



**RAPPORT**

**Sur le respect des droits  
des usagers du système  
de Santé**

**2012**





## LE MOT DU PRESIDENT

Le législateur a souhaité en 2002, il y a donc plus de 10 ans, établir une relation entre les acteurs de santé et les usagers du système de soins et du système médico-social. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 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 ».

La photographie annuelle des droits des usagers et de la veille de l'application des recommandations de la CRSA est confiée à la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU) de la CRSA.

En 2012, la CSDU de Basse-Normandie a élaboré son rapport sur le respect des droits des usagers selon les axes suivants :

- La participation des usagers au sein des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge au sein des établissements de santé (CRUQPEC)
- La synthèse régionale des rapports des CRUQPEC et son analyse
- Les recommandations de la CRUQPEC et l'évaluation des mesures adoptées.

Fort de la volonté d'accentuer le respect du droit des usagers du système de santé et rappeler l'importance que doit revêtir la qualité globale de prise en charge des patients, le législateur a rappelé dans l'arrêté du 5 avril 2012, les orientations et les objectifs du rapport que devra réaliser la CRSA dès cette année.

En 2013, le rapport sur les droits des usagers est donc élaboré en fonction des orientations et des objectifs fixés par cet arrêté :

- Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ;
- Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ;
- Conforter la représentation des usagers du système de santé ;
- Renforcer la démocratie sanitaire ;

Chacune de ces orientations s'entend à la fois au champ sanitaire, médico-social et ambulatoire.

Cette parution tardive n'a pu permettre d'intégrer l'ensemble des nouvelles préconisations dans le recueil des données 2011 qui servent à ce rapport.

L'année 2012 a été consacrée aux travaux préparatoires du Projet Régional de Santé qui contient dans ses schémas, la description d'indicateurs permettant le suivi de l'évolution de l'état de santé global de la population bas-normande. Il sera donc enrichi de nouvelles informations dans les prochaines années. Ce rapport, par sa transversalité, permet à la commission des droits des usagers du système de santé, de communiquer avec les autres commissions spécialisées de la CRSA et appréhender la prise en charge de manière globale de la population afin de mettre en avant les axes à privilégier pour garantir de véritables parcours de santé.

La commission se félicite de la richesse des nouveaux indicateurs prévus dans l'arrêté du 5 avril 2012 et insiste sur sa volonté de disposer de tous les outils prévus lui permettant ainsi d'évaluer le respect des droits des usagers relevant de l'ambulatoire, du médico-social et du sanitaire.

**Le Président de la commission des droits des usagers**  
**Jean-Marc DUJARDIN**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b><u>ORIENTATION 1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS</u></b> .....	5
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.....	5
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....	7
3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance.....	11
4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur.....	14
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.....	15
6. Droit à l'information. — Permettre l'accès au dossier médical.....	16
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....	18
8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.....	19
9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	20
<b><u>ORIENTATION 2 : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS</u></b> .....	20
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.....	20
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.....	21
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	22
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.....	23
<b><u>ORIENTATION 3 : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS</u></b> .....	24
<b>DU SYSTEME DE SANTE</b>	
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.....	24
<b><u>ORIENTATION 4 : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE</u></b> .....	25
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.....	25
<b>CONCLUSION</b> .....	27
<b>ANNEXES</b> .....	28

## INTRODUCTION

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 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 » (article L 1432-4 du CSP).

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

Initialement limité au champ sanitaire au travers de l'analyse des données recueillies dans les rapports des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charges (CRUQPC), le rapport a été élargi au champ médico-social et ambulatoire depuis la publication de l'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges.

Ce rapport porte sur les données de l'année 2011, et à défaut sur les dernières données disponibles.

Le présent rapport est structuré autour de quatre orientations suivantes :

1. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ;
2. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous
3. Conforter la représentation des usagers
4. Renforcer la démocratie sanitaire

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

Sur chacun des objectifs identifiés dans le cahier des charges, des précisions sont apportés pour leur application en Basse-Normandie.

## ORIENTATION 1 : 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)**

#### **1.1 Dans le domaine ambulatoire :**

##### Sources d'informations :

- Le développement personnel continu (DPC) des professionnels de santé, est inscrit dans la loi HPST, les décrets d'application ont été publiés en janvier 2012 pour une mise en œuvre en 2013. Il a pour objectif l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances, le développement des compétences ainsi qu'une évaluation des pratiques professionnelles. Il est obligatoire pour toutes les professions de santé. Ainsi, chaque professionnel doit intégrer un programme continu de développement professionnel à sa pratique habituelle et ce tout au long de sa vie.

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

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

##### Indicateurs à recueillir :

- Thèmes de formation suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS etc.)
- Couverture de formations : par les professionnels de santé et par couverture géographique
- Nombre de formations proposées et réalisées
- Nombre de personnes formées

##### En Basse-Normandie

- Le DPC est actuellement et en pratique inconnu des médecins libéraux (généralistes ou spécialistes), son déploiement n'existe toujours pas. Il faut rappeler que les groupes qualités (initiés, portés, soutenus et accompagnés quotidiennement par l'URML) ont vocation à valider le DPC (accord de la Haute Autorité de Santé), ils regroupent 225 généralistes en Basse-Normandie engagés dans une démarche qualité, ils sont répartis dans une vingtaine de groupes (10 réunions annuelles) avec un maillage territorial pertinent. Ils ont par ailleurs vocation à générer l'émergence de Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires comme à Villedieu les Poêles.

## 1.2 Dans le domaine hospitalier :

### Sources d'informations :

- Il convient en 2013 d'examiner l'offre de formation proposée en 2012, par l'Association Nationale pour le Formation Permanente (ANFH), c'est-à-dire l'OPCA de la fonction publique hospitalière à ses adhérents (établissements du secteur public), qui s'articule autour d'actions de formation nationales (AFN), fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'actions de formation régionales (AFR) bâties par les délégations régionales ANFH. Les thèmes de formation sont fixés par les instances paritaires régionales de l'ANFH.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a saisi les organismes paritaires collecteurs agréés sur le plan national, mais à ce jour aucune donnée n'a été communiquée.

### Indicateurs à recueillir :

- Sur le plan régional, les données à recueillir sont donc les différentes actions de formation régionales mises en place en 2012 sur les droits des usagers relatives aux thèmes suivants : douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc. avec si possible les précisions suivantes pour chacune d'entre elles (par profession de santé, par couverture géographique, nombre de formations proposées et réalisées ainsi que le nombre de personnes formées).

### En Basse-Normandie :

- L'ANFH basse Normandie a mis en place, dans le cadre des AFR, une seule formation répondant à vos critères, l'intitulé était « **Accompagnement de la souffrance psychique et morale** ». Cette formation a été organisée **en 2012** :
  - 1 groupe soit 14 stagiaires formés : 9 travaillant dans le calvados, 4 dans la manche et 1 dans l'orne. Relevant des profils suivants :
  - Aide soignant : 6
  - ASH : 1
  - moniteur d'atelier : 1
  - assistant socio-éducatif : 4
  - moniteur éducateur : 2

## 1.3 Dans le domaine médico-social :

### Sources d'informations :

- L'Agence Régionale de Santé se rapprochera des principaux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) présents en Basse-Normandie pour dresser un état des lieux des formations.

### Indicateurs à recueillir :

- Thèmes de formation suivis par les professionnels (bienveillance, douleur, fin de vie, fonctionnement des CRQPC et des CVS...)
- Couverture des formations : par profession de santé et par couverture géographique
- Nombre de formations proposées et réalisées
- Nombre de personnes formées

### En Basse-Normandie :

- Source OPCA (pour le rapport d'activité 2014)

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

### 2.1 Dans le domaine ambulatoire :

#### Sources d'informations :

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

- Maltraitance ;
- accès au dossier médical ;
- refus de soins pour prestataires CMU-AME.

La réponse n'est pas connue des ARS à ce jour.

#### Indicateurs à recueillir :

- 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

#### En Basse-Normandie :

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES	SOURCES	RESULTATS
<b>Promouvoir et faire respecter le droit des usagers</b>				
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 départementaux de l'ordre des médecins	<b>Calvados : 100 % de réponse aux doléances ou plaintes</b>
			Conseil régional de l'ordre des médecins	<i>Toutes les doléances ou plaintes sont traitées avec une réponse écrite. En cas de doléances avec une réorientation vers le CDOM si besoin. Les plaintes sont instruites pour audiences. <b>Aucune</b></i>

### 2.2 Dans le domaine hospitalier :

#### Sources d'informations :

- Les rapports des commissions de relations des usagers et sur la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en place dans les établissements de santé bas-normands permettent de mesurer le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
- La Haute Autorité de Santé (HAS) met à la disposition du Ministère et des ARS, à partir de l'infocentre SARA (Saisie des Auto-évaluations et des rapports de certification), les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé à la suite de leur visite initiale ou des

modalités de suivi du manuel de certification correspondants aux objectifs du cahier des charges.

- En 2011, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a débuté le processus de généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). L'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, appelé désormais I-SATIS, mentionné dans le cahier des charges national, est le premier indicateur de résultat destiné aux usagers. Cette démarche est le prélude d'une généralisation de cet indicateur au sein des établissements de santé exerçant en MCO en 2014.

Indicateurs à recueillir :

- 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 de la CRUQPC (proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres).
- Haute Autorité de Santé :
  - L'objectif 2 (processus d'évaluation du respect des droits) correspond au critère 9b du manuel de certification de la HAS (évaluation de la satisfaction des usagers).
- L'indicateur de satisfaction des usagers (I-Satis) qui porte exclusivement sur les établissements MCO est en cours de déploiement et les données ne sont pas actuellement accessibles.

En Basse-Normandie :

- CRUQPC et HAS

proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC	100%
proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA	<i>Indicateurs à recueillir :</i>
nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement)	<i>Indicateurs à recueillir :</i>
composition et qualité des membres de la CRUQPC	à minima le représentant légal de l'établissement, les médiateurs médecin ou non médecin, les représentants des usagers (titulaires/suppléants)
existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPC (proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres)	34,23 %
Proportion d'établissements ayant une cotation A, BC ou D dans les rapports de certification de l'HAS	A : 43,7 % et B : 56,2 %

- En juillet 2012, parmi les 272 établissements de santé ayant expérimenté la démarche de 2011, 213 établissements de santé ont des questionnaires dont le score par patient peut être calculé. 7 établissements ont participé à l'enquête en Basse-Normandie (le SIH du Bessin et les centres hospitaliers de Vire et de la côte fleurie, Avranches-Granville, Saint-Hilaire du Harcouët, de l'Aigle et de Flers).



## 2.3 Dans le domaine médico-social :

### Sources d'informations :

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

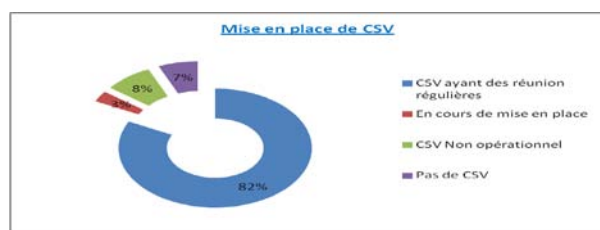
### Indicateurs à recueillir :

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

### En Basse-Normandie :

- Proportion d'établissements disposant d'un CVS : Sur 136 enquêtes réalisées (pour un total de 207 questionnaires attendus soit un taux de réponse de **65,7%** et plus de 80% des EHPAD ayant répondu ont mis en place leur conseil en vie sociale ;

Mise en place de réunions	Nombre	pourcentage
CSV ayant des réunions régulières	112	82,4%
En cours de mise en place	4	2,9%
CSV Non opérationnel	11	8,1%
Pas de CSV	9	6,6%
	136	100%



- Proportion des rapports des CVS transmis, sur la base du volontariat, à l'ARS et à la CRSA (pas d'obligation réglementaire) : nous ne disposons pas de données régionales à ce titre ;
- Nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) :

Les EHPAD interrogés font en majorité état d'une à trois réunions par an. Lorsqu'il n'y a pas de réunions, c'est que le CVS n'était pas opérationnel ou alors qu'il était en cours de mise en place.

Nombre de réunions	Nombre	Pourcentage
Absence de réunions	19	14,0%
Réunions en 2010 et 2011	12	8,8%
0 réunion en 2009	3	2,2%
1 réunion en 2009	16	11,8%
2 réunions en 2009	46	33,8%
3 réunions en 2009	28	20,6%
4 réunions en 2009	10	7,4%
5 réunions en 2009	1	0,7%
6 réunions en 2009	1	0,7%
	136	100%

- Composition et qualité des membres des CVS : le nombre de membres et la qualité du président :

La qualité du Président : Le président est, en majorité, un résident.

Président	Nombre	pourcentage
Réélection d'un président	3	2,2%
Représentant des familles de résidents	51	37,5%
Résident	64	47,1%
Pas de président	13	9,5%
NC	5	3,7%
	136	100%

Nombre de membres participant au CVS : 60% des EPHAD interrogés ont un CVS composé de 10 membres ou moins.

Nombre de membres	Nombre	Pourcentage
0 à 5 membres inclus	11	8,1%
5 membres à 10 membres inclus	70	51,5%
10 à 15 membres inclus	27	19,8%
15 à 20 membres inclus	2	1,5%
Supérieur à 20 membres	3	2,2%
NC	11	8,1%
Pas de membres	12	8,8%
	136	100%

- Proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS : l'enquête ANESM ne nous donne pas cette information ;
- Nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées : l'enquête ANESM ne nous donne pas cette information ;

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

#### 3.1 Dans le domaine ambulatoire :

##### Sources d'informations :

- Par courrier en date du 20 décembre 2012, la DGOS a saisi les ordres nationaux des professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers et pharmaciens) pour savoir s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales, et en particulier sur les thématiques suivantes :
  - Maltraitance ;
  - accès au dossier médical ;
  - refus de soins pour prestataires CMU-AME.

Pas de réponse communiquée aux ARS à ce jour.

Un Guide Administratif de « Gestion des réclamations » a été élaboré par la Mission Méthodologie et Performance (MMP) en 2011, à l'usage des services instructeurs.

En parallèle, un logiciel informatique, appelé « PLAINTES », a été mis en place, il y a plusieurs années, par les ministères chargés de la solidarité, de la cohésion sociale et de la santé. Ce logiciel permet le traitement de l'information en matière de maltraitance à la fois pour la gestion sur le fond des dossiers et pour la transmission à l'administration centrale aux fins de centralisation et de suivi du phénomène. Dans une instruction DGCS en date du 23 juillet 2010 envoyée aux ARS, l'utilisation du logiciel a été rendue obligatoire de façon à assurer un suivi de ce dispositif dans le champ du médico-social sur l'ensemble du territoire national et fortement recommandé dans le champ de la santé.

Lorsqu'un usager « se plaint » d'une situation :

- s'il saisit l'autorité judiciaire au pénal : il porte plainte ;
- s'il s'adresse à un service administratif concerné par cette situation, il fait une réclamation.

Sont traités dans un autre cadre et selon un protocole spécifique, les signalements des évènements indésirables, les recours administratifs et contentieux, les signaux et alertes sanitaires.

##### Indicateurs à recueillir :

- Nombre de réclamations et de plaintes pour maltraitance reçu par les CDOM et le CROM ;
- Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes apporté par les CDOM et le CROM ;
- Nombre de réclamations enregistrées pour l'année 2011 par les ARS ;

##### En Basse-Normandie :

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES	SOURCES	RESULTATS
<b>Promouvoir et faire respecter le droit des usagers</b>				
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	<b>Conseils départementaux de l'ordre des médecins</b>	<b>Calvados : Aucune</b>
			<b>Conseil régional de l'ordre des médecins</b>	<b>2 plaintes en 2009. 2 plaintes en 2013. 100% de réponse.</b>

- L'ARS de Basse-Normandie a mis en place une procédure unique pour assurer la réception et le suivi des réclamations reçues à l'ARS. Elle peut s'appuyer des services des Conseils généraux dans le traitement de celles-ci. Le nombre de réclamations enregistrées pour l'année 2011 est le suivant :
  - Calvados : 1
  - Manche : 0
  - Orne : 1

### 3.2 Dans le domaine hospitalier :

#### Sources d'informations :

- Le label « droits des usagers de la santé » a été initié dans le cadre du dispositif « 2011, année des patients et de leurs droits ». La défense des droits des patients, le respect de la dignité de la personne malade, la promotion de la place des usagers, sont des éléments fondamentaux dans notre système de santé. Le label vise à valoriser des expériences exemplaires et des projets innovants en matière de promotion des droits des patients, notamment pour la promotion de la bientraitance.
- L'objectif 3 (promouvoir la bientraitance) correspond au critère 10a du manuel de certification de la HAS (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance).
- Les rapports des commissions de relations des usagers et sur la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en place dans les établissements de santé bas-normands permettent d'identifier les établissements qui disposent de dispositifs ou de procédures de promotion de la bientraitance.
- réclamations enregistrées par l'ARS en 2011

#### Indicateurs à recueillir :

- Nature et nombre de projets labellisés
- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C D dans les rapports de certification de la HAS.
- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance.
- Nombre de réclamations enregistrées par l'ARS en 2011

#### En Basse-Normandie :

- Le guide sur le respect de l'intimité et de la dignité (représentation théâtrale porté par le CHIC des Andaines) a reçu le label 2011.

Plusieurs éléments sont à l'origine de la réalisation de ce projet :

- La procédure de certification en 2004 qui avait identifié des pistes de progrès dans le domaine du respect de l'intimité et de la dignité des patients et des résidents,
- Les préconisations de la CRUPC qui invitaient l'établissement à faire un travail sur le comportement des soignants dans ce domaine,
- L'évaluation réalisée par la grille ANGELIQUE en EPHAD. Le projet est destiné à sensibiliser tous les professionnels sur le respect de la dignité et l'intimité des patients et résidents. Il invite à la réflexion et à l'amélioration des pratiques. Il est destiné à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Le groupe de travail a considéré qu'une diffusion d'un guide sans présentation n'aurait pas l'impact souhaité. Le groupe a donc décidé de présenter en créant des saynètes théâtrales. L'objectif premier étant d'améliorer la qualité des soins auprès des résidents et des patients par une modification des attitudes et des comportements des soignants. La direction des soins et un cadre du CHIC ont été les promoteurs du projet. Un groupe de travail s'est constitué autour du projet avec une participation des différentes catégories de personnel, tous services confondus et des représentants de la CRUPC. Il s'agit d'un dispositif incitant à promouvoir la bientraitance et la qualité de service au sein des établissements de santé. Ce projet est partagé avec le Réseau Bas-Normand sur le thème de la bientraitance.

- Les résultats de certification V2010 pour chaque prise en charge de l'établissement à la suite de leur visite initiale ou de leur modalité de suivi sont les suivants : A : 31,2% et B : 68,7%.

Type d'activité	Note A	Note B	Note C	Note D
Court séjour	4	15		
HAD	1	6		
Santé mentale	1	6		
Soins de longue durée	1	4		
SSR	9	12		

- 11 procédures qui permettent d'identifier le « Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance » ont été déclarées dans les rapports des (CRUQPC)
- Nombre de réclamations enregistrées par l'ARS en 2011 :
  - Calvados : 38
  - Manche : 13
  - Orne : 10

### 3.3 Dans le domaine médico-social :

#### Sources d'informations :

- La proportion d'établissements médico-sociaux où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent, est disponible pour les EHPAD à partir de l'enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM.
- réclamations enregistrées par l'ARS en 2011

#### Indicateurs à recueillir :

- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent.
- Nombre de réclamations enregistrées par l'ARS en 2011

#### En Basse-Normandie :

- Nombre de réclamations enregistrées par l'ARS en 2011 :
  - Calvados : 26
  - Manche : 3
  - Orne : 3

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

### 4.1 Dans le domaine ambulatoire :

#### Sources d'informations :

- Il convient cette année d'identifier les formations des professionnels de santé sur le domaine de la prise en charge de la douleur

Indicateur à recueillir :

- Nombre de formations à la prise en charge de la douleur.

En Basse-Normandie :

- Eléments non connus

#### 4.2 Dans le domaine hospitalier :

Sources d'informations :

- L'indicateur du taux de satisfaction des usagers n'est pas à renseigner cette année car les données de l'indicateur I-Satis ne sont pas actuellement disponibles.
- L'ARS communiquera sur le nombre de structures d'études et de traitement de la douleur chronique (SDC) existantes. Cette donnée n'est pas à renseigner cette année.
- L'objectif 4 correspond au critère 12a du manuel de certification de la HAS qui porte sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur.

Indicateurs à recueillir :

- Taux de satisfaction des usagers (questionnaire Sephora) ;
- Taux d'établissement où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe, cet indicateur est à répertorié à partir de 2014 ;
- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C D dans les rapports de certification de la HAS.

En Basse-Normandie :

- Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé à la suite de leur visite initiale ou de leur modalité de suivi sont les suivants : A : 40,6%, B : 53,1% et C : 6,2%

Type d'activité	Note A	Note B	Note C	Note D
Court séjour	7	10	1	
HAD	3	4		
Santé mentale	0	5	2	
Soins de longue durée	1	4		
SSR	10	10	1	

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

Sources d'informations :

- Rapports d'évaluation interne des ESMS ;
- Les projets d'établissement ou de service.
- Conventions conclues avec les établissements de santé

Indicateur à recueillir :

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

Basse-Normandie :

- Données non exploitées

## 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

### 5.1 Dans le domaine ambulatoire :

Sources d'informations :

- Recenser les programmes de DPC collectif annuel ou pluriannuel et les organismes chargés de mettre en œuvre le DPC et, pour les médecins libéraux, d'identifier les formations disponibles en région en 2012, notamment sur le domaine des soins palliatifs et de la fin de vie.

Indicateur à recueillir :

- Nombre de formations à la fin de vie

En Basse-Normandie :

- Eléments non connus

### 5.2 Dans le domaine hospitalier :

Sources d'informations :

- L'objectif 5 (Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie) correspondent au critère 13a du manuel de certification de la HAS (prise en charge et droits des usagers en fin de vie).
- Les rapports des commissions de relations des usagers et sur la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en place dans les établissements de santé bas-normands permettent d'identifier les établissements qui disposent de dispositifs ou de procédure de promotion de la bientraitance.

Indicateurs à recueillir :

- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C D dans les rapports de certification de la HAS.
- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de relatives aux directives anticipées.
- Auto-évaluation des établissements de santé
- Nombre d'établissements qui déclarent avoir un livret d'accueil dans les rapports des CRUQPEC.

En Basse-Normandie :

- Les résultats de certification V 2010 pour chaque prise en charge de l'établissement à la suite de leur visite initiale ou de leur modalité de suivi sont les suivants : A : 40,74%, B : 51,85% et C : 7,4%

Type d'activité	Note A	Note B	Note C	Note D
Court séjour	6	10		
HAD	3	4		
Santé mentale	0	3		
Soins de longue durée	1	3		
SSR	10	8	1	

- S'agissant des directives anticipées, seulement 4 établissements de santé bas-normands déclarent avoir organisé une information
- 32 établissements déclarent avoir un livret d'accueil

### 5.3 Dans le domaine médico-social :

#### Sources d'informations :

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

#### Indicateurs à recueillir :

- Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/nombre total de résidents

#### En Basse-Normandie :

- Les ARS disposeront des bases de données en juin 2013. Elles ne sont pas, à ce jour, communiquées.

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

### 6.1 Dans le domaine ambulatoire :

#### Sources d'informations :

- Par courrier en date du 20 décembre 2012, la DGOS a saisi les ordres nationaux des professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers et pharmaciens) pour savoir s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales, et en particulier sur les thématiques suivantes :
  - Maltraitance ;
  - accès au dossier médical ;
  - refus de soins pour prestataires CMU-AME.

#### Indicateurs à recueillir :

- Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical.
- Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.



En Basse-Normandie :

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES	SOURCES	RESULTATS
<b>Promouvoir et faire respecter le droit des usagers</b>				
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	Conseils départementaux de l'ordre des médecins	Calvados : Aucune
			Conseil régional de l'ordre des médecins	4 réclamations par courrier en 2012. 100% de réponse

- Aucune plainte ni réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été déposée en 2011.

## 6.2 Dans le domaine hospitalier :

Sources d'informations :

- Le label « droits des usagers de la santé »
- L'objectif 6 (permettre l'accès au dossier du patient) correspondent au critère 14b du manuel de certification de la HAS (prise en charge et droits des patients en fin de vie).
- Les rapports des commissions de relations des usagers et sur la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en place dans les établissements de santé bas-normands permettent d'identifier les établissements qui disposent de dispositifs ou de procédure de promotion de la bientraitance.
- Plaintes et de réclamations déposées à l'ARS relatives à l'accès au dossier médical en 2011

Indicateurs à recueillir :

- Nature et nombre de labels
- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C D dans les rapports de certification de la HAS.
- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de relatives aux directives anticipées.
- Nombre de plaintes et de réclamations relatives à l'accès au dossier médical en 2011

En Basse-Normandie :

- Le label été décerné en 2011 au CHPC du Cotentin pour son initiative concernant la Maison des Usagers.

Le projet est porté par le Centre Hospitalier du Cotentin (CHPC) et la Fondation Bon Sauveur de Picauville (FBS), l'origine de ce projet vient du souhait de la Communauté urbaine de Cherbourg (CUC) dans ses ateliers santé-ville d'associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé locale. Ce sont les associations d'usagers qui ont proposé des créer une maison des usagers (MDU). La finalité est de créer un lieu d'accueil et d'écoute pour tous les usagers du Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC) et de la Fondation du Bon Sauveur (FBS) pour informer, orienter les patients et leurs familles par des bénévoles, eux-mêmes représentants d'associations d'usagers. Ce lieu d'accueil consiste aujourd'hui en un bureau et un salon (30 mètres carré environ) dans l'entrée du CHP. Ce projet associe la CUC, une trentaine d'associations d'usagers, la FBS et le CHPC et la direction territoriale (DT) de l'ARS.

- Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé à la suite de leur visite initiale ou de leur modalité de suivi sont les suivants : A : 81,2%, B : 15,6% et C : 3,1%

Type d'activité	Note A	Note B	Note C	Note D
Court séjour	13	4	1	
HAD	5	2		
Santé mentale	5	2		
Soins de longue durée	4	1		
SSR	17	3	1	

- Le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical est très peu renseigné dans les rapports des CRUQPC. En effet, seul un établissement de santé déclare avoir eu une plainte ou une réclamation relative à l'accès au dossier médical
- Aucune plainte ni réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été déposée en 2011 à l'ARS.

### 6.3 Dans le domaine médico-social :

#### Sources d'informations :

- ARS ;
- Remontées d'informations issues des personnes qualifiées.

#### Indicateurs à recueillir :

- Nombre de plaintes et de réclamations relatives à l'accès au dossier médical en 2011 ;
- Nombre de remontées d'informations issues des personnes qualifiées.

#### En Basse-Normandie

- Aucune plainte ni réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été déposée en 2011 ;
- Aucune remontée d'information issue des personnes qualifiées.

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

#### Sources d'informations :

- Il s'agira de connaître le taux de couverture des besoins des enfants handicapés à partir des éléments d'information communiqués par l'éducation nationale et les MDPH.

#### Indicateurs à recueillir :

- Nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation.

En Basse-Normandie :

- Le nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation. Ce ratio n'est pas connu à ce jour du fait de la non-exhaustivité des réponses.

Données issues des rapports d'activité des MDPH	Calvados	Manche	Orne
Demandes de scolarisation			
En CLIS	459	207	
En ULIS			
En milieu ordinaire et ESMS	603	73	
Prise en charge en milieu adapté :			
Etablissements :			
IME, IMPRO	572		
ITEP	229		
Autres			
Services :	47		
SESSAD	411		
SSEFIS, SSESD, SAAAIS	179		

Des informations complémentaires peuvent cependant être dès à présent communiquées dans ce rapport. Des travaux préalables à l'élaboration du SROMS ont en effet été conduits par les groupes de travail animés par l'ARS ont mis en exergue la nécessité de formaliser au plan régional, une fonction d'observation en continu des situations et des besoins des personnes en situation de handicap, enfants et adultes.

Un outil d'observation partagée doit ainsi permettre une meilleure connaissance des besoins, du fonctionnement des dispositifs, utile à la démocratie médico-sociale (CSOMS), à la planification et programmation pour l'ARS et les Conseils Généraux, véritable outil d'aide à la décision pour les acteurs régionaux.

Le CREAI a été chargé par l'ARS de Basse-Normandie de conduire la démarche de construction du dispositif pour le public enfant en 2012. Il a ainsi proposé une méthodologie à l'ARS, qu'il a présentée à la CRSA Commission Spécialisée de l'Organisation Médico-sociale. Le champ de la présente étude couvre les établissements et services médico-sociaux de Basse-Normandie.

Il en ressort que : huit jeunes sur dix bénéficient d'une scolarisation (soit un total de 3 398 jeunes), sans distinction significative selon le département.

Les jeunes accompagnés en institut pour enfants en situation de handicap auditif sont quasiment tous scolarisés (sauf 3).

Les jeunes non scolarisés relèvent essentiellement d'IME (28%), soit un effectif de 622 jeunes.

## 8. Droits des personnes détenues – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical

Sources d'informations :

- Etablissements de santé et établissements pénitentiaires

Indicateur à recueillir :

- Il s'agit ici de déterminer la proportion des personnes sous main de justice ayant accès à leur dossier médical.

Basse-Normandie :

- L'indicateur n'a pas été arrêté.

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

Sources d'informations :

- Les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) ont été instituées par la loi du 27 juin 1990. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, elles s'appellent désormais Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP). Elles comportent en leur sein deux psychiatres, un médecin généraliste, un représentant du Président de la Cour d'appel, un représentant d'une association de parents de malades mentaux et un représentant d'une association de patients.

Indicateurs à recueillir :

- Il s'agit de veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques, en vérifiant à la fois la proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes et la proportion de rapports transmis à l'ARS par chacune de ces commissions. La CRSA peut ensuite procéder à l'analyse de ces rapports si elle le souhaite.

En Basse-Normandie :

- La CDSP du Calvados a été composée en 2011 et elle a tenu sa réunion d'installation à la fin de l'année. La CDSP de la Manche ne s'est jamais réunie car la commission n'a pu être constituée en l'absence de psychiatres volontaires pour y siéger. Depuis un mois, un psychiatre s'est enfin porté volontaire mais le médecin généraliste et le psychiatre libéral ont décliné leur offre de service. La CDSP de l'Orne existe depuis le 22 octobre 2012. Elle a tenu sa première réunion le 11 décembre 2012 et n'a pas, à ce jour, transmis son rapport d'activité 2012, à l'ARS.

Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes	Proportion de rapports transmis à l'ARS
1/3	100%

## ORIENTATION 2 : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

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

Sources d'informations :

- La part de la population en Basse-Normandie vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale est un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS ;
- Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) ouvertes en 2011 est un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS ;
- Le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des

soins n'ont pas pu être renseignés dans le cadre du CPOM et ne seront donc pas être renseignés.

Indicateurs à recueillir :

- La part de la population en Basse-Normandie vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale
- Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (pôles de santé libéraux ambulatoires, maisons de santé, centres de santé) ouvertes en 2011

En Basse-Normandie :

- La part de la population en Basse-Normandie vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale est de : 11,90% ;
- Les structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres desanté) ouvertes en 2011 sont au nombre de 7. Il s'agit exclusivement de pôles de santé libéraux ambulatoires :

Calvados	Manche	Orne
Grâce-de-Dieu Ils Orbec	Saint-James Villedieu-les-Poêles	Gacé Moulins-la-Marche (satellite de L'Aigle)

## 11.Assurer financièrement l'accès aux soins

Sources d'informations :

Il s'agira d'identifier le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en couverture médicale urgente (CMU) et à l'aide médicale de l'Etat (AME) reçues et traitées par les CPAM, les CDOM et les ARS.

Indicateurs à recueillir :

- Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME en 2011 reçues par les CPAM ;
- Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME en 2011 reçues par les CDOM et le CROM ;
- Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME reçues en 2011 : par l'ARS.

En Basse-Normandie :

- Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME en 2011 reçues par les CPAM :
  - Dans le Calvados : Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME en 2011, concernant des assurés couverts par la CMUC :
    - 4 réclamations concernant un refus de soins caractérisé,
    - 9 cas assimilables à un refus de tiers payant de la part des professionnels de santé.

- Dans l'Orne : aucun événement concernant des refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME.
- Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME en 2011 reçues par les CDOM et le CROM

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES	SOURCES	RESULTATS
<b>Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</b>				
Assurer financièrement l'accès aux soins	Ambulatoire	Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME;	Conseils départementaux de l'ordre des médecins  Conseil régional de l'ordre des médecins	Aucune plainte  Aucune doléance connue

- Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME reçues en 2011 par l'ARS

Aucune plainte ni réclamation pour refus de soins pour des personnes relevant de la CMU et de l'AME n'a été reçue en 2011 par l'ARS.

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

### Sources d'informations :

- Le label « droits des usagers de la santé » ;
- Les quatre indicateurs concernant la réduction des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS ;

### Indicateurs à recueillir :

- Nature et nombre de labels patients ;
- Le Taux de participation au dépistage organisé du cancer du colorectal chez les personnes à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans ;
- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes entre 50 et 74 ans ;
- Le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ;
- La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants de grande section de maternelle.

### En Basse-Normandie :

- Un label a été décerné au **CHPC de Cotentin** en 2011 pour son initiative concernant **une télévision interne : Canal 7**

L'origine du projet est issue du souhait d'avoir un accès gratuit à au moins une chaîne de télévision informative. Ce souhait a motivé le contact avec un prestataire local. L'objectif est de rendre

accessible une information locale et sanitaire, d'améliorer l'accueil des patients et leur information et d'offrir à tous les patients, une prestation télévisuelle gratuite de qualité. Le public visé pour cette chaîne de télévision est les patients alités et à terme tous les patients en salle d'attente.

Cette chaîne de télévision est gratuite et accessible depuis tous les postes de l'établissement destinés aux patients, 24h/24. Ce projet a associé la direction du CHPC, la direction des services économiques, la cellule communication et la société H COM. Les axes prioritaires concernent la diffusion régulière d'informations sur les droits des patients, la réalisation d'une charte du patient et livret d'accueil en ligne, la diffusion de messages d'éducation thérapeutique et la présentation de l'ensemble des services de l'établissement.

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du colorectal chez les personnes à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans : 35,70% ;
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes entre 50 et 74 ans : 58% ;
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : non renseigné en 2011 (en 2009 : 90%) ;
- Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants de grande section de maternelle : non renseigné en 2011 (en 2005 : 10,3%).

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

#### Sources d'informations :

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

#### Indicateurs à recueillir :

- Nombre de contrats locaux de santé signé au titre de l'article L 1434-17 du code de la santé publique sur les territoires urbains (CUC, ZEP) ou ruraux (isolés) ;
- Ecarts interrégionaux 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.

#### En Basse-Normandie :

- Aucun contrat local de santé n'a été signé au titre de l'article L 1434-17 du code de la santé publique sur les territoires urbains (CUC, ZEP) ou ruraux (isolés)
- Les écarts interrégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible sont de 29,3% pour les personnes handicapées de 0 à 59 ans et de 13,9% pour les personnes âgées de 75 ans et plus
- 19 logements ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique

## **ORIENTATION 3 : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE**

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

#### Sources d'informations :

- Les rapports des CRUQPC

#### Indicateurs à recueillir :

- 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 (article L 1114-1 du code de la santé publique)
- Dispositif d'information sur ces formations

#### En Basse-Normandie

- Des formations sur la bientraitance/maltraitance ont été organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011) ;
- 3 formations ont été réalisées
- 100% : personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (Article L 1114-1 du code de la santé publique)
- Concernant les dispositifs d'information sur ces formations, des relais (mailing) ont été effectués par la mission démocratie sanitaire de l'ARS et par les directeurs des établissements de santé.

## **ORIENTATION 4 : RENFORCER LA DEMOCRATIE 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**

#### Sources d'informations :

- Le label des patients
- Les données à recueillir sont à renseigner par les ARS dans le cadre de l'indicateur du rapport annuel de performance sur la participation des représentants d'usagers.

#### Indicateurs à recueillir :

- La nature et le nombre de labels
- Le taux de participation globale des membres de la CRSA
- Le taux de participation par collège de la CRSA
- Le taux de participation globale des membres des conférences de territoire
- Le taux de participation des représentants des usagers dans la CRSA
- Le taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire



### En Basse-Normandie

- **Le label « droits des usagers de la santé » a été décerné en 2011 au collectif Inter associatif sur la Santé en Basse-Normandie (CISS BN) pour son initiative concernant un Annuaire des représentants des usagers en Basse Normandie.**

L'idée de cet annuaire est issue des réflexions du bureau du CISS BN qui a toujours des difficultés pour communiquer avec les représentants des usagers dans les établissements de la région.

Un annuaire devrait faciliter la phase opérationnelle de cette communication et permettrait de faire un état des lieux des besoins de formation de ces représentants.

Le but de cet annuaire serait aussi de mettre à la disposition de l'ensemble des associations d'usagers un document qui comporterait, de façon exhaustive, les coordonnées des représentants des usagers dans tous les établissements de santé publics et privés ainsi que dans les instances de démocratie sanitaire de santé créées par la loi HPST (CRSA et ses commissions spécialisées) et dans le secteur médicosocial.

Cet annuaire permettra de développer la démocratie sanitaire par une amélioration de l'information sur les représentants des usagers, de leur permettre de se connaître et de créer des liens entre eux. Il pourra ainsi faciliter le développement de la démocratie sanitaire.

- 78% des membres de la CRSA ont assisté aux réunions ;
- Le taux de participation par collège de la CRSA sera intégré dans le rapport 2014 ;
- 77,6% des membres des conférences de territoire ont assisté aux réunions ;
- 65,6% des représentants des usagers ont assisté aux CRSA ;
- Le taux de participation des représentants des usagers dans les 3 conférences de territoire sera intégré dans le rapport 2014.

## Recommandations sur le rapport 2012 sur le respect des droits des usagers

En application de l'article D 1432-42 du code de santé publique, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé transmet le rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charges dans les domaines sanitaire et médico-social avec les recommandations qu'il formule, au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Lors de sa réunion du 30 mai 2013, la commission spécialisée dans le domaine du droit des usagers du système de santé a émis les recommandations suivantes :

**Recommandation n°1** : Les dispositifs relatifs au respect de la dignité des personnes et aux conditions de leur fin de vie sont très peu appliquées (résultats des indicateurs liés à l'objectif 5 du cahier des charges) et mal connus des usagers et des représentants d'usagers eux-mêmes. D'autre part le nombre très important de personnes ayant assisté aux deux manifestations organisées en 2012 sur le thème de la fin de vie, l'une à l'attention des professionnels de santé et l'autre sous forme de débat public montre l'intérêt et les questionnements de la population sur ce sujet.

- Faire connaître ces dispositifs (respect de la dignité de la personne en fin de vie, mandat de protection future, désignation de la personne de confiance, rédaction des directives anticipées,...) aux représentants des usagers, par une information en commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers, relayée par la CRSA ;
- Proposer une formation sur ce thème aux représentants d'usagers de la région intervenant dans les instances des établissements de la région
- sur le respect du droit des usagers en Conseil de Vie Sociale (CVS) ;
- le renforcement de la démocratie sanitaire en fournissant une meilleure harmonisation des rapports CRUQPC et en prévoyant la mise en place d'un observatoire régional des plaintes ;
- en encourageant la promotion des droits des usagers par la formation des représentants des usagers dans toutes les instances, le développement de la formation des professionnels de santé aux droits des usagers.

**Recommandation n°2** : L'orientation 13 concerne la réduction des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires. Même si aucun indicateur ne porte sur la prise en charge en AVC, les membres de la CSDU ont été associés à la fois aux travaux préparatoires du PRS et au Pacte Territoire Santé et il apparaît au travers des données suivantes que l'accès des usagers à une prise en charge de qualité nécessite des actions spécifiques. En effet, même si l'accès aux structures d'urgence est assuré de tout point du territoire en une demi-heure, seul 20% des accès aux urgences est régulé par le centre 15.

- Organiser une campagne de communication mobilisatrice autour des signaux d'alerte et de l'appel du centre 15

**Recommandation n°3** : Assurer le lien entre les indicateurs pris par l'arrêté du 5 avril 2012 et les indicateurs prévus dans le cadre du suivi du PRS et portant sur le respect des droits des usagers.

- Veiller à la transmission de l'ensemble des indicateurs prévus dans l'arrêté du 5 avril 2012 pour préparer de manière optimale le rapport annuel sur le respect des droits des usagers
- Demander à l'ARS qu'elle présente annuellement à la CSDU les indicateurs prévus dans le PRS concernant le respect des droits des usagers

**Recommandation n°4** : Prévoir une harmonisation des rapports des CRUQPC afin de permettre une analyse régionale plus approfondie.

- Prévoir la mise en ligne d'un logiciel de remplissage de données à l'attention des établissements.

## CONCLUSION

Les informations relatives au rapport sur l'évaluation des conditions d'application des 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" ont été définies par l'arrêté d'avril 2012 après concertation des CSDU des CRSA.

En Basse-Normandie, l'année 2012 a été consacrée aux travaux nécessaires pour l'élaboration du PRS et des schémas d'organisation dans les domaines sanitaire, médico-social et de prévention. Ces schémas contiennent la description d'indicateurs permettant le suivi de l'évolution de l'état de santé global de la population.

C'est pour cela que le rapport sur les droits des usagers n'intègre pas l'ensemble des indicateurs préconisés par le cahier des charges.

Pour le rapport sur les données 2013, la CSDU insiste sur sa volonté de disposer de tous les outils prévus par l'arrêté 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA lui permettant ainsi d'évaluer le respect des droits des usagers relevant de l'ambulatoire, du médico-social et du sanitaire et plus particulièrement du fonctionnement des conseils de vie sociale et des données relatives à la bientraitance des personnes accueillies en établissement.

Annexe : 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.