



# Rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé

Rapport 2012 – Données 2011



Préambule	2
<b><u>A/ Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</u></b>	<b>4</b>
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.	20
4. Droit au respect de la dignité de la personne. - Prendre en charge la douleur.	20
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.	21
6. Droit à l'information. - Permettre l'accès au dossier médical.	22
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.	25
8. Droits des personnes détenues. - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.	25
9. Santé mentale. - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.	25
<b><u>B/ Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</u></b>	<b>26</b>
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.	26
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.	28
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.	28
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.	29
<b><u>C/ Conforter la représentation des usagers du système de santé</u></b>	<b>30</b>
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.	
<b><u>D/ Renforcer la démocratie sanitaire</u></b>	<b>31</b>
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.	
<b>Recommandations</b>	<b>33</b>
Annexes	

## Préambule

Ce rapport sur le droit des usagers est le quatrième 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 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 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'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 2011), 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.

Nous sommes conscients des manques de ce rapport annuel dont l'intérêt est lié au renseignement le plus exhaustif possible des indicateurs proposés et leur suivi dans les temps après les demandes et recommandations et corrections suggérées.

Ce rapport marque même un recul sur le précédent, en effet aucune donnée issue du secteur médico-social n'y figure, et d'autres notamment du secteur libéral sont incomplètes. Ce document ne répond donc que trop partiellement aux légitimes exigences du Législateur et aux besoins de notre région.

Aussi, nous demandons au DGARS de bien vouloir mettre en œuvre les moyens nécessaires pour améliorer les procédures d'obtention des données existantes auprès différentes sources extérieures<sup>1</sup> comme des services de l'ARS.



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



<sup>1</sup> Arrêté du 5 avril 2012

## 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'information 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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

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

Secteurs : Ambulatoire

#### Indicateurs

-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

#### Sources d'information existantes

-Conseils des ordres des professionnels de santé URPS

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

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'information 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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

### 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)

## 2.1 Information générale

Nombre d'établissements répondants au questionnaire par statut

Statuts	2012 Renseignés/ sollicités	% réponses 2012	2011 Renseignés/ sollicités	2011 % réponses
Etablissements Publics EPS	25/31	81%	29/64	93
Etablissements de santé privés d'intérêts collectifs ESPIC	11/13	85%	12/64	92
Etablissements Privés	15/17	88 %	23/64	92
<b>Total</b>	<b>51/61</b>	<b>84 %</b>	<b>64/69</b>	<b>92,3</b>

On a un taux moyen de retour de 84% (73 % pour l'exercice 2008. 90 % pour l'année 2009, 92 % pour l'année 2010).

On observe donc une baisse de 8 points par rapport à l'année dernière. Ceci peut s'expliquer par le délai contraint demandé aux établissements.

## 2.2 Installation et activité de la CRUQPC

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

Nombre de RU dans les établissements	Nombre d'établissements en 2010	Nombre d'établissements en 2011
4	20	20
3	11	12
2	22	13
1	9	10
0	1	0
<b>total</b>	<b>63</b>	<b>55</b>

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.

**Seuls 20 établissements ont une composition de CRUQPC conforme à la réglementation.**

Au total 158 usagers siégeaient en 2010 dans les établissements (154 en 2009), en 2011, on en dénombre 164.

Le nombre théoriques de sièges de RU est de 252. (Un représentant d'utilisateur peut siéger dans la CRUQPC de plusieurs établissements).

#### Motifs de non désignation des RU

Motifs	
Recherche effectuée sans succès	13
Représentants pas encore désignés	6
Recherche non effectuée	2
Autre	8
Non renseigné	22

**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 soient pourvus.

## 2.3 Fonctionnement de la CRUQPC

### 2.3.1. Règlement intérieur

#### Existence d'un règlement intérieur de la CRUQPC : oui à 100%

L'ensemble des établissements qui ont répondu ont mentionné avoir élaboré un règlement intérieur. La majorité déclare l'avoir fait en concertation avec les représentants des usagers.

### 2.3.2. Nombre de réunion 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	1	2	3	4 et +
2011	12	10	11	11

**44 déclarants**

**La moitié des établissements 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

### 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
<i>Etude des plaintes et réclamations</i>	115
<i>Mesure de la satisfaction des patients</i>	103
<i>Démarche qualité</i>	100
<i>Information des patients</i>	76
<i>Point sur les dossiers contentieux</i>	75
<i>Accès au dossier médical</i>	74
<i>Fonctionnement de la CRUQPC</i>	51
<i>Rapport des médiateurs</i>	43
<i>Directive fin de vie</i>	15

**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**



### 2.3.4. Taux moyen de participation des membres de la CRUQPC

2010	2011
86 %	84.8%

Sur les 44 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
Informations relatives au statut des RU	43	5	3	51	84.3
Versement d'indemnités de congés de représentation	3	44	4	51	5.9
Remboursement des frais de déplacement	20	26	5	51	39.2
<b>Formations</b>					
Prise en charge des frais de formation des RU	9	40	2	51	17.6
Dispensation de formations spécifiques a destination des RU	19	32	0	51	37.3

Les établissements indiquent qu'ils informent les représentants des usagers sur leurs droits, malgré ses 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 à 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 membres

Créé en décembre 2009, ce n'est qu'en 2011 que le CISS-Haute-Normandie a mis en place ses formations destinées aux représentants des usagers.

En 2011, le CISS-Haute-Normandie a proposé aux représentants des usagers du système de santé deux sessions de formation initiale

« **Représenter les usagers en CRUQPC** » :

-Vendredi 10 juin 2011 au Centre Henri Becquerel à Rouen : 17 participants

-Lundi 17 octobre 2011 au Centre Henri Becquerel à Rouen : 19 participants

**36 participants = 36 représentants des usagers différents**

Evaluations 32/36	++	+	-	--
<b>Apports de la formation pour votre efficacité propre</b>				
J'ai enrichi mes connaissances	84,4	15,6		
J'ai acquis des connaissances utiles dans mes fonctions	87,5	12,5		
Le contenu de la formation était adapté à mes besoins	81,3	15,6	3,1	
<b>La pédagogie et l'animation</b>				
L'animateur a pris en compte mes attentes	68,8	31,3		
La méthode de formation était efficace	81,3	18,8		
Les relations dans le groupe, et entre le groupe et l'animateur, étaient de qualité	78,1	21,9		
Les supports et documents remis sont utiles	90,6	9,4		
<b>L'organisation et l'accompagnement</b>				
J'ai reçu suffisamment d'informations avant la formation	28,1	56,3	9,4	6,3
La durée de la formation convenait par rapport à son contenu	59,4	40,6		
L'organisation (matériel pédagogique, date, lieu...) était bonne	65,6	34,4		

Chiffres en %.

## 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 **35.3%**

Existence d'une "maison des usagers" ?

Oui à **9.8%** (soit 5 établissements et 45 indiquant que non et 1 non répondant). Il est à noter qu'un des 5 établissements disposant d'un espace a été labellisé en 2011. Il s'agit du CHU Hôpitaux de Rouen.

Avez-vous le projet d'en créer un(e) ?

	Effectifs
Oui	12
non	32
Pas de réponse	1
total	45

Point positif, parmi les établissements n'ayant pas de maisons des usagers, **26% d'entre eux indiquent qu'ils ont un projet de création.**

## 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 62.7%**

### Combien d'équivalent temps plein ETP :

La PCRU exerce à temps plein dans 29% des établissements et dans 11,8% des établissements la fonction est assurée à temps partiel (entre 0.5 et 0.8 ETP). 58.8% des établissements n'ont pas répondu à la question.

### Motif de non désignation de la PCRU :

Comme les années précédentes la petite taille des établissements est souvent évoquée pour expliquer l'absence de désignation de la PCRU. Les missions sont souvent assurées par un membre de la direction.

### Est-elle facilement identifiable par les usagers ?

libellé	oui	non	Sans réponse	total	% oui
Elle apparaît dans l'organigramme	23	20	8	51	45.1
Elle apparaît dans le livret d'accueil	24	14	13	51	47.1
Sa fonction et ses coordonnées sont affichées dans les services	26	19	6	51	51%

**La PCRU ne semble pas être 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.**

## 2.7 La gestion des plaintes observatoire régional 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 juridictionnel<sup>2</sup>; les lettres de doléances ; les appels téléphoniques, visites, courriers électroniques ; les supports permettant une expression libre des usagers

<sup>2</sup> 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.)

(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 donnent 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...

### 2.7.3 Le recensement des plaintes des établissements

	Oui	non	Oui%
Le recensement des plaintes orales est-il organisé	45	3	88.2
Le recensement des plaintes écrites est-il organisé	44	4	86.3
Existe-t-il un protocole de traitement des réclamations	38	3	86.4

Nombre de demandes d'accès au registre des plaintes dans l'année : **1101**.

Nombre de contentieux en cours :

**89 contentieux sont survenus en 2011 contre 64 en 2010.**

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

	2010	% 2010	2011	% 2011
Nombre de demande d'indemnisation	75	100%	116	100%
Avis positif d'indemnisation	20	26.7	28	24.1
Dossiers rejetés sans expertise	37	49.3	31	26.7
Avis négatif d'indemnisation	18	24	57	49.1

-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, ...) : 954

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

Nombre de plaintes proposées à la médiation : 310

Ensemble des plaintes écrites, orales et proposées à la médiation est de **1675**.

### 2.7.6 Répartition des plaintes et réclamations par service

	Nombre de plaintes
Chirurgie	324
Urgences (dont SAMU et SMUR)	250
SSR	214
Médecine	212
Psychiatrie	117
Hôtellerie, restauration	71
Obstétrique	66
Administration	60
Pédiatrie	53
SLD	43
Imagerie	41
Consultations	36
Réanimation	34
Service ambulatoire	24
Biologie	23
Hospitalisation à domicile	20
Autre	19
total	<b>1607*</b>

\* En observant la répartition des plaintes par service, on observe un différentiel de **68** plaintes. Ce qui s'explique par le fait qu'une plainte écrite peut être présentée à la médiation. Et ainsi être comptabilisée 2 fois.

### 2.7.7 La médiation - les médiateurs

**Encore 23% des établissements n'ont pas désigné des médiateurs médicaux**

	Taux de présence %
Médiateur médical	77.1
Médiateur non médical	80.9

Médiation proposée :	Nbre
à la demande du plaignant	26
si le patient n'est pas satisfait de la réponse apportée	25
selon le degré de gravité, le motif de la réclamation	23
à la demande du directeur	23
lorsqu'il s'agit de réclamation à caractère médical ou paramédical bien identifié.	22

dans le courrier lors de la réponse écrite	21
oralement lors d'un entretien	21
quand la CRUQPC est saisie directement	19
après analyse des faits en CRUQPC, décision collégiale de ses membres	19
à la demande du médiateur	14
non concernés en 2011	14
systématique, à la réception de la plainte	10
Autres	73
<b>TOTAL</b>	<b>310</b>

Peu d'établissements indiquent de quelle façon la médiation est proposée.

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

	Effectifs	Pourcentage
Oui	29	56.9
Non	17	33.3
Sans réponse	5	9.8
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**Est-il envoyé au plaignant ?**

	Effectifs	Pourcentage
Oui	25	49
Non	18	<b>35.3</b>
Sans réponse	8	15.7
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**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	46	3	4	28
Attente	45	4	0	17
Dépassement d'honoraires*	45	1	0	40
Facturation	<b>117</b>	4	8	<b>27</b>
<b>TOTAL</b>	<b>253</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>112</b>

Le nombre de demandes reçues concerne principalement le domaine financier

64%, réparti entre les dépassements d'honoraires (17.8%) et la facturation (46.2%).

\* l'absence des données concernant les Commissions d'Activité Libérale des EPS

Déroulement du séjour	Demandes reçues	Demandes classées sans suite	Nb de médiations	Nb d'actions correctives
Accès au dossier médical	316	44	5	129
Vols, perte d'objets ou de vêtements	248	39	13	107
Mécontentement hôtellerie restauration	111	10	12	70
Autres item	83	17	7	47
Orientation après la prise en charge dans l'établissement	51	1	3	3
Respect de la dignité de la personne hospitalisée	47	1	19	5
Relations avec les autres patients	10	1	4	13
<b>TOTAL</b>	<b>866</b>	<b>113</b>	<b>63</b>	<b>374</b>

Le nombre de demandes reçues concerne principalement : l'accès au dossier médical (36.5%), les vols/perde 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. Ils existent beaucoup de plaintes sur les suivis d'hospitalisation, s'agit-il des difficultés des retours à domicile ?

Prise en charge médicale globale	Demandes reçues	Demandes classées sans suite	Nb de médiations	Nb d'actions correctives
Divergence sur les actes médicaux	175	6	48	32
Communication de l'information médicale	152	3	35	37
Relations avec le médecin	136	4	29	48
Contestation du diagnostic médical	74	1	20	14
Refus d'admission et refus de soins	33	4	6	14
Secret médical confidentialité	21	2	1	2
Infections liées aux soins	18	0	4	6
Communication de l'information sur les droits	2	0	0	0
<b>Non recueil du consentement</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>S/Total</b>	<b>611</b>	<b>20</b>	<b>143</b>	<b>153</b>

<b>Prise en charge paramédicale globale</b>				
Relations avec le personnel soignant	<b>127</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>42</b>
Divergence sur les actes paramédicaux	<b>85</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>31</b>
Prise en charge de la douleur	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>8</b>
Coordination interne dans la chaîne de soins	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
Coordination externe dans la chaîne de soins pré et post hospitalisation	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
Relation avec le personnel non soignant	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>11</b>
Prise en compte du handicap	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Non respect des directives de fin de vie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>S/Total</b>	<b>387</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>121</b>
<b>TOTAL</b>	<b>998</b>	<b>22</b>	<b>193</b>	<b>274</b>

Le nombre de demandes reçues concerne principalement : la divergence sur les actes paramédicaux (17.5%), la communication de l'information médicale (15.2%), les relations avec le médecin (13.6%) et les relations avec le personnel soignant (12.7%).



## 2.8 Satisfaction du patient

### 2.8.1 Questionnaire de sortie

Protocole de remise du questionnaire de "sortie"

libellé	oui	non	Sans réponse	% oui
Systématique pour chaque entrée	39	6	6	76.5
A l'entrée avec le livret d'accueil	39	7	5	76.5
Disponible dans tous les services	35	7	9	68.6
Distribué au moment de la sortie	14	30	7	<b>27.5</b>
Procédure d'aide pour remplir le questionnaire	20	23	8	39.2

#### Taux de retour des questionnaires

	2010	2011
Taux de retour des questionnaires %	30.5	48.5
Nbre établissements déclarants	58	<b>43</b>

#### Résultat principaux du questionnaire sur les 51 ayant répondu.

Nombre de personnes accueillies sur l'année : **692 846**

#### Moyenne des taux de satisfaction exprimée en %

Taux de satisfaction sur la prestation médicale : 91%

Taux de satisfaction sur la prestation paramédicale : 88%

Taux de satisfaction sur la prestation administrative : 84.2%

Taux de satisfaction sur la prestation hôtelière : 82.9%

#### 2.8.2 Enquêtes de satisfaction

Enquête questionnaire papier : **9115 personnes enquêtées**

#### Moyenne des taux de satisfaction exprimée en %

Taux de satisfaction sur la prestation médicale : 86.7%

Taux de satisfaction sur la prestation paramédicale : 92%

Taux de satisfaction sur la prestation administrative : 91.2%

Taux de satisfaction sur la prestation hôtelière : 88.5%

#### Enquête téléphonique (chiffre non disponible)

Peu d'établissements (7.8%) 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 satisfactions reçues par courrier s'élèvent à **842** et par enquête à **2525**.

## 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

	+++	++	+	-	0	
Globalement, les pratiques de l'établissement en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge	22%	53%	0	0	25%	100%
Le respect du droit à l'information sur les droits	22%	51%	6%	0	21%	100%
Le respect du droit à l'information médicale	20%	47%	6%	0	27%	100%
L'expression du consentement éclairé	24%	43%	10%	0	23%	100%
Le droit d'accès au dossier médical	37%	33%	4%	0	26%	100%
Les mesures prises pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge	20%	53%	0	0	27%	100%

La CRUQPC émet un avis « satisfaisant » ou « très satisfaisant » sur :

- les pratiques de l'établissement en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge à 75%
- le respect du droit à l'information sur les droits à 73%
- le respect du droit à l'information médicale à 67%
- l'expression du consentement éclairé à 67%
- le droit d'accès au dossier médical à 70%
- les mesures prises pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge à 73%.

L'appréciation des membres de la CRUQPC est de **8/10** sur son fonctionnement général

Contradiction entre les plaintes des patients concernant l'accès au dossier médical (première cause de plainte) et l'avis CRUQPC ?

**Près du quart sans réponse ! Avis non demandé à la CRUQPC ?**

### 2.9.2 Certification

**Nombre de réserves ou recommandations relatives aux droits des usagers :**

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

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

- Respect de l'intimité : oui à 11.8%
- Respect de la confidentialité : oui à 9.8%
- Accès sécurité du dossier patient : oui à 9.8%.

**Les usagers sont-ils associés aux actions conduites ?  
Seulement Oui à 21.6%.**

### 2.9.3 Démarche qualité

Libellé	% Oui
L'établissement présente-t-il aux RU, le suivi annuel de la réalisation des programmes du Projet d'établissement ?	52.9
La CRUQPC est-elle informée du nombre et de la nature des Evénements Indésirables graves ou non, ainsi que ceux des infections nosocomiales ?	60.8
La CRUQPC est-elle informée des programmes d'action dans les domaines des Evénements Indésirables graves, et des infections nosocomiales, et des résultats obtenus ?	68.6
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

Compte tenu des résultats, d'importants progrès restent à faire pour porter les différentes actions de la CRUQPC dans la démarche Qualité.

### 2.9.4 Recueil des initiatives

Le rapport est approuvé à :

- 66.7% par la CRUQPC
- 56.9% par les RU
- 37.3% par la CME
- **47.1%** par le Conseil de Surveillance ou instances de direction.

Doute sur la formulation de la question : rapport approuvé ou présenté seulement ?

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

#### Secteur : Ambulatoire

##### Sources d'information existantes

Conseils des ordres des professionnels de santé

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

#### Secteur Sanitaire

##### Sources d'information existantes

Rapports des CRUQPC

Rapport de certification HAS — référence 10A

Orientations stratégiques des établissements de santé

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

#### Secteur médico-social

##### 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](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 »

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

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

#### Secteur : Ambulatoire

##### 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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

#### Secteur Sanitaire

##### Sources d'information existantes

Rapport de certification HAS

Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA)

Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD)

Rapports des CRUQPC

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

#### Secteur médico-social

##### Sources d'information existantes

Rapports d'évaluation interne des ESMS

Projet d'établissement ou de service

Conventions conclues avec les établissements de santé

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

## 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

#### 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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

### Secteur médico-social

#### Sources d'information existantes

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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

### Secteur Sanitaire

#### Sources d'information existantes

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

## 5.1 Directive de fin de vie

### 5.1.1 Informations

- des médecins et des soignants sur la directive de fin de vie ?  
**Oui à 64.7%**
- aux autres personnels :  
**Oui à 51%.**

### 5.1.2 Supports utilisés (en %) :

- Distributions de documents : 56.9
- Réunions: 54.9
- Actions de formation : 49
- Affichage dans l'unité : 27.5
- Affichage dans l'établissement : 23.5
- Autres : 21.6

Une procédure est-elle mise en place pour recueillir l'identité de la personne de confiance ? Oui à 86.7%.

Une procédure est-elle mise en place pour recueillir l'existence des directives anticipées ? Oui à 39.23%.

**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.**

**Plus de 60% des établissements n'ont pas mis en place de procédure de recueil**

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

### Secteur : Ambulatoire

#### Sources d'information existantes

Projet médical des maisons, pôles et centres  
Ordres professionnels  
ARS

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

### Secteur médico-social

#### Sources d'information existantes

ARS  
Remontées d'informations issues des personnes qualifiées

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

### Secteur Sanitaire

#### Sources d'information existantes

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

## 6.1 Délivrance des informations aux usagers sur leurs droits

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

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
La délivrance des informations médicales aux patients et à leurs proches	86.3
L'annonce du diagnostic	66.7
Le recueil du consentement	68.6
Le recueil de l'identité de la personne de confiance	47.1

**Des progrès restent à faire 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	75.5
Distributions de documents	64.7
Actions de formations	54.9
Autre, internet, voie numérique...	31.4

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

### 6.3 Droit à l'information en général

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

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

Il s'avère que 78.4% des établissements utilise 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 de dossiers médicaux augmentent d'année en année, en général cette transmission d'information permet une continuité de prise en charge.

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 : 2618**

Du patient lui-même : 1986

De ses ayants droits ou d'un tiers habilité : 632

**Nombre de demandes traitées : 2223**

Provenant du patient lui-même : 1648

Provenant de ses ayants droit ou d'un tiers habilité : 575

**Modalités pour demander le dossier médical :**

Nb de demande par LRAR : 560

Sous une autre forme : 1814

Nombre de demandes ne remplissant pas les conditions exigées, (pour vice forme par exemple) : 39 soit 1.5% 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	54.9
Possibilité de consultation du dossier sur place	84.3
Possibilité de consultation du dossier en présence d'un médecin à la demande de l'utilisateur	92.2

La grande majorité des établissements indiquent 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 Publique<sup>3</sup>. 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**.

<sup>3</sup> Arrêté du 5 mars 2004



Les dossiers inférieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de **11.2 jours**.(8 j)  
Les dossiers supérieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de **23 jours**. (60j)

58.8% des établissements indiquent que la copie du dossier médical n'est pas gratuite.

Les délais moyens légaux sont respectés.

## 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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

## 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'information existantes

Etablissements de santé  
Etablissements pénitentiaires

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

## 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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

## 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'information 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 département

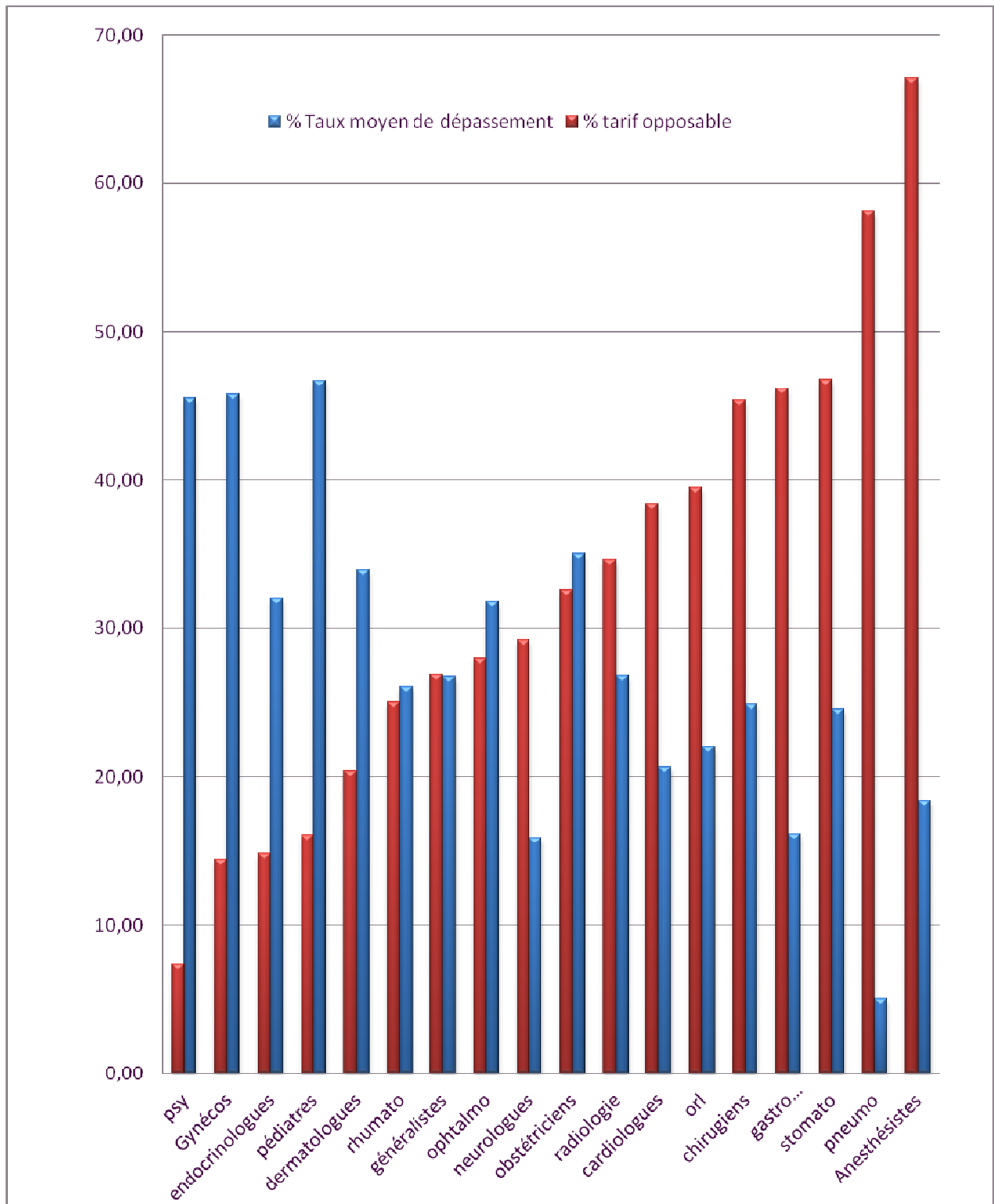
- Rapports des Commissions d'activité libérale des EPS: **non disponibles**

Département	Population	médecins			Généralistes			Spécialistes		
		1	2	total	1	2	total	1	2	total
27	587242	506	129	638	370	22	395	118	91	209
%		79.3%	20.3%	99.6%	93.7%	5.6%		56.5%	43.5%	
densité/100001		86.2	22.0	108.6	63	3.7	67.3	20.1	15.5	35.6
rang/103	<b>43</b>			<b>99</b>			<b>89</b>			<b>97</b>
76	1261678	1776	375	2161	1028	8	1040	644	318	963
%		82.2%	17.4%	99.6%	98.8%	0.8%		66.9%	33.0%	
densité/100001		140	29.7	171.3	81.5	0.6	82.4	51.0	25.2	76.3
rang/103	<b>13</b>			<b>39</b>			<b>58</b>			<b>33</b>

Spécialité	MG		anesthésistes		Chirurgie		dermatologue	
	1	2	1	2	1	2	1	2
27	370	22	7	4	1	6	6	9
	93.7%	5.6%	63.6%	36.4%	14.3%	<b>85.7%</b>	40.0%	60.0%
76	1028	8	44	25	17	49	33	20
	98.8%	0.8%	63.8%	36.2%	25.8%	<b>74.2%</b>	61.1%	37.0%
% France	92.1%	7.0%	65.0%	34.8%	24.9%	73.4%	57.4%	42.4%

Spécialité	Gastro-entérologie		ophtalmo		Gynécologie		ORL	
	1	2	1	2	1	2	1	2
27	4	6	14	15	16	10	4	7
%	40.0%	60.0%	48.3%	<b>51.7%</b>	61.5%	38.5%	36.4%	<b>63.6%</b>
76	31	3	57	33	53	38	27	19
%	91.2%	8.8%	63.3%	36.7%	58.2%	41.8%	58.7%	41.3%
%France	61.1%	38.6%	45.1%	54%	43.9%	55.2%	42.2%	56.9%

Spécialité	Pneumologie		radiologie		rhumato		psychiatrie	
	1	2	1	2	1	2	1	2
27	1	1	24	4	1	3	7	7
%	50.0%	50.0%	85.7%	14.3%	25.0%	<b>75.0%</b>	50.0%	50.0%
76	17	4	111	0	18	16	54	17
%	81.0%	19.0%	100%		54.2%	47.1%	76.1%	23.9%
%France	82.1%	17.7%	86.7%	13.2%	54.2%	44.8%	69.6%	29.5%



## 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

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

## 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'information existantes

-Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

### 12.1 Programme national de dépistage des cancers -campagne 2011:

Sein	Dt Eure 27 Asso Decad'e	Dt Seine-Maritime 76 Asso EMMA
Population cible (Insee)	41264	178622
Nombre femmes dépistées	23935	106030
Taux de participation	58%	59,36%

Cancer colorectal		
Population cible (Insee)	159793	309057
Nombre tests lus	29435	46429
Taux de participation	18,4%	29,9%

### 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'information existantes

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

**Aucune donnée n'a pu être renseignée**

## 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'information existantes

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



Données disponibles : rapport activité 2011 du CISS HN

Créé en décembre 2009, ce n'est qu'en 2011 que le CISS-Haute-Normandie a mis en place ses formations destinées aux représentants des usagers.

En 2011, le CISS-Haute-Normandie a proposé aux représentants des usagers du système de santé deux sessions de formation initiale

#### « Représenter les usagers en CRUQPC »

- Vendredi 10 juin 2011 au Centre Henri Becquerel à Rouen : 17 participants
- Lundi 17 octobre 2011 au Centre Henri Becquerel à Rouen : 19 participants

**Nombre formés :**

36 participants = 36 représentants des usagers différents d'associations agréées

Évaluation 32/36	++	+	-	--
<b>Apports de la formation pour votre efficacité propre</b>				
J'ai enrichi mes connaissances	84,4	15,6		
J'ai acquis des connaissances utiles dans mes fonctions	87,5	12,5		
Le contenu de la formation était adapté à mes besoins	81,3	15,6	3,1	
<b>La pédagogie et l'animation</b>				
L'animateur a pris en compte mes attentes	68,8	31,3		
La méthode de formation était efficace	81,3	18,8		
Les relations dans le groupe, et entre le groupe et l'animateur, étaient de qualité	78,1	21,9		
Les supports et documents remis sont utiles	90,6	9,4		
<b>L'organisation et l'accompagnement</b>				
J'ai reçu suffisamment d'informations avant la formation	28,1	56,3	9,4	6,3
La durée de la formation convenait par rapport à son contenu	59,4	40,6		
L'organisation (matériel pédagogique, date, lieu...) était bonne	65,6	34,4		

*Chiffres en %.*

*Information par les associations membres du CISS-HN, les sites internet : ARS, CISS, les fédérations Hospitalière FHP et FHF. Une information directe du représentant doit être envisagée rapidement.*

## 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'information existantes

ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

### Où siègent les RU ?

	Nb		Pourvus	Manquants
CRSA	16	16	16	0
CRCI	6			
CPP	2			
CS ARS	3	3	3	0
CODAMUPSTS (2)	1X2	2	2	0
CDPH (2)	2X2			
CT (4) T		24	24	0
S		24	24	0
CPAM (3)	3X3	9		
CAL (12)	12X1	12	12	0
CS EPS	61	61	61	0
CRUQPC T	63X2	126	111	15
S	63X2	126	66	60



Participation des membres du collège usagers  
à la CRSA et aux Conférences de Territoire

TAUX DE PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS - 2011

commissions spécialisées	Nb de réunions	Nb de RU convoqués	Nb de RU présents	% de participation
Commission permanente	10	40	24	60
Plénière	2	32	27	84
CS médico-social	1	6	2	33
CS droits des usagers 6RU	4	24	14	58
CS prévention	2	12	5	42
CS organisation des soins	3	12	11	92
<b>Total</b>	22	126	83	65,8
<b>4 Conférences de territoire</b>	9	60	50	83

# 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 de usagers et leurs représentants, la CSDU...



## 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.**

Le 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.**

## Annexe 1



### 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.

### • Annexe

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

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

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

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



			membres des CVS ; — nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	
	3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS — référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : <a href="http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf">http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf</a> 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	Rapport de certification HAS — critère 14b — PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA

			certification HAS (référence 14 de la V2010)	
		Médico- social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits) : — en milieu ordinaire : services de l'éducation nationale (rectorat ou académie) ; — en milieu adapté : maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer		Taux de participation au dépistage organisé	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

	l'accès aux structures de prévention		<p>du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</p> <p>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</p> <p>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</p> <p>Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle</p>	
	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'<a href="#">art. L. 1434-17 du code de la santé publique</a> sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</p> <p>Ecarts intrarégionaux d'équipements 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 <a href="#">code de la santé publique</a></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 (<a href="#">art. L. 1114-1 du code de la santé publique</a>)</p>	<p>ARS</p> <p>Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux</p> <p>Autres organismes de formation</p>

			Dispositif d'information sur ces formations	
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

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".

---

12 CAL en Haute-Normandie

**Représentants des usagers dans les commissions d'activité libérale (C.A.L.)**

CHI CAUX VALLEE DE SEINE LILLEBONNE	MME IRENE FERMENT association des diabétiques
CHI DU PAYS DES HAUTES FALAISES FECAMP	M CLAUDE GOUJARD APAEI
GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE LE HAVRE	M JEAN PIERRE LEROUX président des associations du GHH
CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE	MME WALTRAUT CHUTEAU union féminine civique et sociale
CHI ELBEUF LOUVIERS VAL DE REUIL	MME MARTINE DAVID association des diabétiques
CH ANNE DE TICHEVILLE BERNAY	M THIBAUD LEMAGNANT APF
CH GISORS	M PORTEJOIE UNRPA
CHI EURE/SEINE EVREUX VERNON	M HUBERT ALLIX APEI papillons blancs de l'Eure
CENTRE HOSPITALIER DE LA RISLE PONT AUDEMER	M HUBERT ALLIX APEI papillons blancs de l'Eure
CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE	M ROBERT SORIN ligue contre le cancer
CHU HOPITAUX DE ROUEN	M PLANTRON coordination handicap normandie
CH DU ROUVRAY	MME DOMBROWSKI UDAF

## Glossaire

ADOPS	Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des soins
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP	Agence des Systèmes d'Informations de santé Partagés
CAPS	Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins (maison médicale de garde)
CATS	Comités d'Accompagnement Territoriaux des Soins
CCI	Commission de Conciliation et d'indemnisation
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDSP	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CLAN	Comité de liaison Alimentation et en Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
<b>CORECS</b>	<b>Comité Régional de Concertation sur les Soins de 1er recours</b>
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CLIS	Classe pour l'Inclusion Scolaire
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
CSP	Code de Santé Publique
CVS	Conseil à la vie sociale
DGARS	Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé
DMP	Dossier Médical Personnel
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IME	Institut Médico-Educatif
IPAQSS	Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PRS	Projet Régional de Santé
SLD	Séjour de Longue Durée
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
ULIS	Unités localisées pour l'Inclusion Scolaire
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé