

C O N F E R E N C E R E G I O N A L E D E S A N T E
C H A M P A G N E A R D E N N E

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

2007-2008

**Secrétariat de la Conférence
Régionale de Santé**

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 METHODOLOGIE.....	2
1.1 Documents ayant servi de base à l'élaboration de ce rapport.....	2
1.2 Participation des établissements champardennais :.....	3
2 LES DROITS DE LA PERSONNE.....	5
2.1 Droit au respect de la personne :.....	5
2.1.1 Les personnes vulnérables.....	5
2.1.2 Les conditions d'accueil et de prise en charge	6
A) Les conditions générales	6
B) Le respect des croyances et des convictions de la personne hospitalisée	7
C) Les personnes ne parlant pas le français.....	7
D) Les personnes non voyantes, mal voyantes ou ne maîtrisant pas la lecture	7
2.2 Droit des malades	7
2.2.1 La prise en charge de la douleur	7
2.2.2 Les soins palliatifs	7
2.3 Droit au consentement.....	9
2.3.1 La personne de confiance et les directives anticipées:	9
2.3.2 Le refus de soins et la procédure collégiale.....	10
2.4 Droit au secret médical	11
2.5 Droit d'accès à l'information et aux informations personnelles	11
2.5.1 Protocole d'accès au dossier médical.....	11
2.5.2 Accès au dossier médical et tarification.....	12
2.5.3 Les droits à l'information.....	12
A) La charte du patient hospitalisé	12
B) La saisine des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP).....	12
C) Les risques sanitaires.....	13

3	LES DROITS D'EXPRESSION.....	14
3.1	Le questionnaire de sortie.....	14
3.2	La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en charge (CRUQC)	14
3.2.1	Références règlementaires	14
3.2.2	Rôle de la CRUQC	14
3.2.3	Composition de la CRUQC.....	16
3.2.4	Information de l'utilisateur	17
3.2.5	Les CRUQC en Champagne Ardenne.....	17
A)	L'installation des CRUQC	17
B)	L'information de l'utilisateur sur les CRUQC	18
C)	Le respect des droits des usagers et la facilitation de leurs démarches.....	18
D)	Les éléments d'information nécessaires à la rédaction du rapport de la CRUQC	19
E)	Les avis et propositions des CRUQC afin d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.....	20
3.2.6	La Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) :	21
A)	Références règlementaires.....	21
B)	Rôle de la CRCI.....	22
C)	Composition de la CRCI	22
D)	La CRCI en Champagne Ardenne	22
	CONCLUSION	25

ANNEXES

INTRODUCTION

L'article L 1411-1 du Code de la Santé publique prévoit que la Conférence Régionale de Santé procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et usagers du système de santé.

Cette évaluation doit faire l'objet d'un rapport annuel transmis à la Conférence Nationale de Santé. A cette fin, l'article L 1411-10 prévoit qu'une formation spécialisée de la conférence a pour mission de préparer le rapport spécifique sur les droits des usagers du système de santé, qui doit être adopté par la majorité des membres de la conférence régionale.

En 2006, la conférence a adopté un premier rapport qui avait mis en évidence une prise en compte insuffisante des droits des usagers, la possibilité d'améliorer l'accès aux dossiers médicaux, et le besoin d'harmonisation des tarifs appliqués lors de demandes de photocopies des pièces médicales par les usagers. Il avait aussi été souhaité une ouverture de la réflexion des droits des usagers dans le système de santé de ville et des établissements médico-sociaux.

Pour la rédaction de ce rapport 2007-2008, et en l'absence d'une formation spécialisée pour élaborer ce nouveau rapport, le secrétariat du bureau de la CRS a élaboré un rapport reprenant les thématiques principales, telles que définies par la circulaire DGS/SD1B/2006/355 du 10 juillet 2006. Ainsi, sont abordés :

- Les droits de la personne à travers l'étude du droit à l'information, du droit d'accès à l'information et de l'application des dispositions de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- L'expression collective et la participation des usagers du système de santé

Le présent rapport est donc issu d'une synthèse des données régionales existantes. D'autres informations sont tirées de l'analyse des données des rapports d'activité, des livrets d'accueils et de toutes sources d'informations disponibles.

Ce rapport n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais de mettre l'accent sur des points importants des droits des usagers du système de santé hospitalier. L'ouverture préconisée sur la médecine de ville, les réseaux de santé, les ateliers santé ville et les établissements médico-sociaux n'a pu être réalisé par faute de moyens humains.

1 METHODOLOGIE

Les sources d'informations pour rédiger ce rapport sont nombreuses. Le recueil d'informations et de données s'est heurté cependant à quelques difficultés du fait du nombre non négligeable des structures concernées, de l'inflation de sources de données, mais surtout du taux de réponse très variable selon les départements.

1.1 Documents ayant servi de base à l'élaboration de ce rapport

- ↳ le livret d'accueil des établissements de santé: document qui est remis au patient à son entrée et qui lui permet, pendant son séjour, de se repérer dans l'organisation de la structure et de prendre connaissance de ses droits et devoirs.

Ce document comporte obligatoirement la charte de la personne hospitalisée (article L1112-2 du code de la santé publique). Il doit être fait mention du questionnaire de satisfaction, document indispensable pour permettre à l'établissement de prendre en compte les remarques des usagers.

- ↳ les bilans 2005 et 2006 de la CRUQC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

Cette commission, instaurée par la loi du 4 mars 2002, a vu préciser sa composition, son fonctionnement et ses missions dans le cadre du décret du 2 mars 2005.

Elle est ainsi chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches : elle est en conséquence informée de l'ensemble des plaintes et réclamations des usagers de l'établissement et du traitement de celles-ci.

Elle contribue également à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches en rendant des avis et propositions. Avis et propositions qui doivent être pris en compte en Conseil d'Administration.

Cette commission devait être installée au plus tard en septembre 2005, elle remplace l'ancienne Commission de Conciliation.

- ↳ les bilans 2005 et 2006 du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)
- ↳ l'exploitation de l'enquête nationale 2006 dans le cadre de l'ICALIN : Indice Composé des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

- ↳ l'exploitation des rapports 2005 et 2006 de la CRCI Champagne Ardenne (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux) transmis par cette instance le 13 septembre 2007
- ↳ la synthèse régionale des rapports des CRUCQ 2006 élaboré par l'ARH
- ↳ l'exploitation du rapport d'activité de la CDHP de la Marne

1.2 Participation des établissements champardennais :

Un courrier a été envoyé le 29 août 2007 à l'ensemble des établissements de santé publics et privés de la région Champagne Ardenne afin d'obtenir leur livret d'accueil, les rapports 2005 et 2006 de la CRUQC et du CLIN. Une relance a été effectuée le 3 octobre 2007. Enfin l'ARH a été sollicitée le 5 novembre 2007 pour appuyer notre demande.

Cette demande a ainsi concerné 51 structures, réparties :

- ↳ en 34 structures publiques ou PSPH :
 - 7 structures dans les Ardennes
 - 6 structures dans l'Aube
 - 8 structures dans la Haute-Marne
 - 13 structures dans la Marne

- ↳ et 17 structures privées :
 - 2 structures dans les Ardennes
 - 6 structures dans l'Aube
 - 3 structures dans la Haute-Marne
 - 6 structures dans la Marne

Les réponses recueillies sont récapitulées dans le tableau joint en annexe 1.

On note un taux moyen de participation de l'ordre de 70%, soit 76% d'établissements publics et 59% d'établissements privés. En 2006, 26 établissements de santé avaient seulement répondu à l'enquête de la CRS sur le droit des usagers. 21 étaient des établissements publics et 5 des établissements privés.

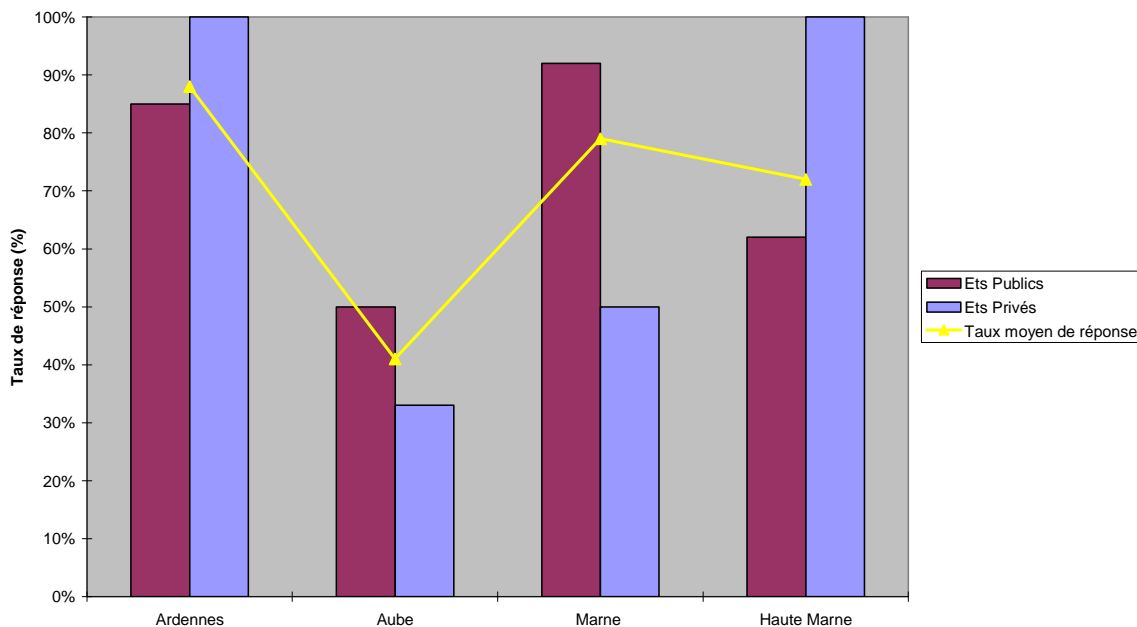
Il est donc à noter pour le rapport 2007/2008 l'augmentation de réponse de la part des établissements privés, à l'exception du département de l'Aube.

Les établissements n'ont pas toujours transmis l'ensemble des documents demandés, compte tenu de l'actualisation de leur livret d'accueil et de l'installation tardive des CRUQC.

Les taux de réponse sont différents selon les départements :

Département	Taux moyen de réponse	Taux de réponse Ets publics/PSPH	Taux de réponse Ets privés
Ardennes	88%	85%	100%
Aube	41%	50%	33%
Marne	79%	92%	50%
Haute Marne	72%	62%	100%

Taux de réponse en fonction des départements



Les réponses reçues ont permis l'exploitation de :

- ↪ 33 livrets d'accueil
- ↪ 28 rapports 2006 de la CRUQC
- ↪ 12 rapports 2005 de la CRUQC
- ↪ 34 rapports 2006 du CLIN
- ↪ 30 rapports 2005 du CLIN
- ↪ 26 protocoles d'accès au dossier médical

Préconisation de la Conférence :

Soutien de l'ARH afin que 100% des établissements répondent aux demandes et fassent des droits des usagers une priorité au sein de leurs établissements.

2 LES DROITS DE LA PERSONNE

Les droits de la personne malade ou usagers du système de santé sont nombreux. Il a été fait le choix de mettre l'accent sur le droit au respect de la personne, du droit à l'information, et de l'application des dispositions de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

2.1 Droit au respect de la personne :

Si tous les usagers du système de santé hospitalier ont droit au respect de leur personne, il paraissait important de mettre l'accent sur le respect des droits des personnes vulnérables. Le droit au respect est pour partie conditionné par les conditions d'accueil et de prise en charge mises en œuvre par les établissements de santé.

2.1.1 Les personnes vulnérables

- ❖ **Les personnes âgées** : en général, les établissements concernés par des services centrés sur la personne âgée ont prévu d'insérer dans leur livret d'accueil la charte de la personne accueillie ou la charte de la personne âgée.
- ❖ **les mineurs** : il est regrettable de constater que seuls deux établissements de la région, le CHU de Reims et la clinique Saint Vincent, ont intégré la charte de l'enfant dans leur livret d'accueil, alors que dix autres établissements sont concernés par un service pédiatrique.
- ❖ **Les majeurs protégés** : sur les 33 livrets d'accueil reçus, la moitié comporte des informations sur les principales règles relatives à la protection juridique des majeurs protégés et sur les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques
- ❖ **Les patients en fin de vie** : très peu de livrets d'accueil (5) mentionnent l'existence d'un service de soins palliatifs

❖ **Les personnes en situation sociale difficile** : 7 établissements du secteur public proposent les services d'une assistante sociale.

❖ **Les personnes handicapées**, et notamment les malades ayant des troubles psychiatriques

2.1.2 Les conditions d'accueil et de prise en charge

A) Les conditions générales

En règle générale les livrets d'accueil abordent les informations générales permettant à l'utilisateur de se repérer pendant son séjour. Certains sont très riches en renseignements, d'autres plus modestes. Sur les 33 livrets consultés, on recense les informations suivantes :

- ↳ La situation géographique et commodités d'accès dans 21 livrets
- ↳ Le plan de l'établissement dans 25 livrets
- ↳ Les formalités administratives d'admission dans 31 livrets
- ↳ La possibilité et les conditions d'hébergement des proches dans 13 livrets
- ↳ Les prestations hôtelières et différents services apportés à l'utilisateur (courrier, téléphone, télévision, coiffeur,...) dans 32 livrets
- ↳ Les dispositions relatives au dépôt d'argent et de valeur dans 30 livrets
- ↳ L'explication de la tarification appliquée dans l'établissement dans 26 livrets
- ↳ L'énoncé des différentes catégories professionnelles exerçant dans l'établissement dans 30 livrets
- ↳ Les horaires de visite et repas dans 31 livrets

Préconisation de la Conférence :

Diffusion par le biais de l'ARH du livret élaboré par le Ministère de la Santé relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

Mise en œuvre par les établissements de santé de l'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé afin d'harmoniser les informations fournies aux usagers

B) Le respect des croyances et des convictions de la personne hospitalisée
Concernant les croyances, le patient est renseigné dans tous les livrets d'accueil (sauf un) sur l'activité des différents cultes et la possibilité de rencontrer le représentant de chaque culte.

C) Les personnes ne parlant pas le français

Très peu de livrets d'accueil (7) mentionnent la possibilité de rencontrer un interprète.

Préconisation de la Conférence :

Réaliser un annuaire regroupant les coordonnées de tous les interprètes de la région Champagne Ardenne.

D) Les personnes non voyantes, mal voyantes ou ne maîtrisant pas la lecture
Aucun établissement n'a prévu de documents spécifiques pour ces catégories de personnes. Seul un établissement dispose de la charte du patient hospitalisé en braille.

Préconisations de la Conférence :

Edition, pour chaque établissement de santé, d'un à deux exemplaires, de la charte du patient hospitalisé en braille ou d'un livret type, par l'intermédiaire de la DRDASS qui dispose d'une imprimante permettant la transcription

Elaboration d'un annuaire des interprètes des langues des signes

Création d'un support audio visuel du livret d'accueil

2.2 Droit des malades

2.2.1 La prise en charge de la douleur

De nombreux livrets (28) ont intégré la plaquette relative à la douleur, éditée par le précédent ministère de l'Emploi et de la Solidarité ou aborde la question.

2.2.2 Les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont définis par la loi n°9477 du 9 juin 1999 comme des « soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils

visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Les soins palliatifs concernent des personnes malades, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge.

Cinq livrets d'accueil traitent des soins palliatifs, quatre dans la Marne et un dans les Ardennes. Pourtant la région est dotée de huit Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), localisées de la manière suivante :

Dans le département de la Marne :

- ↳ CHU de Reims
- ↳ Institut Jean Godinot à Reims
- ↳ CH de Châlons en Champagne

Dans le département des Ardennes : CH de Charleville Mézières

Dans le département de l'Aube :

- ↳ CH de Troyes
- ↳ CH de Romilly sur Seine/Sézanne

Dans le département de la Haute-Marne :

- ↳ CH de Saint Dizier
- ↳ CH de Chaumont

La Région dispose également d'une Unité de Soins Palliatifs (USP) de 5 lits dans l'Aube au CH de Romilly sur Seine. Cette unité a pour vocation d'accueillir les patients présentant une pathologie dont les symptômes sont trop lourds ou trop complexes pour être gérés dans de bonnes conditions à domicile ou dans un service hospitalier classique. Les patients sont admis sur des critères médicaux (technicité spécifique), géographiques, éthiques et sociaux.

Par ailleurs la Croix Rouge Française à Reims, la Mutualité Française des Ardennes à Charleville Mézières, et la Mutualité de l'Aube à Troyes offrent aux usagers une prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD).

L'HAD est une structure polyvalente qui concerne les disciplines Médecine-Chirurgie-Obstétrique mais qui connaît un recrutement très fort en soins palliatifs. Le SROS Champagne Ardenne souligne toutefois une méconnaissance de la nature de cette activité qui engendre la réticence des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers.

Enfin chaque département dispose d'au moins une association de bénévoles d'accompagnement affiliée à la Fédération JALMALV.

Préconisation de la Conférence :

Inviter les établissements de santé disposant d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs à diffuser l'information sur l'existence de cette équipe au travers de leur livret d'accueil.

Inviter les établissements de santé à diffuser l'information au travers de leur livret d'accueil sur l'existence des équipes mobiles et de l'unité de soins palliatifs ainsi que sur les associations de bénévoles existantes dans leur département.

Inviter les établissements de santé à travailler avec le réseau régional de soins palliatifs en cours de mise en œuvre.

2.3 Droit au consentement

La loi « Léonetti » du 22 avril 2005 précise les droits des malades en fin de vie. Elle s'inscrit dans la lignée de la loi du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades, qui prévoit le respect de la volonté du patient dûment informé des conséquences de ses choix. Cette loi prévoit également la désignation de la personne de confiance.

2.3.1 La personne de confiance et les directives anticipées:

La loi du 4 mars 2002 donne au patient par le biais de l'article L 1111-6 du CSP la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette personne de confiance peut avoir un rôle d'accompagnement auprès du patient dans les démarches, mais aussi assister aux entretiens médicaux en vue d'aider le patient à la prise de décision. En outre, cette personne de confiance est consultée par le corps médical lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

La manière dont est délivrée dans les livrets d'accueil des établissements de santé l'information relative à la personne de confiance est importante.

Ainsi, 25 % des livrets (7 sur 28) ne contiennent aucune information relative à la personne de confiance.

Environ 75% (21 sur 28) des livrets d'accueil intègrent donc une information précise concernant la personne de confiance. Mais,

- moins de 20% annexent aux livrets un formulaire de désignation
- moins de 25% précisent les modalités pratiques de désignation de la personne de confiance (précision de désignation par écrit)

De même, la loi prévoit que les établissements de santé doivent informer par le biais des livrets d'accueil ou l'affichage de la charte l'utilisateur de la possibilité qui lui est offerte d'énoncer des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté sur les souhaits relatives à sa fin de vie (et conditions de limitation ou arrêts de traitement).

A ce jour, aucun livret ne délivre d'information sur les possibilités offertes aux personnes majeures de rédiger des directives anticipées.

2.3.2 Le refus de soins et la procédure collégiale

La loi du 22 avril 2005 vient limiter « l'acharnement thérapeutique ». Elle vise à sauvegarder la dignité de la personne et le respect par l'équipe médicale des volontés du patient sur sa fin de vie par le biais des directives anticipées ou du principe de la collégialité.

En 2007, aucun livret ne délivre une information relative à l'application de la procédure collégiale lorsqu'un médecin décide de limiter ou arrêter le traitement d'un patient.

Préconisation de la Conférence :

Inviter les établissements de santé à actualiser leur livret d'accueil afin d'intégrer les droits induits par la loi « Léonetti ».

Inviter les établissements à réaliser une information sur la loi du 22 avril 2005 afin d'améliorer la connaissance des usagers comme des professionnels de santé.

Améliorer la coordination entre les établissements de santé et les professionnels de santé de la médecine de ville afin de développer la communication et l'utilisation des prises en charge à domicile (HAD).

2.4 Droit au secret médical

La majorité des livrets d'accueil (28) informent les patients du traitement informatique de certaines données les concernant.

2.5 Droit d'accès à l'information et aux informations personnelles

Le droit à l'information de l'utilisateur concerne la possibilité pour chaque personne d'être informés sur son état de santé, mais également sur des droits d'accès à l'information, à être informés sur les risques, sur les procédures pour le respect des bonnes pratiques professionnels.

Le droit d'accès aux informations personnelles passe prioritairement par l'accès au dossier médical et par l'analyse des dispositifs existant sur l'accès aux informations. Ce droit est instauré par l'article L 1111-7 du CSP.

2.5.1 Protocole d'accès au dossier médical

Le rapport sur les droits des usagers 2006 de la CRS indiquait que 98% des 26 établissements ayant répondu à l'enquête avait un protocole pour traiter une demande d'accès au dossier médical.

Dans le cadre de l'étude du rapport 2007/2008, 7 établissements sur 35 (ayant répondu) ne disposent de protocoles d'accès.

Préconisation de la Conférence :

Inviter les établissements de santé à rédiger un protocole d'accès au dossier médical et à le diffuser aux patients par le biais du livret d'accueil ou tous moyens de communication disponible.

Soutien de l'ARH afin de diffuser un protocole type aux établissements de santé et de s'assurer de sa mise en place..

2.5.2 Accès au dossier médical et tarification

Dans le rapport des droits des usagers 2006, la conférence avait mis en évidence les différents modes de tarifications opérés par les établissements lors d'une demande de communication de pièces du dossier d'un patient. Les prix variaient entre 0,02 à 0,5€ par page. Certains établissements proposaient des versions informatiques.

La conférence avait souhaité que les établissements inscrivent dans leurs livrets d'accueil le coût de ces prestations.

Préconisation de la Conférence :

Inviter les établissements de santé à inscrire dans leur livret d'accueil le coût de prestations de copies des éléments du dossier d'un patient, coût prévu par l'arrêté du 1^{er} octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document

Soit :

- 0,18€ par page de format A4 en impression noir et blanc

- 2,75€ pour un CD

2.5.3 Les droits à l'information

A) La charte du patient hospitalisé

La charte du patient hospitalisé est présente dans tous les livrets d'accueil qui nous ont été transmis.

B) La saisine des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

Si certains établissements de santé, notamment psychiatriques, délivrent de l'information sur les CDHP, tous ne délivrent pas la même information sur la saisine de cette commission.

Pour la Marne, il a été mis en évidence une réelle évolution du nombre de saisine de la CDHP ; lié à une diffusion de l'information.

	2005	2006
Nombre total de dossiers examinés par la commission	61	187

Préconisation de la Conférence :

Inviter les CDHP de la région Champagne Ardenne à diffuser leurs rapports d'activités statistiques

Inviter la DRASS, les DDASS de la région et les CDHP à diffuser l'information sur les modalités de saisine des commissions et leurs rapports d'activité par le biais du portail internet de la DRASS.

C) Les risques sanitaires

↳ **le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales :**

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales est une instance mise en place par le décret 88-657 du 6 mai 1988 et dont les modalités de fonctionnement sont définies par les circulaires 263 du 13 octobre 1988 et 17 du 19 avril 1995. la loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998

Les livrets d'accueil (27) mentionnent bien l'existence d'un CLIN dans l'établissement, en expliquant leur composition et leur activité. Mais seulement 19 d'entre eux traitent directement des infections nosocomiales en en développant les causes, la prévention et la politique menée par l'établissement et rappellent les règles d'hygiène élémentaires et fondamentales comme le lavage des mains, la propreté des lieux et l'interdiction d'amener des animaux.

En 2006, 38,5% des établissements de santé ont fait des signalement, soit 230 signalements.

↳ **la sécurité transfusionnelle :**

Un Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) existe dans chaque établissement. Il travaille en collaboration avec un médecin régional chargé de

l'hémovigilance. Celui-ci, en lien avec l'Etablissement Français du Sang élabore un état des lieux annuels.

3 LES DROITS D'EXPRESSION

3.1 Le questionnaire de sortie

90% des établissements ayant répondu ont un questionnaire de sortie. Souvent, ce questionnaire a été intégré au sein du livret d'accueil.

L'analyse des questionnaires de sortie montre globalement que les usagers du système hospitalier sont satisfaits de leur prise en charge. Cependant, il convient de nuancer cette analyse du fait du très faible taux de retour des questionnaires.

Les thèmes de satisfaction sont la qualité des soins et la propreté et le confort des chambres seules. Les thèmes d'insatisfaction sont liés à la vétusté de certaines chambres, au bruit et au manque d'isolation acoustique des chambres.

3.2 La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en charge (CRUQC)

3.2.1 Références réglementaires

La CRUQC a été créée par la loi du 4 mars 2002 et a vu ses modalités de fonctionnement précisées par le décret du 2 mars 2005. Les dispositions réglementaires propres à cette instance sont intégrées dans le code de la santé publique à la section III du chapitre II du titre 1^{er} de la première partie au niveau des articles R.1112-79 à R.1112-94.

Cette commission est instituée au sein de chaque établissement de santé public ou privé, ainsi que dans les syndicats inter hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

3.2.2 Rôle de la CRUQC

La commission a pour but de faciliter le dialogue et de réguler les difficultés entre les professionnels de santé et les usagers. Ainsi, elle doit :

↳ **Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches**

Elle facilite les démarches des usagers et veille à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes.

A cet effet elle est destinataire de toutes les plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé ainsi que des réponses apportées. Elle peut les examiner pour s'assurer que les intéressés aient bien été informés des voies de recours et de conciliation. Elle ne traitera pas cependant celles qui font l'objet d'un recours gracieux ou juridictionnel.

↳ **Contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches**

Elle est destinataire de toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- ↳ les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement,
- ↳ une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents,
- ↳ le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes
- ↳ le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers et en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie,
- ↳ le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers.

A partir de ces informations, la commission établit un rapport comprenant :

- ↳ ses appréciations sur les pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge
- ↳ les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'instance habilitée et l'évaluation de la commission sur l'impact de leur mise en œuvre

- ↳ la formulation de ses recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Il est transmis, après avis des autres instances concernées, au conseil d'administration ou à l'organe habilité (qui délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge) ainsi qu'à l'ARH et au Conseil régional de Santé.

3.2.3 Composition de la CRUQC

Elle est composée d'un Président, le représentant légal de l'établissement, de deux médiateurs, un médecin et un non médecin et leurs suppléants désignés par le représentant légal de l'établissement et de deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre.

Il convient de noter un équilibre entre membres titulaires et membres suppléants dans la représentativité des usagers dans le secteur public. A contrario, dans le secteur privé, les représentants des usagers siègent majoritairement (65%) en tant que titulaire ; et autre caractéristique, la plupart des établissements privés éprouvent des difficultés de recrutement de représentant des usagers (Annexe 2).

En application des lois de mars 2002, d'août 2004 et de mars 2005, la représentation et l'expression des usagers ont été profondément modifiés. Aujourd'hui, les usagers sont représentés collectivement dans les instances hospitalières comme la CRUCQ ou les instances régionales de santé publique, sous réserves d'un agrément national ou régional.

D'une manière générale, les représentants titulaires et suppléants viennent de la même association. Si la nature et les origines des associations de santé et d'usagers sont très diverses, une majorité des représentants sont issus de l'UNAFAM au sein des établissements de santé publics, notamment de santé mentale, et de la Ligue contre le cancer au sein des établissements privés.

Préconisation de la Conférence :

Inviter les associations des usagers participant à la CRUCQ et aux autres instances hospitalières à déposer un dossier d'agrément régional, si l'association ne dispose pas d'un agrément national

Soutien de l'ARH afin de diffuser l'information aux établissements de santé sur les agréments.

Inviter les établissements de santé à former les représentants des usagers et les professionnels de santé aux droits des usagers

3.2.4 Information de l'utilisateur

Le patient, à son entrée dans l'établissement, doit être informé par un document des modalités d'examen des plaintes et réclamations.

Par ailleurs, le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission, l'actualise, l'affiche dans l'établissement, la transmet au directeur de l'ARH et la remet à chaque patient avec le livret d'accueil.

67% des établissements ont mis en place un règlement intérieur relatif à la CRUCQ et informent chacun avec des spécificités l'utilisateur (affichage, livret d'accueil...)

Préconisation de la Conférence :

Inviter les établissements de santé à diffuser le plus largement possible l'existence de la CRUCQ et de son règlement intérieur

Soutien de l'ARH afin de diffuser l'information aux établissements de santé.

3.2.5 Les CRUQC en Champagne Ardenne

A) L'installation des CRUQC

28 établissements sur les 51 concernés (soit 55%), ont répondu à notre demande concernant la mise en place de la CRUQC dans leur établissement et 24 rapports nous ont été transmis.

Au jour de l'enquête, tous ces établissements ont mis en place cette instance. Si la réglementation prévoyait une installation dans les six mois suivant la parution du décret, soit avant fin 2005, les établissements champardenais ont majoritairement procédé à la création en 2005 et à une mise en œuvre au cours de l'année 2006. Ceci explique le faible taux de réponse des établissements. Depuis 2005, plus de 77% des établissements de Champagne Ardenne ont mis en place leurs CRUCQ.

Les modalités de fonctionnement de la CRUCQ varient selon les établissements qui font état de 2 à 4 réunions annuelles. Il ressort de la synthèse régionale des rapports CRUCQ 2006 élaboré par l'ARH que la moyenne régionale des réunions est de 2,19 par an. (2,3 pour les établissements publics et 2 pour les établissements privés).

B) L'information de l'utilisateur sur les CRUCQ

31 livrets d'accueil, soit 94%, mentionnent l'existence de la CRUCQ et les modalités d'examen des plaintes et des réclamations. Par contre, moins de 15% des livrets intègrent la liste nominative complète de la commission, moins de 50% des livrets fournissent une part des noms et coordonnées des membres, essentiellement les représentants des usagers.

Préconisation de la Conférence :

Inviter les établissements de santé à intégrer dans leur livret d'accueil la liste nominative des membres de la CRUCQ.

C) Le respect des droits des usagers et la facilitation de leurs démarches

Au regard des rapports reçus, il ressort que les CRUCQ remplissent correctement leur rôle en la matière.

En effet, elles veillent efficacement au respect des droits des usagers par leur implication dans la prise en charge des plaintes et par la nature de leurs recommandations.

En ce qui concerne la facilitation des démarches des usagers, les 60 rendez vous avec un médiateur, pour les 12 établissements ayant renseigné cet item, prouvent l'implication de ces commissions auprès des usagers.

D) Les éléments d'information nécessaires à la rédaction du rapport de la CRUQC

↳ Aspect qualitatif des rapports

Les 28 rapports reçus ne sont pas présentés de manière uniforme et ne comportent pas tous les éléments nécessaires à notre étude, notamment en ce qui concerne l'origine ou le motif des plaintes.

Par ailleurs, 2 commissions ne respectent pas la réglementation quant à l'anonymisation des données.

Préconisations de la Conférence :

Diffuser à l'ensemble des établissements de santé champardennais le livret « rédiger le rapport annuel de la CRU – recommandations et modèle type » édité par le Ministère de la Santé.

Demander le respect absolu de l'anonymat dans les rapports.

↳ Aspect quantitatif des rapports

Les 28 rapports reçus en 2006 font apparaître un nombre annuel de plaintes allant de 3 à 124. Il apparaît que ce n'est pas forcément le plus gros établissement de la région qui enregistre le plus de plaintes, puisque le CHU de Reims fait état de 94 plaintes.

Avant de tirer des conclusions de ces chiffres, il convient de s'assurer préalablement que la comptabilisation des plaintes par les établissements s'effectue sur les mêmes critères et de rapprocher le nombre de plaintes au nombre d'entrées de l'établissement, or nous ne disposons pas des données 2006 pour les entrées.

↳ Origine des plaintes

Les rapports reçus ne sont pas assez détaillés pour nous permettre de ressortir de manière exhaustive les services principalement concernés.

En effet sur les 28 rapports, seuls 12 font état des services concernés.

On note alors que les services prioritairement touchés sont en ordre décroissant :

- Les urgences
- Les services de médecine
- La chirurgie

- Les services administratifs – la facturation

↳ Motif des plaintes

Là encore les rapports ne sont pas toujours détaillés pour nous permettre d'identifier les motifs des plaintes.

Sur les 28 rapports reçus, 20 seulement mentionnent les motifs. Les causes principales se répartissent comme suit :

- Prise en charge médicale ou qualité des soins
- Attitude des professionnels ou relations avec le personnel
- Conditions d'hébergement ou hygiène et confort des locaux

Pour 78% des établissements publics, les griefs les plus souvent signalés par les patients ou leurs familles sont principalement liés à l'accueil du service des urgences (délai ; conditions d'attente...). Pour le secteur privé, c'est la faiblesse de prise en charge de la douleur, les problèmes de facturation et des dépassements d'honoraires qui ont été cités.

Or, les recommandations formulées par les commissions ne sont pas toujours de nature à agir sur les motifs des plaintes.

Préconisations de la Conférence :

Inviter les CRUQC à formuler des recommandations visant à agir sur les motifs des plaintes

- E) Les avis et propositions des CRUQC afin d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches

Sur les 24 rapports transmis, 17 (soit 71%) formulent des recommandations mais seulement 3 rapports s'intéressent à la formation du personnel.

Les recommandations principalement formulées concernent :

- L'information des usagers sur leurs droits (47%)
- L'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des usagers (41%)
- Une meilleure exploitation des questionnaires de satisfaction (41%)
- L'amélioration de l'environnement de l'utilisateur (35%)

Selon la réglementation la commission doit évaluer l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'instance habilitée.

Cette disposition sous entend la délibération par le conseil d'administration ou l'organe habilité, au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

En Champagne Ardenne, seul un rapport prévoit cette disposition.

Préconisations de la Conférence :

Inviter les CRUQC à évaluer l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par le conseil d'administration ou l'instance habilitée.

Inviter les CRUQC à s'intéresser davantage à la formation du personnel, et notamment aux formations spécifiques sur les droits des patients et au droit à l'information des patients.

Vérifier que les conseils d'administration ou les instances habilitées délibèrent au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

3.2.6 La Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) :

A) Références réglementaires

La CRCI a été créée par la loi du 4 mars 2002. Les dispositions réglementaires propres à cette instance sont intégrées dans le code de la santé publique aux sections 2, 3 et 4 du chapitre II du titre IV de la première partie au niveau des articles L.1142-4 à L.1142-24.

Cette commission est instituée au sein de chaque établissement de santé public ou privé, ainsi que dans les syndicats inter hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

B) Rôle de la CRCI

La CRCI est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de santé mentionnés aux articles L.1142-1 et L.1142-2.

La commission siège en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et en formation de conciliation.

La commission peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal ou par les ayants droit d'une personne décédée.

L'avis de la commission est émis dans un délai de six mois à compter de sa saisine. Il est transmis à la personne qui l'a saisie, à toutes les personnes intéressées par le litige et à l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article L.1142-22 du CSP)

C) Composition de la CRCI

Elle est présidée par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, en activité ou honoraire. Elle comprend 6 représentants des personnes malades et des usagers du système de santé, 2 représentants des professionnels de santé libéraux, 1 praticien hospitalier, 1 responsable d'établissement public, 2 responsables d'établissements privés, 2 représentants de l'ONIAM, 2 représentants des entreprises régies par le code des assurances et 4 personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.

D) La CRCI en Champagne Ardenne

En Champagne Ardenne, la commission est présidée par Monsieur Thierry Bonhomme. Elle se réunit annuellement 6 à 8 fois.

Ce rapport s'est intéressé à l'activité de cette commission en 2005 et 2006.

Ainsi, la comparaison de l'activité de la CRCI 2005 et 2006 témoigne des éléments suivants :

- Une diminution de sa saisie entre 2005 et 2006 : 133 dossiers étudiés en 2005 pour 90 en 2006.
- 43 avis d'indemnisation accordés en 2005, dont 21 au titre des infections nosocomiales pour 29 avis en 2006 dont 6 concernant les infections nosocomiales.
- Des demandes de conciliation stables : 3 en 2005 et 2006.
- Des délais d'instruction des demandes considérablement réduits d'une année à l'autre. En 2005, le délai moyen était de 8,6 mois alors qu'il n'est plus que de 3,7 mois en 2006.

Constat de la Conférence :

La diminution de la saisie de la CRCI laisse penser qu'il existe une meilleure prise en charge des patients par le système de santé.

Les domaines de compétences les plus courants concernés par la saisie de la CRCI se déclinent comme suit :

Disciplines	Année 2005	Année 2006
Chirurgie orthopédique et traumatologique	16.5%	21.5%
Maladies infectieuses	15.8%	16.4%
Chirurgie générale et digestive	9.7%	8.8%
Neurologie	6.1%	7.6%
Réanimation	4.9%	3.8%
Urologie	4.9%	7.6%
Obstétrique	1.8%	10.1%

Il convient de préciser que l'année de référence s'entend du 1^{er} mai de l'année N au 30 avril de l'année N+1.

La Commission établit elle-même le constat suivant :

↳ Concernant l'analyse des demandes :

La commission note un manque de compréhension du dispositif et des dossiers incomplets malgré un formulaire précis.

Par contre elle reconnaît la très grande implication des représentants des usagers et des membres du CISS dans la constitution des dossiers.

↳ Concernant l'analyse des expertises :

La commission constate des difficultés dans le recrutement des experts.

Par contre, elle souligne le faible recours à des contre-expertises du fait de la qualité des instructions.

CONCLUSION

Le rapport sur le respect des droits des usagers 2007-2008 s'est appuyé sur un nombre de données plus important que l'année précédente. Cependant, aucun moyen supplémentaire n'a été dégagé pour la rédaction spécifique de ce rapport. Il faut également souligner que celui-ci a fait l'objet d'une discussion avec le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, afin d'harmoniser les méthodes de recueil des informations et de soutenir la mise en place des préconisations de la Conférence.

La meilleure participation des établissements de santé a permis une meilleure exploitation de l'information.

Globalement, on note que les livrets d'accueil sont généralement distribués aux patients hospitalisés. Un effort particulier est à apporter pour les mineurs, les patients en fin de vie, les patients en situation sociale difficile et les patients handicapés de façon générale.

Ainsi, la Conférence préconise de regrouper les coordonnées de tous les interprètes de la région Champagne-Ardenne, y compris pour le langage des signes, d'éditer une charte du patient hospitalisé en braille, et de réfléchir à un support audio-visuel.

Un travail spécifique sur l'information concernant les soins palliatifs doit être réalisé, non seulement au travers de l'information sur le livret d'accueil mais également en s'appuyant sur les équipes mobiles de soins palliatifs et sur les associations de bénévoles, en lien avec le réseau régional de soins palliatifs.

Les procédures de désignation de la personne de conscience et les procédures de consentement doivent être améliorées, et les livrets d'accueil des patients doivent indiquer les possibilités offertes aux personnes majeures de rédiger des directives anticipées, ce qui n'est pas le cas actuellement. De même, aucun livret ne délivre d'information relative à l'application de la procédure collégiale lorsqu'un médecin décide de limiter ou d'arrêter un traitement.

Ces points doivent non seulement faire l'objet d'une actualisation des livrets d'accueil, mais de formations spécifiques de tous les personnels.

La Conférence souhaite également une amélioration de la coordination entre les établissements et les professionnels de santé afin de développer la communication et l'utilisation des prises en charge à domicile.

L'accès au dossier médical doit faire l'objet d'un protocole validé. L'ARH s'est engagée à soutenir cette mise en place. Comme l'année précédente, la Conférence invite les établissements de santé à inscrire dans leur livret d'accueil le coût des prestations, et demande leur harmonisation selon l'arrêté du 1^{er} décembre 2001. De même, une harmonisation des droits à l'information des patients, notamment sur les modalités de saisine, doit être faite au niveau régional.

La Conférence Régionale de Santé a relevé le fait qu'un certain nombre d'associations d'usagers ne disposaient pas d'agrément national. Elle souhaite vivement que les associations d'usagers participant aux CRUQC et aux autres instances hospitalières disposent en ce cas d'un dossier d'agrément régional. Le soutien de l'ARH est sollicité pour diffuser l'information sur les agréments aux établissements de santé. Les CRUQC sont identifiées comme des structures importantes d'expression des patients. Il est souhaitable que la liste nominative des membres de la CRUQC figure dans le livret d'accueil des patients et soit régulièrement réactualisée.

Il est bien évident que le respect absolu de l'anonymat doit être respecté dans tous les rapports de CRUQC. La Conférence émet le vœu que les CRUQC formulent des recommandations visant à agir sous les motifs des plaintes formulées par les patients, et à évaluer l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par le Conseil d'Administration ou toute instance habilitée. Elle souhaite également que les CRUQC s'intéressent davantage à la formation des personnels, notamment concernant les droits des patients et leur information. La Conférence s'attachera à vérifier que les Conseils d'Administration ou instances habilitées délibèrent au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne le droit des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Elle suivra également le nombre de saisines de la CNCI, en diminution en 2008, et qui peut constituer un indicateur de qualité de la prise en charge dans le système de santé.

Le rapport 2008-2009 s'attachera à généraliser l'ensemble de la collecte d'informations à tous les établissements, à analyser plus finement les motifs de dysfonctionnement et à travailler à l'évaluation effective de la mise en place des recommandations sur le terrain.

La forme du rapport pourra évoluer afin de fournir une information analysée de façon plus pertinente et d'être à l'origine d'actions plus efficaces. Si les informations doivent être recueillies de façon systématique tous les ans, le rapport pourrait présenter une forme différente une année sur deux. Un rapport exhaustif circonstancié comparable au présent rapport pourrait alterner avec un rapport thématique, ciblé selon les priorités définies par la Conférence. Cette évolution permettrait d'une part de juger des effets des

recommandations à intervalles réguliers laissant un délai pour la mise en place des actions (tous les deux ans), d'autre part de traiter spécifiquement de sujets prioritaires pour la région de façon indépendante. Des moyens supplémentaires seraient nécessaires pour mener à bien ces travaux.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des établissements de santé ayant répondu aux demandes de la CRS

		ETABLISSEMENTS PUBLICS OU PSPH					ETABLISSEMENTS PRIVES							
		livret accueil	pports 2005	CRUQP 2006	Bilans CLIN 2005	2006	protocole accès							
		livret accueil	pports 2005	CRUQP 2006	Bilans CLIN 2005	2006	protocole accès							
A R D E N N E S	CH Charleville Mézières	x	x	x	x	x	x	Polyclinique du Parc	x	x	x	x	x	x
	CH de Sedan	x			x	x	x	Clinique du Dr l'Hoste	x	x	x	x	x	x
	GHSA (Rethel/Vouziers)	x	x		x	x	x							
	HL de Nouzonville	x												
	HL de Fumay	x		x		x	x							
	CHS Béclair				x	x								
	UGE CAM	x	x	x	x	x	x							
A U B E	CH de Troyes	x	x	x	x	x	x	Clinique de Champagne		x	x			
	CH de Romilly sur sur Seine	x		x	x	x	x	Polyclinique des Ursulines						
	HL de Bar sur Seine							Polyclinique Pays de Seine				x	x	
	HL de Bar sur Aube	x		x		x		Polyclinique Montier la Celle						
	HL de Nogent sur Seine			x				Ctre rééducation Asclépiade						
	CHS de Brienne le Château							Ctre rééducation Pasteur	x		x		x	
M A R N E	CHU de Reims	x		x	x	x	x	Polyclinique Dr Priollet	x		x	x	x	x
	CH Châlons en Champagne	x	x	x	x		x	Polyclinique Courlancy	x		x	x	x	
	CH d'Epemay	x	x	x	x	x	x	Polyclinique Bleuets/St André						
	CH de Vitry	x		x	x	x	x	Clinique Saint Vincent	x		x	x	x	x
	CH de Sezanne	x		x		x	x	Clinique la Renaissance						
	CH de Ste Menehould	x		x	x	x	x	Maison de santé à Merfy						
	EPSDM	x				x	x							
	HL de Fismes													
	HL de Montmirail	x					x							
	Institut Jean Godinot	x	x	x	x	x	x							
Résidence J. d'Orbais			x	x	x									
Foyer l'Amitié	x													
EHSSR Ste Marthe	x		x	x	x	x								
H T E M A R N E	CH de Chaumont	x		x	x	x	x	Clinique de la Compassion	x		x	x	x	
	CH de Saint Dizier	x			x	x	x	Centre Médico-chirurgical	x	x	x	x	x	x
	CH de Langres	x			x	x	x	Clinique François 1er	x	x	x	x	x	x
	HL de Montier en Der				x	x								
	HL de Joinville	x				x	x							
	HL de Bourbonne les Bains	x	x	x	x	x	x							
	HL de Wassy	x			x	x	x							
	CHHM de Saint Dizier	x		x	x	x								

Annexe 2 : Liste des associations représentatives des usagers au sein des instances hospitalières

**LISTE NON EXHAUSTIVE DES ASSOCIATIONS SIEGEANT DANS LES INSTANCES
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Etablissements de Santé	Associations représentatives dans les instances
CH de Charleville	Union fédérale des consommateurs - Que Choisir Croix Rouge Française Ligue contre le cancer
CHS Béclair	Union fédérale des consommateurs - Que Choisir UNAFAM Les alcooliques anonymes
CH de Sedan	Mutualité des Ardennes Union fédérale des consommateurs Que Choisir ADMR des Ardennes
GHSA	ADMR (Aide à domicile en milieu rural) Association Prélude (aide aux toxicomanes) Association des usagers du CH de Rethel
HL de Fumay	UDAF Croix Rouge Française Union fédérale des consommateurs Que Choisir
HL de Nouzonville	Ligue contre le cancer Mutualité Française des Ardennes
CH de Troyes	UDAF Comité départemental de lutte contre le cancer VMEH (Visites des malades dans les établissements hospitaliers)
CHS de Brienne	UNAFAM APEI de l'Aube

HL Bar sur Aube	VMEH (Visites des malades dans les établissements hospitaliers) Croix Rouge Française
HL Bar sur Seine	VMEH (Visites des malades dans les établissements hospitaliers) Croix Rouge Française FDAFR (Fédération départementale des ass. familiales rurales)
CH de Chaumont	Secours catholique -Délégation régionale ADAPAH (Ass.d'aide aux personnes âgées et handicapées) Ligue contre le cancer
CH de Saint Dizier	Ass. ADOT 52 ASSOCIATION ACCUEIL DES SANS LOGIS (ALSO) Ligue contre le cancer
CHHM	Ligue contre le cancer ADAPAH (Ass.d'aide aux personnes âgées et handicapées) UNAFAM
CH de Langres	Ligue contre le cancer Croix Rouge Française ASS. HT MARNAISE POUR L'AIDE FAMILIALE
HL de Joinville	UDAF Ligue contre le cancer
HL de Montier en Der	FDAFR (Fédération départementale des ass. familiales rurales) Croix Rouge Française Ass. Départemental d'aide ax personnes âgées et handicapées (adapah)
HL de Bourbonne les Bains	Ligue contre le cancer
HL de Wassy	FDAFR (Fédération départementale des ass. familiales rurales) Comité départemental de lutte contre le cancer Ligue contre le cancer

CHRU de Reims	AVMEH (Visites des malades dans les établissements hospitaliers) CISS Champagne-Ardenne
CH d'Epernay	AVMEH (Visites des malades dans les établissements hospitaliers) UDAF
CH de Châlons en Champagne	ADAPEI (Ass. départementale de parents et amis d'enfants) CODES 51 Croix Rouge Française
CH de Ste Ménéhould	ADMR (Aide à domicile en milieu rural) Association des familles
CH de Vitry le François	Association départementale de l'aide aux parents et amis de personnes handicapées AVMEH (Visites des malades dans les établissements hospitaliers)
HL de Montmirail	VMEH (Visites des malades dans les établissements hospitaliers)
HL de Fismes	Fédération départementale d'aide à domicile en milieu rural Association Fismoise d'aide ménagère
Foyer l'Amitié	UNAFAM
EPSDM	UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades mentaux) ADAPEI (Ass. départementale de parents et amis d'enfants inadaptés)
GHAM	en cours de nomination