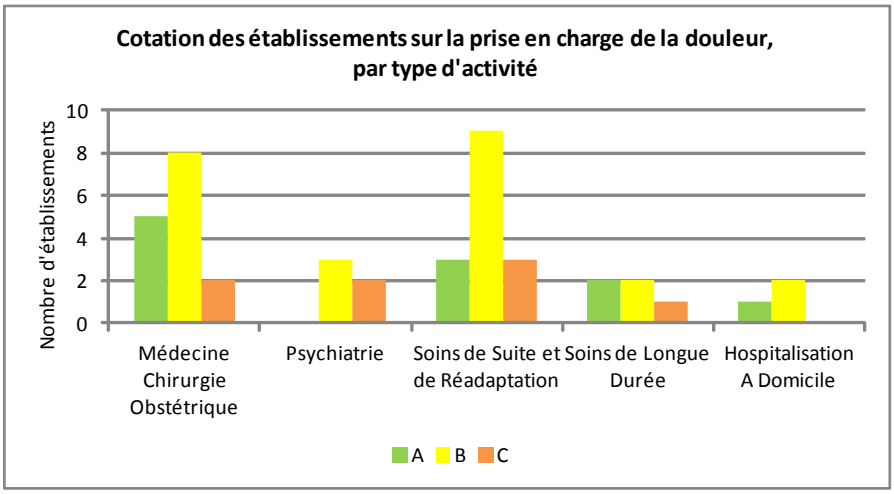
- **Taux de satisfaction des usagers (données I-SATIS)**

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.

- **Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique existe (SDC)**

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.

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



Source : ARS, HAS situation à janvier 2013

La prise en charge de la douleur est une "pratique exigible prioritaire", l'atteinte d'un niveau de qualité sur ce critère est jugée essentielle pour la Haute Autorité de Santé.

Une cotation en "C" a été obtenue pour les prises en charge :

- **en MCO (13%)** : le CHU de Reims et le CH Ste Menehould**,**
- **en psychiatrie (40%)** : le CHU de Reims et le Centre Hospitalier de la Haute-Marne (CHHM) à Saint Dizier,
- **en soins de suite et de réadaptation (20%)** : le CH de Ste Menehould et l'établissement de soins de suite et de réadaptation de Ste Marthe à Epernay,
- **en soins de longue durée (20%)** : le Centre hospitalier de la Haute-Marne.

A noter, les établissements ayant une cotation en "C" ont eu une recommandation sur ce critère ; celui-ci fait l'objet d'un suivi dans ces établissements (cotations non définitives). Une difficulté est identifiée sur ce thème, notamment en ce qui concerne la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient.

Médico-social

- **<u>Pourcentage de conventions ayant un axe douleur dans la région, parmi les conventions signées entre établissements médico-sociaux et établissements de santé</u>**

Les données ne sont pas disponibles pour 2012.

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

Ambulatoire

- **Formations proposées portant sur la thématique « fin de vie »**

Les associations de FMC n'ont pu être contactées en 2012.

Sanitaire

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

L'analyse des rapports CRUQPC pour 2011 ne fait apparaître **aucune mention liée à la particularité de la prise en compte des directives anticipées des usagers.**

L'absence de cet item dans le cahier des charges type d'élaboration des rapports CRUQPC de 2008 explique la non disponibilité des données.

Une attention particulière, dès l'année 2013, pour l'élaboration du rapport 2014, sera apportée à ce sujet.

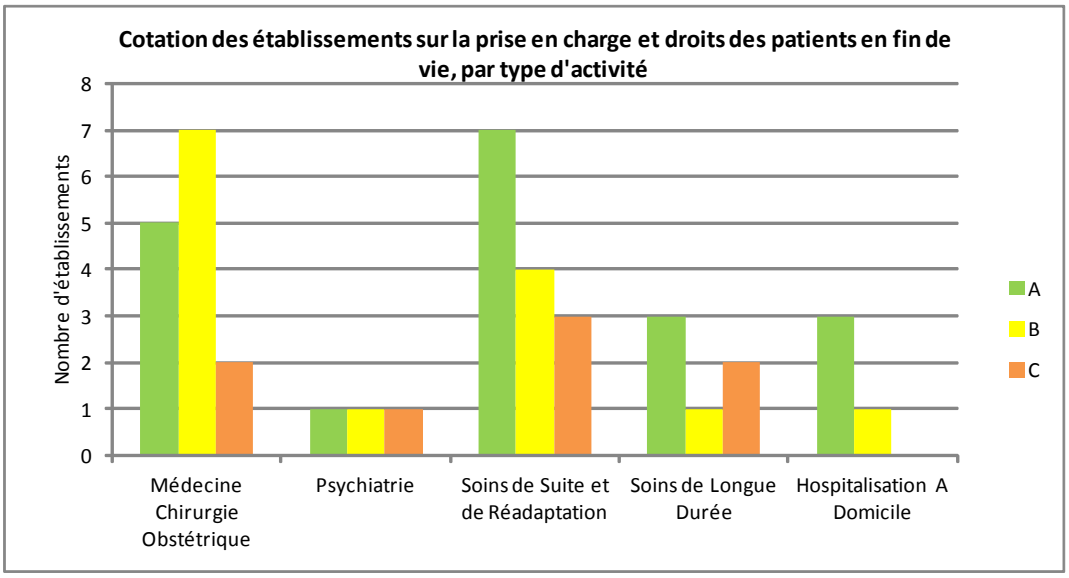
- **Prise en charge et droits des patients en fin de vie : critère 13a de la certification**

La prise en charge et droits des patients en fin de vie est une "pratique exigible prioritaire" ; l'atteinte d'un niveau de qualité sur ce critère est jugée essentielle pour la Haute Autorité de Santé.

Une cotation en "C" a été obtenue pour les prises en charge en Médecine Chirurgie et Obstétrique (14%), en psychiatrie (33%), en soins de suite et de réadaptation (21%), et en soins de longue durée (33%).

Toutes prises en charge confondues, 50% des cotations en "C" font l'objet d'une recommandation (cotations non définitives).

La difficulté relevée sur ce thème porte essentiellement sur **l'information des professionnels de l'établissement sur les dispositifs légaux existants** concernant les droits des patients et la fin de vie et, sur l'évaluation pluriprofessionnelle, en lien avec les structures concernées.



Source : ARS, HAS situation à janvier 2013

Les **établissements ayant une cotation en « C »** sont les suivants :

- En MCO : les centres hospitaliers de Bar sur Seine (Aube) et de Sainte Menehould,
- En psychiatrie, l'établissement public de santé mentale de la marne (EPSMM),
- En SSR, les centres hospitaliers de Sainte Menehould, de Bar sur Seine et de Charleville-Mézières,
- En soins de longue durée, les centres hospitaliers de Bar sur Seine (Aube) et de Sainte Menehould.

Médico-social

- **<u>Proportion d'établissements médico-sociaux ayant intégré cette dimension dans les projets d'établissements</u>**

L'enquête de la DREES relative aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) sera disponible à partir de juin 2013.

[10] 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.

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

Ambulatoire

- **Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical**

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.

Sanitaire

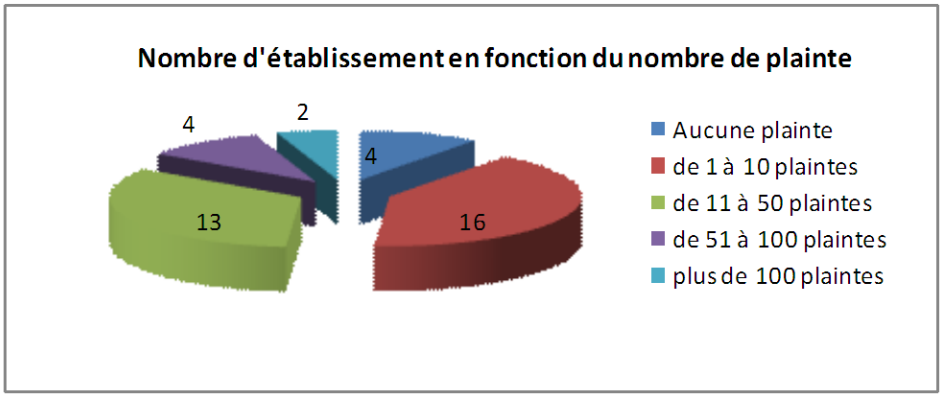
- **Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical issues des rapports CRUQPC**

L'analyse et le traitement des plaintes ou réclamations font l'objet d'une procédure interne propre à chaque établissement.

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, il apparaît que 1 107 réclamations ou plaintes formulées par les patients ou leurs proches en 2011 ont été recensées dans les établissements de santé (1 231 en 2010).

Le nombre de plaintes ou réclamations enregistrées par les établissements varie notamment en fonction de la nature de l'activité et de la taille de l'établissement : quatre établissements n'ont pas enregistré de réclamations ou plaintes en 2011, deux établissements ont recueilli plus de 100 réclamations ou plaintes sur cette même période.



Source : ARS, Rapport CRUQPC, année 2011

Le fonctionnement des CRUQPC dans l'analyse des plaintes et réclamations est très variable d'un établissement à l'autre. **Chaque plainte ou réclamation reçue ne fait pas systématiquement l'objet d'un passage en CRUQPC.**

A titre d'exemple, deux établissements ont déclaré n'avoir présenté aucune plainte en CRUQPC pour l'année 2011, alors qu'un des deux établissements a enregistré près de 20 réclamations.

Les suites données au traitement des plaintes et réclamations par l'établissement sont de plusieurs ordres, parfois contentieux. Le traitement peut aboutir à une déclaration auprès de l'assureur de l'établissement de santé, la saisine de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI), une médiation.

Sur les 1 107 réclamations recensées, 40 ont fait l'objet d'une saisine de la CRCI et 20 d'une déclaration à l'assureur.

D'une manière générale**, l'accessibilité aux dossiers médicaux** ne semble pas poser de difficultés particulières.

A titre indicatif, **3 281 demandes de dossiers médicaux ont été réalisées** par les patients ou leurs proches auprès des établissements de santé en 2011. Il est constaté une augmentation des demandes de dossiers médicaux par rapport à 2010 : 362 demandes supplémentaires sont comptabilisées.

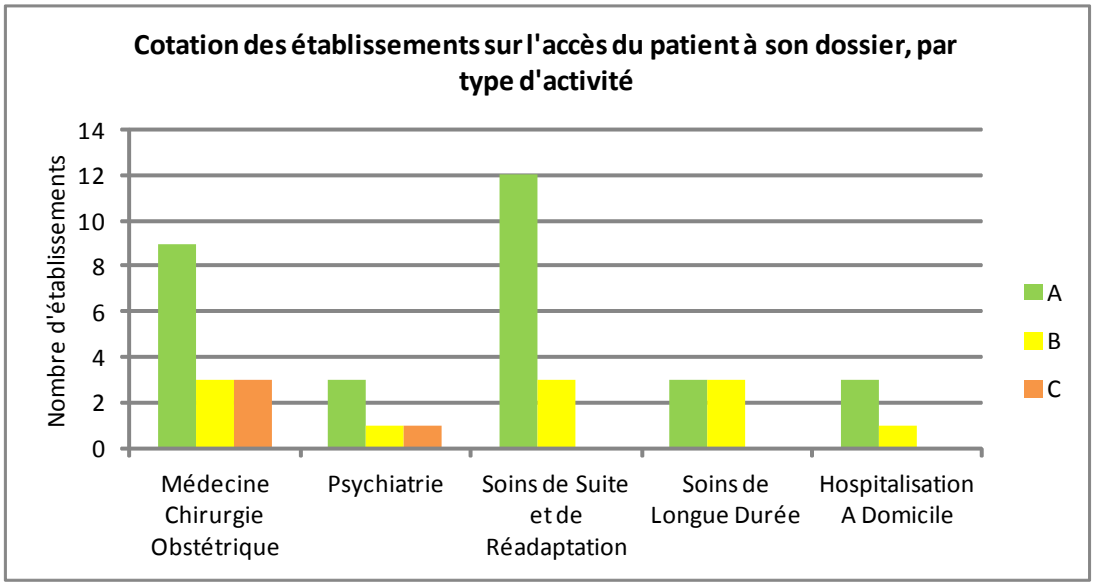
Les demandes de dossiers médicaux ont fait l'objet de **10 réclamations en 2011.**

- **<u>Accès du patient à son dossier : critère 14b de la certification</u>**

L'accès du patient à son dossier médical est une "pratique exigible prioritaire" ; l'atteinte d'un niveau de qualité sur ce critère est jugée essentielle pour la Haute Autorité de Santé.

Environ **20% des établissements MCO et psychiatriques ont une cotation en "C" sur ce critère.**

En revanche, celui-ci ne pose pas de difficulté pour les Soins de Suite et de Réadaptation, les Soins de Longue Durée et les Hospitalisations à Domicile.



Source : ARS, HAS situation à janvier 2013

Les **établissements ayant une cotation en « C »** sont les suivants :

- En MCO : le CHU de Reims, les centres hospitaliers Vitry-le-François et de Fismes,
- En psychiatrie, le CHU de Reims.

Médico-social

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

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 initié un travail de clarification et d'homogénéisation en la matière.

- **Etat des lieux actuel**

✓ Dans les Ardennes, la liste existe et a fait l'objet d'un arrêté conjoint du représentant de l'Etat dans le département du Président du Conseil général du 18 janvier 2008 ;

✓ Dans la Marne, l'état des lieux est en cours ;

✓ Dans la Haute-Marne, la liste existe et a fait l'objet d'un arrêté conjoint du 28 juillet 2008 ;

✓ Dans l'Aube, l'arrêté a été actualisé fin 2012.

L'arrêté actualisé pour le département de l'Aube est joint en annexe 7 du présent rapport.

- **Perspectives d'actualisation des arrêtés**

Afin de rendre ce dispositif utile pour les usagers, la CRSA souhaite :

✓ Un nombre de six personnes qualifiées réparties dans les domaines personnes âgées (2), personnes handicapées (2) et addictions (2).

✓ Un profil type :

- « Connaissances développées » du fonctionnement des EMS concernés et globalement de l'activité pour laquelle la personne est désignée,
- Absence de conflit d'intérêt direct avec les parties concernées : usager et établissement,
- Possibilité de faire appel à des retraités : directeurs d'ESMS, agents des organismes d'assurance maladie, fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ayant travaillé avec des ESMS.

Objectif 7 : Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire au adapté

- **Etat des lieux annuel sur le taux d'enfants scolarisés en milieu ordinaire ou adapté, par rapport aux demandes de scolarisation en 2011**

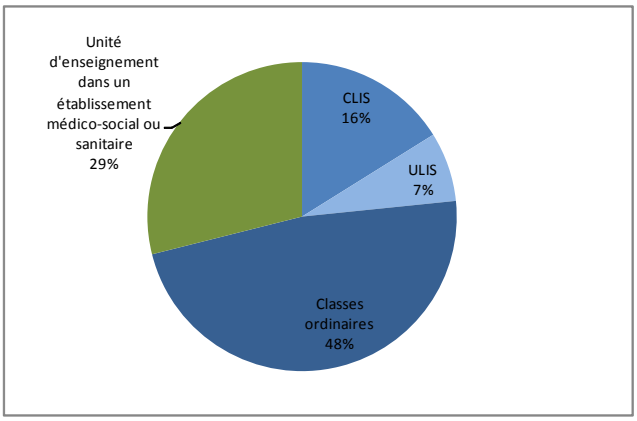
Les éléments présentés ci-après ont été fournis par le Rectorat d'Académie de Reims en décembre 2012.

Le nombre total d'élèves **en situation de handicap dans l'académie de Reims en 2011/2012 est de 6 495.**

*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).* La répartition des élèves est la suivante :

- 4 617 élèves scolarisés en milieu ordinaire dont :
  - 1046 en CLIS ;
  - 472 en ULIS ;
  - 3 099 élèves en classes ordinaires ;
- 1 878 élèves sont scolarisés dans une unité d'enseignement au sein d'un établissement médico-social ou sanitaire.



Source : ARS, Académie de Reims, décembre 2012

- Scolarisation collective en milieu ordinaire :

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

101 CLIS sont identifiées en Champagne-Ardenne.

34 élèves sont sur liste d'attente, ce qui représente un taux de couverture de scolarisation en Clis de 96,9%. Certaines Clis ne sont néanmoins pas complètes, car ces dispositifs sont trop éloignés des domiciles des élèves.

Les 166 places non affectées, sur un potentiel de 1 212 places, peuvent permettre un accueil dans le cadre d'une scolarisation partagée d'élèves inscrits en unités d'enseignement au sein d'un établissement médico-social, et dont le projet est de regagner progressivement le milieu ordinaire.

Ces 1 046 élèves sont pris en charge par des enseignants spécialisés, ou en cours de spécialisation et accompagnés par un AVSco (Assistant vie scolaire collectif) pour chacun des dispositifs.

Des temps d'inclusion en classe ordinaire sont encouragés en fonction du niveau de compétences de chaque élève.

Le nombre de CLIS a peu évolué depuis 2004 (99). Un rééquilibrage par département a été opéré dans l'académie. Le nombre de Clis dans la Marne est passé de 13 à 31 (1 création à la rentrée 2011), tandis que l'Aube est passée de 43 à 28. Cette répartition correspond, aujourd'hui, davantage aux besoins de chaque département.

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

48 ULIS sont identifiées en Champagne-Ardenne. En six ans, le nombre d'élèves accueillis a doublé, passant de 235 à 472 élèves. 25 élèves sont sur liste d'attente.

Le taux de couverture est de 94,5%. Ces 472 élèves bénéficient d'un enseignant coordonnateur d'ULIS, spécialisé ou en cours de spécialisation, et sont accompagnés par un Auxiliaire de vie scolaire collectif (AVSco).

En 2004, le nombre d'ULIS implantées dans l'académie de Reims était de 15. En 2011, 48 ULIS sont implantées pour favoriser le parcours de scolarisation au collège et au lycée. Trois créations « ULIS collège » sont effectives en 2011 *(1 dans les Ardennes et 2 dans la Marne),* ce qui place l'académie dans la moyenne nationale. *(28,5 ULIS pour 1000 élèves – ratio national en 2010 : 28,2/1000)*

L'académie de Reims dispose de 8 ULIS lycée professionnel qui autorisent pour certains élèves handicapés, une poursuite de scolarité en milieu ordinaire afin d'obtenir une certification type Certificat d'Aptitude Professionnel (CAP).

- Scolarisation individuelle en milieu ordinaire

En 2011, 3 099 élèves sont scolarisés en classe ordinaire (hors CLIS et ULIS), représentant 437 élèves supplémentaires par rapport à 2009. Cette augmentation explique l'évolution constante du nombre de demandes d'accompagnement par un AVSi (Auxiliaire de Vie Scolarisé chargé de l'accompagnement individualisé).

Les élèves scolarisés en milieu ordinaire (Clis et Ulis inclus) et accompagnés par intervenant extérieur sont répartis comme suit :

- 1 300 élèves ont une prescription d'accompagnement par un intervenant extérieur dépendant soit d'un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), soit d'un établissement sanitaire/médico-social ;
- 1 176 d'entre eux sont effectivement accompagnés et 124 sont en attente d'un accompagnement extérieur– 90,5% de taux de couverture.

Les besoins sont les plus prégnants dans le domaine des troubles cognitifs (70 élèves) et psychiques (39 élèves).

- Scolarisation en établissement médico-social ou sanitaire

Sur 2 065 prescriptions, 1 878 élèves sont scolarisés dans une unité d'enseignement au sein d'un établissement médico-social ou sanitaire.

187 élèves sont en attente d'un accueil dans un établissement médico-social ou sanitaire, soit pour une scolarisation exclusive dans l'unité d'enseignement (144 élèves), soit pour une scolarisation partagée « milieu ordinaire/établissement médico-social » (43 élèves).

Le taux de couverture de scolarisation en unité d'enseignement est de 91%.

Ces 187 élèves sont en très grande majorité scolarisés en dispositif collectif (Clis ou Ulis) ou en classe ordinaire : 117 sont en attente d'un Institut Médico-Educatif (IME) ; 59 d'un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) ; 11 d'un établissement pour handicap sensoriel.

REPARTITION DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP PAR NIVEAU DE CLASSE DEPARTEMENT

ACADEMIE DE REIMS

Rentrée scolaire 2012-2013

	PUBLIC											PRIVE	
	08	% dép	10	%dép	51	%dép	52	%dép	Total acad	% acad	Evolution 2006-2012	Effectifs	Part du privé
Maternelle	49	3,2%	97	8,7%	195	7,3%	41	4,2%	382	6,1%		0	0%
Elémentaire	540	35,1%	550	49,4%	945	35,3%	369	37,7%	2404	38,1%		115	5%
Total 1er degré	**589**	**38,3%**	**647**	**58,1%**	**1140**	**42,6%**	**410**	**41,9%**	**2786**	**44,2%**		**115**	**4%**
Collège	226	14,7%	175	15,7%	612	22,9%	235	24,0%	1248	19,8%		216	15%
Lycée	20	1,3%	19	1,7%	69	2,6%	13	1,3%	121	1,9%		61	34%
Lycée Pro	41	2,7%	36	3,2%	59	2,2%	15	1,5%	151	2,4%		22	13%
Post-Bac	4	0,3%	0	0,0%	9	0,3%	3	0,3%	16	0,3%		1	6%
EREA	0	0,0%	0	0,0%	46	1,7%	22	2,2%	68	1,1%		0	0%
Total 2nd degré	**291**	**18,9%**	**230**	**20,6%**	**795**	**29,7%**	**288**	**29,4%**	**1604**	**25,4%**		**300**	**16%**
Total milieu ordinaire	**880**	**57,2%**	**877**	**78,7%**	**1935**	**72,3%**	**698**	**71,3%**	**4390**	**69,6%**	**+2763**	**415**	**9%**
Etab.médico.sociaux	659	42,8%	230	20,6%	649	24,2%	253	25,8%	1791	28,4%			
Etab Hospitaliers	0	0,0%	7	0,6%	93	3,5%	28	2,9%	128	2,0%			
Total Unité Enseignement	**659**	**42,8%**	**237**	**21,3%**	**742**	**27,7%**	**281**	**28,7%**	**1919**	**30,4%**	**+66**		
Total général	**1539**		**1114**		**2677**		**979**		**6309**			**415**	

Total général	6724

Année scolaire 2012-2013

REPARTITION DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP PAR NIVEAU DE CLASSE et TYPES DE HANDICAP

Troubles ou atteintes et scolarisations - Premier degré et second degré

Troubles ou atteintes	Scolarisation individuelle								Scolarisation collective			Total élèves scolarisés
	1er degré	Collège	dont SEGPA	LEGT	LP	EREA	Total 2nd degré	TOTAL	1er degré CLIS	2nd degré ULIS	TOTAL	
1 : Troubles intellectuels et	**553**	**193**	135	**13**	**33**	**42**	**281**	**834**	**983**	**429**	**1412**	**2246**
2 : Troubles du psychisme	**514**	**323**	101	**28**	**15**	**22**	**388**	**902**	**64**	**19**	**83**	**985**
3 : Troubles du langage et	**222**	**228**	32	**37**	**28**	**3**	**296**	**518**	**17**	**15**	**32**	**550**
4 : Troubles auditifs	**55**	**21**	4	**9**	**3**		**33**	**88**	**1**	**12**	**13**	**101**
5 : Troubles visuels	**45**	**31**	1	**11**	**3**		**45**	**90**				**90**
6 : Troubles viscéraux	**36**	**15**	2	**9**	**3**		**27**	**63**				**63**
7 : Troubles moteurs	**193**	**163**	8	**69**	**27**	**1**	**260**	**453**	**7**	**9**	**16**	**469**
8 : Plusieurs troubles	**110**	**26**	10	**3**	**2**		**31**	**141**	**33**	**16**	**49**	**190**
9 : Autres troubles	**66**	**19**	2	**3**	**2**		**24**	**90**	**2**	**2**	**4**	**94**
Total	**1794**	**1019**	295	**182**	**116**	**68**	**1385**	**3179**	**1107**	**502**	**1609**	**4788**

Niveau d'enseignement et âge 1er degré

Niveau d'enseignement	Age																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	>=20	Total
PS		1	37	33	11	2	6					1									**91**
MS			1	85	66	20	8	5	5		1										**191**
GS				2	151	167	53	24	11	10	8	2									**428**
CP						105	149	133	146	101	56	5	1								**696**
CE1							122	148	101	91	138	8									**608**
CE2								94	151	57	85	5									**392**
CM1									102	115	42	4									**263**
CM2										73	149	10									**232**
Total		**1**	**38**	**120**	**228**	**294**	**338**	**404**	**516**	**447**	**479**	**35**	**1**								**2901**

Niveau d'enseignement et âge 2nd degré

Niveau d'enseignement	Age													
	9 10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Total
6ème	2	108	129	27	3	4								**273**
5ème			95	123	29	6	1							**254**
4ème générale		1	1	99	90	19	2							**212**
4ème d'aide et de soutien				1										**1**
3ème générale				3	49	69	14							**135**
3ème découverte professionnelle 6 heures					6	3	2							**11**
3ème préparatoire aux formations professionnelles ou prépa-pro				1	2	13	2	1						**19**
Autre : élémentaire cycle 1			7	2	3	1								**13**
Autre : élémentaire cycle 2		1	53	54	42	31	4	1	1		1			**188**
Autre : élémentaire cycle 3			10	25	21	16	4		1					**77**
6ème SEGPA		2	94	4	1									**101**
5ème SEGPA			1	81	9	1	1							**93**
4ème SEGPA				1	76	5								**82**
3ème SEGPA					1	53	11		1					**66**
CAP 1ère année						1	51	17	4	1				**74**
CAP 2ème année (CAP en 3 ans)						1	5	13	9	7				**35**
CAP dernière année						1	1	15	8	4	2			**31**
Terminale BEP								1			1		1	**3**
Seconde pro						10	21	7	1	3				**42**
1ère pro							3	9	4	2	1			**19**
Terminale pro							2	4	9	5	2			**22**
Dispositif d'insertion aux métiers en alternance						2								**2**
2nde générale et technologique					1	22	16	6	2					**47**
1ère générale							18	10	1					**29**
1ère technologique							5	1		1				**7**
Terminale littéraire								3	1					**4**
Terminale scientifique							1	6	2	1				**10**
Terminale économique et sociale								7	1		1			**9**
Terminale technologique								4	4				1	**9**
Autre second degré			7	4	2	5			1					**19**
Total	**2**	**112**	**397**	**425**	**335**	**263**	**164**	**105**	**50**	**24**	**8**		**2**	**1887**

Année scolaire 2012-2013

Répartition du nombre d'élèves avec une notification AVSi et nombre d'emplois Temps Pleins implantés d'AVS

AVSi

Département	Nombre élèves avec notification AVSi	Nombre ETP implantés AVSi sur statut Assistant Education (AE)	Nombre ETP implantés AVSi sur statut **Contrat Unique d'Insertion (CUI)**
ARDENNES	264	59	50
AUBE	339	67	64
MARNE	783	134	133
HAUTE-MARNE	237	47	50
TOTAL	1 623	307	297

Remarque : Certains ETP sont utilisés à $^1/_2$ temps en fonction du nombre d'heures notifiées pour chaque élève dans les écoles et établissements.

AVS co

79 ETP d'AVS Co sont effectifs dans l'académie de Reims.

154 personnes occupent ces postes sur des mi-temps (20 heures) pour une meilleure répartition des ressources humaines dans chaque dispositif CLIS et ULIS.

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 Villenauxe	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	125	42	45	21	52	53	46
	réalisées	125	42	45	21	52	53	46
Nombre d'extractions pour consultations et examens	demandées	220	103	83	170	141	85	142
	réalisées	188	84	70	170	132	85	94
Nombre total d'hospitalisations	demandées	55	41	19	10	9	73	28
	réalisées	33	29	18	10	9	73	26
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'établissement public de référence	demandées	38	24	12	4	1	73	15
	réalisées	20	17	12	4	1	70	13
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'UHSI	demandées	19	5	6	6	8	3	7
	réalisées	13	2	6	6	8	3	7
Nombre d'extractions vers d'autres ES (non psy)	demandées	0	1	0	0	0	0	8
	réalisées	0	1	0	0	0	0	4
Nombre total d'extractions demandées		457	216	165	211	211	287	246
Nombre total d'extractions réalisées		379	175	151	211	202	284	190
Nombre d'extractions non réalisée du fait de la personne détenue		31	29	14	0	5	2	13
Nombre d'extractions non réalisée du fait de l'Administration Pénitentiaire, de la police		26	5	0	0	2	1	32
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture		0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'extractions non réalisée du fait de l'établissement de santé		21	7	0	0	2	0	11
Nombre total d'extractions annulées		78	41	14	0	9	3	56
Part des extractions annulées sur le nombre total d'extractions demandées		17%	19%	8%	0%	4%	1%	23%
Pour information, nombre de détenus écroués		548	238	153	203	146	103	381

Source : ARS, données 2012

En droit, l'extraction est l'opération par laquelle une personne détenue est conduite sous escorte 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.

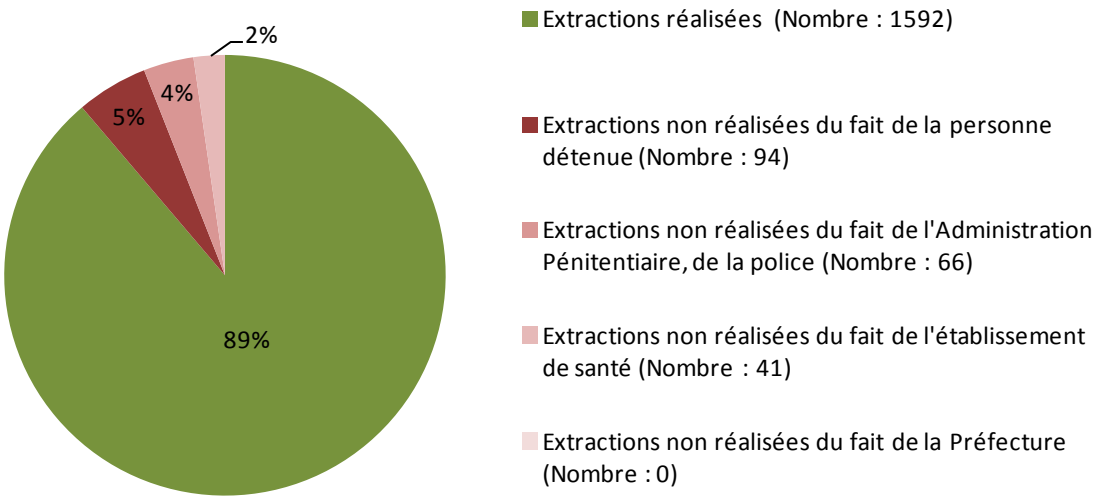
Les **Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales** (UHSI) accueillent les détenus devant subir une hospitalisation programmée de plus de 48 heures. Ces unités permettent aux personnes détenues d'avoir la même qualité de soins que n'importe quel patient et d'optimiser la sécurité et une meilleure 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 MCO réalisées par rapport aux demandées



Source : ARS, données 2012

Dans une très grande majorité, les extractions demandées ont été honorées ; elles le sont toutes lorsqu'il s'agit d'une demande en urgence.

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 de soins psychiatriques(CDSP)**

L'année 2011 a été marquée par la promulgation de la loi n°803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Les commissions départementales ont élaboré leur rapport d'activité, disponible au moment de l'écriture du présent document uniquement pour l'année 2011.

Les données qui suivent, et la mise en œuvre de la loi de juillet 2011 montrent une « judiciarisation » des soins sans consentement. Il apparait nécessaire de faire intervenir les juges le plus en amont possible de la procédure, afin de ne pas retarder la mise en place du programme de soins, dispositif central dans la prise en charge du patient, vecteur du décloisonnement.
Il est également à noter une amélioration de la qualité des certificats médicaux produits par les psychiatres.

Département de la Marne

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

1) Rapport statistiques 2011

Département : Marne — Année : 2011

RÉFÉRENCES à la loi	NATURE DES ACTES	SPSC à la demande d'un tiers			SPSC sur décision du Préfet					
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2				Total
I - Données de cadrage										
Art. L. 3223-1-1°	Nombre d'admission en soins psychiatriques sans consentement	147	19	166	16	10				26
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois (1)			70						
	Nombre d'admision en soins psychiatriques sur décision du préfet renouvelées au 4e mois									79
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de levées de soins psychatriques			133						38
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de programme de soins			34						13
Art. L. 3211-11	Nombre de sorties d'essai (2) - Jusqu'au 1 Août 2011			ND						126
Art. L. 3213-6	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-6									2
Art. L. 3213-7	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-7									2
Art. D. 398 (CPP)	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article D. 398 (CPP)									6
II - Activité de la commission										
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2	Art. L. 3213-6	Art. L. 3213-7	Judiciaires	Total
Art. L. 3223-1-3°	Nombre total de dossiers examinés par la commission	81	18	99	41	21	9	15	9	95
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois par la Commission									
	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet renouvelées au 4e mois examinées par la commission				35	18	8	12	8	81
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du préfet par la commission	0								
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du procureur par la commission	0								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de visites d'établissements effectuées	2 visites ont été effectuées à raison de deux sur les établissements rémois (Clinique H. Ey et service G10 du CHU) et une sur le site Châlonnais de l'EPSDM								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de plaintes enregistrées par la commission	3			1					
Art. L. 3223-1-7°	Nombre de propositions de la commission au président du tribunal de grande instance aux fins d'ordonner la sortie immédiate	0								
Art. L. 3212-9-7°	Nombre de levées dde SPSC à la demande d'un tiers proposées par la commission	0								
Art. L. 3213-4	Nombre de levées de SPSC sur décision du Préfet proposées par la commission	0								

2) Bilan de l'utilisation des procédures urgences

Evolution des mesures d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet et à la demande d'un tiers sur l'année 2010 et 2011

	2010	2011	EVOLUTION
SPSC à la demande d'un tiers	**67**	**19**	**-72%**
SPSC sur décision du Préfet	**35**	**10**	**-71%**

Département de la Haute-Marne

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

1) Rapport statistiques 2011

Département : Haute-Marne — Année : 2011

RÉFÉRENCES à la loi	NATURE DES ACTES	SPSC à la demande d'un tiers			SPSC sur décision du Préfet					
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2				Total
I - Données de cadrage										
Art. L. 3223-1-1°	Nombre d'admission en soins psychiatriques sans consentement	52	43	95	3	14				17
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois (1)			25						
	Nombre d'admision en soins psychiatriques sur décision du préfet renouvelées au 4e mois									6
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de levées de soins psychatriques			120						25
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de programme de soins			ND						3
Art. L. 3211-11	Nombre de sorties d'essai (2) - Jusqu'au 1 Août 2011			ND						22
Art. L. 3213-6	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-6									0
Art. L. 3213-7	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-7									2
Art. D. 398 (CPP)	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article D. 398 (CPP)									4
II - Activité de la commission										
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2	Art.L.3213-6	Art.L.3213-7	Judiciaires	Total
Art. L. 3223-1-3°	Nombre total de dossiers examinés par la commission	8	5	13	2	5	0	3	0	10
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois par la Commission			4						
	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet renouvelées au 4e mois examinées par la commission				1	2	0	2	0	5
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du préfet par la commission	0								
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du procureur par la commission	0								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de visites d'établissements effectuées	0								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de plaintes enregistrées par la commission	0			0					
Art. L. 3223-1-7°	Nombre de propositions de la commission au président du tribunal de grande instance aux fins d'ordonner la sortie immédiate	0								
Art. L. 3212-9-7°	Nombre de levées dde SPSC à la demande d'un tiers proposées par la commission	0								
Art. L. 3213-4	Nombre de levées de SPSC sur décision du Préfet proposées par la commission	0								

2) Bilan de l'utilisation des procédures urgences

Evolution des mesures d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet et à la demande d'un tiers sur l'année 2010 et 2011

	2010	2011	EVOLUTION
SPSC à la demande d'un tiers	**42**	**43**	**2%**
SPSC sur décision du Préfet	**18**	**14**	**-22%**

Département des Ardennes

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

1) Rapport statistiques 2011

Département : Ardennes — Année : 2011

RÉFÉRENCES à la loi	NATURE DES ACTES	SPSC à la demande d'un tiers			SPSC sur décision du Préfet					
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2				Total
I - Données de cadrage										
Art. L. 3223-1-1°	Nombre d'admission en soins psychiatriques sans consentement	299	62	361	21	15				36
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois (1)			27						
	Nombre d'admision en soins psychiatriques sur décision du préfet renouvelées au 4e mois									19
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de levées de soins psychatriques			298						29
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de programme de soins			ND						40
Art. L. 3211-11	Nombre de sorties d'essai (2) - Jusqu'au 1 Août 2011			ND						114
Art. L. 3213-6	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-6									3
Art. L. 3213-7	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-7									0
Art. D. 398 (CPP)	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article D. 398 (CPP)									0
II - Activité de la commission										
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2	Art.L 3213-6	Art.L 3213-7	Judiciaires	Total
Art. L. 3223-1-3°	Nombre total de dossiers examinés par la commission	41	5	46	14	7	3	0	0	24
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois par la Commission									
	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet renouvelées au 4e mois examinées par la commission				13	5	1	0	0	19
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du préfet par la commission	0								
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du procureur par la commission	0								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de visites d'établissements effectuées	0								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de plaintes enregistrées par la commission	0			0					
Art. L. 3223-1-7°	Nombre de propositions de la commission au président du tribunal de grande instance aux fins d'ordonner la sortie immédiate	0								
Art. L. 3212-9-7°	Nombre de levées dde SPSC à la demande d'un tiers proposées par la commission	0								
Art. L. 3213-4	Nombre de levées de SPSC sur décision du Préfet proposées par la commission	0								

2) Bilan de l'utilisation des procédures urgences

Evolution des mesures d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet et à la demande d'un tiers sur l'année 2010 et 2011

	2010	2011	EVOLUTION
SPSC à la demande d'un tiers	**50**	**62**	**24%**
SPSC sur décision du Préfet	**15**	**15**	**0%**

Département de l'Aube

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

1) Rapport statistiques 2011

Département : Aube — Année : 2011

RÉFÉRENCES à la loi	NATURE DES ACTES	SPSC à la demande d'un tiers			SPSC sur décision du Préfet					
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2				Total
I - Données de cadrage										
Art. L. 3223-1-1°	Nombre d'admission en soins psychiatriques sans consentement	181	25	206	8	15				23
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois (1)			25						
	Nombre d'admision en soins psychiatriques sur décision du préfet renouvelées au 4e mois									29
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de levées de soins psychatriques			214						65
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de programme de soins			ND						65
Art. L. 3211-11	Nombre de sorties d'essai (2) - Jusqu'au 1 Août 2011			ND						ND
Art. L. 3213-6	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-6									0
Art. L. 3213-7	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article L. 3213-7									3
Art. D. 398 (CPP)	Nombre d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet en application de l'article D. 398 (CPP)									38
II - Activité de la commission										
		Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Total	Art. L. 3213-1	Art. L. 3213-2	Art.L.3213-6	Art.L.3213-7	Judiciaires	Total
Art. L. 3223-1-3°	Nombre total de dossiers examinés par la commission	62	11	73	38	17		3	2	60
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers de plus de 3 mois par la Commission									
	Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet renouvelées au 4e mois examinées par la commission									
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du préfet par la commission	0								
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du procureur par la commission	0								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de visites d'établissements effectuées	2								
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de plaintes enregistrées par la commission									
Art. L. 3223-1-7°	Nombre de propositions de la commission au président du tribunal de grande instance aux fins d'ordonner la sortie immédiate	0								
Art. L. 3212-9-7°	Nombre de levées dde SPSC à la demande d'un tiers proposées par la commission	0								
Art. L. 3213-4	Nombre de levées de SPSC sur décision du Préfet proposées par la commission	0								

2) Bilan de l'utilisation des procédures urgences

Evolution des mesures d'admissions en soins psychiatriques sur décision du Préfet et à la demande d'un tiers sur l'année 2010 et 2011

	2010	2011	EVOLUTION
SPSC à la demande d'un tiers	**ND**	**ND**	
SPSC sur décision du Préfet	**ND**	**ND**	

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

Objectif 10 : Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

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

Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat signé pour la période 2010-2013.

La part de la population champardennaise vivant dans un bassin de vie, dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale en 2011, est de 8,1%.

La démographie des professionnels de santé est un enjeu majeur du Projet Régional de Santé, adopté au mois d'avril 2012, qui prévoit différentes mesures pour y répondre.

- **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 signé pour la période 2010-2013.

Les structures d'exercice coordonné se sont développées en 2012 en passant de 2 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) en 2011 à 5 MSP en 2012. Par ailleurs, il est à noter la création d'une Fédération des Maisons et Pôles de Santé (FEMACHAMP). Enfin, soulignons la dynamique engagée en Champagne Ardenne, puisque 25 projets de MSP sont suivis et accompagnés en 2012 (*cf cartographie page suivante*).

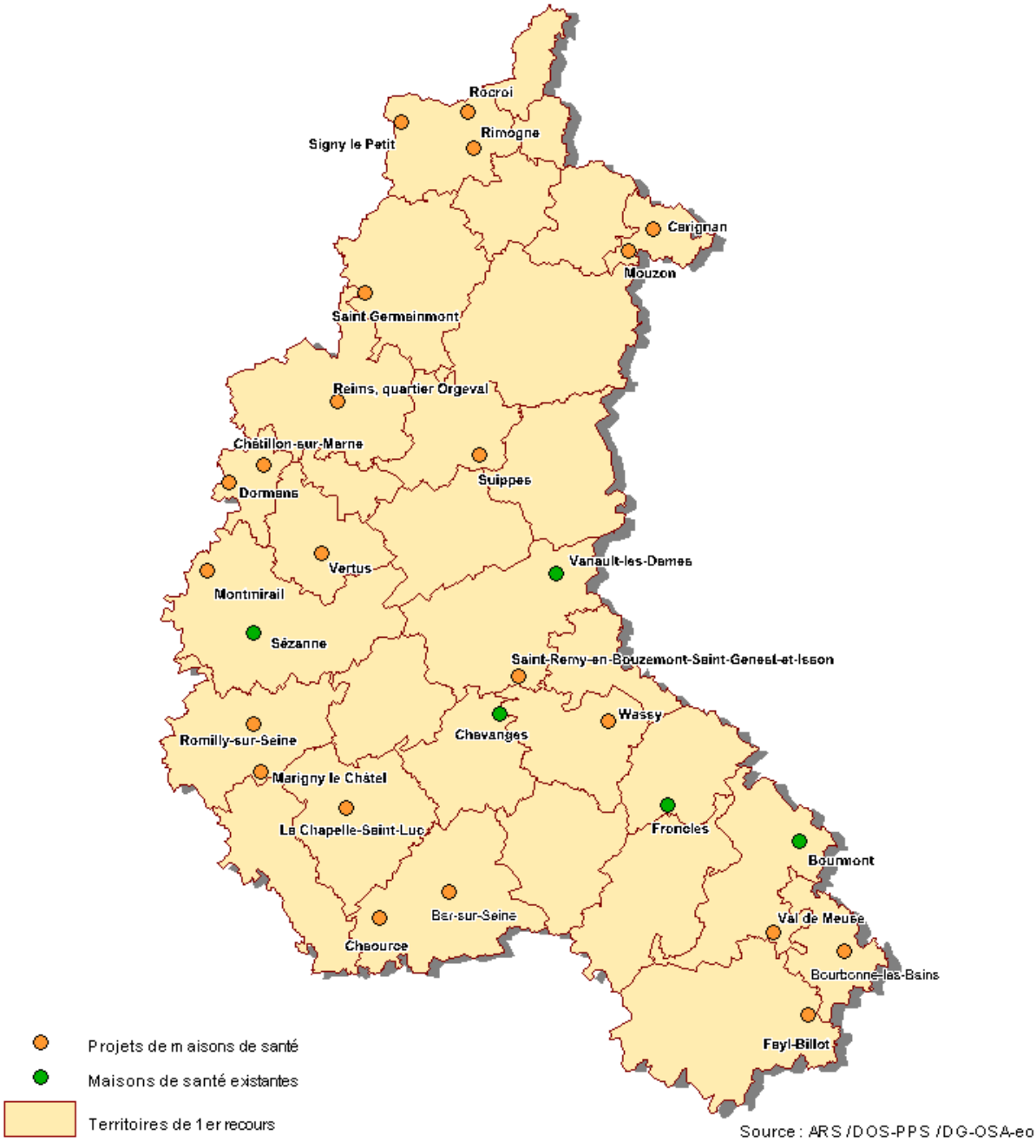
En ce qui concerne les **centres de santé**, **27** sont identifiés en Champagne-Ardenne, répartis comme suit :

- 1 polyvalent,
- 4 médicaux,
- 11 dentaires,
- 11 infirmiers.

Leur répartition géographique est la suivante :

- *5 dans les Ardennes,*
- 6 dans l'Aube,
- 13 dans la Marne,
- 3 dans la Haute-Marne

Cartographie des MSP existantes et en projet



A noter : seuls les projets connus et identifiés comme tels par l'ARS sont pris en compte.
L'existence d'autres projets - structures non connues par l'ARS est donc possible.

(ja v ie r 2013)

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

L'indicateur tel que défini n'est pas compris et n'a pu donc être renseigné.

Par contre, il est possible de consulter les spécialités proposées en secteur 1 et en secteur 2 sur le site internet www.ameli-direct.fr.

- **Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins**

Le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins ne peut être renseigné. En effet, cet indicateur issu du CPOM Etat signé pour la période 2010-2013 est pour l'instant « neutralisé ».

Objectif 11 : Assurer financièrement l'accès aux soins

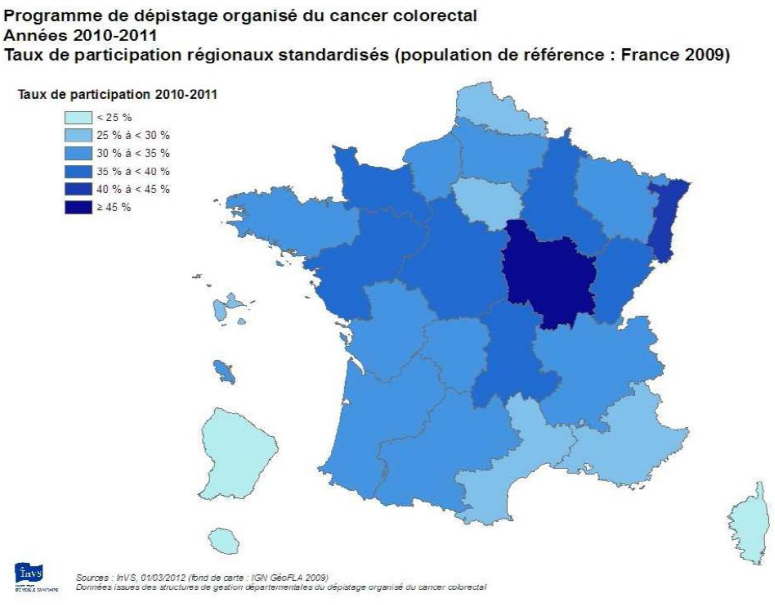
- **Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes disposant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)**

Ces éléments ne sont pas disponibles pour 2012.
La DGOS a saisi les ordres nationaux de professionnels de santé afin d'identifier s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales.

Objectif 12 : Assurer l'accès aux structures de prévention

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

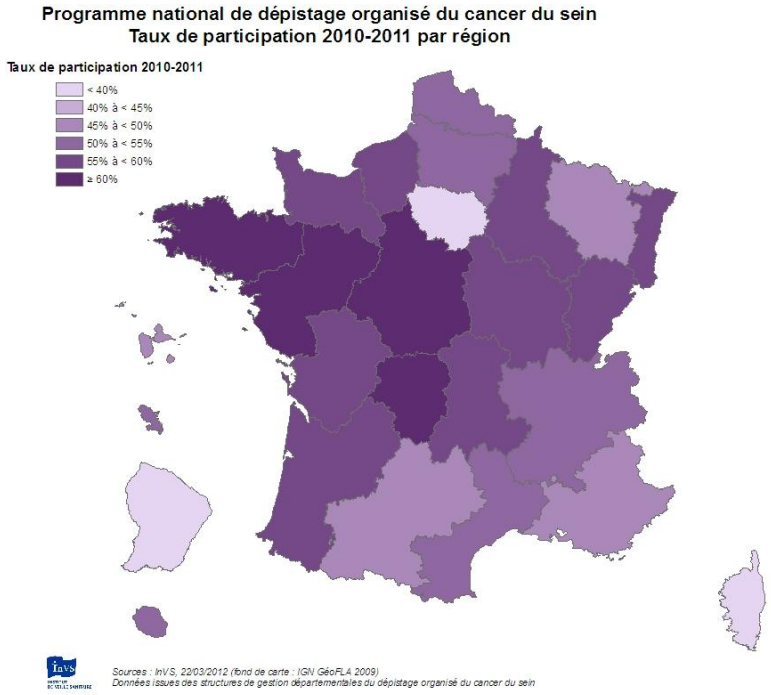
Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat signé pour la période 2010-2013.
Le taux de participation au **dépistage organisé du cancer colorectal**, **en Champagne Ardenne** sur la période 2010- 2011, chez les 50 à 74 ans est de **39,5%**, **contre 32,1% au niveau national.**



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

Cet indicateur est issu du CPOM ARS-Etat signé pour la période 2010-2013.

Le taux de participation au **dépistage organisé du cancer du sein, en Champagne Ardenne** sur la période 2010-2011, chez les femmes 50 à 74 ans est de **59,6%**, **contre 52,3% au niveau national.**



- **<u>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</u>**

Le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ne peut être renseigné.

- **<u>Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle</u>**

La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle ne peut être renseignée.

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 signé pour la période 2010-2013.

Aucun contrat local de santé n'a été signé en 2012. Cependant, plusieurs démarches ont été initiées auprès des acteurs locaux, afin de permettre la signature d'au moins deux contrats dès 2013.

- **Ecarts interrégionaux en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'Assurance Maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)**

Cet indicateur est issu du CPOM ARS- Etat signé pour la période 2010-2013.

La valeur de cet indicateur, est de 28,8%., valeur fournie par le Ministère pour l'année 2011.

- **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 signé pour la période 2010-2013.

En Champagne-Ardenne, en 2012, 16 logements ont fait l'objet d'arrêtés d'insalubrité, répartis comme suit : 7 dans les Ardennes, 2 dans l'Aube, 1 dans la Marne et 6 en Haute-Marne.

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

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 interassociatif sur la santé (CISS) et l'ARS ont de concert organisé des formations à destination des représentants des usagers.

Les sujets sont détaillés ci-dessous :

CISS	ARS
Formation à l'écoute	Les droits des usagers dans le secteur médico-social
Représentation des usagers : l'essentiel	Prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire : de quoi parle-t-on ?
Représenter les usagers en CRUQPC et en CRCI	
Défendre les droits des malades	

Source : ARS, Année 2012

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

	Nombre de formations réalisées	Nombre de personnes formées	Nombre de représentants issus d'associations agréées en santé
CISS	5	47	44
ARS	2	23	23

Source : ARS, Année 2012

Ainsi, 94% des personnes formées par le CISS étaient issues d'associations agréées en santé, 100% pour celles formées par l'ARS.

- **Dispositif d'information sur ces formations**

Le CISS 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, CRCI, en parallèle à l'envoi aux associations adhérentes du CISS CA (35 associations à jour de leur cotisation 2012).

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 a adressé par courrier les programmes des formations proposées en 2012 aux représentants des usagers des CRUQPC et CRSA et à ceux d'issus d'associations agréées du système de santé non représentés dans ces instances. Ces programmes ont également été mis en ligne sur le site internet de l'ARS dans l'espace Usagers dédié.

Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire

Objectif 15 : garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire

- **Taux de participation globale des membres de la CRSA**

Taux de participation globale des membres de la CRSA	14/02/2012	*Taux de participation*	05/09/2012	*Taux de participation*	05/12/2012	*Taux de participation*
Nombre de personnes présentes ***(toutes catégories confondues)***	68	***61%***	57	***51%***	60	***54%***
Dont nombre de personnes présentes avec voix délibérative	62	68%	50	55%	56	62%
Dont nombre de personnes présentes avec voix consultative	6	30%	7	35%	4	20%

Source : ARS, année 2012

Globalement, le taux de participation moyen des membres de la CRSA est satisfaisant, s'élevant en 2012 à **55%.**

Cependant, si l'on considère uniquement la participation des membres avec voix délibérative, le taux moyen s'élève à **58%**.

La participation est essentielle car elle garantit le bon fonctionnement de la CRSA ; elle doit être confortée.

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

Les conférences de territoire ne s'étant pas réunies en 2012, cet indicateur ne peut être renseigné.

- **Taux de participation par collège des membres de la CRSA**

Taux de participation par collège des membres de la CRSA	Plénière						Nombre de participants désignés par collège
	Réunion du 14/02/2012	Taux de participation	Réunion du 05/09/2012	Taux de participation	Réunion du 05/12/2012	Taux de participation	
Collège 1 - Collectivités territoriales - Présent	5	**38%**	5	**38%**	4	**31%**	13
Collège 1 - Excusé	5		6		7		
Collège 2 - Représentants des usagers - Présent	13	**87%**	14	**93%**	10	**67%**	15
Collège 2 - Excusé	1		1		4		
Collège 3 - Représentants des conférences de territoire - Présent	4	**100%**	2	**50%**	2	**50%**	4
Collège 3 - Excusé	0		2		1		
Collège 4 - Partenaires sociaux - Présent	5	**50%**	4	**40%**	4	**40%**	10
Collège 4 - Excusé	1		2		1		
Collège 5 - Acteurs de la protection et de la cohésion sociales - Présent	2	**33%**	4	**67%**	2	**33%**	6
Collège 5 - Excusé	2		2		4		
Collège 6 - Acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé - Présent	3	**30%**	5	**50%**	8	**80%**	10
Collège 6 - Excusé	1		0		2		
Collège 7 - Offreurs des services de santé - Présent	23	**68%**	17	**50%**	19	**56%**	34
Collège 7- Excusé	3		7		4		
Collège 8 - Personnalités qualifiées - Présent	1	**50%**	0	**0%**	1	**50%**	2
Collège 8 - Excusé	0		2		0		
Taux de participation des membres de la CRSA		**60%**		**54%**		**53%**	

Source : ARS, année 2012

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

Par collège, les taux moyens de participation sont les suivants :

- Collège 1 : 36%
- Collège 2 : 82%
- Collège 3 : 67%
- Collège 4 : 40%
- Collège 5 : 44%
- Collège 6 : 53%
- Collège 7 : 58%
- Collège 8 : 33%

L'assiduité des représentants des usagers est à souligner, ainsi que celle des représentants des Conférences de territoire et des offreurs des services de santé.

A contrario, les collèges des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées sont ceux dont la présence est la plus aléatoire.

- **Taux de participation par collège des membres des conférences de territoire**

Les conférences de territoire ne s'étant pas réunies en 2012, cet indicateur ne peut être renseigné.

- **Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA**

Assemblée plénière

Nombre de représentants d'usagers désignés : 15

Collège 2 - Représentants des usagers			
Date des réunions	Présents	Excusés	Taux de participation
14/02/2012	13	1	87%
05/09/2012	14	1	93%
05/12/2012	10	4	67%

Le taux moyen de participation des représentants des usagers à l'Assemblée plénière est très satisfaisant, s'élevant à **82%**.

Commission permanente

Nombre de personnes désignées : 3

Collège 2 - Représentants des usagers			
Date des réunions	Présents	Excusés	Taux de participation
07/02/2012	3	0	100%
29/08/2012	2	0	67%
23/11/2012	1	2	33%

Le taux moyen de participation des représentants des usagers à la Commission permanente est satisfaisant, s'élevant à **67%**.

Commission de l'offre de soins

Nombre de personnes désignées : 4

Collège 2 - Représentants des usagers			
Date des réunions	Présents	Excusés	Taux de participation
27/01/2012	2	2	50%
29/03/2012	3	1	75%
20/04/2012	3	0	75%
28/06/2012	2	0	50%
12/10/2012	2	0	50%
21/11/2012	3	1	75%
29/11/2012	1	2	25%

Le taux moyen de participation des représentants des usagers à la Commission spécialisée de l'offre de soins est satisfaisant, s'élevant à **57%**.

Commission Spécialisée du Médico-Social

Nombre de personnes désignées : 6

Collège 2 - Représentants des usagers			
Date des réunions	Présents	Excusés	Taux de participation
22/06/2012	3	2	50%
27/08/2012	5	1	83%
27/11/2012	6	0	100%

Le taux moyen de participation des représentants des usagers à la Commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux est très satisfaisant, s'élevant à **77%**.

Commission Spécialisée Prévention

Nombre de personnes désignées : 6

Collège 2 - Représentants des usagers			
Date des réunions	Présents	Excusés	Taux de participation
25/01/2012	3	0	50%
31/01/2012	3	0	50%

Le taux moyen de participation des représentants des usagers à la Commission spécialisée de prévention est satisfaisant, s'élevant à **50%**.

Commission des usagers

Nombre de personnes désignées : 6

Collège 2 - Représentants des usagers			
Date des réunions	Présents	Excusés	Taux de participation
02/02/2012	3	3	50%
08/03/2012	3	3	50%
04/04/2012	4	0	67%
07/06/2012	4	0	67%
08/11/2012	4	0	67%

Le taux moyen de participation des représentants des usagers à la Commission spécialisée des droits des usagers est très satisfaisant, s'élevant à **60%**.

- **<u>Taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire</u>**

Les conférences de territoire ne s'étant pas réunies en 2012, cet indicateur ne peut être renseigné.

2. Suivi des recommandations émises par la CRSA dans son rapport d'activité portant sur l'année 2011

Le rapport d'activité de l'année 2011 de la CRSA, et en particulier la partie relative au respect des droits des Usagers, a fait état de recommandations, reprises dans les tableaux ci-après, montrant les actions entreprises et terminées, en cours, ou à ce stade, non engagées.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS EMISES PAR LA CRSA DANS LE RAPPORT REGIONAL SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS POUR L'ANNEE 2011

☺ **Réalisé**
😐 **En cours**
☹ **Non réalisé**

Orientation	Recommandation émises dans le rapport régional CRSA-CS droits des usagers pour l'année 2011	Actions	Situation au 31/12/12	Observations éventuelles
❶ Poursuivre la désignation des représentants des usagers dans les conditions prévues par la réglementation et inciter les associations non agréées en région à demander l'agrément pour faciliter notamment le renouvellement des membres des CRUQPC	Diffuser sur le site internet de l'ARS C-A la liste des représentants des usagers dans les instances de l'ARS (CRSA, Conseil de surveillance et Conférences de territoire), et dans les instances hospitalières (CRUQPC, Conseil de surveillance)	❍ Poursuite de l'état des lieux des représentants désignés dans les CRUQPC des établissements de santé et les Conseils de surveillance	☺	Validé par la CS Droits des Usagers début 2012.
		❍ Création d'un annuaire des représentants des usagers désignés dans les CRUQPC et mis en ligne sur le site internet de l'ARS	☺	Mise en ligne sur le site internet de l'ARS rubrique "Usagers". Un important travail a été engagé permettant de désigner les représentants des usagers manquants dans les CRUQPC. Les CRUQPC sont désormais quasiment complètes.
	Travail conduit par la CS Droits des usagers, avec le CISS et l'ARS sur l'agrément régional		😐	Deux associations ont déposé un dossier en 2012 (en attente du retour du Ministère).
	Réalisation d'une plaquette d'information, en partenariat avec le CISS C-A, l'URAF, l'URIOPSS et l'ARS sur les isntances à saisir en tant que de besoin, à destination des usagers du système de santé		😐	Le travail a début en fin d'année 2012 et sera conduit sur le 1er semestre 2013.
❷ Poursuivre le déploiement d'actions de formation des représentants des usagers, en partenariat avec le CISS, dans le cadre de la convetion CISS-ARS Champagne-Ardenne		❍ Renouveler la convention entre l'ARS et le CISS permettant l'organisation de formations, thématiques "santé", à destination des RU	☺	Convention renouvelée début 2012. Un travail s'est engagé pour en faire une convention pluriannuelle.
		❍ Définir les thématiques des formations	☺	Les sessions ont été organisées par l'ARS en septembre et en décembre 2012, en marge des formations dispensées en propres par le CISS (6 en 2012 ; cf la partie du rapport d'activité concernée).
		❍ Arrêter un calendrier de ces formations	☺	
		❍ Organiser deux sessions de formation à destination des représentants des usagers des secteur médico-social, et sur la sécurité sanitaire, prévention-promotion de la santé.	☺	

SUIVI DES RECOMMANDATIONS EMISES PAR LA CRSA DANS LE RAPPORT REGIONAL SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS POUR L'ANNEE 2011

☺ Réalisé
😐 En cours
☹ Non réalisé

Orientation	Recommandation émises dans le rapport régional CRSA-CS droits des usagers pour l'année 2011	Actions	Situation au 31/12/12	Observations éventuelles
❸ Utiliser le levier des CPOM pour améliorer le retour des questionnaires de sortie, les délais de traitement des plaintes, la transmission des dossiers médicaux, et la diffusion du livret d'accueil		❍ Chaque contrat passé entre les titulaires d'autorisation et l'ARS comprend l'indicateur suivant : nombre de réunions annuelles de la CRUQPC. La cible fixée est un minimum de 4 réunions annuelles (ce que prévoit le CSP). Il est précisé qu'une réunion de la CRUQPC est considérée comme valable dès lors que le quorum est atteint, ce qui sous-entend que la CRUQPC est complète.	☺	A suivre,
❹ Concernant les commissions départementales des soins psychiatriques, les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées et les commissions d'activité libérale, une évaluation de l'activité de ces commissions est essentielle pour permettre à la CRSA de disposer d'une vision globale des difficultés éventuelles rencontrées par les usagers.		❍ La CRSA n'a pu exercer ces évaluations	☹	Ces éléments sont, pour partie, désormais intégrés aux indicateurs que la CRSA doit suivre dans son rapport d'activité.
Recommandations issues de l'enquête menée auprès des Conseils de la Vie Sociale début 2012				
❺ Sur la lisibilité du Conseil de la Vie Sociale	Connaître les noms et mails des présidents de CVS	❍ Mener une campagne de recensement	☹	
	Cibler les établissements ayant indiqué ne pas avoir de CVS	❍ Envoi d'un courrier du DG ARS auprès de ces établissements	☹	
	Vérifier le fonctionnement effectif des CVS, via le nombre de réunions annuelles (3 minimum par an)	❍ Envoi d'un courrier du DG ARS auprès de ces établissements	☹	
	Vérifier la présence du livret d'accueil et du contrat de séjour	❍ Envoi d'un courrier du DG ARS auprès de ces établissements	☹	
❻ Formation des Présidents de CVS	Sensibiliser et faire participer des acteurs professionnels à ces formations		☹	
❼ Expérimentations proposées	Permettre à un représentant d'usager désigné en CRUQPC de participer à un CVS d'un EHPAD, par exemple pour croiser les expériences	❍ Travailler avec la CS DU à la désignation d'un RU volontaire et cibler l'établissement médico-social retenu, volontaire	😐	A poursuivre
	Constituer une "fédération de conseils de la vie sociale", regroupant les trois secteurs concernés : personnes âgées, personnes handicapées adultes et personnes	❍ Cibler l'établissement expérimentateur et lancer la démarche	☹	

3. Observations relatives au contenu du rapport d'activité

Les observations sont listées par objectif ; globalement, la CRSA souhaite que les demandes faites par l'administration centrale aux Ordres nationaux sur les plaintes et réclamations relevant du secteur ambulatoire (objectifs 2, 3, 6, 11) puissent aboutir, permettant une prise en compte des données dans le rapport d'activité de la CRSA pour 2013.

Orientation n°1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (objectif 1)

Secteur ambulatoire :

Le nombre de programmes de Développement Personnel Continu (DPC) collectif annuel ou pluriannuel et les organismes chargés de les mettre en œuvre devront pouvoir être recensés à partir des données des associations de formation médicale continue.

2. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur (objectif 4)

Secteur sanitaire :

Afin d'être en mesure de répondre à l'indicateur « taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique existe (SDC) », il conviendrait de définir précisément ce que constitue ce type de structure.

3. 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 (objectif 5)

Secteur médico-social :

La proportion d'établissements médico-sociaux ayant intégré la dimension des directives anticipées dans les projets d'établissements ne relève pas uniquement de l'enquête DREES. D'autres sources peuvent être mobilisées, telles les conventions tripartites de chacun de ces établissements.

Orientation n°2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

4. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux (objectif 10)

La rédaction de l'indicateur « pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité et par territoire de santé » ne permet pas d'apporter une réponse précise.

Il conviendrait de revoir la formulation de cet indicateur, pour éviter de recueillir des réponses diverses et variées, sans intérêt.

5. Assurer financièrement l'accès aux soins (objectif 11)

Cf le commentaire en préambule.

6. Assurer l'accès aux structures de prévention (objectif 12

En ce qui concerne les indicateurs portant d'une part, sur la couverture vaccinale des enfants de 24 mois sur la rougeole, les oreillons, et la rubéole, et d'autre part, sur la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants de grande section de maternelle, la période de recensement est triennale : ces indicateurs ne pourront ainsi être analysés que tous les quatre ans.

Par ailleurs, les données relatives aux dépistages organisés des cancers colorectal et du sein, émanant de l'InVS, seront sollicitées afin de disposer d'une vision départementale, et d'analyser les éventuelles disparités infra-départementales.

Orientation n°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 représentants des usagers dans les instances du système de santé se doivent de participer aux différentes sessions de formation et d'information proposées en région, par le CISS et l'ARS

notamment. A ce titre, un travail sera engagé sur l'adhésion à une « charte d'engagement » renforçant leur implication, et leur permettant de remplir pleinement leur mission.

4. Recommandations de la CRSA pour l'année 2013

Les recommandations qui suivent intègrent d'une part celles émises les années précédentes qui restent à finaliser, et celles issues du présent rapport d'activité.

Leur échéance de réalisation est pluriannuelle et fera l'objet d'un suivi annuel, dans le cadre de l'élaboration des rapports d'activité.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS EMISES PAR LA CRSA DANS SON RAPPORT D'ACTIVITE 2012 (mars 2013)

☺ **Réalisé**
😐 **En cours**
☹ **Non réalisé**

Recommandations suivies issues des précédents rapports d'activité				
Orientation	**Recommandations émises dans le rapport régional CRSA 2012**	**Actions**	**Situation au 31/12/13**	**Observations**
❶ Travail sur l'organisation et le fonctionnement des CRUQPC, et sur l'information aux Usagers	Diffuser régulièrement via le site internet de l'ARS C-A la liste actualisée des représentants des usagers dans les instances (*CRSA, Conseil de surveillance et Conférences de territoire),* et au sein de la CRUQPC	❍ Mettre régulièrement à jour les bases de données		
	Définir une "charte d'engagement" du représentant d'usager en CRUQPC, feuille de route de son rôle dans cette Commission, en lien avec le CISS et l'ARS			
	Evaluer la portée de l'indicateur relatif aux CRUQPC inséré dans chacun des CPOM entre les ES et l'ARS			
	Poursuivre le travail conduit par le CISS et l'ARS sur l'agrément régional, en favorisant la demande d'agrément régional			
	Réaliser une plaquette d'information, en partenariat avec le CISS C-A, l'URAF, l'URIOPSS et l'ARS sur les instances créées pour les usagers du système de santé			
❷ Poursuivre le déploiement d'actions de formation des représentants des usagers, en partenariat avec le CISS et l'ARS Champagne-Ardenne		❍ Signer la convention pluriannuelle CISS-ARS permettant notamment l'organisation de formations "santé"		
		❍ Définir les thématiques des formations		
		❍ Arrêter un calendrier de ces formations		
❸ Concernant les commissions départementales des soins psychiatriques et les commissions d'activité libérale, évaluer leur activité pour permettre à la CRSA de disposer d'une vision globale des difficultés éventuelles rencontrées par les usagers.				

Recommandations directement liées aux orientations et objectifs du cadre rénové du rapport d'activité				
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers - orientation n°1 / objectifs 1, 2 et 3				
❺ Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers du secteur médico-social, en particulier sur la lisibilité du Conseil de la Vie Sociale	Connaître les noms et mails des principaux interlocuteurs des CVS (présidents si possible)	❍ Mener une campagne de recensement pour établir un annuaire des principaux interlocteurs des CVS (présidents si possible)		
	Cibler les établissements ayant indiqué ne pas avoir de CVS	❍ Courrier de sensibilisation du DGARS sur l'obligation de disposer d'un CVS, le nombre minimum de réunions annuelles, l'obligation de livret d'accueil et de contrat de séjour, la mise à disposition d'un espace d'échanges avec la famille ❍ Continuer le travail initié en 2012 en relançant une enquête auprès des EMS sélectionnés initialement permettant, via un très court questionnaire, de répondre aux interrogations ci-contre		
	Vérifier le fonctionnement effectif des CVS, via le nombre de réunions annuelles (3 minimum par an)			
	Vérifier la présence du livret d'accueil et du contrat de séjour			
❻Concourir à la formation des Présidents de CVS	Sensibiliser et faire participer des acteurs professionnels à ces formations			
❼ Lancer des expérimentations (partages d'expériences)	Permettre à un représentant d'usager nommé en CRUQPC de participer à un CVS d'un EMS pour croiser les expériences	❍ Travailler avec la CS DU à la désignation d'un RU volontaire et cibler l'établissement médico-social retenu, également volontaire.		
	Constituer une "fédération de conseils de la vie sociale", regroupant les trois secteurs concernés : personnes âgées, personnes handicapées adultes et enfants.	❍ Cibler l'établissement expérimentateur volontaire et lancer la démarche, dans les Ardennes ou la Haute-Marne, en s'appuyant sur les réseaux déjà existants.		Compte-tenu du lancement d'une enquête complémentaire en 2013, cette expérimentation est reportée en 2014 et tiendra compte des retours issus d'autres régions expérimentatrices.
❽ Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance	Proportion d'EMS où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent.	❍ Faire connaître (*ARS et collectivités territoriales)* le guide des bonnes pratiques sur la bientraitance édité par l'ANESM : proposition visant à adresser un courrier de sensibilisation aux EMS		

ANNEXES

ANNEXE 1 : Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport

ANNEXE 2 : Guide de la Direction Générale de la Santé sur l'élaboration du rapport d'activité de la CRSA

ANNEXE 3 : Avis de la CRSA rendus sur le Projet régional de santé

ANNEXE 4 : Programme de formation ANFH

ANNEXE 5 : Cotation – certification HAS

ANNEXE 6 : Cartographie HAS

ANNEXE 7 : Arrêtés départementaux des personnes qualifiées en établissements sociaux et médico-sociaux

ANNEXE 1

Arrêté du 5 avril 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

NDLR : le code couleur retenu pour la présentation des indicateurs dans le rapport d'activité a été reporté dans l'arrêté ci-dessous pour en faciliter la lecture.

Le 1 février 2013

JORF n°0109 du 10 mai 2012

Texte n°107

ARRETE

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

NOR: ETSP1220103A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;

Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

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

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : — par professions de santé ; — par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers

			Nombre de personnes formées	
		Sanitaire		Rapport de l'ANFH pris en application de la circulaire DGOS/ANFH sur la formation des personnels hospitaliers dans les établissements de santé Formations initiales et continues assurées par l'EHESP, l'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc. Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC
		Médico-social		Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux : — résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans) ; — formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux ; — formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD) ; — formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés
	2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation Taux de réponse apportée	Conseils des ordres des professionnels de santé URPS

			aux réclamations et plaintes	
		Sanitaire	Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : — 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 (proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres) ; Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	Rapports CRUQPC des établissements de santé Enquête SAPHORA Rapports de certification HAS : — pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans) ; — extractions régionales Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)
		Médico-social	Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) : — proportion d'établissements disposant d'un CVS ; — proportion des rapports des CVS 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 des CVS ; — proportion d'établissements disposant de formations pour les	Résultats du questionnaire ANESM sur la bientraitance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012) Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans) Rapports des CVS ARS

			membres des CVS ; — nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	
	3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS — référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiqual Evaluation interne Outil « Angélique »
	4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où	Rapport de certification HAS

			une structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)	Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé
	5. Droit au respect de la dignité de la personne. — Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS - référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour
	6. Droit à l'information. — Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	Projet médical des maisons, pôles et centres

			Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	Rapport de certification HAS — critère 14b — PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits) : — en milieu ordinaire : services de l'éducation nationale (rectorat ou académie) ; — en milieu adapté : maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

			d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus) Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique	
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011) Nombre de formations réalisées Nombre de personnes formées/nombre de rerpésentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) Dispositif d'information sur ces formations	ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

ANNEXE 2

Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

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

11 janvier 2013

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

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

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 CRUPQC 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.

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf

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'Education 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 renseigné.

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 3

Avis de la CRSA rendus sur le Projet régional de Santé

Avis de Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie en sa séance du 14 février 2012 sur le Projet Régional de Santé - PRS

Vu le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA ;

Vu la saisine du Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 16 décembre 2011,

Considérant l'avis de l'Assemblée plénière de la CRSA sur le Plan Stratégique Régional de Santé en sa séance du 11 avril 2011 ;

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée des prises en charges et accompagnements médico-sociaux portant sur le SROMS en sa séance du 25 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée des prises en charges et accompagnements médico-sociaux portant sur le PRIAC en sa séance du 25 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée de l'Organisation des soins sur le SROS en sa séance du 27 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée de prévention portant sur le SRP en sa séance du 31 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission permanente portant sur le PRT en sa séance du 7 février 2012 ;

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission permanente portant sur le PRAPS en sa séance du 7 février 2012 ;

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission permanente portant sur le PRS en sa séance du 7 février 2012 ;

L'Assemblée plénière de la CRSA Champagne-Ardenne émet un avis favorable à l'adoption du PRS avec les remarques suivantes :

1/ Remarques d'ordre général

a. Il est demandé que les moyens humains et financiers adaptés soient apportés pour la mise en œuvre des objectifs du PRS, dans le cadre d'une péréquation nationale fondée sur les indicateurs régionaux de santé ;

b. L'articulation entre les schémas doit être optimale, et la cohérence avec les politiques publiques doit conduire à une coordination efficiente des partenaires (*Etat, Collectivités territoriales, ARS*) pour une visibilité sur les réalisations prévues par chacune de ces institutions.

c. Les membres de la CRSA attacheront une importance particulière à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes et schémas régionaux composant le PRS, dès l'adoption de celui-ci. Ils souhaitent deux évaluations distinctes : l'une relative à la gouvernance, à la dynamique des partenaires et à la coordination des acteurs ; l'autre, portant sur le plan opérationnel et les actions conduites dans le cadre des schémas régionaux.
La CRSA participera activement à la construction des indicateurs et à la réalisation de l'évaluation, au travers de ses commissions.

2/ Remarques spécifiques

a. Schéma régional d'organisation médico-sociale - SROMS

- Afin de parfaire l'évaluation des besoins de la région Champagne-Ardenne, et en particulier des structures dédiées à la prise en charge de personnes handicapées, il est fondamental que l'observatoire régional, défini comme enjeu premier dans le PSRS, puisse effectivement voir le jour.

b. Schéma régional de l'organisation des soins - SROS

- En terme d'accès aux soins :

  - Il est nécessaire de prendre en compte les zones non identifiées comme prioritaires dans le volet ambulatoire, et d'évaluer l'impact des **zones prioritaires** sur les dépenses publiques (*zones limitrophes comprises*). La présence de médecins de toutes spécialités exerçant en secteur 1 dans ces zones est une condition importante d'accès égal aux soins ;
  - **Compléter l'offre de soins** :
    - Développer des sites de chimiothérapie ambulatoire,
    - Installer le TEP Scan à Troyes,
    - Renforcer l'offre extrahospitalière en psychiatrie, et en particulier, le rôle des CMP dans la prise en charge de l'accueil en urgence,
    - Renforcer le rôle et les actions des Equipes Mobiles d'Intervention Gériatriques (EMIG),
    - Développer les équipes mobiles de géronto-psychiatrie,

- Assurer l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et l'accompagnement des jeunes mères, en particulier pour les mineures ;

- Maintenir le maillage territorial des structures d'urgence (dont les antennes SMUR) permettant à toute personne d'être à moins de 30 minutes d'une structure fixe ou mobile des urgences ;
- Améliorer la lisibilité du dispositif de permanence d'accès aux soins (PASS).

- En terme de complémentarité entre établissements :

  - Réussir le rapprochement des centres hospitaliers et du CHU sur la **biologie**, en favorisant une organisation logistique,
  - Favoriser des collaborations publiques-privées constructives, en particulier :
    - En **cardiologie interventionnelle** à Reims, autour du plateau technique du CHU.
    - En **cancérologie**, notamment pour la constitution du pôle régional de cancérologie, et en radiothérapie à Troyes ;
  - Les CHT doivent reposer sur un véritable projet médical, défini au préalable, afin d'être le lieu de vraies coopérations et de jouer pleinement leur rôle, notamment dans la mise en commun de moyens. La définition d'une tête de pont est nécessaire.

- En terme d'amélioration de la prise en charge :

  - Favoriser la création et le développement du DMP, tant en établissements sanitaires et médico-sociaux qu'en exercice ambulatoire,
  - Dans le cadre de restructurations ou de modifications éventuelles de l'organisation des soins, évaluer, en amont et de manière concertée, les conséquences potentielles en matière de prise en charge et d'accès aux soins (*en particulier dans le cas des maternités et/ou de certains services, comme celui de la réanimation de Chaumont par exemple*).

c. Schéma régional de prévention– SRP

- Les membres de la commission de coordination des politiques publiques versant prévention, PMI, santé au travail et santé scolaire devront s'attacher à garantir la pérennité des actions de dépistage ;
- Il est important de favoriser et de maintenir les actions de prévention en toutes circonstances, notamment dans les zones non fléchées comme prioritaires, ainsi que sur les territoires où l'offre de soins évolue.

Fait à Châlons en Champagne, le 20 février 2012,
Le Président de la CRSA,
Signé
Professeur Philippe GILLERY

Avis de Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie en sa séance du 14 février 2012 sur le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire - SROS

Vu le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA ;

Vu la saisine du Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 16 décembre 2011,

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée de l'organisation des soins en sa séance du 27 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis portant sur le PRS élaboré par la Commission permanente de la CRSA en sa séance du 7 février 2012 ;

L'Assemblée plénière de la CRSA Champagne-Ardenne émet un avis favorable à l'adoption du SROS avec les remarques suivantes :

REMARQUES D'ORDRE GENERAL

Nous regrettons qu'aucune évaluation des moyens nécessaires à la réalisation de ce SROS ne soit faite et sommes très inquiets quant à la réalité de sa mise en œuvre au regard des incertitudes budgétaires qui pèsent sur les ARS.

REMARQUES DES CPAM

La définition des zones prioritaires dans le cadre du SROS devait permettre une application efficiente des dispositifs prévus à la convention médicale. Cette efficience implique que ces dispositions favorisent l'accès aux soins des habitants de Champagne-Ardenne, en tenant compte de leur impact sur la dépense publique. Ainsi nous demandons à l'ARS de veiller à l'atteinte de cet objectif.

VOLET AMBULATOIRE

La CS OS souhaite que la réalité des flux transrégionaux ainsi que la réalité des flux transfrontaliers soient pris en compte

Elle demande qu'une réflexion commune avec les ARS limitrophes soit engagée sur cette problématique.

Pour la définition des zones prioritaires, et vis-à-vis de la méthodologie retenue, il aurait été important de tenir compte également des territoires où, actuellement, aucune offre n'est disponible. Si non, il y a un risque à aggraver les inégalités en matière d'accès aux soins

VOLET BIOLOGIE

Nous souhaiterions une incitation plus forte de travail en collaboration étroite entre les différents Centres Hospitaliers et CHU par la mise en place d'une logistique (moyen de transport adapté)

VOLET CANCEROLOGIE

Il nous apparait important de développer les sites de chimiothérapie ambulatoire, dans un double souci de bien-être pour la personne soignée et d'économie en coût de transport.

Nous insistons sur la notion de bonne collaboration Public/Privé sur Troyes, et voulons que cela soit une réalité avec une utilisation optimale du matériel (Radiothérapie)

VOLET IMAGERIE

Afin de compléter l'offre de soins inexistante sur le territoire sud, l'implantation d'un TEP Scan sur Troyes est indispensable.

VOLET PSYCHIATRIE

Nous demandons un renforcement de la prise en charge et du suivi des personnes malades psychiques en extrahospitalier avec une montée en charge de « l'aller vers » les malades pour réduire le nombre de personnes non accompagnées. Cet objectif devrait être accompagné d'indicateurs précis à construire avec les services de l'ARS.

Nous rappelons l'importance des rôles des CMP dans la prise en charge de l'accueil d'urgences. Une organisation systématique de l'urgence en CMP doit être mise en place dans au moins une structure par département.

Nous insistons sur la nécessité de recourir à des personnels à compétence psychiatrique au moment de la prise en charge et du transport d'une personne souffrant de graves troubles psychiques. Une simple mise à l'étude de cette possibilité n'est pas suffisante.

VOLET CARDIOLOGIE

Nous nous interrogeons sur la pertinence d'attribution d'une seconde autorisation d'activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle. Nous souhaiterions étudier les possibilités de renforcement du plateau technique actuel sur le CHU, permettant la participation des praticiens des deux secteurs.

VOLET GERIATRIE

Nous appuyons un développement des Equipes Mobiles Gériatriques dans leurs missions. Cela afin d'optimiser la prise en charge de la population vieillissante de Champagne Ardenne. Nous rappelons que ces EMG ont parmi leurs missions d'intervenir dès l'arrivée de la personne âgée dans la structure d'accueil, y compris les urgences. Cet aspect doit être développé et effectif.

Il serait intéressant de développer des équipes mobiles de géronto-psychiatrie afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psycho-comportementaux.

VOLET PERINATALITE

A la page 5 de ce volet, nous nous interrogeons sur la réalité d'accès à l'IVG. Nous souhaitons connaître le nombre d'IVG faites à l'étranger et/ou dans d'autres régions. Nous sommes inquiets de l'augmentation des refus de pratiquer des IVG par des professionnels, au mépris des principes fondamentaux de la République et de la Laïcité.

Nous sommes inquiets quant à la fermeture annoncée de maternités. Et nous pensons qu'il est nécessaire d'avoir une évaluation liée aux fermetures de maternités déjà effectuées : nombre d'accouchement hors établissements et dans quelles conditions.

VOLET REANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

Nous sommes inquiets sur le risque de fermeture du service de réanimation de Chaumont, important pour ce territoire. D'autre part aucune évaluation du coût induit par cette éventuelle décision n'est faite ni de l'effet de surcharge secondaire pour les services des autres CH qui accueilleraient ces patients. De plus cette mesure participerait à la désertification de ce territoire.

Tout doit être mis en œuvre pour le maintien d'un service de réanimation nécessaire pour une multitude de pathologies médico-chirurgicales.

VOLET SOINS PALLIATIFS

Nous pensons qu'il serait souhaitable que chaque équipe de SP ait une personne formée à la spécificité des Soins Palliatifs Pédiatriques

VOLET URGENCES

Afin de pouvoir appliquer les objectifs du SROS/ PRS qui impose une organisation par un maillage régulier du territoire où chaque habitant de la région doit être à moins de 30 minutes d'une structure fixe ou mobile des urgences, la commission demande le maintien de toutes les antennes SMUR dans leur configuration réglementaire.

Pour ce qui est du passage de l'antenne SMUR de Sézanne au GHAM : le transfert administratif d'une antenne SMUR (ou de l'antenne SMUR de Sézanne ?) prévu dans le schéma cible page 21, VI paragraphe 4) ne doit pas s'accompagner d'une réduction des effectifs. L'ARS doit garantir que des moyens suffisants seront alloués par le GHAM pour qu'une équipe SMUR complète (Médecin urgentiste, IDE et Conducteur-ambulancier) puisse être opérationnelle 24h/24 toute l'année.

Fait à Châlons en Champagne, le 20 février 2012,
Le Président de la CRSA,
Signé
Professeur Philippe GILLERY

Avis de Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie en sa séance du 14 février 2012 sur le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - SROMS

Vu le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA ;

Vu la saisine du Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 16 décembre 2011,

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée de l'organisation médico-sociale en sa séance du 25 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis portant sur le PRS élaboré par la Commission permanente de la CRSA en sa séance du 7 février 2012 ;

L'Assemblée plénière de la CRSA Champagne-Ardenne émet un avis favorable à l'adoption du SROMS avec les remarques suivantes :

1/ Que l'observatoire régional, 1er enjeu du PSRS, visant à recueillir des données de qualité et permettant une réelle évaluation des besoins, soit installé dans les meilleurs délais, en réunissant dès le début dans le 1er semestre 2012, le comité de pilotage ;
2/ Que les moyens financiers et humains nécessaires soient octroyés pour pouvoir atteindre les objectifs fixés dans le schéma, en demandant à la commission des coordinations des politiques publiques d'y veiller ;
3/ Que la cohérence avec les politiques publiques conduise à une coordination efficiente des partenaires (*Etat, Conseils généraux, ARS*), pour une visibilité sur les réalisations prévues par chacune de ces institutions. Il est rappelé que cette articulation des politiques publiques est le rôle de la Commission de coordination des politiques publiques sur le secteur médico-social (COCOR), comme le prévoit l'article D1432-14 du Code de la santé publique. Les membres souhaitent avoir connaissance de façon régulière de ces informations.
4/ En tenant compte de l'aide aux aidants, deuxième enjeu stratégique du Plan Stratégique Régional de Santé.
5/ En demandant un suivi et une évaluation annuelle du SROMS, avec un rapport d'étape à mi-parcours, soit en 2014.

Fait à Châlons en Champagne, le 20 février 2012,
Le Président de la CRSA,
Signé
Professeur Philippe GILLERY

Avis de Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie en sa séance du 14 février 2012 sur le Schéma Régional Prévention - SRP

Vu le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA ;

Vu la saisine du Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 16 décembre 2011,

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée de prévention en sa séance du 31 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis portant sur le PRS élaboré par la Commission permanente de la CRSA en sa séance du 7 février 2012 ;

L'Assemblée plénière de la CRSA Champagne-Ardenne émet un avis favorable à l'adoption du SRP avec les remarques suivantes :

1/ Que tous les moyens financiers et humains nécessaires soient accordés pour pouvoir atteindre les objectifs fixés dans le projet, en demandant à la commission des coordinations des politiques publiques d'y veiller pour ce qui concerne la prévention ;

2/ En insistant sur l'articulation nécessaire entre les différents schémas et les politiques portées par l'Etat, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales ;

3/ En incitant tous les acteurs à intégrer dans leurs actions la dimension de prévention.

Fait à Châlons en Champagne, le 20 février 2012,
Le Président de la CRSA,
Signé
Professeur Philippe GILLERY

Avis de Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie en sa séance du 14 février 2012 sur le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité - PRAPS

Vu le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA ;

Vu la saisine du Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 16 décembre 2011,

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission permanente de la CRSA en sa séance du 7 février 2012 ;

L'Assemblée plénière de la CRSA Champagne-Ardenne émet un avis favorable à l'adoption du PRAPS avec les remarques suivantes :

1/ La réussite du PRAPS et de ses objectifs est sous-tendue à la mise en place d'une réelle articulation et d'une collaboration effective avec les acteurs du champ social, qui sont les acteurs du retour, ou de l'inclusion dans le droit commun des personnes en situation de précarité.

2/ Il est nécessaire de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, en les accompagnant, afin qu'ils puissent devenir acteurs de leur parcours de santé.

3/ Dans le cadre des dispositions de la Convention médicale Assurance maladie/Syndicats médicaux de juillet 2011 concernant le tiers payant social, la CRSA préconise que l'ARS appuie une coordination des acteurs locaux pour susciter la signature d'une convention d'application régionale afin de développer l'utilisation du tiers payant.

Fait à Châlons en Champagne, le 20 février 2012,
Le Président de la CRSA,
Signé
Professeur Philippe GILLERY

Avis de Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie en sa séance du 14 février 2012 sur le Programme Régional de Télémédecine - PRT

Vu le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA ;

Vu la saisine du Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 16 décembre 2011,

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission permanente de la CRSA en sa séance du 7 février 2012 ;

L'Assemblée plénière de la CRSA Champagne-Ardenne émet un avis favorable à l'adoption du PRT avec les remarques suivantes :

1/ Au regard du point 4.4.2 « Maillage territorial pour le premier recours », il est souhaitable que la médecine scolaire et la médecine du travail soient associées aux dispositifs techniques envisagés. Il est souhaitable que ce point soit analysé par la Commission de coordination des politiques publiques versant prévention, PMI, santé scolaire et santé au travail.

2/ Le comité régional de télésanté (visé paragraphe 6.1) pourrait accueillir des représentants médicaux, issus des CME, désignés par les fédérations hospitalières.

3/ La Télémédecine doit être un outil accessible, au service des personnes soignées et des professionnels, et non un outil de remplacement de professionnels, ni un substitut de lien social.

Fait à Châlons en Champagne, le 20 février 2012,
Le Président de la CRSA,
Signé
Professeur Philippe GILLERY

Avis de Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie en sa séance du 14 février 2012 sur le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC

Vu le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA ;

Vu la saisine du Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 16 décembre 2011,

Considérant le projet d'avis élaboré par la Commission spécialisée de l'organisation médico-sociale en sa séance du 25 janvier 2012 ;

Considérant le projet d'avis portant sur le PRS élaboré par la Commission permanente de la CRSA en sa séance du 7 février 2012 ;

L'Assemblée plénière de la CRSA Champagne-Ardenne émet un avis favorable à l'adoption du PRIAC avec la remarque suivante :

1/ les membres de la Commission seront attentifs au suivi de la mise en œuvre des réalisations prévues au PRIAC et à leur exécution.

Fait à Châlons en Champagne, le 20 février 2012,
Le Président de la CRSA,
Signé
Professeur Philippe GILLERY

ANNEXE 4

Programme de formations proposées par l'ANFH

OBJECTIFS	CONTENU	METHODE PEDAGOGIQUE
_ Les droits fondamentaux des patients : - reconnaître et respecter tout malade en tant que personne _ Le nouveau statut du droit à l'information et du consentement : - le droit d'être informé sur son état de santé - quelle information pour les proches ? - le devoir d'information des soignants _ Du consentement à la décision partagée : - la sécurité des patients confrontée à la liberté de circulation _ L'accès au dossier médical : la consécration d'un droit majeur par la Loi du 04 Mars 2002. _ La personne de confiance. _ Le contrôle du respect des droits des patients.	**L'apport de la loi n ° 305-2002 du 4 mars 2002 et les droits des usagers dans l'établissement de santé** • **Le droit à l'information :** ✓ Les conditions de délivrance de l'information au patient ✓ L'accès direct et indirect à l'information médicale par les malades ✓ Qui doit la délivrer ? Qu'est ce qui peut être dit ? Comment doit-on le dire ? • **Le consentement libre et éclairé à la décision partagée:** ✓ Les conditions de recueil du consentement au patient confronté à la liberté de circulation: Le consentement du majeur et le consentement de l'incapable majeur ou mineur non émancipé. ✓ Le droit des mineurs et des personnes hors d'état d'exprimer leur consentement (la désignation et le rôle de la personne de confiance). • **Le dossier médical personnel et le dossier de soins infirmier :** ✓ La tenue, ✓ les conditions d'accession par les malades, par les ayants droit, avec réserve ✓ la communication au patient des informations contenue dans leur dossier médical personnel ✓ la transmission entre professionnels de santé des informations contenue dans le dossier médical personnel. • Propositions de pistes pour élaborer un projet de service ou d'établissement (sur demande).	*Apports théoriques, pratiques et méthodologiques.* *Exercices pratiques d'application. Entraînements par des mises en situations et exposés interactifs.* *Etudes de cas concrets piochés dans des décisions pertinentes de jurisprudence et illustration avec les cas apportés par les participants.* *Traitement des cas personnels apportés par les participants à l'aide d'un canevas méthodologique proposé par la formatrice.* *Synthèse en fin de chaque journée et élaboration d'un plan d'action individuel en fin de module.* *C.D. Rom remis à chaque participant.*

Mari—Thérèse PAIN Formation-Conseil / ANFH Champagne -Ardennes / Droit et information des patients – mai 2009

DROITS ET INFORMATION DU PATIENT

OBJECTIFS	CONTENU	METHODE PEDAGOGIQUE
- Instaurer une dynamique de groupe facilitant la communication et la créativité	- Mise en place du groupe ♦ Règles de fonctionnement ♦ Définition des objectifs du carnet de bord ♦ Partage des expériences et de l'existant : qui, où, quand, comment ♦ Absence de jugement et d'interprétation ♦ Confidentialité	Présentation des différents participants, du formateur, des objectifs du module. Expression des différentes attentes de chacun. Production d'idées.
Présentation des principaux textes relatifs aux droits des patients	La loi hospitalière du 31 décembre 1970, la charte du patient hospitalisé, les lois du 6 et 9 août 2004, et surtout la loi du 4 mars 2002 qui a réglementé les droits des patients à l'hôpital. •Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. ••Décret n ° 2006-119 et 2006-120 du 6 février 2006 sur les droits des malades Les personnels connaissent insuffisamment ces droits et s'interrogent sur la manière de les mettre en œuvre. Aussi nous allons proposer des solutions pour savoir adopter un comportement respectueux des patients et de leurs droits.	Situations et contexte

OBJECTIFS	CONTENU	METHODE PEDAGOGIQUE
_ Le contrôle du respect des droits des patients.	**<u>L'apport de la loi n ° 305-2002 du 4 mars 2002 et le contrôle du respect des droits des patients par la participation des usagers dans l'établissement de santé</u>** • La démocratie sanitaire dans les établissements de santé : ✓ Les droits renforcés pour les usagers consommateurs de soins. ✓ Les commissions de relations avec les usagers et les objectifs d'amélioration de la qualité du système de santé, notamment la création de lieux de dialogue ✓ La reconnaissance officielle des associations d'usagers La nouvelle place des patients et des usagers dans la participation de la vie des établissements de santé et ses effets sur la place des professionnels de santé et l'organisation de l'établissement dans le contrôle du respect des droits des patients.	*Apports théoriques, pratiques et méthodologiques.* *Exercices pratiques d'application. Entraînements par des mises en situations et exposés interactifs.* *Etudes de cas concrets piochés dans des décisions pertinentes de jurisprudence et illustration avec les cas apportés par les participants.* *Traitement des cas personnels apportés par les participants à l'aide d'un canevas méthodologique proposé par la formatrice.* *Synthèse en fin de chaque journée et élaboration d'un plan d'action individuel en fin de module.* *C.D. Rom remis à chaque participant.*

OBJECTIFS	CONTENU	METHODE PEDAGOGIQUE
_ La personne de confiance. _ Le dédommagements du patient et des usagers	**La personne de confiance :** Qu'est-ce qu'une personne de confiance ? Qui peut désigner une personne de confiance ? Qui peut avoir la qualité de personne de confiance ? Quelles sont les missions de la personne de confiance ? **L'apport de la loi n ° 305-2002 du 4 mars 2002 et le dédommagement des patients et usagers** • Le dédommagement des patients : ✓ La couverture du risque médical, ✓ le rappel des patients, ✓ les déclarations des accidents médicaux, ✓ les infections iatrogènes, ✓ l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), ✓ les commissions régionales de conciliation, ✓ l'indemnisation (les risques, la faute professionnelle……)	*Apports théoriques, pratiques et méthodologiques.* *Exercices pratiques d'application. Entraînements par des mises en situations et exposés interactifs.* *Etudes de cas concrets piochés dans des décisions pertinentes de jurisprudence et illustration avec les cas apportés par les participants.* *Traitement des cas personnels apportés par les participants à l'aide d'un canevas méthodologique proposé par la formatrice.* *Synthèse en fin de chaque journée et élaboration d'un plan d'action individuel en fin de module.* *C.D. Rom remis à chaque participant.*

OBJECTIFS	CONTENU	METHODE PEDAGOGIQUE
- Évaluation de la formation	Mesurer le degré de satisfaction des stagiaires dans le cadre des objectifs de la formation en terme de : ♦ Savoir ♦ Savoir-Etre ♦ Savoir-Faire ♦ Savoir-Devenir L'évaluation a lieu en fin de stage en présence des cadres de l'institution	- Evaluation écrite : feuilles anonymes d'évaluation - Evaluation orale: tour de table

ANNEXE 5

Cotation-certification HAS des établissements de santé

L'article L6113-3 du Code de la santé publique stipule :
« Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.
Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. »

La certification HAS a été créés par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, dite ordonnance Juppé, lors de la réforme hospitalière, celle-ci rendait obligatoire l'accréditation des établissements de santé par un organisme indépendant, l'Anaes, dans un but d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Depuis, la HAS a remplacé l'Anaes et l'accréditation s'est transformée en certification (123 août 2004) ; celle-ci en est aujourd'hui à sa troisième version : la V2010.

La cotation est déterminée au regard de chacun des critères. Elle mesure le niveau de qualité atteint et indique si ce niveau est atteint régulièrement ou non et si la plupart ou l'ensemble des secteurs d'activités sont concernés.
Cotation A : Le critère est totalement satisfait, au regard des éléments d'appréciation.
Cotation B : Le critère est en grande partie satisfait, au regard des éléments d'appréciation.
Cotation C : Le critère est peu ou partiellement satisfait, au regard des éléments d'appréciation.
Cotation D : Le critère est trop peu ou non satisfait dans les secteurs d'activité et/ou de façon trop rare.

Pour tous les critères, il est demandé à l'établissement de s'auto-évaluer sur chaque élément d'appréciation selon les gradations suivantes : « oui, en grandes partie, partiellement, non ou NA » :

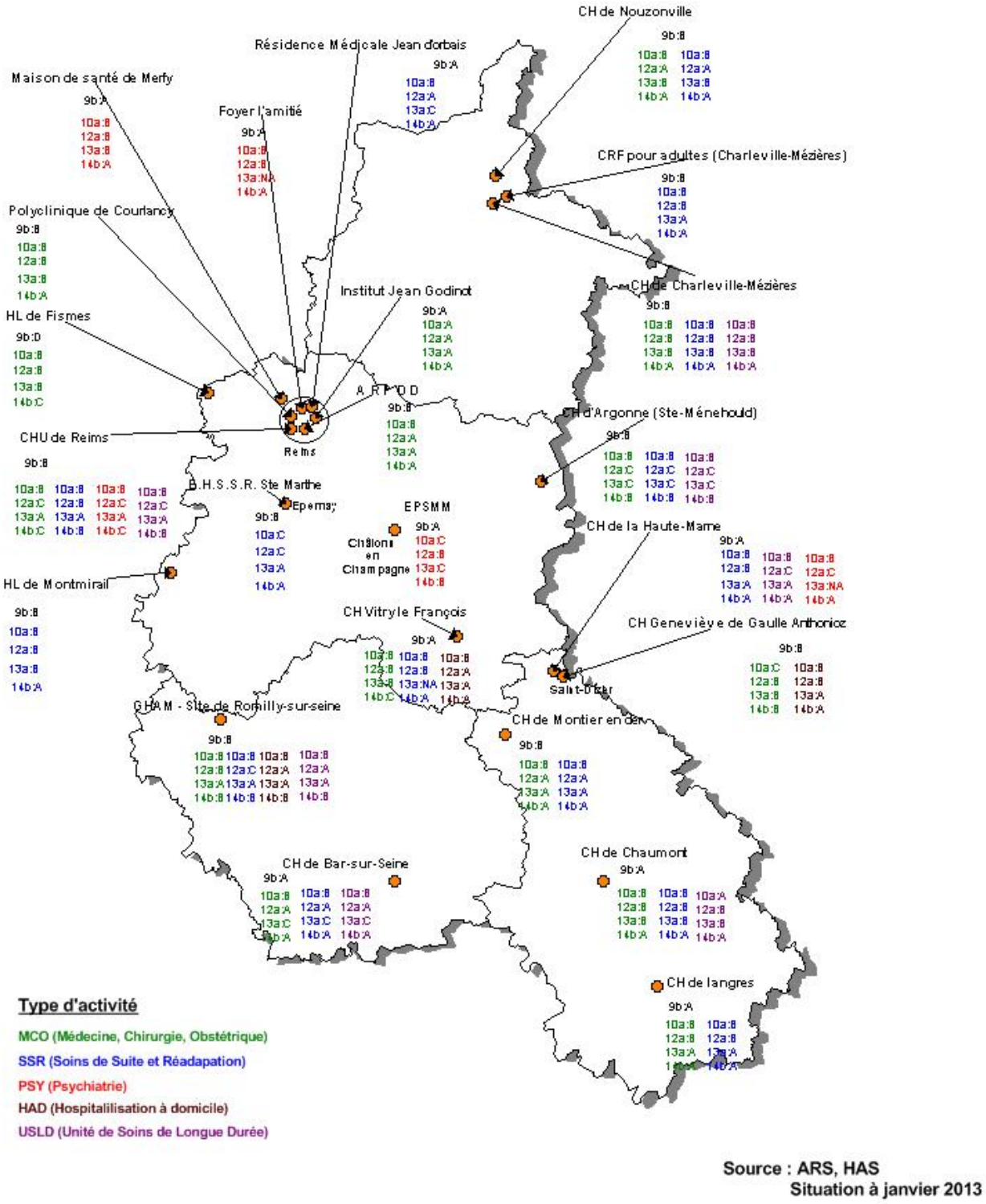
- OUI : l'établissement satisfait totalement aux exigences de l'élément d'appréciation,
- EN GRANDE PARTIE : l'établissement finalise la démarche permettant de répondre à l'élément d'appréciation ou la démarche est déployée dans la plupart des secteurs d'activité,
- PARTIELLEMENT : l'établissement commence à mettre en place une démarche permettant de satisfaire à l'élément d'appréciation ou la démarche est limitée à quelques secteurs de l'établissement,
- NON : l'établissement ne satisfait pas du tout aux exigences de l'élément d'appréciation,
- NON APLLICABLE (NA) : l'établissement, en raison de son type de structure ou de ses modes de prise en charges, n'est pas concerné par l'établissement d'appréciation.

ANNEXE 6

Cartographie des établissements de santé passés à la certification V2010

Cette carte précise pour les 23 établissements concernés par la certification V2010 les scores obtenus pour les critères cités dans le rapport, par type d'activité.

Lecture : la maison de santé de Merfy, en psychiatrie, a obtenu le score B pour les critères 10a, 12a et 13a, et un score A pour le critère 14b.



Source : ARS, HAS
Situation à janvier 2013

ANNEXE 7

Arrêté fixant la liste des personnes qualifiées en établissement sociaux et médico-sociaux pour l'Aube

Délégation Territoriale Départementale de l'Aube

Préfecture de l'Aube
Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

Direction Départementale des Actions Médico Sociales

ARRETE ARS N°2012-1651

ARRETE PREFECTURE N°2012338-0007

ARRETE DIDAMS N°2012-3607

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 DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE, LE PREFET DE L'AUBE ET LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DE L'AUBE

Vu le livre III de la partie législative et de la partie règlementaire 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 1er avril 2010 nommant Monsieur Jean-Christophe PAILLE Directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne ;

VU le mail de l'ARS en date du 20 avril 2012 proposant au Directeur général adjoint de la Direction départementale des actions médico-sociales de l'Aube une liste de personnes susceptibles d'être désignées en tant que personnes qualifiées ;

VU l'avis favorable émis par le Conseil Général ;

VU la proposition de la DDCSPP ;

Sur proposition de Madame la Déléguée Territoriale Départementale de l'Aube, ARS Champagne-Ardenne ;

Sur proposition de Monsieur le Directeur du Secteur Médico-Social de l'ARS Champagne-Ardenne ;

Sur proposition de Madame la Directrice de la Direction Départementale de la Cohésion sociale et de la Protection des Populations ;

Sur proposition de Monsieur le Directeur Général des Services du Département de l'Aube ;

ARRETENT

Article 1er : Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social situé dans le département de l'Aube 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 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 l'Aube, des personnes suivantes :

Personnes âgées :

- Monsieur François CARTAULT
  21, Rue Paul Dubois
  10000 TROYES

- Madame Suzanne REAUX
  41, Avenue Maréchal Leclerc – Appt 2
  10120 SAINT ANDRE LES VERGERS

- Madame Françoise RIDEZ
  5, Rue de la Tuilerie
  10260 SAINT PARRES LES VAUDES

Personnes âgées - handicapées :

- Monsieur Bernard MATHIEU
  5, Rue Jean de la Fontaine
  10500 BRIENNE LE CHATEAU

Personnes âgées – handicapées - social :

- Madame Martine MEYER
  2, Rue Bodié Pouard
  10000 TROYES

Enfance :

- Madame Sylvette LACROIX
  7 Rue Maurice Rovard
  10440 LA RIVIERE DE CORPS

Article 3 : Les personnes nommées s'engagent à ne pas instruire de dossier s'il existe un conflit d'intérêt potentiel avec l'usager ou l'établissement concerné.

Article 4 : La liste des personnes qualifiées sera transmise aux établissements et services sociaux et médico-sociaux qui devront en informer les personnes accueillies dans ces structures.

Article 5 : Monsieur le Directeur du Secteur Médico-Social, Madame la déléguée territoriale départementale de l'Aube, Madame la Secrétaire Générale de la Préfecture de l'Aube et Monsieur le Directeur Général des Services du Département de l'Aube 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 Champagne-Ardenne et du Département de l'Aube.

Châlons-en-Champagne, le 3 décembre 2012

Le directeur général

Jean-Christophe PAILLE

le Préfet

Christophe BAY

Le Président
du Conseil Général de l'Aube

Philippe ADNOT

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
CH :	Centre Hospitalier
CHHM :	Centre Hospitalier de la Haute-Marne
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CISS :	Collectif Interassociatif 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
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 (*ex Conseil d'administration des hôpitaux publics*)
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 (ex EPSDM)
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
URAF :	Union Régionale des Associations de Familles
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

crsa.champagne.ardenne@gmail.com

Espace « concertation régionale » du site internet de l'ARS : http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Les-outils-de-la-concertation.79993.0.html

Adresse postale :

Pr Philippe GILLERY
A l'attention du responsable démocratie sanitaire-Marielle TRABANT
ARS Champagne-Ardenne
Parc tertiaire du Mont Bernard
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE