



Respect des droits des usagers du système de santé

Rapport annuel 2013
Données 2012

Mars 2014

Sommaire

Préambule	2
<u>A/ Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</u>	4
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.	4
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.	4
3. Droit au respect de la dignité de la personne. - Promouvoir la bientraitance.	21
4. Droit au respect de la dignité de la personne. - Prendre en charge la douleur.....	22
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.	23
6. Droit à l'information. - Permettre l'accès au dossier médical.	24
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.	27
8. Droits des personnes détenues. - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.....	28
9. Santé mentale. - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	29
<u>B/ Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</u>	30
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.....	30
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.	32
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	33
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.	34
<u>C/ Conforter la représentation des usagers du système de santé.....</u>	35
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.....	35
<u>D/ Renforcer la démocratie sanitaire</u>	36
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.	36
Recommandations	37
Annexes	

Préambule

Ce rapport sur le droit des usagers est le cinquième élaboré pour la région Haute-Normandie en application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Il a été réalisé dans le cadre des organisations et instances définies par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi HPST) du 21 juillet 2009.

Cette loi confère aux Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) la mission de procéder chaque année à « l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge » (art. L 1432-4, Code de la Santé Publique - CSP).

Le décret du 31 mars 2010 relatif à la Conférence Régionale Santé et de l'Autonomie (CRSA) précise que « ce rapport est établi selon un cahier des charges fixé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie » (art. D. 1432-42 CSP).

Il est préparé par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA. (Composition en annexe 1)

L'arrêté ministériel du 5 avril 2012 (annexe 2) a fixé le cahier des charges des rapports à établir par les CRSA en reprenant les 4 orientations et 15 objectifs suivants :

A/ 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.

B/ 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.

C/ Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

D/ 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 territoires.

L'arrêté précise en outre que ce rapport est établi à partir des données collectées et consolidées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), la CRSA étant uniquement chargée de leur analyse.

Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région. Ce rapport, portant sur les données de l'année précédente (ici 2012), est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la Conférence Nationale de Santé.

La présente contribution de la commission spécialisée de la CRSA de Haute-Normandie, afin de répondre au mieux aux objectifs du cahier des charges, a été élaborée à l'aide des données mises à disposition par l'ARS.

Malgré une réorganisation interne à l'ARS pour leur recueil, de nombreuses données restent « inaccessibles », on est loin de l'open data notamment dans le domaine de l'assurance maladie.

Il faudra pour l'avenir que la future Loi de santé publique donne à cette CSDU plus de poids dans la gouvernance de la Démocratie sanitaire. Les recommandations des rapports Couty et Compagnon ainsi que celles de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat le laissent espérer.

Ce nouveau rapport marque cependant un progrès sur le précédent, une première enquête sur le secteur médico-social y figure concernant le fonctionnement des Conseils de la Vie Sociale (CVS).

Ce document ne répond donc, encore que partiellement aux légitimes exigences du Législateur et aux besoins de notre région.

La mise en œuvre des nouveaux moyens par le Directeur Général de l'ARS ne saurait compenser les difficultés d'obtention des données existantes auprès des différentes sources extérieures.

Espérons que la nouvelle CRSA aura, de par la Loi, les moyens de ses espérances !

Dr Yvon GRAÏC
Président de la CSDU
CRSA de Haute-Normandie

A / 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.)

Secteurs Ambulatoire/Sanitaire/Médico-social

Indicateurs

Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.)

- Couverture des formations :
 - par professions de santé ;
 - par couverture géographique
- Nombre de formations proposées et réalisées
- Nombre de personnes formées

Sources d'informations existantes

- Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC)
- Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
- 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
- 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

Les données ne peuvent être recensées. Il n'existe pas de centralisation des données de formation.

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

- Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation
- Taux de réponses apportées aux réclamations et plaintes

Sources d'information existantes

- Conseils des ordres des professionnels de santé, URPS

Secteur Médico-social

Indicateurs

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 membres des CVS ;
- Nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées

Sources d'informations existantes

- 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

Secteur Sanitaire

Indicateurs

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 CRUQPC 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

Sources d'information existantes

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)

Le traitement des réclamations et signalements parvenus à l'ARS

Le pôle inspection-contrôle centralise les réclamations d'usagers et les signalements d'évènements indésirables qui sont relatifs à la qualité des soins ; ces affaires sont examinées dans le cadre d'une commission mensuelle des réclamations et signalements associant notamment les Conseils généraux. Le pôle santé-environnement centralise les réclamations relatives à l'habitat ou au bruit.

L'activité de traitement des réclamations et signalements 2012 par type d'établissements, services ou lieux concernés	Nombre d'affaires traitées
Etablissements et services pour personnes handicapées	95
Etablissements et services pour personnes âgées	172
Etablissements et services de santé	112
Entreprises de transport sanitaire	10
Soins de ville et/ou exercice illégal d'une profession réglementée	13
Sous total réclamations et signalements relatifs à la qualité de l'offre de soins	402
Habitat indigne et/ou bruit	210 (habitat) + 43 (bruit)
TOTAL	655

Toute réclamation et tout signalement parvenus à l'ARS font l'objet d'une réponse.

Rapports de certification HAS: absence de réserve ou de recommandation sur ce critère pour les établissements de santé haut-normands.

a- Secteur sanitaire : résultats de l'enquête CRUQPC 2012

2.1 Informations générales

Nombre d'établissements répondant au questionnaire

Statuts	2012 renseignés/ sollicités	Taux de réponse 2012	2011 Renseignés/ sollicités	% réponses 2011	2010 Renseignés/ sollicités	200 % réponses
Total	48/65*	74%	51/61	84 %	64/69	92,3%

On a un taux moyen de retour de 74%.

*S'y ajoutent 5 réponses au format papier non traitées lors du dépouillement (taux de réponse : 81%).

2.2 Installation et activité de la CRUQPC

2.2.1 Nombre de représentants d'usagers (RU) au sein des CRUQPC

Nombre de représentants des usagers siégeant dans la CRUQPC (titulaires et suppléants)	Nombre d'établissements en 2010	Nombre d'établissements en 2011	Nombre d'établissements en 2012
4 (= tous les sièges sont pourvus)	20	20	19
3 sièges (sur 4) sont pourvus	11	12	12
2 sièges sont pourvus	22	13	19
1 siège est pourvu	9	10	11
tous les sièges sont vacants	1	0	3
total	63	55	64

Comme il est prévu dans l'article R. 1112-83 issu du décret 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la CRUQPC, le directeur de l'ARS désigne pour une durée de 3 ans deux représentants des usagers et leurs suppléants. Ceux-ci sont proposés par une association agréée en application de l'article L. 1114-1. Ces données sont issues des sources ARS.

Motifs de non désignation des RU

Motifs	2011	2012
Recherche effectuée sans succès	13	11
Représentants pas encore désignés	6	3
Recherche non effectuée	2	2
Autre	8	3
Non renseigné	22	30

Tous les postes théoriques ne sont donc pas pourvus.

Suite à ce constat, la commission a décidé, en 2012, de permettre la consultation du tableau des effectifs sur le site de l'ARS à disposition des établissements et des associations agréées. L'ARS veille en collaboration avec le CISS HN à ce que l'ensemble des postes soit pourvu.

Tous les établissements n'ont pas sollicité l'ARS. Le CISS a toujours trouvé une solution quand il a été sollicité.

2.3 Fonctionnement de la CRUQPC

2.3.1. Nombre de réunions de CRUQPC/an

L'article R. 1112-8 du Code de la Santé Publique fixe à une réunion par trimestre au moins soit quatre réunions par an.

Nb de réunion par an	Pas de réponse	0	1	2	3	4 et +	Nombre de réunion médian
2011	0	0	12	10	11	11	?
2012	6	2	7	6	9	20	3

La moitié des établissements ne se réunissant qu'1 à 2 fois par an, cela rend difficile une réelle participation des représentants des usagers pour aider à l'amélioration de la qualité au sein des établissements.

L'analyse des réponses témoigne d'une activité de la plupart des commissions, néanmoins des difficultés peuvent exister pour les établissements de plus petite taille pour faire fonctionner leur commission au rythme imposé par la législation.

Les équipes fonctionnent en effectif réduit et chacun est renseigné régulièrement des problématiques ; c'est pourquoi, il peut paraître difficile aux établissements d'alimenter un ordre du jour dont chacun des membres porterait un intérêt.

On note une augmentation du nombre de réunions.

2.3.3 Les principaux points relevés dans les ordres du jour de l'année :

Thèmes	Nombre de fois où le thème a été évoqué en 2011	Nombre de fois où le thème a été évoqué en 2012
<i>Etude des plaintes et réclamations</i>	115	152
<i>Mesure de la satisfaction des patients</i>	103	114
<i>Démarche qualité</i>	100	134
<i>Information des patients</i>	76	94
<i>Point sur les dossiers contentieux</i>	75	96
<i>Accès au dossier médical</i>	74	97
<i>Fonctionnement de la CRUQPC</i>	51	72
<i>Rapport des médiateurs</i>	43	53
<i>Directive fin de vie</i>	15	24

Les principaux points à l'ordre du jour sont : l'étude des plaintes et réclamations, la mesure de la satisfaction des patients, la démarche qualité. On note une augmentation des nombres de points abordés. Globalement l'ensemble des CRUQPC a un rôle accru.

2.3.4. Taux moyen de participation des membres de la CRUQPC

2010	2011	2012
86 %	84.8%	84,0%

Sur les 48 établissements déclarants et sur l'ensemble des réunions CRUQPC de l'année, on enregistre un taux stable de participation des membres.

2.4 Statut des représentants d'usagers (RU)

Actions à destination des RU	OUI	NON	Sans réponse	TOTAL	% oui en 2012	%oui en 2011
Informations relatives au statut des RU	44	4	0	48	91,6%	84.3
Versement d'indemnités de congés de représentation	1	47	0	48	2%	5.9
Remboursement des frais de déplacement	24	24	0	48	50%	39.2
Formations						
Prise en charge des frais de formation des RU	16	32	0	48	50%	17.6
Information des RU sur l'existence de formations spécifiques à destination des RU	43	5	0	48	89,5%	37.3

Les établissements indiquent qu'ils informent les représentants des usagers sur leurs droits. Malgré ces informations, *très peu de demandes sont effectuées par les RU.*

La formation spécifique à destination des représentants des usagers est majoritairement dispensée par le CISSHN. Toutefois elle doit être proposée par les établissements à tous les membres des CRUQPC.

-Le remboursement des frais de déplacement

On note une légère augmentation (+9%) des établissements qui ont déclaré avoir remboursé les frais de déplacement des représentants d'usagers, par rapport à l'année dernière. Dans une majorité des cas, la courte distance entre le domicile et l'établissement de l'intéressé ne justifie pas un remboursement.

Les établissements informent leurs représentants de cette possibilité qui leur est offerte, soit directement, soit par l'inscription d'une clause dans le règlement intérieur.

- Indemnités des congés de représentation

Seuls 3 établissements publics ont indemnisé leurs représentants des usagers au titre du congé de représentation. Pour rappel, il s'agit d'une indemnité permettant de compenser une perte de salaire directement liée aux fonctions de membre d'une instance hospitalière. Une partie des établissements indique que les représentants des usagers sont retraités.

2.5 Formation des représentants des usagers en 2012

La formation est gratuite pour tous les représentants des usagers. Seul le repas est payant pour les membres d'associations non adhérentes au CISS-HN. Les frais peuvent être remboursés par l'association d'origine du représentant, ou par l'établissement dans lequel il siège, ou encore par le CISS (pour les RU d'associations adhérentes au CISS). Pour faciliter sa demande de remboursement, une « attestation de participation à un stage de formation » est remise à chaque participant à la fin de la journée.

Tout représentant des usagers peut se former :

- à Paris : des sessions de formation, des journées d'échange et des séminaires sont régulièrement organisés par le CISS national.
- en région : parce qu'il est bien difficile de libérer du temps pour se former, et qu'il est souvent difficile de se déplacer à Paris, les formations des représentants des usagers se développent dans les régions.

En 2012, le CISS-Haute-Normandie s'était fixé pour objectif d'organiser 4 formations à l'attention des représentants des usagers.

Thématiques	Date	Nombre de participants	Type de participants	Lieu
Représenter les usagers : l'essentiel	21/03/2012	17	RU de toutes les instances en établissements de santé	Centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel, Rouen
Analyser les plaintes et réclamations en CRUQPC	25/06/2012	16	RU de toutes les instances en établissements de santé	
Connaître et travailler avec le médico-social	26/09/2012	9	Représentants en CRSA et/ou CT	
Le rapport annuel de la CRUQPC : y participer, l'exploiter	19/11/2012	14	RU de toutes les instances en établissements de santé	

Remarque : le calendrier des formations proposées est disponible sur le site Internet du CISS (<http://www.leciss.org/se-former/quoi-se-former>).

Les participants aux formations et leur regard

	2011	2012
Nombre de formations	2	4
Nombre de participants	36	56 (dont un professionnel de santé en observation)
Ce qui représente	36 individus différents	41 individus différents
Nombre moyen de participants par formation	18	14

À noter que le nombre moyen de participants a baissé entre 2011 et 2012. En 2011, le CISSHN proposait pour la première fois des formations en région. Le besoin de formations était fort et concret. En 2012, la volonté du CISS-HN était de diminuer le nombre de participants afin de permettre des échanges plus nombreux et plus enrichissants entre le formateur et les participants. Les sessions de formation ont donc gagné en termes de qualité et de partage d'expériences.

En 2012 :

... personnes	ont suivi ...
31	1 formation
6	2 formations
3	3 formations
1	4 formations

À la fin de chaque formation, une fiche d'évaluation est remise aux participants (modèle du CISS national). Après la saisie des 49 réponses (sur 56 participants), les résultats suivants ont été obtenus (chiffres en %) :

	++	+	-	--
Apports de la formation pour votre efficacité propre				
J'ai enrichi mes connaissances	69,4	30,6		
J'ai acquis des connaissances utiles dans mes fonctions	69,4	28,6	2	
Le contenu de la formation était adapté à mes besoins	61,2	36,7	2	
Approche pédagogique et animation propre				
L'animateur a pris en compte mes attentes	77,6	20,4	2	
La méthode de formation était efficace	75,5	22,5	2	
Les relations dans le groupe, et entre le groupe et l'animateur, étaient de qualité	85,7	12,2	2	
Les supports et documents remis sont utiles	79,6	20,4		
Organisation et accompagnement				
J'ai reçu suffisamment d'information avant la formation	40,8	53,1	4,1	2
La durée de la formation convenait par rapport à son contenu	59,2	40,8		
L'organisation (matériel pédagogique, date, lieu...) était bonne	67,3	32,7		

2.6 Les relations avec les usagers

2.6.1 Espace réservé aux usagers

Existence d'un espace dédié aux usagers et/ou à leurs représentants ?

Oui à 33.3%

Existence d'une "maison des usagers" ?

Oui à 14,5% (soit 7 établissements).

Avez-vous le projet d'en créer une ?

	Effectifs
Oui	4
non	39
Pas de réponse	5
total	48

2.6.2 Personne Chargée des Relations avec les Usagers (PCRU)

Une Personne Chargée des Relations avec les Usagers (PCRU) a-t-elle été désignée ?
Oui à 89,5% (43 établissements sur 48).

Combien d'équivalent temps plein ETP :

Les résultats ne sont pas exploitables.

Est-elle facilement identifiable par les usagers ?

libellé	oui	non	Sans réponse	total	% oui en 2011	% oui en 2012
Elle apparaît dans l'organigramme	26	19	3	48	45.1	54%
Elle apparaît dans le livret d'accueil	30	15	3	48	47.1	62%
Sa fonction et ses coordonnées sont affichées dans les services	25	20	3	48	51%	52%

Il est indispensable que les établissements mentionnent dans l'organigramme, dans le livret d'accueil et dans les services les coordonnées de la PCRU.

2.7 La gestion des plaintes

2.7.1 Les plaintes

La définition ci-dessous est extraite du guide des « plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers » proposé par le ministère de la santé de la jeunesse et des sports :

« Quel est le champ couvert par les « plaintes » et les « réclamations » ? »

Généralement, les « plaintes » et les « réclamations » se limitent à ce qui est exprimé dans les courriers reçus par l'établissement. Le champ retenu ici est bien plus large. Seront considérées dans ce document comme « plaintes » et « réclamations », **toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil.** À savoir : les plaintes (à l'exclusion des plaintes à caractère gracieux et juridictionnel¹; les lettres de doléances ; les appels téléphoniques, visites, courriers électroniques ; les supports permettant une expression libre des usagers (enquêtes satisfaction, questionnaires de sortie etc.). Ils sont considérés comme des plaintes ou des réclamations, dès lors que ce support est utilisé comme tel par les usagers. En outre, il conviendra de prendre également en considération les témoignages de satisfaction et les commentaires élogieux afin d'identifier ce qui est ressenti positivement par les usagers et de le valoriser ».

2.7.2 Les motifs de plaintes :

Problèmes de prise en charge : attente importante au bloc ou aux urgences, contestation/erreur de diagnostic, difficultés relationnelles patient/professionnel de santé, manque de communication, mauvaise prise en charge de la douleur, incident thérapeutique, complication.

Les réclamations résultent, dans la majorité des cas, d'un défaut de communication dans la relation soignant/soigné. Après un entretien avec un médiateur médical ou non, la majorité de ces réclamations/plaintes ne donne pas lieu à suite.

Vie quotidienne : problème d'ordre administratif (erreur de facturation de frais d'hospitalisation ou incompréhension de ces frais, dépassement d'honoraires), restauration (quantité insuffisante, trop chaud/froid, horaire des repas...), hôtellerie (vétusté des locaux, nuisances sonores, service de télécommunication absent...), nuisances sonores, vols/pertes d'objets pendant les transferts...

¹ Les plaintes et les réclamations qui revêtent un caractère gracieux sont celles dont l'objet est susceptible d'être porté devant les tribunaux (demande indemnitaire ou demande d'annulation d'un acte illégal). Les plaintes et les réclamations qui revêtent un caractère juridictionnel sont celles qui ne peuvent être tranchées que par le juge ou bien celles qui sont déjà en instance devant le juge.)

2.7.3 Le recensement des plaintes par les établissements

	Oui	Non	Oui% 2012	Oui% 2011
Le recensement des plaintes orales est-il organisé	46	2	95%	88.2
Existe-t-il un protocole de traitement des réclamations	46	2	95%	86.4

Nombre de plaintes dans l'année : **1 682** (1 675 en 2011)

Nombre de contentieux en cours : **105 contentieux sont survenus en 2012 contre 89 en 2011.**

2.7.4 Nombre de demandes formulées devant la CRCI (source CRCI Haute-Normandie)

	2010	% 2010	2011	% 2011	2012
Avis positif d'indemnisation	20	26.7	28	24.1	53
Dossiers rejetés sans expertise	37	49.3	31	26.7	32
Avis négatif d'indemnisation	18	24	57	49.1	53
Nombre de demandes d'indemnisation	75	100%	116	100%	84 (?)

41 demandes d'indemnisations supplémentaires sur l'année 2011 ont été faites.

Le % d'avis positifs d'indemnisation varie peu.

2.7.5 Origine des plaintes et réclamations

Nombre de plaintes écrites (courrier, mail, fax, ...) : 1 274 (954 en 2011)

Nombre de plaintes orales (y compris par téléphone) : 443 (411 en 2011)

Nombre de plaintes proposées à la médiation : 474 (310 en 2011)

2.7.6 Répartition des plaintes et réclamations par service :

	Nombre de plaintes en 2011	Nombre de plaintes en 2012
Chirurgie	324	231
Urgences (dont SAMU et SMUR)	250	308
SSR	214	139
Médecine	212	225
Psychiatrie	117	160
Hôtellerie, restauration	71	117
Obstétrique	66	57
Administration	60	163
Pédiatrie	53	42
SLD	43	60
Imagerie	41	29
Consultations	36	30
Réanimation	34	21
Service ambulatoire	24	20
Biologie	23	0
Hospitalisation à domicile	20	6
Autre	19	100
total	1 607	1 708

On observe une augmentation notable des plaintes aux urgences et en psychiatrie. La commission s'interroge sur les 100 plaintes « autre ».

2.7.7 La médiation – les médiateurs

	Part des établissements ayant désigné un médiateur
Médiateur médical	58%
Médiateur non médical	56%

Médiation proposée :	Nombre de médiations en 2011	Nombre de médiations en 2012
A la demande du plaignant	26	38
Si le patient n'est pas satisfait de la réponse apportée	25	37
Selon le degré de gravité, le motif de la réclamation	23	36
A la demande du directeur	23	37
Lorsqu'il s'agit de réclamation à caractère médical ou paramédical	22	30
Dans le courrier lors de la réponse écrite	21	28
Oralement lors d'un entretien	21	30
Quand la CRUQPC est saisie directement	19	26
Après analyse des faits en CRUQPC, décision collégiale de ses membres	19	28
A la demande du médiateur	14	26
Non concernés en 2012	14	13
Systématique, à la réception de la plainte	10	13
Autres	73	3
Total	310	345

On constate qu'un grand nombre d'établissements a proposé une médiation en 2012.

Le rapport de médiation est-il présenté à la CRUQPC ?

	Effectifs	Pourcentage
Systématiquement	37	78%
Occasionnellement	3	6%
Jamais	7	16%
TOTAL	47	100%

Est-il envoyé au plaignant ?

	Effectifs	Pourcentage
Systématiquement	32	68%
Occasionnellement	9	19%
Jamais	6	13%
TOTAL	47	100%

Tous les rapports de médiation doivent être présentés à la CRUQPC et envoyés aux plaignants.

2.7.8 Répartition des plaintes et réclamations par motif et modalité de résolution

Administration	Nb de demandes reçues	Nb de demandes classées sans suite	Nb de médiations	Nb d'actions correctives
Accueil / administration	32	3	0	10
Attente	41	2	7	7
Dépassement d'honoraires	28	2	0	28
Facturation	167	11	9	94
TOTAL	268	18	16	139

Déroulement du séjour	Demandes reçues	Demandes classées sans suite	Nb de médiations	Nb d'actions correctives
Accès au dossier médical	626	0	4	4
Vols, pertes d'objets ou de vêtements	280	24	3	46
Mécontentement hôtellerie restauration	131	9	8	60
Autres items	111	5	1	47
Orientation après la prise en charge dans l'établissement	10	0	1	3
Respect de la dignité de la personne hospitalisée	29	0	4	2
Relations avec les autres patients	27	0	6	13
TOTAL	1 214	38	27	175

Le nombre de demandes reçues concerne principalement : l'accès au dossier médical (36.5%), les vols/pertes d'objets ou de vêtements (28.6%), le mécontentement hôtellerie restauration (12.8%). A noter l'absence d'actions correctives dans un grand nombre de cas. Il existe beaucoup de plaintes sur les suivis d'hospitalisation, s'agit-il des difficultés des retours à domicile ? On constate peu d'évolution entre 2011 et 2012.

Prise en charge médicale globale	Demandes reçues	Demandes classées sans suite	Nb de médiations	Nb d'actions correctives
Divergence sur les actes médicaux	160	3	68	44
Communication de l'information médicale	132	3	42	52
Relations avec le médecin	222	13	45	87
Contestation du diagnostic médical	125	4	23	14
Refus d'admission et refus de soins	21	1	5	6
Secret médical confidentialité	10	0	0	4
Infections liées aux soins	24	1	5	10
Communication de l'information sur les droits	7	1	0	3
Non recueil du consentement	3	0	0	1
S/Total	704	26	188	221

Prise en charge paramédicale globale				
Relations avec le personnel soignant	149	5	18	63
Divergence sur les actes paramédicaux	68	0	18	23
Prise en charge de la douleur	69	3	24	10
Coordination interne dans la chaîne de soins	90	1	16	18
Coordination externe dans la chaîne de soins pré et post hospitalisation	30	0	0	10
Relation avec le personnel non soignant	34	0	1	10
Prise en compte du handicap	7	4	0	2
Non respect des directives de fin de vie	9	0	1	1
S/Total	456	13	78	137
TOTAL	1 160	39	266	358

2.8 Satisfaction du patient

2.8.1 Questionnaire de sortie

Protocole de remise du questionnaire de sortie

libellé	Oui	Non	Sans réponse	% Oui en 2012	% Oui en 2011
Systématique pour chaque entrée	40	8	0	83%	76.5
A l'entrée avec le livret d'accueil	35	11	2	72%	76.5
Disponible dans tous les services	35	11	2	72%	68.6
Distribué au moment de la sortie	13	34	1	27%	27.5
Procédure d'aide pour remplir le questionnaire	18	30	0	37%	39.2

Taux de retour des questionnaires de sortie

	2010	2011	2012
Taux de retour des questionnaires %	30.5	48.5	28%
Nbre établissements déclarants	58	43	40

Moyenne des taux de satisfaction exprimée en %

Taux de satisfaction sur la prestation médicale : 84% (91% en 2011)

Taux de satisfaction sur la prestation paramédicale : 83% (88% en 2011)

Taux de satisfaction sur la prestation administrative : 82% (84.2% en 2011)

Taux de satisfaction sur la prestation hôtelière : 76% (82.9% en 2011)

2.8.2 Enquêtes de satisfaction

Enquête questionnaire papier : 13 521 personnes enquêtées

Moyenne des taux de satisfaction exprimée en %

Taux de satisfaction sur la prestation médicale : 86% (86.7% en 2011)

Taux de satisfaction sur la prestation paramédicale : 88% (92% en 2011)

Taux de satisfaction sur la prestation administrative : 87 % (91.2% en 2011)

Taux de satisfaction sur la prestation hôtelière : 83% (88.5% en 2011)

Enquête téléphonique

Peu d'établissements (6%) indiquent qu'ils utilisent l'enquête SAPHORA. Il s'agit, pour une période donnée de réaliser une enquête téléphonique auprès des patients dont la date de sortie est <15j.

L'utilisation de SAPHORA va avoir un caractère obligatoire.

Eloges : les messages de satisfaction reçus par courrier s'élèvent à **2 854** et par enquête à **2 680**.

Dès 2014, tous les établissements de santé MCO vont recueillir annuellement l'indicateur de mesure de satisfaction des patients hospitalisés I-satis. Les résultats seront disponibles en novembre 2014 sur le site Scope-santé.

2.9 Politique liée à la qualité de la prise en charge

2.9.1 Avis de la CRUQPC

+++ très satisfaisant, ++ satisfaisant, + peu satisfaisant, - pas satisfaisant, 0 pas de réponse

En nombre d'éts	+++	++	+	-	0
Globalement, les pratiques de l'établissement en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge	17	25	0	0	6
Le respect du droit à l'information sur les droits	17	23	0	0	8
Le respect du droit à l'information médicale	12	30	1	0	5
L'expression du consentement éclairé	10	29	4	0	5
Le droit d'accès au dossier médical	28	13	2	0	5
Les mesures prises pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge	12	30	1	0	5

Le taux de non réponse est important. La commission rappelle que la CRUQPC doit être associée à l'élaboration du rapport.

2.9.2 Certification

Nombre de réserves ou recommandations relatives aux droits des usagers :

- Dialogue avec le patient et son entourage : 15 (38 en 2011)
- Recherche de la satisfaction des patients : 5 (1 en 2011)
- Confidentialité des informations relatives au patient : 0 (0 en 2011)
- Accès au dossier médical : 1 (0 en 2011)

Quelles sont les actions conduites pour suivre ces réserves ou recommandations ?

- Respect de l'intimité : 8 établissements
- Respect de la confidentialité : 7 établissements
- Accès sécurité du dossier patient : 7 établissements

Les usagers sont-ils associés aux actions conduites ?

Oui à 50% (contre 21% en 2011). Les usagers semblent mieux associés aux actions conduites.

2.9.3 Démarche qualité

Libellé	% Oui en 2011	% oui en 2012
L'établissement présente-t-il aux RU le suivi annuel de la réalisation des programmes du projet d'établissement ?	52.9	75%
La CRUQPC est-elle informée du nombre et de la nature des événements indésirables graves ou non, ainsi que ceux des infections nosocomiales ?	60.8	79%
La CRUQPC est-elle informée des programmes d'actions dans les domaines des événements indésirables graves, et des infections nosocomiales, et des résultats obtenus ?	68.6	75%
La CRUQPC reçoit-elle à minima copie de toute procédure interne visant au respect des droits des patients et à la qualité de leur prise en charge ?	51	54%

On constate une nette amélioration. La CRUQPC semble plus impliquée dans la démarche qualité des établissements.

2.9.4 Approbation du rapport annuel CRUQPC

Le rapport est approuvé :

- par la CRUQPC dans 81% des établissements (66.7% en 2011)
- par les RU dans 79% des établissements (56.9% en 2011)
- par la CME dans 56% des établissements (37.3% en 2011)
- par le Conseil de Surveillance ou instances de direction dans 68 % des établissements (47.1% en 2011).

On constate également une nette amélioration.

b. Secteur médico-social : résultats de l'enquête Fonctionnement des conseils de vie sociale (CVS)

Enquête réalisée du 18/09/13 au 8/11/13

184 réponses (321 questionnaires envoyés), soit un taux de réponse de 57%. Il s'agit de la 1^{re} enquête de ce type, il n'y a donc pas de comparaison possible. Le questionnaire sera retravaillé en 2014.

Rappel de la réglementation: L'article D311-3 du code de l'action sociale et des familles précise que le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail. Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.

1. Le CVS :

- Est en place et opérationnel (réunions régulières) dans 89% des établissements répondants
- Est en place mais n'est pas opérationnel dans 4% des établissements
- N'est pas mis en place dans 7% des établissements

2. Qui est membre du CVS ?

Nombre de membres du CVS dans chaque catégorie	Personnes accueillies	Représentants légaux	Représentants des familles	Représentants des personnels de direction	Représentants du personnel salarié	représentants de l'organisme gestionnaire
1	22 établissements	13	34	97	97	101
2	40	8	58	28	42	14
3 ou plus	60	11	44	8	17	7

3. Un règlement intérieur est établi ?

144 CVS ont un règlement intérieur, soit 84% des CVS.

4. Qui préside le CVS ? Qui est vice-président (ou président suppléant) du CVS ?

	président		vice-président	
	Nombre d'êts	%	Nombre d'êts	%
Personne accueillie	89	53	71	53
Représentant du personnel	2	1	3	2
Représentant des familles	42	25	35	26
Représentant de la direction	15	9	9	7
Représentant légal des personnes accueillies	14	9	12	9
Représentant de l'organisme gestionnaire	4	3	4	3
Total	166	100%	134	100%

La commission indique qu'il n'est pas souhaitable que le directeur ou le personnel président le CVS.

5. Quelle est la fréquence des réunions ?

	Nombre d'êts	%
Absence de réunion de 1 à 2 fois par an	26	16
	132	80
de 3 à 4 fois par an	5	3
plus de 4 fois par an	165	100%
total		

6. Parmi les membres du CVS, qui participe à l'élaboration de l'ordre du jour ?

	personnes accueillies		représentants légaux		Représentants des familles		Représentants des personnels de direction		Représentants du personnel salarié		Représentants de l'organisme gestionnaire 55%	
Jamais	11	10%	33	45%	26	22%	6	4%	32	28%	57	22%
Parfois	27	24%	21	28%	36	29%	17	12%	44	39%	23	8%
Souvent	21	20%	5	7%	18	15%	25	17%	18	16%	8	15%
toujours	50	46%	15	20%	42	34%	99	67%	19	17%	15	15%
Total	109	100%	74	100%	122	100%	147	100%	113	100%	103	100%

7. Le CVS a-t-il donné son avis ou fait des propositions sur ?

	Le CVS a donné son avis sur ce thème dans l'année écoulée (en nombre d'êts)
Organisation intérieure de l'établissement ou service	76
Vie quotidienne de l'établissement ou service	4
Animation socio-culturelle	60
Services thérapeutiques	156
Projets de travaux	67
Projets d'équipements	66
Nature et prix des services rendus	41
Affectation des locaux collectifs	39
Entretien des locaux	60
Animation de la vie institutionnelle	82
Mesures prises pour favoriser les relations entre les personnes accueillies	67
Modifications des conditions d'accompagnement	48
Horaires d'ouverture et de fermeture hebdomadaires	19
Planning annuel d'ouverture de l'établissement	21

8. Lorsque le CVS a été amené à s'exprimer sur ces questions, ses avis ou propositions ont-ils été retenus par la direction de l'établissement ou du service :

	Jamais		Parfois		Souvent		Toujours	
Organisation intérieure de l'établissement ou service	1	0,5%	40	27%	81	56%	26	17,5%
Vie quotidienne de l'établissement ou service	0	0	33	21,5%	83	53,5%	39	25%
Animation socio-culturelle	3	2%	19	13%	77	52%	48	33%
Services thérapeutiques	32	27%	41	35%	34	30%	11	9%
Projets de travaux	10	7%	45	31%	70	49%	18	13%
Projets d'équipements	5	3%	48	33%	78	56%	12	8%
Nature et prix des services rendus	45	40%	24	22%	26	23%	16	15%
Affectation des locaux collectifs	30	26%	31	27%	40	35%	14	12%
Entretien des locaux	12	9%	32	25%	55	42%	31	24%
Animation de la vie institutionnelle	1	0,5%	28	19,5%	71	48%	48	32%
Mesures prises pour favoriser les relations entre les personnes accueillies	10	7%	24	18%	63	47%	38	28%
Modifications des conditions d'accompagnement	20	17%	39	33%	49	41%	11	9%
Horaires d'ouverture et de fermeture hebdomadaires	50	49%	20	20%	22	21%	10	10%
Planning annuel d'ouverture de l'établissement	54	55%	16	16%	16	16%	12	13%

9. Parmi ces différentes expressions, diriez-vous que :

	Jamais		Parfois		Souvent		Toujours	
L'animation du CVS permet une expression réelle des personnes accueillies	3	2%	33	21%	47	30%	74	47%
L'animation du CVS permet une expression réelle des représentants légaux	25	19%	20	15%	28	21%	62	46%
L'animation du CVS permet une expression réelle des familles	5	3%	24	15%	44	28%	83	53%
Les compliments, suggestions ou plaintes émanant des personnes accueillies sont recueillis	2	1%	5	3%	16	10%	136	86%
Les compliments, suggestions ou plaintes émanant des représentants légaux sont recueillis	17	12%	11	8%	11	8%	100	72%
Les compliments, suggestions ou plaintes émanant des familles sont recueillis	4	3%	12	8%	15	10%	126	80%
La participation des personnes accueillies à la vie de l'établissement est favorisée	1	1%	7	5%	30	19%	117	75%
La participation des représentants légaux à la vie de l'établissement est favorisée	17	12%	21	15%	29	21%	73	52%
La participation des familles à la vie de l'établissement est favorisée	4	3%	20	13%	47	30%	85	54%
Une analyse en équipe de l'expression des personnes accueillies dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies est effectuée	62	32%	21	11%	51	26%	62	32%
Une analyse en équipe de l'expression des représentants légaux dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies est effectuée	38	29%	20	15%	40	30%	35	26%
Une analyse en équipe de l'expression des familles dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies est effectuée	22	14%	32	21%	50	32%	51	33%
L'impact du CVS sur les changements introduits dans l'établissement est évalué	46	30%	55	36%	32	21%	21	14%
Les personnes qui sont dans l'incapacité de s'exprimer sont sollicitées par d'autres moyens	12	8%	55	37%	39	26%	44	29%

10. En termes de concertation entre les personnes accueillies, l'entourage et leurs représentants:

	Jamais		Parfois		Souvent		Toujours	
Est-ce que les représentants en CVS associent à l'élaboration de l'ordre du jour des CVS les personnes accueillies	23	15%	42	27%	22	14%	66	43%
Est-ce que les représentants en CVS associent à l'élaboration de l'ordre du jour des CVS les représentants légaux	50	38%	42	32%	12	9%	28	21%
Est-ce que les représentants en CVS associent à l'élaboration de l'ordre du jour des CVS les familles	35	23%	54	35%	25	16%	40	26%
Est-ce que les représentants organisent des réunions préparatoires aux CVS pour les personnes accueillies	58	38%	25	16%	20	13%	50	33%
Est-ce que les représentants organisent des réunions préparatoires aux CVS pour les représentants légaux	111	85%	13	10%	0	0%	6	5%
Est-ce que les représentants organisent des réunions préparatoires aux CVS pour les familles	112	74%	27	18%	7	5%	5	3%
Les personnes accueillies sont-elles destinataires d'un compte-rendu écrit ou oral de chaque CVS ?	16	10%	5	3%	6	4%	127	82%
Les représentants légaux sont-ils destinataires d'un compte-rendu écrit ou oral de chaque CVS ?	31	23%	11	8%	3	2%	92	67%
Les familles sont-elles destinataires d'un compte-rendu écrit ou oral de chaque CVS ?	34	22%	15	10%	6	4%	99	64%
Les représentants rendent compte de leur mandat auprès des personnes accueillies	45	30%	40	26%	24	16%	42	28%
Les représentants rendent compte de leur mandat auprès des représentants légaux	79	60%	26	20%	10	8%	17	13%
Les représentants rendent compte de leur mandat auprès des familles	60	41%	46	31%	16	11%	26	18%

11. Qualité de la personne qui a rempli l'enquête:

- Une personne accueillie dans 6 établissements (4%)
- Un représentant du personnel dans 7 établissements (5%)
- Un représentant des familles dans 6 établissements (4%)
- Un représentant de la direction dans 120 établissements (84%)
- Un représentant de l'organisme gestionnaire dans 4 établissements (3%)

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance
Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes

Sources d'information existantes

Conseils des ordres des professionnels de santé

Secteur Sanitaire

Indicateurs

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)

Sources d'information existantes

Rapports des CRUQPC
Rapport de certification HAS — référence 10A
Orientations stratégiques des établissements de santé

Secteur médico-social

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

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 »

Rapports de certification HAS: 5 recommandations sur ce critère pour 3 établissements de santé.

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

Nombre de formations à la prise en charge de la douleur

Sources d'information existantes

Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC)
Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers

Secteur Sanitaire

Indicateurs

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

Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)

Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)

Sources d'informations existantes

Rapport de certification HAS
Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA)
Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD)
Rapports des CRUQPC

Secteur Médico-social

Indicateurs

Pourcentage de conventions ayant un axe «douleur» dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé

Sources d'informations existantes

Rapports d'évaluation interne des ESMS
Projet d'établissement ou de service
Conventions conclues avec les établissements de santé

6 établissements de santé organisent une consultation de lutte contre la douleur chronique :

- le CHU de Rouen, également organisé en centre de lutte contre la douleur chronique
- le CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil
- le CRLCC
- le GHH
- le CH Eure Seine
- le CH de Dieppe

Les données de formation ne peuvent être recensées. Il n'existe pas de centralisation des ces données.

Les rapports d'évaluation interne des ESMS sont adressés à l'ARS qui adresse ensuite un avis à l'établissement

Rapports de certification HAS: 4 réserves et 22 recommandations sur ce critère pour 16 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.

Secteur Ambulatoire :

Indicateurs

Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)

Sources d'informations existantes

Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC)
Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers

Secteur Médico-social :

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

Projet d'établissement et de service
Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux
Rapports des CVS
Contrat de séjour

Secteur Sanitaire

Indicateurs

Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées
Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe

Sources d'informations existantes

Rapport de certification HAS
Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA)
Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD)
Rapports des CRUQPC

Secteur ambulatoire : Nombre de formations à la fin de vie en ambulatoire : cette donnée n'est pas disponible. Les données de formations ne peuvent être recensées car il n'existe pas de centralisation des ces données.

Secteur médico-social : Les projets d'établissements ne peuvent être exploités facilement.

Secteur sanitaire :

Rapports de certification HAS: 2 réserves et 18 recommandations sur ce critère pour 12 établissements de santé.

5.1.1 Informations

- des médecins et des soignants sur la directive de fin de vie ?

Oui à 75% (64.7% en 2011)

- aux autres personnels :

Oui à 54% (51% en 2011)

5.1.2 Supports utilisés (en %) :

-Distributions de documents : 58

-Réunions: 60

-Actions de formation : 54

-Affichage dans l'unité : 22

-Affichage dans l'établissement : 25

-Autres : 37

Une procédure est-elle mise en place pour recueillir l'identité de la personne de confiance ?

Oui à 93% (contre 86.7% en 2011).

Une procédure est-elle mise en place pour recueillir l'existence des directives anticipées ? Oui à

54% (39.23% en 2011).

L'information aux médecins et personnel soignant devrait être systématique dans les établissements concernés pour permettre le respect des directives de fin de vie lors de la prise en charge des patients. Il y a une amélioration par rapport à 2011 pour le recueil de l'identité de la personne de confiance et des directives anticipées. Cependant, près de la moitié des établissements n'ont pas encore mis en place le recueil des directives anticipées (loi Leonetti).

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical
Taux de réponses apportées aux réclamations et plaintes

Sources d'informations existantes

Projet médical des maisons, pôles et centres
Ordres professionnels
ARS

Secteur Médico-social

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

ARS
Remontées d'informations issues des personnes qualifiées

Secteur Sanitaire

Indicateurs

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)

Sources d'informations existantes

Rapport de certification HAS — critère 14b — PEP
Rapports des CRUQPC
Questionnaire SAPHORA

Secteur Sanitaire :

Rapports de certification HAS: absence de réserve ou de recommandation sur ce critère pour les établissements de santé haut-normands.

Résultats de l'enquête CRUQPC 2012

6.1 Délivrance des informations aux usagers sur leurs droits

libellé	% de Oui en 2011	% de oui en 2012
Existence d'un protocole de diffusion de l'information sur leurs droits aux usagers	62.7	58
Evaluez-vous la mise en œuvre de ce protocole	25.5	33

Un protocole de diffusion de l'information sur les droits des usagers est mis en place. Toutefois peu d'établissements l'évaluent.

6.2 Délivrance de l'information médicale au patient et recueil de son consentement

Existe-il une organisation sur :

libellé	% de Oui en 2011	% de oui en 2012
La délivrance des informations médicales aux patients et à leurs proches	86.3	95
L'annonce du diagnostic	66.7	79
Le recueil du consentement	68.6	93
Le recueil de l'identité de la personne de confiance	47.1	100

Des progrès ont été effectués pour la mise en place de procédures concernant les différentes annonces et recueils.

Par quels moyens sont conduites les actions de formation et d'information auprès des professionnels de santé sur le droit d'accès à l'information médicale ?

libellé	% de oui
Réunions	77
Distribution de documents	72
Actions de formations	64
Autre, internet, voie numérique...	41

Les distributions de documents et les réunions sont les moyens les plus utilisés.

6.3 Droit à l'information en général

libellé	% OUI En 2011	% oui en 2012
L'information sur les recours possibles, dont médiation, est affichée	64.7	66
La composition de la CRUQPC et l'identification de ses membres sont communiquées au malade	82.4	95
Les usagers peuvent identifier et contacter les représentants des usagers	80.4	89
Les personnels peuvent identifier et contacter les représentants des usagers	80.4	93
Le professionnel remettant le livret d'accueil au malade est identifié par le malade	86.3	91
Les malades peuvent identifier les médiateurs	72.5	72
Les personnels connaissent les médiateurs par le système d'information de l'établissement (répertoire, affichage, intranet)	82.4	93

Le droit d'accès à l'information des patients est bien respecté par la grande majorité des établissements déclarants. De plus 27.5% d'entre eux réalisent des actions sur le thème de l'accès à l'information et 35.3% engagent des actions correctives à ce thème.

Des marges de progrès sont possibles notamment sur l'affichage et la formation des personnels d'accueil.

6.4 Dossier médical

6.4.1 Dossier médical du patient (différent du DMP)

libellé	% de OUI en 2011	% de OUI en 2012
Un dossier médical commun est-il utilisé dans l'établissement ?	78.4	79
Peut-il être partagé avec d'autres établissements ou des professionnels en ville ?	19.6	14
Le patient est-il informé de ce partage?	35.3	35
Son accord a-t-il été sollicité ?	25.4	25
La CRUQPC est-elle informée des procédures prévues pour garantir la confidentialité des données dans la gestion informatisée des dossiers patients ?	33.3	43

Il s'avère que 79% des établissements utilisent un dossier médical commun partagé. Toutefois peu d'établissements indiquent qu'il peut être partagé avec d'autres établissements ou des professionnels.

6.4.2 Demandes d'accès au dossier médical

Les demandes peuvent être effectuées par le patient, le médecin traitant, parfois les ayants droits.

Les motifs déclarés de la demande sont divers :

- déménagement,
- décès,
- expertise médicale de l'assurance,
- deuxième avis médical,
- changement d'établissement du médecin.

Nombre de demandes reçues : 4 212 (2 618 en 2011)

Du patient lui-même : 3 123 (1 986 en 2011)

De ses ayants droits ou d'un tiers habilité : 1 089 (632 en 2011)

Nombre de demandes traitées : 2 415 (2 223 en 2011)

Provenant du patient lui-même : 1 727 (1 648 en 2011)

Provenant de ses ayants droit ou d'un tiers habilité : 688 (575 en 2011)

Demandes rejetées : 42

Demandes rejetées pour vice de forme : 231

Modalités pour demander le dossier médical :

Nb de demandes par LRAR : 316

Sous une autre forme : 1 502

Nombre de demandes ne remplissant pas les conditions exigées, (pour vice de forme par exemple) : 231 soit 5% du nombre de demandes reçues.

Modalités de traitement des demandes

libellé	% de OUI
Envoi d'un courrier avec (AR) précisant la procédure et confirmant la demande	62
Possibilité de consultation du dossier sur place	97
Possibilité de consultation du dossier en présence d'un médecin à la demande de l'utilisateur	97

La grande majorité des établissements indique qu'il est possible de consulter le dossier médical sur place et aussi en présence d'un médecin à la demande de l'utilisateur.

Le délai de délivrance des dossiers médicaux au demandeur est fixé selon le Code de la Santé Publique². Le délai de communication est **au plus de huit jours** suivant la demande lorsque le dossier date de **moins de cinq ans** et de **deux mois** lorsque les informations médicales datent de **plus de cinq ans**.

Les dossiers inférieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de **12 jours** (11 jours en 2011)

Les dossiers supérieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de **18 jours** (23 jours en 2011)

79% des établissements indiquent que la copie du dossier médical n'est pas gratuite.

Les délais moyens légaux sont respectés.

² Arrêté du 5 mars 2004

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

Indicateurs

Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation

Sources d'information existantes

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

Indicateurs

Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)

Sources d'informations existantes

Etablissements de santé

Etablissements pénitentiaires

L'indicateur demandé n'est pas disponible.

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

Indicateurs

Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes
Proportion de rapports transmis à l'ARS

Sources d'information existantes

ARS
Rapport annuel des CDSP

Les 2 commissions fonctionnent ; les rapports sont réalisés par l'ARS et transmis au ministère.

B/ Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

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

Indicateurs

- 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

Sources d'informations existantes

CPAM - Ameli-direct.fr
Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

10.1 Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire

territoire	spécialité	total	part de l'offre en secteur 1
DIEPPE	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE	5	100%
DIEPPE	CHIRURGIE GENERALE	1	0%
DIEPPE	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	1	0%
DIEPPE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE	7	29%
DIEPPE	CHIRURGIE UROLOGIQUE	2	0%
DIEPPE	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	1	0%
DIEPPE	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	3	100%
DIEPPE	GYNECOLOGIE MEDICALE	1	100%
DIEPPE	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	6	83%
DIEPPE	OPHTAMOLOGIE	9	89%
DIEPPE	OTO RHINO LARYNGOLOGISTE	3	67%
DIEPPE	PNEUMOLOGIE	2	100%
DIEPPE	PSYCHIATRIE GENERALE	2	50%
DIEPPE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	9	100%
DIEPPE	RHUMATOLOGIE	2	50%
DIEPPE	OMNIPRATICIEN	138	93%
TOTAL		213	87%
EVREUX	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE	13	69%
EVREUX	CHIRURGIE GENERALE	4	25%
EVREUX	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE	7	0%
EVREUX	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQL	3	33%
EVREUX	CHIRURGIE UROLOGIQUE	4	0%
EVREUX	CHIRURGIE VASCULAIRE	2	0%
EVREUX	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	1	0%
EVREUX	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	10	40%
EVREUX	GYNECOLOGIE MEDICALE	5	80%
EVREUX	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	12	42%
EVREUX	OPHTAMOLOGIE	25	44%
EVREUX	OTO RHINO LARYNGOLOGISTE	11	27%
EVREUX	PNEUMOLOGIE	2	50%
EVREUX	PSYCHIATRIE GENERALE	13	54%
EVREUX	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	22	73%
EVREUX	OMNIPRATICIEN	290	89%
TOTAL		490	75%
LE HAVRE	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE	24	46%
LE HAVRE	CHIRURGIE GENERALE	8	25%
LE HAVRE	CHIRURGIE INFANTILE	4	25%
LE HAVRE	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	2	0%
LE HAVRE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE	17	53%
LE HAVRE	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQL	4	25%
LE HAVRE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	2	100%
LE HAVRE	CHIRURGIE UROLOGIQUE	8	13%
LE HAVRE	CHIRURGIE VASCULAIRE	1	100%
LE HAVRE	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	2	0%
LE HAVRE	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	11	91%
LE HAVRE	GYNECOLOGIE MEDICALE	9	67%
LE HAVRE	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	19	53%
LE HAVRE	OPHTAMOLOGIE	34	59%
LE HAVRE	OTO RHINO LARYNGOLOGISTE	17	47%
LE HAVRE	PNEUMOLOGIE	4	50%
LE HAVRE	PSYCHIATRIE GENERALE	20	90%
LE HAVRE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	33	100%
LE HAVRE	RHUMATOLOGIE	12	67%
LE HAVRE	OMNIPRATICIEN	378	95%
TOTAL		709	82%
ROUEN	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE	39	56%
ROUEN	CHIRURGIE GENERALE	18	28%
ROUEN	CHIRURGIE INFANTILE	5	80%
ROUEN	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	1	100%
ROUEN	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	3	0%
ROUEN	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE	25	12%
ROUEN	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQL	7	0%
ROUEN	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	2	0%
ROUEN	CHIRURGIE UROLOGIQUE	10	10%
ROUEN	CHIRURGIE VASCULAIRE	5	0%
ROUEN	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	7	14%
ROUEN	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	24	83%
ROUEN	GYNECOLOGIE MEDICALE	37	65%
ROUEN	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	23	48%
ROUEN	OPHTAMOLOGIE	54	59%
ROUEN	OTO RHINO LARYNGOLOGISTE	28	61%
ROUEN	PNEUMOLOGIE	16	88%
ROUEN	PSYCHIATRIE DE L ENFANT ET DE L ADOLESCENT	1	100%
ROUEN	PSYCHIATRIE GENERALE	46	74%
ROUEN	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	62	100%
ROUEN	RHUMATOLOGIE	22	41%
ROUEN	OMNIPRATICIEN	794	96%
TOTAL		1404	83%

10.2 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

En Haute-Normandie, en 2012, 10,5% de la population vit dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale. Cela classe la région au 19^{ème} rang.

10.3. Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins

Il n'existe pas d'enquête permettant de mesurer la satisfaction des usagers à la permanence des soins.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins.

Indicateurs

Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME

Sources d'information existantes

CPAM

Conseils des ordres des professionnels santé

12. Assurer l'accès aux structures de prévention.

Indicateurs

- 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

Sources d'informations existantes

- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

-Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans : 31,9% (32,2% en 2011)

-Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : 59% (58,7% en 2011)

-Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : données 2012 non disponibles
En 2011 : 89,9%.

-Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle : non disponible dans le CPOM

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

Indicateurs

-Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)

-Ecart intra régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)

-Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique

Sources d'informations existantes

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

-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)

3 CLS ont été signés en 2012 sur les territoires suivants :

-la communauté d'agglomération Seine Eure

-Saint Etienne du Rouvray

-la communauté d'agglomération du Havre

-Ecart intra régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)

-Personnes âgées : 6,1% (0,8% en 2011)

-Personnes handicapées : 5,7% (4,4% en 2011)

L'indicateur est un écart type relatif qui mesure les disparités sur le territoire ; il doit être orienté à la baisse.

-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 : en 2012, 210 signalements reçus et 95 visites réalisées ayant débouché sur 35 arrêtés préfectoraux.

C/ Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Indicateurs

- Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)
- Dispositif d'information sur ces formations

Sources d'informations existantes

- ARS
- Collectifs inter associatif sur la santé (CISS) national et régionaux
- Autres organismes de formation

3 formations réalisées par le CISS en 2012 soit 56 personnes formées.
Cf le point 2.5

D/ 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.

Indicateurs

- 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

Sources d'informations existantes

ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire en 2012

CRSA et commissions spécialisées	Nb de réunions	Nb de RU convoqués	Nb de RU présents	% de participation en 2012
Commission permanente	10	40	24	60%
Plénière	2	32	27	84%
CS médico-social	1	6	2	33%
CS droits des usagers	4	24	14	58
CS prévention	2	12	5	42%
CS organisation des soins	3	12	11	92%
Conférences de territoire	9	60	50	83%
Total	31	162	119	73%

Synthèse des recommandations

Rapport 2011 (données 2010)

Recommandations

- Former les représentants d'usagers et le personnel à l'importance de l'information du patient afin de réduire les plaintes et demandes de dossiers médicaux ;
- Mettre en place un protocole de recueil des plaintes et réclamations clair afin d'améliorer la prise en charge qualitative de celles-ci ;
- Sensibiliser le personnel sur l'importance du questionnaire de satisfaction (ou de sortie) et développer des protocoles de collecte et d'analyse des questionnaires à la sortie de la personne.
- Systématiser l'intervention du médiateur lorsqu'une réclamation ou une plainte est enregistrée et formaliser un processus standardisé de transmission sur la suite du dossier et le présenter en CRUQPC.
- Afficher dans les services les procédures de plaintes pour que le personnel puisse informer rapidement le patient ;
- Afficher dans l'établissement toute l'information et utiliser tous les moyens disponibles ;
- Veiller à ce que le nombre minimum de représentants d'usagers soient présents au sein des CRUQPC ;
- Actualiser le livret d'accueil conformément à la réglementation en vigueur.
- **Les trois premières recommandations sont les trois points pour lesquels la commission spécialisée du droit des usagers souhaitait améliorer le fonctionnement dans les établissements de la région Haute-Normandie.**

Rapport 2012 (données 2011)

Il convient de poursuivre les recommandations effectuées en 2011

En les complétant

- CRUQPC : Respecter le nombre de réunions et toute la réglementation prévue dans les textes.

La moitié des établissements ne se réunissent qu'1 à 2 fois par an, 60% ont une composition non conforme ce qui rend difficile une réelle participation des représentants des usagers pour aider à l'amélioration de la qualité au sein des établissements.

Tous les rapports de médiation doivent être présentés à la CRUQPC et envoyés aux plaignants.

- Rendre identifiable la PCRU (Personne Chargée des Relations avec les Usagers) facilement identifiable par les usagers.

En effet, moins de la moitié des établissements indique qu'elle apparaît dans l'organigramme ou le livret d'accueil.

- Améliorer la communication dans les relations soignant/soigné.

En effet la majorité de ces réclamations/plaintes sont abandonnées après un entretien avec un médiateur (médical ou non).

- Rendre systématique la formation des médecins et personnels soignants pour permettre le respect des directives de fin de vie (Loi Leonetti).

- Rétablir une direction de la Démocratie sanitaire au sein de l'ARS qui doit être l'interlocuteur unique notamment des usagers et leurs représentants, la CSDU...

Pacte de confiance pour l'hôpital 4 mars 2013
Rapport E Couty

Renforcer le rôle des patients à l'hôpital

« Il est temps que l'hôpital accorde plus de place aux patients pour adapter la politique d'accueil ou les dispositifs concernant la qualité des soins. »

La participation des usagers à la décision dans les établissements de santé est un acquis législatif et réglementaire, depuis les ordonnances de 1996 et **la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002**.

Le regard porté par les usagers est un moteur puissant pour une évolution de notre système de santé.

La participation des usagers est désormais une réalité, dans le cadre notamment des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Pour autant, la participation des usagers et de leurs représentants à la vie des établissements et à la définition des politiques territoriales **doit évoluer pour deux raisons** :

1. Les usagers ne pèsent pas suffisamment dans les décisions prises au sein des établissements
2. Les instances fonctionnent trop souvent de manière cloisonnée, les rapports de la CRUQPC ne sont pas toujours utilisés dans tous leurs aspects pour élaborer, adapter ou réorienter la politique d'accueil des patients ou les dispositifs concernant la qualité des soins

Pour parvenir à infléchir davantage les prises de décision dans une logique au service des patients, il est nécessaire de promouvoir la place des usagers dans les décisions.

La création d'un comité technique des usagers apparaît comme la solution améliorant la présence des usagers et leur permettant de participer aux décisions en meilleure connaissance de cause.

Les modalités précises de mise en œuvre de ces comités techniques des usagers devront être adaptées à la taille des établissements.

La ministre souhaite cependant aller plus loin et confier une **mission destinée à poursuivre les réflexions sur l'implication des usagers dans le fonctionnement des établissements.**



Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé

- Président : Docteur Yvon GRAIC - Vice-présidente : Mme Marie-Pierre Legros

Composition

Collège 1 : collectivités territoriales

- Madame Céline BRULIN, Conseil régional,
- Monsieur Nicolas MAYER-ROSSIGNOL, Conseil Régional

Collège 2 : Usagers de services de santé ou médico-sociaux

Associations agréées au titre de l'article L114-1 du code de la santé publique :

- Monsieur le Docteur Yvon GRAIC,
- Monsieur Arnaud de GERMINY,
- Monsieur Philippe SCHAPMAN,
- Madame Marie-Christine GROSDIDIER.

Associations de retraités et de personnes âgées :

- Monsieur Jean-Christophe HULIN,
- Monsieur Léon CURIAL,
- Monsieur Francisco GARCIA,
- Madame Christine DUBOIS.

Associations de personnes handicapées :

- Madame Danièle DELPIERRE,
- Monsieur Christian CYPRIEN,
- Madame Liliane CASSAIGNE,
- Monsieur Jean-Pierre PERSYN.

Collège 3 : Conférences de territoire

- Monsieur Pierre BARON,
- Monsieur Jean-Philippe BOURDALEIX.

Collège 4 : Partenaires sociaux

- Monsieur le Docteur Dominique RENOULT,
- Monsieur Michel WALOSKI.

Collège 5 : Acteurs de la cohésion et de la protection sociales

- Madame Ellinor GALICHON,
- Madame Brigitte DUFILS-BARNET,
- Monsieur le Docteur Christian CARTIER

Collège 6 : Acteur de la prévention et de l'éducation pour la santé

- Monsieur le Docteur Jean-Yves LARCHEVESQUE,
- Monsieur le Docteur Daniel TABERLET.

Collège 7 : Offreurs des services de santé

- Madame Marie-Pierre LEGROS,
- Monsieur Daniel BUSSY,
- Madame Muriel FLUTRE-MIDY.

Chaque membre a un ou deux suppléants qui est le même que celui désigné au sein de l'assemblée plénière.

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.

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

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

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

		Sanitaire	<p>effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :</p> <ul style="list-style-type: none"> — 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) ; <p>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS</p>	<p>Rapports CRUQPC des établissements de santé</p> <p>Enquête SAPHORA</p> <p>Rapports de certification HAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> — pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans) ; — extractions régionales <p>Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)</p>
		Médico-social	<p>Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> — 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 membres des CVS ; — nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées 	<p>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)</p> <p>Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans)</p> <p>Rapports des CVS ARS</p>
	3. Droit au respect de la	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour	Conseils des ordres des professionnels de santé

	dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance		maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS — référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiquat Evaluation interne Outil « Angélique »
	4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une 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)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé

	5. Droit au respect de la dignité de la personne. — Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS - référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour
	6. Droit à l'information. — Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	Rapport de certification HAS — critère 14b — PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés :	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités)

	handicapés en milieu ordinaire ou adapté		nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits) : — en milieu ordinaire : services de l'éducation nationale (rectorat ou académie) ; — en milieu adapté : maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

			Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<p>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)</p> <p>Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)</p> <p>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</p>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<p>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</p> <p>Nombre de formations réalisées</p> <p>Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)</p> <p>Dispositif d'information sur ces formations</p>	<p>ARS</p> <p>Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux</p> <p>Autres organismes de formation</p>
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres		Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

	acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire	
--	--	--	--	--

Fait le 5 avril 2012.

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

Pour le ministre et par délégation :

La secrétaire générale chargée des affaires sociales,

E. Wargon

Le directeur général de la santé,

J-Y. Grall

Le directeur général de l'offre de soins,

F.-X. Selleret

Le directeur de la sécurité sociale,

T. Fatome

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale,

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de la cohésion sociale,

S. Fourcade

La secrétaire générale chargée des affaires sociales,

E. Wargon

Article L6154-5

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 12](#)

"Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une **commission de l'activité libérale** est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Une commission nationale de l'activité libérale siège auprès du ministre chargé de la santé.

Les attributions, les conditions de fonctionnement et la composition de ces commissions, au sein desquelles doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé au sens de l'article [L. 1114-1](#), sont fixées par voie réglementaire.

Ces commissions peuvent, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents".

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
Haute-Normandie

ars
Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

Siège

31 rue Malouet - BP 2061 - 76 040 Rouen Cedex

Téléphone standard : 02 32 18 31 90

ars-hnormandie-democratie-sanitaire@ars.sante.fr

www.ars.haute-normandie.sante.fr