



Respect des droits des usagers du système de santé

Rapport annuel 2014
Données 2013

Février 2015

Sommaire

Préambule	2
<u>A/ Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</u>	4
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.	4
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.	5
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.....	21
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.	22
6. Droit à l'information. - Permettre l'accès au dossier médical.	24
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.	26
8. Droits des personnes détenues. - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.....	27
9. Santé mentale. - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	28
<u>B/ Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</u>	29
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.....	29
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.	32
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	33
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.	34
<u>C/ Conforter la représentation des usagers du système de santé.....</u>	35
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.....	35
<u>D/ Renforcer la démocratie sanitaire</u>	36
15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.	36
Recommandations	37
Annexes	

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

ars
Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

Siège

31 rue Malouet - BP 2061 - 76 040 Rouen Cedex

Téléphone standard : 02 32 18 31 90

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

www.ars.haute-normandie.sante.fr

Préambule

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

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

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

Le décret du 31 mars 2010 relatif à la Conférence Régionale de la 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 (CSDU) 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 territoire.

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

Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région. Ce rapport, portant sur les données de l'année précédente (ici 2013), est transmis au directeur général de l'ARS 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 le temps après les demandes et recommandations et corrections suggérées.

Ce rapport marque cependant une avancée significative sur le précédent, seuls 4 objectifs ne sont pas renseignés. La CSDU a bénéficié de la réorganisation interne de l'ARS concernant la «démocratie sanitaire» avec une interlocutrice unique.

La place des usagers et de leurs représentants est mieux acceptée et donc reconnue dans la plupart des établissements de santé. Mais la formation aux «droits des usagers» est encore insuffisante pour les professionnels de santé et les RU. La CSDU devra proposer un nouveau questionnaire concernant le secteur médico-social.

Le respect des droits des usagers progresse depuis notre premier rapport 2009, cependant encore trop d'indicateurs manquent concernant notamment, les secteurs ambulatoire et médico-social, la mise en place des «*conseils territoriaux de santé*» pourra t-elle y remédier ?

Attendons la Loi de Santé.....

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

A / Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (Personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs.)

Secteurs Ambulatoire/Sanitaire/Médico-social

Indicateurs

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

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

Sources d'informations existantes

- Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC)
- Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
- Rapport de l'ANFH pris en application de la circulaire DGOS/ANFH sur la formation des personnels hospitaliers dans les établissements de santé
- Formations initiales et continues assurées par l'EHESP, l'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc.
- Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC
- Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux :
 - Résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans)
 - Formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux
 - Formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD)
 - Formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés

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

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

- Conseils des ordres des professionnels de santé, URPS

Secteur Médico-social

Indicateurs

Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :

- Proportion d'établissements disposant d'un CVS
- Proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA
- Nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement)
- Composition et qualité des membres des CVS
- Proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS
- Nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées

Sources d'informations existantes

- Résultats du questionnaire ANESM sur la bientraitance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012)
- Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans)
- Rapports des CVS ARS

Secteur Sanitaire

Indicateurs

Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :

- Proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC
- Proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA
- Nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement)
- Composition et qualité des membres de la CRUQPC
- Existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres)
- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS

Sources d'information existantes

- Rapports CRUQPC des établissements de santé
- *Enquête SAPHORA*
- Rapports de certification HAS : — pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans) ; — extractions régionales
- Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)

Le traitement des réclamations et signalements parvenus à l'ARS

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

L'activité de traitement des réclamations et signalements 2013 par type d'établissements, services ou lieux concernés	Nombre d'affaires traitées
Etablissements et services pour personnes handicapées	132
Etablissements et services pour personnes âgées	165
Etablissements et services de santé	116
Entreprises de transport sanitaire	17
Soins de ville, tatoueurs et perceurs et/ou exercice illégal d'une profession réglementée	30
Sous total réclamations et signalements relatifs à la qualité de l'offre de soins	460
Habitat indigne et/ou bruit	170 (habitat) + 48 (bruit)
TOTAL	678

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

a- Secteur sanitaire : résultats de l'enquête CRUQPC 2013

2.1 Informations générales sur le questionnaire

Nombre d'établissements répondant au questionnaire

Statuts	2011 Renseignés/ sollicités	% réponses 2011	2012 renseignés/ sollicités	Taux de réponse 2012	2013 renseignés/ sollicités	Taux de réponse 2013
Total	51/61	84 %	48/65*	74%	54/61	88%

2.2 Composition de la CRUQPC

Nombre de représentants des usagers siégeant dans la CRUQPC (titulaires et suppléants)	Nombre d'établissements en 2010	Nombre d'établissements en 2011	Nombre d'établissements en 2012	Nombre d'établissements en 2013
4 (= tous les sièges sont pourvus)	20	20	19	30
3 sièges (sur 4) sont pourvus	11	12	12	8
2 sièges sont pourvus	22	13	19	11
1 siège est pourvu	9	10	11	5
tous les sièges sont vacants	1	0	3	0
total	63	55	64	54

Comme il est prévu dans l'article R1112-83 issu du décret 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la CRUQPC, le directeur général 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 L1114-1 du code de la santé publique.

2.3 Fonctionnement de la CRUQPC

2.3.1. Nombre de réunions de CRUQPC par 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.

Nombre de réunions par an	Pas de réponse	0	1	2	3	4 et +	Nombre de réunions médian
2011	0	0	12	10	11	11	?
2012	6	2	7	6	9	20	3
2013	0	0	5	7	9	33	4

2.3.2 Existence d'un règlement intérieur à la CRUQPC

Il existe un règlement intérieur à la CRUQPC dans 92% des établissements interrogés en 2013.

2.3.3. Taux moyen de participation des membres de la CRUQPC

2010	2011	2012	2013
86 %	84.8%	84,0%	84,9%.

En 2013, le taux moyen de participation des **représentants des usagers en CRUQPC s'élève à 88,1%**, le taux moyen de participation des autres membres s'élève à 84,9%.

2.3.4. Participation des membres de la CRUQPC à la rédaction du rapport annuel

C'est le cas dans 75,9% des établissements en 2013.

2.3.5 Avis donnés par la CRUQPC

En 2013, chaque CRUQPC a formulé en moyenne 3,4 recommandations sur l'amélioration de la qualité de prise en charge. Le taux de mise en place des recommandations de l'année précédente est de 67%.

2.4 Moyens alloués au fonctionnement de la CRUQPC

Les membres de la CRUQPC ont accès à l'intégralité des réclamations et éloges dans 100% des établissements interrogés en 2013.

Dans 87% des établissements, les résultats annuels des indicateurs qualité de l'établissement sont présentés et débattus en CRUQPC.

7,4% des établissements déclarent proposer le versement d'indemnités de congé de représentation en 2013 (contre 2% en 2012).

57,4% des établissements remboursent les frais de déplacement des représentants d'utilisateurs en 2013 (contre 50% en 2012).

Dans 80% des établissements répondants, les noms et coordonnées des représentants des utilisateurs figurent sur les documents d'information destinés aux utilisateurs.

Dans 79,6% des établissements, il est possible de contacter un représentant d'utilisateur à tout moment.

2.5 Formation des représentants des usagers en 2013

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

Tout représentant des usagers peut se former :

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

En 2013, le CISS-Haute-Normandie s'était fixé pour objectif d'organiser 4 formations à l'attention des représentants des usagers, une session a été reprogrammée à la demande d'un administrateur.

Thématiques	Date	Nombre de participants	Type de participants	Lieu
Être RU en CRUQPC	11/03/2013	6	RU en CRUQPC débutant ou confirmé	Centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel, Rouen
RU, prenez la parole	29/05/2013	8	RU expérimenté de toutes instances	
Les plaintes des usagers du système de santé : les recours juridiques	23/09/2013	14	RU de toutes instances ou responsable associatif	
Témoigner et argumenter	26/11/2013	10	RU expérimenté de toutes instances	
RU, prenez la parole	11/12/2013	9	RU expérimenté de toutes instances	CHU de Rouen

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

Les participants aux formations et leur regard

	2011	2012	2013
Nombre de formations	2	4	5
Nombre de participants	36	56 (dont un professionnel de santé en observation)	47
Ce qui représente	36 individus différents	41 individus différents	33 individus différents
Nombre moyen de participants par formation	18	14	9,4

À noter que le nombre moyen de participants a baissé entre 2011 et 2013. En 2011, le CISS-HN proposait pour la première fois des formations en région. Le besoin de formations était fort et concret. Depuis 2012, la volonté du CISS-HN est de diminuer le nombre de participants pour permettre davantage d'échanges, plus enrichissants entre le formateur et les participants. Les sessions de formation ont donc gagné en termes de qualité et de partage d'expériences.

En 2013 :

... personnes	ont suivi ...
21	1 formation
10	2 formations
2	3 formations

D'après les 42 réponses (sur 47 participants), les attentes ont été satisfaites à 100 % et portaient essentiellement sur l'approfondissement des connaissances, les droits des usagers, prendre la parole plus facilement et s'affirmer en tant que représentant des usagers.

Les stagiaires se considéraient pour 40,5% comme débutants, 57,1% comme "ayant quelques connaissances" et 2,4 % comme "maîtrisant le sujet".

	++	+	-	--
Apports de la formation pour votre efficacité propre				
J'ai enrichi mes connaissances	76,2	23,8		
J'ai acquis des connaissances utiles dans mes fonctions	69	31		
Le contenu de la formation était adapté à mes besoins	71,4	28,6		
Approche pédagogique et animation propre				
L'animateur a pris en compte mes attentes	81	19		
La méthode de formation était efficace	83,3	16,7		
Les relations dans le groupe, et entre le groupe et l'animateur, étaient de qualité	95,2	4,8		
Les supports et documents remis sont utiles	73,8	23,8	2,4	
Organisation et accompagnement				
J'ai reçu suffisamment d'informations avant la formation	54,8	40,5	4,8	
La durée de la formation convenait par rapport à son contenu	52,4	45,2	2,4	
L'organisation (matériel pédagogique, date, lieu...) était bonne	78,6	19	2,4	

Résultats en %

2.6 La gestion des réclamations

2.6.1 Les réclamations

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

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

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

	Oui	Non	Oui% 2011	Oui% 2012	Oui% 2013
Existe-t-il un protocole de traitement des réclamations ?	54	0	86.4%	95%	100%

Nombre de réclamations écrites en 2013 : 1 473 (1 274 en 2012).

Nombre de réclamations orales en 2013 : 540 (443 en 2012)

Soit un total de 2 013 réclamations en 2013.

Nombre d'éloges reçues en 2013 : 1 977

2.6.2 Nombre de demandes formulées devant la CCI – commission de conciliation et d'indemnisation (source CCI Haute-Normandie)

	2010	% 2010	2011	% 2011	2012	2013
Avis positifs d'indemnisations	20	26.7	28	24.1	53	27
Dossiers rejetés sans expertise	37	49.3	31	26.7	32	21
Avis négatifs d'indemnisations	18	24	57	49.1	53	29
Nombre de demandes d'indemnisations	75	100%	116	100%	84 (?)	116

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

2.6.3 Motifs de réclamation

Accueil/ administration	Nombre de réclamations	Nb de médiations
Facturation	177	8
Autre	91	6
Attente/délais	61	2
Accueil	38	2
Standard téléphonique	35	1
Signalisation	26	0
Dépassement d'honoraires	19	0
Mode d'hospitalisation	16	0
Identification des personnels	4	0
TOTAL	467	19

Prise en charge médicale globale	Nombre de réclamations	Nb de médiations
Qualité des soins	179	17
Information du malade/de la famille	150	41
Contestation du diagnostic médical	130	31
Prise en charge de la douleur	84	12
Divergence sur les actes médicaux	48	22
Accident thérapeutique, séquelles	41	14
Accès au dossier médical	18	11
Secret médical	9	0
Non recueil du consentement	4	2
Qualité des soins	179	17
Information du malade/de la famille	150	41
Contestation du diagnostic médical	130	31
Prise en charge de la douleur	84	12
Divergence sur les actes médicaux	48	22
Accident thérapeutique, séquelles	41	14
Total	663	150

Prise en charge paramédicale globale	Nombre de réclamations	Nb de médiations
Relations avec le personnel	167	21
Qualité des soins	140	9
Organisation des examens	76	1
Nursing, surveillance	61	3
Information sortie/transfert	51	7
Insuffisance de personnel	20	1
Divergence sur les actes paramédicaux	16	3
Autre	9	1
Liberté de circulation	1	0
Total	541	46

Vie quotidienne, environnement	Nombre de réclamations	Nombre de médiations
Autre	117	12
Alimentation, diététique	77	2
Mécontentement sur les prestations hôtelières	51	13
Locaux (accès, sécurité)	29	3
TOTAL	466	37

2.6.4 Traitement des réclamations – utilisation de la médiation

Délai moyen de prise en charge des réclamations en jours en 2013 : 22,8 jours.

Un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers existe dans 87% des établissements interrogés.

Nombre de médiations proposées en 2013 : 655

Nombre de médiations réalisées en 2013 : 287

Taux de médiations effectuées/nombre de réclamations en 2013 : 14,2%

2.7 Satisfaction du patient

2.7.1 Questionnaire de satisfaction

Attention la question portait précédemment sur le questionnaire de sortie

Existence d'un questionnaire de satisfaction en 2013 dans 98% des établissements interrogés.

Une aide est apportée dans le remplissage du questionnaire dans 62% des établissements en 2013.

Taux de retour des questionnaires de sortie

	2010	2011	2012	2013
Taux de retour des questionnaires %	30.5	48.5	28%	24,2%
Nbre établissements déclarants	58	43	40	50

Analyse des questionnaires par la CRUQPC : c'est le cas dans 88,8% des établissements en 2013.

2.7.2 Enquêtes de satisfaction

Une enquête de satisfaction est mise en place dans 81% des établissements en 2013. Dans 74% des établissements interrogés, la CRUQPC est informée des résultats de l'enquête.

D'autres moyens de mesures de la satisfaction des usagers sont mis en place dans 59% des établissements en 2013.

2.8. Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement

2.8.1 Formation du personnel aux droits des usagers

Du personnel a été formé dans 79% des établissements.

2.8.2 Respect des croyances et convictions

77,7% des établissements ont mis en place un dispositif relatif au respect des croyances dans l'établissement.

46% des établissements ont désigné une personne référente. 24% possèdent un lieu de confession multireligieux, 27,7% des lieux de culte catholique - protestant - israélite - musulman.

2.8.3 Information sur les frais de prise en charge

85,1% des établissements déclarent afficher les tarifs sur les lieux de consultation.

40,7% des établissements remettent au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros. (Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique).

2.8.4 Evaluation du respect du droit d'accès au dossier médical

Il existe une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical dans la totalité des établissements.

Nombre de demandes reçues en 2013 :

- dossiers de moins de 5 ans : 3 421
- dossiers de plus de 5 ans : 1 057

Soit 4 478 demandes reçues (contre 4212 en 2012).

Nombre de refus :

- dossiers de moins de 5 ans : 94
- dossiers de plus de 5 ans : 77

Nombre de réclamations relatives à l'accès au dossier médical : 18

Dans 98% des établissements, l'accès au dossier médical sur place est possible. 79% des établissements facturent le coût des photocopies aux usagers. 55% des établissements ont prévu une organisation pour permettre la consultation du dossier médical en cas d'hospitalisation d'office.

Le délai de délivrance des dossiers médicaux au demandeur est fixé par le code de la santé publique. Le délai de communication est au plus de 8 jours lorsque le dossier date de moins de 5 ans et de 2 mois au plus pour un dossier de plus de 5 ans.

Les dossiers inférieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de 7 jours (12 jours en 2012).

Les dossiers supérieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de 11 jours (18 jours en 2012).

2.9. Possibilité de désigner une personne de confiance

Une procédure pour recueillir l'identité de la personne de confiance est mise en place dans 98% des établissements (contre 93% en 2012).

3. Rédaction de directives anticipées relatives à la fin de vie

Une procédure est mise en place pour recueillir les directives anticipées relatives à la fin de vie dans 57% des établissements (contre 54% en 2012).

3.1. Prise en charge de la douleur

Il existe une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans 98% des établissements et une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur dans 90% des établissements. Le personnel soignant est formé à la prise en charge de la douleur dans tous les établissements. 84 réclamations ont été recensées sur ce thème en 2013.

3.2. Promotion de la bientraitance

Il existe des actions de promotion de la bientraitance dans 92% des établissements. Des formations à la bientraitance sont proposées aux personnels dans 83% des établissements, avec une moyenne de 5 formations par établissement en 2013. 85% des établissements mettent en place des évaluations des pratiques professionnelles ayant pour thème le respect des droits des usagers, avec une moyenne de 3,2 évaluations des pratiques professionnelles par établissement en 2013.

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

Enquête réalisée du 18/09/13 au 08/11/13 sur les données 2012

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

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

1. Le CVS :

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

2. Qui est membre du CVS ?

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

3. Un règlement intérieur est établi ?

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

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

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

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

5. Quelle est la fréquence des réunions ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

- Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance
- Taux de réponses apportées aux réclamations et plaintes

Sources d'information existantes

- Conseils des ordres des professionnels de santé

Secteur Sanitaire

Indicateurs

- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent
- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)

Sources d'information existantes

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

Secteur médico-social

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

- Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf
- Inspection-contrôle ou médiation des ARS
- Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux
- Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux
- Mobiqua
- Evaluation interne
- Outil «Angélique»

Rapports de certification HAS : 7 recommandations pour 5 établissements sur ce critère (5 recommandations pour 3 établissements de santé en 2012)

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

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

Secteur Sanitaire

Indicateurs

- Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe
- Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)
- Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)

Sources d'informations existantes

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

Secteur Médico-social

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

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

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

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

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

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

Rapports de certification HAS: 6 réserves, 19 recommandations pour 14 établissements sur ce critère (4 réserves et 22 recommandations pour 16 établissements de santé en 2012).

5. Droit au respect de la dignité de la personne. - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.

Secteur Ambulatoire :

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

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

Secteur Médico-social :

Indicateurs

- Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement
- Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/nombre total de résidents

Sources d'informations existantes

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

Secteur Sanitaire

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

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

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

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

Secteur sanitaire :

Rapports de certification HAS : 3 réserves, 18 recommandations pour 11 établissements
(2 réserves et 18 recommandations sur ce critère pour 12 établissements de santé en 2012)

5.1.1 Informations

Une procédure est mise en place pour recueillir les directives anticipées relatives à la fin de vie dans 57% des établissements (contre 54% en 2012).

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

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

- Projet médical des maisons, pôles et centres
- Ordres professionnels
- ARS

Secteur Médico-social

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

- ARS
- Remontées d'informations issues des personnes qualifiées

Secteur Sanitaire

Indicateurs

- Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical
- Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)

Sources d'informations existantes

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

Secteur Sanitaire :

Rapports de certification HAS : 1 réserve majeure, 2 recommandations pour 3 établissements (absence de réserve ou de recommandation sur ce critère pour les établissements de santé haut-normands.)

Résultats de l'enquête CRUQPC 2013

2.8. Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement

2.8.1 Formation du personnel aux droits des usagers

Du personnel a été formé dans 79% des établissements.

2.8.2 Respect des croyances et convictions

77,7% des établissements ont mis en place un dispositif relatif au respect des croyances dans l'établissement.

46% des établissements ont désigné une personne référente. 24% possèdent un lieu de confession multi religieux, 27,7% des lieux de culte catholique - protestant - israélite - musulman.

2.8.3 Information sur les frais de prise en charge

85,1% des établissements déclarent afficher les tarifs sur les lieux de consultation. 40,7% des établissements informent le patient de l'obligation de réaliser un devis pour un montant supérieur à 90€.

2.8.4 Evaluation du respect du droit d'accès au dossier médical

Il existe une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical dans la totalité des établissements.

Nombre de demandes reçues en 2013 :

- dossiers de moins de 5 ans : 3 421
- dossiers de plus de 5 ans : 1 057

Soit 4 478 demandes reçues (contre 4 212 en 2012).

Nombre de refus :

- dossiers de moins de 5 ans : 94
- dossiers de plus de 5 ans : 77

Nombre de réclamations relatives à l'accès au dossier médical : 18

Dans 98% des établissements, l'accès au dossier médical sur place est possible. 79% des établissements facturent le coût des photocopies aux usagers. 55% des établissements ont prévu une organisation pour permettre la consultation du dossier médical en cas d'hospitalisation d'office.

Le délai de délivrance des dossiers médicaux au demandeur est fixé par le code de la santé publique. Le délai de communication est au plus de 8 jours lorsque le dossier date de moins de 5 ans et de 2 mois au plus pour un dossier de plus de 5 ans.

Les dossiers inférieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de 7 jours (12 jours en 2012).
Les dossiers supérieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de 11 jours (18 jours en 2012).

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

L'indicateur demandé n'est pas disponible.

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

- Etablissements de santé
- Etablissements pénitentiaires

L'indicateur demandé n'est pas disponible.

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

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

- ARS
- Rapport annuel des CDSP

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

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

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

Indicateurs

- Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé
- Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale
- Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins

Sources d'informations existantes

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

10.1 Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire en 2013 pour les médecins libéraux de quelques spécialités

territoire	Spécialité	Nombre de praticiens installés	part de l'offre en secteur 1
DIEPPE		213	87%
	Anesthésiste	5	100%
	Chirurgie maxillo-faciale	1	0%
	chirurgie viscérale	1	0%
	Chirurgie orthopédique	6	33%
	Chirurgien	1	0%
	Gastroentérologie	3	100%
	Gynécologie obstétrique	5	100%
	Ophtalmologie	9	89%
	ORL	3	67%
	Pneumologie	2	100%
	Psychiatre	4	50%
	Radiologue	8	100%
	Rhumatologie	2	50%
	Omnipraticien	136	93%
EVREUX		360	77%
	Anesthésiste	12	67%
	Chirurgie plastique	1	0%
	Chirurgie viscérale	2	50%
	Chirurgie orthopédique	6	0%
	Chirurgien	3	0%
	Gastroentérologue	7	43%
	Gynécologie médicale	5	80%
	Gynécologie obstétrique	12	33%
	Ophtalmologie	24	42%
	ORL	10	30%
	Pneumologie	2	50%
	Psychiatre	12	50%
	Psychiatre infantile	1	0%
	Radiologue	18	72%
	omnipraticien	291	89%
LE HAVRE		579	84%
	Anesthésiste	23	48%
	Chirurgie infantile	3	33%
	Chirurgie plastique	4	25%
	Chirurgie thoracique	2	100%
	Chirurgie vasculaire	1	100%
	Chirurgie viscérale	3	33%
	Chirurgie orthopédique	17	53%
	Chirurgien	7	29%
	Gastroentérologie	9	100%
	Gynécologie médicale	8	75%

Gynécologie obstétrique	19	53%
Ophtalmologie	32	56%
ORL	16	44%
Pneumologie	4	50%
Psychiatre	20	85%
Radiologue	32	100%
Rhumatologie	10	60%
Omnipraticien	367	96%
ROUEN	1 206	83%
Anesthésiste	42	50%
Chirurgie infantile	4	75%
Chirurgie maxillo-faciale	2	50%
Chirurgie maxillo-faciale & stomatologie	4	25%
Chirurgie plastique	7	0%
Chirurgie thoracique	1	0%
Chirurgie vasculaire	5	0%
Chirurgie viscérale	8	25%
Chirurgie orthopédique	24	17%
Chirurgien	17	24%
Gastroentérologie	22	86%
Gynécologie médicale	35	63%
Gynécologie obstétrique	26	35%
Ophtalmologie	53	57%
ORL	28	57%
Pneumologie	15	93%
Psychiatre	47	72%
Psychiatre infantile	1	100%
Radiologue	61	100%
Rhumatologie	23	35%
Omnipraticien	781	96%

NB : les chiffres comprennent l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

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

En Haute-Normandie, en 2013, 9% de la population vit dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale (2012 : 10,5%).

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

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

11. Assurer financièrement l'accès aux soins.

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

- CPAM
- Conseils des ordres des professionnels de santé

12. Assurer l'accès aux structures de prévention.

Indicateurs

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
- Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle

Sources d'informations existantes

- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans : 32,3% (31,9% en 2012)

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : 59,1% (59% en 2012)

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

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

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

Indicateurs

- Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)
- Ecart intra régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)
- Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique

Sources d'informations existantes

- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

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

- CLS ont été signés en 2012 sur les territoires suivants :
 - la communauté d'agglomération Seine Eure
 - Saint Etienne du Rouvray
 - la communauté d'agglomération du Havre
- Un CLS a été signé en 2013 avec la ville de Dieppe.

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

- Personnes âgées : 6,2% (6,1% en 2012)
- Personnes handicapées : 1,5% (5,7% en 2012)

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

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

en 2013, 37 logements ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique (en 2012, 210 signalements reçus et 95 visites réalisées ayant débouché sur 35 arrêtés préfectoraux).

C/ Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

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

3 formations réalisées par le CISS en 2012 soit 47 personnes formées (Cf le point 2.5)

D/ Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

Indicateurs

- Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire
- Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire

Sources d'informations existantes

- ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire en 2013

CRSA et commissions spécialisées	Nb de réunions	Nb de RU convoqués	Nb de RU présents	% de participation en 2013
Commission permanente	9	36	25	69%
Plénière	2	32	25	78%
CS médico-social	1	3	2	67%
CS droits des usagers	4	12	8	67%
CS prévention	1	4	1	25%
CS organisation des soins	2	7	4	57%
Conférences de territoire	13	76	65	86%
Total	32	170	130	76%

Taux de participation 2012 : 73%

Synthèse des recommandations

Rapport 2014 (données 2013)

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

- Rendre conforme la composition de 16/54 CRUQPC
- Faire respecter le nombre de 4 réunions annuelles 21/54

Obj 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.

L'information aux médecins et personnel soignant devrait être systématique dans les établissements concernés pour permettre le respect des directives de fin de vie (Loi Leonetti) lors de la prise en charge des patients.

Plus de 50% des établissements n'ont pas mis en place de procédure de recueil.

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

Des progrès restent à faire pour la mise en place de procédures concernant les différentes annonces et recueils :

- Annonce du diagnostic
- Le recueil du consentement
- Le recueil de l'identité de la personne de confiance

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

- Les candidatures doivent être présentées par les associations agréées (Article L.1114-1)
- Rendre obligatoire la formation des RU avant leur nomination ou dans l'année qui suit.
- Améliorer l'information « directe » à tous les RU sur les programmes de formations existants
- Mettre en place une formation pour les membres des instances liées directement à l'ARS

Obj.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.

Favoriser la présence des RU aux réunions par:

- Délai de Convocation (études des documents)
 - Horaire consensuels
 - Remboursement des déplacements
-

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**

Collège 1 : Représentants des collectivités territoriales

- Monsieur Olivier MOURET, adjoint au maire de Rouen, titulaire ; Monsieur Jean-Pierre THEVENOT, maire de Cany-Barville, suppléant.

Collège 2 : Représentants des usagers des services de santé et médico-sociaux

Représentants des associations agréées art L 1114-1 ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades :

- Monsieur Eric MEDRINAL, UNAFAM, titulaire ; Monsieur François LEVEQUE, union des aveugles et malvoyants de Normandie, suppléant.
- Docteur Yvon GRAÏC, Ligue contre le cancer, titulaire ; Monsieur Bernard DUEZ, alcool assistance, suppléant.

Représentants des associations de retraités et de personnes âgées :

- Monsieur Michel LOISEL, CODERPA 27, titulaire ; Monsieur Jean DE CRAENE, CODERPA 27, suppléant.
- Monsieur Roger THELAMON, CODERPA 27, titulaire ; Madame Nicole LEROY, CODERPA 27, suppléante.

Représentants des associations de personnes handicapées :

- Monsieur Stéphane CLERET, les papillons blancs de l'Eure, titulaire ; Madame Stéphanie BARDIN, GEIST Trisomie 21 Eure – Vernon, suppléante.
- Titulaire en cours de désignation ; suppléant en cours de désignation

Collège 3 : Représentants des conférences de territoire

- Monsieur Jean-Philippe BOURDALEIX, représentant la conférence de territoire de Rouen-Elbeuf, titulaire ; Madame Annie ANNE, suppléante.

Collège 4 : Représentants des partenaires sociaux :

4°a) Représentants des organisations syndicales de salariés représentatives :

- Docteur Dominique RENOULT, CFE-CGC, titulaire ; suppléant en cours de désignation.

Collège 5 : Représentants des acteurs de la cohésion et de la protection sociales :

5°b) Représentants de la caisse d'assurance retraite et de santé au travail :

- Madame Annick ALLEAUME, titulaire ; Madame Claude DELACOUR, suppléante.

Collège 6 : Représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé

6°d) Représentants des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé :

- Madame Marion BOUCHER, IREPS, titulaire, Monsieur Stéphane DURECU, ANPAA, suppléant.

Collège 7 : Représentants des offreurs des services de santé

7°f) représentants des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes âgées :

- Madame Marie-Pierre LEGROS, résidence d'Eawy, titulaire ; Madame Mathilde MAIRY, CH de Dieppe, suppléante.



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

NOR: ETSP1220103A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le [code de la santé publique](#), notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;
Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

Article 1 Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévu à l'[article D. 1432-42 du code de la santé publique](#) est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur.
5. Droit au respect de la dignité de la personne. — Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.
6. Droit à l'information. — Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

Article 2

Ce rapport est établi sur la base des données mentionnées dans le tableau annexé et disponibles en région ; ces données sont collectées et consolidées par l'agence régionale de santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie étant chargée de leur analyse.

Article 3

Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région.

Article 4

Le rapport, portant sur les données de l'année précédente, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la Conférence nationale de santé au plus tard au 31 décembre de l'année en cours.

Article 5

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, la directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

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

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

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : — par professions de santé ; — par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		Rapport de l'ANFH pris en application de la circulaire DGOS/ANFH sur la formation des personnels hospitaliers dans les établissements de santé Formations initiales et continues assurées par l'EHESP, l'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc. Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC
		Médico-social		Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux : — résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans) ; — formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux ; — formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD) ; — formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés
	2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé URPS
			Fonctionnement	

		Sanitaire	<p>effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :</p> <ul style="list-style-type: none"> — proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ; — proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ; — nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; — composition et qualité des membres de la CRUQPC ; — existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres) ; <p>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS</p>	<p>Rapports CRUQPC des établissements de santé</p> <p>Enquête SAPHORA</p> <p>Rapports de certification HAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> — pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans) ; — extractions régionales <p>Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)</p>
		Médico-social	<p>Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> — proportion d'établissements disposant d'un CVS ; — proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ; — nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; — composition et qualité des membres des CVS ; — proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ; — nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées 	<p>Résultats du questionnaire ANESM sur la bientraitance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012)</p> <p>Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans)</p> <p>Rapports des CVS ARS</p>
	3. Droit au respect de la	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour	Conseils des ordres des professionnels de santé

	dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance		maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS — référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiquat Evaluation interne Outil « Angélique »
	4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé

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

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

			Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<p>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</p> <p>Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)</p> <p>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique</p>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<p>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</p> <p>Nombre de formations réalisées</p> <p>Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)</p> <p>Dispositif d'information sur ces formations</p>	<p>ARS</p> <p>Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux</p> <p>Autres organismes de formation</p>
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres		Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

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

Fait le 5 avril 2012.

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

Pour le ministre et par délégation :

La secrétaire générale chargée des affaires sociales,

E. Wargon

Le directeur général de la santé,

J-Y. Grall

Le directeur général de l'offre de soins,

F.-X. Selleret

Le directeur de la sécurité sociale,

T. Fatome

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale,

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de la cohésion sociale,

S. Fourcade

La secrétaire générale chargée des affaires sociales,

E. Wargon

Article L6154-5

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

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

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

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

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

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

ars
Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

Siège

31 rue Malouet - BP 2061 - 76 040 Rouen Cedex

Téléphone standard : 02 32 18 31 90

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

www.ars.haute-normandie.sante.fr