

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Préambule | 2 |
| <u>A/ Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</u> | 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. | 6 |
| 3. Droit au respect de la dignité de la personne. - Promouvoir la bientraitance. | 17 |
| 4. Droit au respect de la dignité de la personne. - Prendre en charge la douleur..... | 18 |
| 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. | 19 |
| 6. Droit à l'information. - Permettre l'accès au dossier médical. | 21 |
| 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté. | 22 |
| 8. Droits des personnes détenues. - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical..... | 23 |
| 9. Santé mentale. - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques..... | 24 |
| <u>B/ Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</u> | 25 |
| 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux..... | 25 |
| 11. Assurer financièrement l'accès aux soins. | 28 |
| 12. Assurer l'accès aux structures de prévention..... | 29 |
| 13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires. | 30 |
| <u>C/ Conforter la représentation des usagers du système de santé.....</u> | 31 |
| 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé..... | 31 |
| <u>D/ Renforcer la démocratie sanitaire</u> | 32 |
| 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..... | 32 |
| <u>E/ Projets démocratie sanitaire valorisés en 2014</u> | 33 |
| <u>F/ Projets démocratie sanitaire financés en 2015</u> | 34 |
| <u>G/ Projets démocratie sanitaire labellisés en 2015</u> | 35 |
| Recommandations | 36 |
| Annexes | |

Préambule

Ce rapport sur le droit des usagers est le sixième 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 2014), est transmis au directeur général de l'ARS et à la Conférence Nationale de Santé.

La présente contribution de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU) 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. Il faut toutefois convenir que toutes les informations ne sont pas disponibles dans les faits notamment en raison de leur complexité ou de l'impossibilité matérielle de les recueillir.

Ce rapport montre toutefois que la démocratie sanitaire progresse. La CSDU a, par ailleurs, bénéficié de l'engagement de la direction de l'ARS concernant la «démocratie sanitaire» et notamment celui de la chargée de mission, interlocutrice unique, bien secondée par un secrétariat compétent et dévoué.

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, bien qu'en progression pour les représentants des usagers. La CSDU a travaillé cette année sur un nouveau questionnaire concernant le secteur médico-social. Malheureusement, des difficultés techniques n'ont pas permis qu'il soit opérationnel pour ce rapport.

Au total, 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. Pour les années à venir, l'accent devra être mis sur un développement de la démocratie sanitaire et du respect des droits des usagers tant dans les territoires, avec le rôle accru des conseils territoriaux de santé, que dans le secteur médico-social, notamment dans les EHPAD.

E/ Projets démocratie sanitaire valorisés en 2014 & 2015

Par ailleurs, il nous a semblé opportun d'enrichir ce rapport par une synthèse des financements accordés dans le cadre de l'appel à projet 2014 & 2015 « Démocratie Sanitaire » pour des actions visant à renforcer la formation des représentants des usagers ou à contribuer au processus de recueil de l'expression des attentes et besoins des usagers et des citoyens, ainsi que ceux qui ont été labellisés en 2015.

La fusion des deux régions Haute et Basse Normandie au 1^{er} janvier 2016 et la disparition prévue de la CRSA Haut Normandie au 30 septembre 2016 ainsi que la mise en œuvre des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé vont fortement modifier le paysage de la démocratie sanitaire en Normandie. La place de l'Union nationale des associations des usagers du système de santé et des conseils territoriaux de santé avec leur formation spécifique assurant l'expression des usagers va, en tout état de cause, renforcer le rôle des associations agréées. Nul doute que celles-ci sauront aussi investir le champ de la médiation territoriale qui apparaît comme une nouveauté majeure de cette loi.

Dr Dominique RENOULT

Président de la CSDU

CRSA de Haute-Normandie

A / Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

Si, dans le secteur sanitaire, et hormis quelques difficultés ponctuelles, les indicateurs sont globalement satisfaisants, on ne peut que regretter l'absence d'informations agrégées dans le médico-social ou l'ambulatoire, notamment pour l'activité de médiation des Conseils départementaux des Ordres.

S'agissant des dispositifs de formation, on se bornera à indiquer, pour mémoire, s'agissant plus spécifiquement du dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC), qui concerne tous les professionnels de santé, on ne dispose pas de données sur l'année 2014. Toutefois, l'Organisme gestionnaire du DPC a recensé, pour l'année 2015, en Haute Normandie, 43 organismes enregistrés, 350 programmes dont 7 traitent de la douleur, 3 de la fin de vie, mais aucun traitant spécifiquement des « droits des usagers ». Ces chiffres montrent l'ampleur de la tâche qui reste à accomplir.

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 départementaux :
 - 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 avec précision car il n'existe pas de centralisation des données de formation.

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

Secteur Ambulatoire

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

- Conseils des ordres des professionnels de santé, URPS.

Secteur Médico-social

Indicateurs

Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :

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

Sources d'informations existantes

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

Secteur Sanitaire

Indicateurs

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

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

Sources d'information existantes

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

Le traitement des réclamations et signalements parvenus à l'ARS

Le pôle inspection-contrôle centralise les réclamations d'usagers et les signalements d'évènements indésirables qui sont relatifs à la qualité des soins ; ces affaires sont examinées dans le cadre d'une commission mensuelle des réclamations et signalements associant notamment les Conseils départementaux.

Le pôle santé-environnement centralise les réclamations relatives à l'habitat ou au bruit.

| L'activité de traitement des réclamations et signalements 2014 par type d'établissements, services ou lieux concernés | Nombre d'affaires traitées |
|---|----------------------------|
| Etablissements et services pour personnes handicapées | 125 |
| Etablissements et services pour personnes âgées | 171 |
| Etablissements et services de santé | 136 |
| Entreprises de transport sanitaire | 20 |
| Soins de ville, tatoueurs et perceurs et/ou exercice illégal d'une profession réglementée | 32 |
| Sous total réclamations et signalements relatifs à la qualité de l'offre de soins | 484 |
| Habitat indigne et/ou bruit | 195 (habitat) + 34 (bruit) |
| Total | 713 |

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

a- Secteur sanitaire : résultats de l'enquête CRUQPC 2014

2.1 Informations générales sur le questionnaire

Nombre d'établissements répondant au questionnaire

| Statuts | 2011 renseignés / sollicités | taux de réponse s 2011 | 2012 renseignés / sollicités | taux de réponse s 2012 | 2013 renseignés / sollicités | taux de réponse s 2013 | 2014 renseignés / sollicités | taux de réponse s 2014 |
|---------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Total | 51/61 | 84 % | 48/65 | 74 % | 54/61 | 88 % | 56/65 | 86 % |

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 | Nombre d'établissements en 2014 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 4 (= tous les sièges sont pourvus) | 20 | 20 | 19 | 30 | 21 |
| 3 sièges (sur 4) sont pourvus | 11 | 12 | 12 | 8 | 11 |
| 2 sièges sont pourvus | 22 | 13 | 19 | 11 | 13 |
| 1 siège est pourvu | 9 | 10 | 11 | 5 | 4 |
| Tous les sièges sont vacants | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 |
| Total | 63 | 55 | 64 | 54 | 50 |

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 |
| 2014 | 0 | 1 | 3 | 7 | 6 | 33 | 4 |

2.3.2 Existence d'un règlement intérieur à la CRUQPC

Il existe un règlement intérieur à la CRUQPC dans 98% des établissements interrogés en 2014 (92% en 2013).

2.3.3. Taux moyen de participation des membres de la CRUQPC

| 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------|-------|-------|-------|-------|
| 86% | 84.8% | 84.0% | 84.9% | 81.7% |

En 2014, le taux moyen de participation des **représentants des usagers en CRUQPC s'élève à 84,9%** (88,1% en 2013), le taux moyen de participation des autres membres s'élève à 81,7% (84,9% en 2013).

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

C'est le cas dans 76% des établissements en 2014 (75.9% en 2013).

2.3.5 Avis donnés par la CRUQPC

En 2014, chaque CRUQPC a formulé en moyenne 4,1 recommandations sur l'amélioration de la qualité de prise en charge (3,4 en 2013). Le taux de mise en place des recommandations de l'année précédente est de 52% (seuls 39 établissements ont répondu) (67% en 2013).

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 2014 (100% en 2013 également).

Dans 92% des établissements, les résultats annuels des indicateurs qualité de l'établissement sont présentés et débattus en CRUQPC (87% en 2013).

12,2% des établissements déclarent proposer le versement d'indemnités de congé de représentation en 2014 (7,4% en 2013 et 2% en 2012).

71,4 % des établissements remboursent les frais de déplacement des représentants d'usagers en 2014 (57,4% en 2013 et 50% en 2012).

Dans 90% des établissements répondants, les noms et coordonnées des représentants des usagers figurent sur les documents d'information destinés aux usagers (80% en 2013).

Dans 87,7% des établissements, il est possible de contacter un représentant d'utilisateur à tout moment (79,6% en 2013).

2.5 Formation des représentants des usagers en 2014

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 2014, le CISS-Haute-Normandie s'était fixé pour objectif d'organiser 4 formations à l'attention des représentants des usagers.

| Thématiques | Date | Nombre de participants | Type de participants | Lieu |
|--|------------|------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Défendre les droits des usagers | 25/05/2014 | 10 | RU débutant ou confirmé | CHU de Rouen |
| Le RU et le système de santé | 03/06/2014 | 8 | RU débutant ou confirmé | |
| Être RU en CRUQPC | 16/10/2014 | 12 | RU en CRUQPC débutant ou confirmé | |
| RU en CRSA | 26/11/2014 | 8 | RU en CRSA et/ou CT | |

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 | 2014 |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Nombre de formations | 2 | 4 | 5 | 4 |
| Nombre de participants | 36 | 56 (dont un professionnel de santé en observation) | 47 | 38 |
| Ce qui représente | 36 personnes différentes | 41 personnes différentes | 33 personnes différentes | 31 personnes différentes |
| Nombre moyen de participants par formation | 18 | 14 | 9,4 | 9,5 |

À noter que le nombre moyen de participants reste stable depuis 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 2014 :

| | |
|---------------------|----------------------|
| ...personnes | ont suivi ... |
| 25 | 1 formation |
| 5 | 2 formations |
| 1 | 3 formations |

D'après les 38 réponses (sur 38 participants), les attentes ont été satisfaites à 100% et portaient essentiellement sur l'approfondissement des connaissances, les droits des usagers, et s'affirmer en tant que représentant des usagers.

Les stagiaires se considéraient pour 57,9% comme débutants (40,5% en 2013), 31,6% comme "ayant quelques connaissances" (57,1% en 2013) et 10,5% comme "maîtrisant le sujet" (2,4% en 2013).

| | ++ | + | - | -- |
|---|------|------|------|----|
| Apports de la formation pour votre efficacité propre | | | | |
| J'ai enrichi mes connaissances | 81.6 | 18.4 | | |
| J'ai acquis des connaissances utiles dans mes fonctions | 84.2 | 15.8 | | |
| Le contenu de la formation était adapté à mes besoins | 76.3 | 21.1 | 2.6 | |
| Approche pédagogique et animation propre | | | | |
| L'animateur a pris en compte mes attentes | 81.6 | 18.4 | | |
| La méthode de formation était efficace | 86.8 | 13.2 | | |
| Les relations dans le groupe, et entre le groupe et l'animateur, étaient de qualité | 84.2 | 15.8 | | |
| Les supports et documents remis sont utiles | 81.6 | 18.4 | 2,4 | |
| Organisation et accompagnement | | | | |
| J'ai reçu suffisamment d'informations avant la formation | 60.5 | 23.7 | 15,8 | |
| La durée de la formation convenait par rapport à son contenu | 60.5 | 36.8 | 2,6 | |
| L'organisation (matériel pédagogique, date, lieu...) était bonne | 81,6 | 18.4 | | |

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 | Oui% 2014 |
|--|-----------|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Existe-t-il un protocole de traitement des réclamations ? | 50 | 0 | 86.4% | 95% | 100% | 100% |

Nombre de réclamations écrites en 2014 : 1 286 (1 473 en 2013 et 1 274 en 2012).

Nombre de réclamations orales en 2014 : 520 (443 en 2013 et 443 en 2012)

Soit un total de 1 806 réclamations en 2014 (2 013 réclamations en 2013).

Nombre d'éloges reçues en 2014 : 2 165 (1 977 en 2013)

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

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-----------|------------|-----------|------------|------------|
| Avis positifs d'indemnisations | 20 | 28 | 53 | 27 | 34 |
| Dossiers rejetés sans expertise | 37 | 31 | 32 | 21 | 49 |
| Avis négatifs d'indemnisations | 18 | 57 | 53 | 29 | 73 |
| Nombre de demandes d'indemnisations | 75 | 116 | 84 | 116 | 101 |

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 | Nombre de médiations |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|
| Facturation | 154 | 2 |
| Autre | 71 | 8 |
| Attente/délais | 40 | 2 |
| Accueil | 34 | 2 |
| Standard téléphonique | 13 | 0 |
| Signalisation | 1 | 1 |
| Dépassement d'honoraires | 30 | 0 |
| Mode d'hospitalisation | 14 | 0 |
| Identification des personnels | 1 | 1 |
| Total | 369 | 16 |

| Prise en charge médicale globale | Nombre de réclamations | Nombre de médiations |
|---|------------------------|----------------------|
| Qualité des soins | 152 | 26 |
| Information du malade/de la famille | 121 | 20 |
| Contestation du diagnostic médical | 116 | 30 |
| Prise en charge de la douleur | 38 | 9 |
| Divergence sur les actes médicaux | 48 | 7 |
| Accident thérapeutique, séquelles | 62 | 13 |
| Accès au dossier médical | 105 | 5 |
| Secret médical | 10 | 5 |
| Non recueil du consentement | 9 | 3 |
| Infections nosocomiales | 11 | 2 |
| Relations avec les médecins | 153 | 20 |
| Maltraitance | 17 | 3 |
| Accompagnement de fin de vie | 13 | 1 |
| Coordination des soins | 63 | 7 |
| Autre | 85 | 4 |
| Total | 1 003 | 155 |

| Prise en charge paramédicale globale | Nombre de réclamations | Nombre de médiations |
|---|------------------------|----------------------|
| Relations avec le personnel | 103 | 10 |
| Qualité des soins | 75 | 16 |
| Organisation des examens | 9 | 2 |
| Nursing, surveillance | 42 | 5 |
| Information sortie/transfert | 31 | 3 |
| Insuffisance de personnel | 19 | 2 |
| Divergence sur les actes paramédicaux | 5 | 2 |
| Autre | 24 | 6 |
| Liberté de circulation | 2 | 1 |
| Total | 541 | 46 |

| Vie quotidienne, environnement | Nombre de réclamations | Nombre de médiations |
|---|------------------------|----------------------|
| Autre | 54 | 1 |
| Alimentation, diététique | 56 | 1 |
| Mécontentement sur les prestations hôtelières | 124 | 2 |
| Locaux (accès, sécurité) | 81 | 2 |
| Perte, vol, objet endommagé | 175 | 3 |
| Total | 490 | 9 |

2.6.4 Traitement des réclamations – utilisation de la médiation

Délai moyen de prise en charge des réclamations en jours en 2014 : 14,2 jours (22,8 jours en 2013).
Un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers existe dans 88% des établissements interrogés (87% en 2013).
Nombre de médiations proposées en 2014 : 604 (655 en 2013).
Nombre de médiations réalisées en 2014 : 200 (287 en 2013).
Taux de médiations effectuées/nombre de réclamations en 2014 : 13% (14,2% en 2013).

2.7 Satisfaction du patient

2.7.1 Questionnaire de satisfaction

Existence d'un questionnaire de satisfaction en 2014 dans 100% des établissements interrogés (98% en 2013).

Une aide est apportée dans le remplissage du questionnaire dans 68% des établissements en 2014 (62% en 2013).

Taux de retour des questionnaires de sortie

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------------------|------|------|------|-------|-------|
| Taux de retour des questionnaires % | 30.5 | 48.5 | 28% | 24,2% | 30.1% |
| Nombre établissements déclarants | 58 | 43 | 40 | 50 | 43 |

Analyse des questionnaires par la CRUQPC : c'est le cas dans 94% des établissements en 2014 (88.8% en 2013).

2.7.2 Enquêtes de satisfaction

Une enquête de satisfaction est mise en place dans 80% des établissements en 2014 (81% en 2013). Dans 76% des établissements interrogés, la CRUQPC est informée des résultats de l'enquête (74% en 2013).

D'autres moyens de mesures de la satisfaction des usagers sont mis en place dans 64% des établissements en 2014 (59% 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 80% des établissements (79% en 2013).

2.8.2 Respect des croyances et convictions

76% des établissements ont mis en place un dispositif relatif au respect des croyances dans l'établissement (77,7% en 2013).

18% des établissements ont désigné une personne référente (46% en 2013). 24% possèdent un lieu de confession multi religieux (24% en 2013 également), 30% des lieux de culte catholique - protestant - israélite – musulman (27.7% en 2013).

2.8.3 Information sur les frais de prise en charge

83,6% des établissements déclarent afficher les tarifs sur les lieux de consultation (85,1% en 2013). 26,2% 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 90 euros. (Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique) (40,7% en 2013 pour les dépassements supérieurs à 70 euros).

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

96% des établissements disposent d'une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical (100% en 2013).

Nombre de demandes reçues en 2014 :

- dossiers de moins de 5 ans : 3 461 (3 421 en 2013)
- dossiers de plus de 5 ans : 1 093 (1 057 en 2013)

Soit 4 554 demandes reçues (4 478 en 2013 et 4 212 en 2012).

Nombre de refus :

- dossiers de moins de 5 ans : 70 (94 en 2013)
- dossiers de plus de 5 ans : 56 (77 en 2013)

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 (98% en 2013 et 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 84% des établissements (57% en 2013 et 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 96% des établissements (98% en 2013) et une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur dans 92% des établissements (90% en 2013). Le personnel soignant est formé à la prise en charge de la douleur dans 98% des établissements (100% en 2013). 36 réclamations ont été recensées sur ce thème (84 en 2013).

3.2. Promotion de la bientraitance

Des actions de promotion de la bientraitance existent dans 100% des établissements (92% des établissements en 2013). Des formations à la bientraitance sont proposées aux personnels dans 88% des établissements (83% en 2013), avec une moyenne de 6 formations par établissement en 2014 (5 en 2013). 68% des établissements mettent en place des évaluations des pratiques professionnelles ayant pour thème le respect des droits des usagers (85% en 2013), avec une moyenne de 1,5 évaluations des pratiques professionnelles par établissement en 2014 (3,2 évaluations en 2013).

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

Enquête non réalisée en 2015 sur les données 2014.

La CSDU, en lien avec le département médico-social de l'ARS, a travaillé, au cours de l'année 2015, à l'adaptation du questionnaire réalisé en Picardie, mais des difficultés techniques n'ont pas permis de mettre en place un recueil automatisé rendant aisées tout à la fois la remontée d'informations pour les établissements et leur exploitation pour ce rapport.

La fusion des régions Haute et Basse Normandie et les contacts entre les deux CSDU sur cette thématique permettent de retenir que la thématique de la démocratie sanitaire dans les établissements médico-sociaux constituera une priorité de la nouvelle région normande.

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
- Mobiquat
- Evaluation interne
- Outil «Angélique»

Rapports de certification HAS : 5 recommandations pour 3 établissements sur ce critère (7 recommandations pour 5 établissements de santé en 2013 - 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 : 16 recommandations pour 8 établissements sur ce critère (6 réserves et 19 recommandations pour 14 établissements de santé en 2013 - 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).

Résultats de l'enquête CRUQPC 2014

Directive de fin de vie

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 (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 aux années passées pour le recueil de l'identité de la personne de confiance et des directives anticipées. On notera toutefois que de nombreux établissements sanitaires de court séjour ne sont pas concernés par la fin de vie.

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 recommandation pour 1 établissement pour ce critère (1 réserve majeure, 2 recommandations pour 2 établissements de santé en 2013 - absence de réserve ou de recommandation sur ce critère pour les établissements de santé haut-normands en 2012.)

Résultats de l'enquête CRUQPC 2014ta-

Nombre de réclamations relatives à l'accès au dossier médical : 210

Dans 100% des établissements (98% en 2013), l'accès au dossier médical sur place est possible. 79% des établissements facturent le coût des photocopies aux usagers (également 79% en 2013). 43,6% des établissements ont prévu une organisation pour permettre la consultation du dossier médical en cas d'hospitalisation d'office (55% en 2013).

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 9 jours (7 en 2013 et 12 en 2012).

Les dossiers supérieurs à 5 ans ont un délai moyen de traitement de 15 jours (11 en 2013 et 18 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.

L'indicateur demandé n'est pas disponible, les directions académiques n'ayant pas transmis les données, demandées par l'ARS.

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

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

- Etablissements de santé
- Etablissements pénitentiaires

L'indicateur demandé n'est pas disponible.

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

Indicateurs

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

Sources d'information existantes

- ARS
- Rapport annuel des CDSP

Les 2 commissions départementales fonctionnent :

- Celle de Seine-Maritime s'est réunie 9 fois en 2014 (2 fois en séance plénière, 7 fois en séance restreinte), 180 dossiers ont été examinés et les 3 établissements ont été visités 2 fois
- Celle de l'Eure s'est réunie 4 fois en 2014, 94 dossiers ont été examinés et 1 établissement a été visité 2 fois.

Les rapports sont réalisés par l'ARS et transmis aux juges des libertés et de la détention, aux préfets, aux procureurs, au contrôleur général des lieux de privation de liberté.

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

10.1 Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire en 2014 pour les médecins libéraux de quelques spécialités

| territoire | Spécialité | Nombre de praticiens installés | part de l'offre en secteur 1 |
|-----------------|--|--------------------------------|------------------------------|
| DIEPPE | Tous spécialistes et généralistes | 211 | 89% |
| | Anesthésiste | 4 | 100% |
| | Chirurgie maxillo-faciale | 1 | 0% |
| | chirurgie viscérale | 1 | 0% |
| | Chirurgie orthopédique | 6 | 33% |
| | Chirurgien | 1 | 0% |
| | Gastroentérologie | 4 | 100% |
| | Gynécologie obstétrique | 8 | 100% |
| | Ophtalmologie | 7 | 86% |
| | ORL | 3 | 67% |
| | Pneumologie | 1 | 100% |
| | Psychiatre | 3 | 100% |
| | Radiologue | 7 | 100% |
| | Rhumatologie | 2 | 50% |
| | Omnipraticien | 137 | 93% |
| EVREUX | Tous spécialistes et généralistes | 458 | 76% |
| | Anesthésiste | 11 | 73% |
| | Chirurgie plastique | 2 | 0% |
| | Chirurgie viscérale | 2 | 50% |
| | Chirurgie orthopédique | 4 | 0% |
| | Chirurgien | 3 | 0% |
| | Gastroentérologue | 5 | 20% |
| | Gynécologie médicale | 4 | 75% |
| | Gynécologie obstétrique | 10 | 30% |
| | Ophtalmologie | 26 | 46% |
| | ORL | 11 | 27% |
| | Pneumologie | 3 | 33% |
| | Psychiatre | 13 | 62% |
| | Psychiatre infantile | 1 | 0% |
| | Radiologue | 19 | 74% |
| | omnipraticien | 289 | 89% |
| LE HAVRE | Tous spécialistes et généralistes | 690 | 82% |
| | Anesthésiste | 24 | 46% |
| | Chirurgie infantile | 3 | 33% |
| | Chirurgie plastique | 4 | 25% |
| | Chirurgie thoracique | 2 | 100% |
| | Chirurgie vasculaire | 1 | 100% |
| | Chirurgie viscérale | 4 | 25% |
| | Chirurgie orthopédique | 18 | 44% |
| | Chirurgien | 7 | 43% |

| | | | |
|--|--|--------------|------------|
| Gastroentérologie | 11 | 82% | |
| Gynécologie médicale | 7 | 86% | |
| Gynécologie obstétrique | 18 | 44% | |
| Ophtalmologie | 26 | 62% | |
| ORL | 15 | 60% | |
| Pneumologie | 4 | 50% | |
| Psychiatre | 21 | 86% | |
| Radiologue | 37 | 100% | |
| Rhumatologie | 10 | 60% | |
| Omnipraticien | 364 | 96% | |
| ROUEN | Tous spécialistes et généralistes | 1 404 | 80% |
| Anesthésiste | 45 | 42% | |
| Chirurgie infantile | 4 | 75% | |
| Chirurgie maxillo-faciale | | | |
| Chirurgie maxillo-faciale & stomatologie | 6 | 17% | |
| Chirurgie plastique | 6 | 0% | |
| Chirurgie thoracique | 2 | 0% | |
| Chirurgie vasculaire | 6 | 0% | |
| Chirurgie viscérale | 9 | 22% | |
| Chirurgie orthopédique | 25 | 12% | |
| Chirurgien | 15 | 20% | |
| Gastroentérologie | 23 | 78% | |
| Gynécologie médicale | 30 | 66% | |
| Gynécologie obstétrique | 22 | 32% | |
| Ophtalmologie | 56 | 54% | |
| ORL | 28 | 43% | |
| Pneumologie | 15 | 93% | |
| Psychiatre | 44 | 73% | |
| Psychiatre infantile | 1 | 100% | |
| Radiologue | 62 | 100% | |
| Rhumatologie | 22 | 36% | |
| Omnipraticien | 793 | 96% | |

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

Nous ne disposons pas d'informations sur l'importance des dépassements d'honoraires.

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%). L'indicateur demandé n'est pas disponible pour l'année 2014.

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 : 29.6% (32.3% en 2013 et 31,9% en 2012)
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : 58.3% (59,1% en 2013 et 59% en 2012)
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : données non disponibles (89,9% en 2011).
- Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle : Comme pour les années précédentes, cet indicateur n'est pas disponible.

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

Indicateurs

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

Sources d'informations existantes

- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

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

- 3 CLS ont été signés en 2012 sur les territoires suivants :
 - la communauté d'agglomération Seine Eure
 - Saint Etienne du Rouvray
 - la communauté d'agglomération du Havre
- 1 CLS a été signé en 2013 avec la ville de Dieppe.
- 3 CLS ont été signés en 2014 sur les territoires suivants :
 - ville d'Evreux et Intercommunalité
 - ville de Rouen
 - ville de Pont-Audemer

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).

Pas d'informations obtenues pour 2014

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

4 formations réalisées par le CISS en 2014, soit 38 personnes formées.

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 2014

| CRSA et commissions spécialisées | Nombre de réunions | Nombre de RU convoqués | Nombre de RU présents | % de participation en 2014 |
|----------------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Commission permanente | 8 | 32 | 29 | 91% |
| Plénière | 3 | 48 | 18 | 38% |
| CS médico-social | 1 | 6 | 2 | 33% |
| CS droits des usagers | 2 | 10 | 6 | 60% |
| CS prévention | 1 | 5 | 2 | 40% |
| CS organisation des soins | 4 | 16 | 13 | 81% |
| Conférences de territoire | 1 | 8 | 6 | 75% |
| Total | 20 | 125 | 76 | 61% |

Taux de participation 2013 : 76%

Taux de participation 2012 : 73%

E / Démocratie sanitaire : projets financés en 2014

4 projets ont été reçus dans le cadre de l'appel à projet démocratie sanitaire :

- Projet n°1 déposé par le CISS Haut-Normand : mise en place d'une maison des usagers ou d'un espace des usagers dans les établissements de santé : organisation d'un colloque puis d'une formation.
- Projet n° 2 déposé par le CHU de Rouen : mallette de l'accessibilité de l'information multilingue destiné au public étranger et personnes handicapées.
- Projet n° 3 déposé par le CHU de Rouen : moderniser et systématiser le recueil de la satisfaction du patient.
- Projet n° 4 déposé par Médecins du monde : créer un espace pour recueillir les attentes et besoins des usagers en matière de santé dans le cadre de l'ouverture d'un centre d'accueil et d'échanges pour les personnes pratiquant des services sexuels tarifés.

F / Démocratie sanitaire : projets financés en 2015

8 projets ont été reçus dans le cadre de l'appel à projet démocratie sanitaire :

- Projet n°1 déposé par l'association ALMA 76 (H et B N) : organisation d'une journée sur la thématique bientraitance/maltraitance le 28 avril 2016 au Havre
- Projet n°2 déposé par l'association APEI HN : création d'une comédie musicale sur les droits et libertés des personnes accueillies en établissement.
- Projet n°3 déposé par le CISS HN : création d'un Kit communication (« bonhomme usager »)
- Projet n°4 déposé par la Ligue Havraise : création d'une enquête démocratie sanitaire (1^{ère} phase d'un projet plus vaste).
- Projet n°5 déposé par l'association MAREDIA : consultation des patients diabétiques à propos de l'accès aux soins.
- Projet n°6 déposé par l'association Médecins du Monde : santé communautaire et travail du sexe. Suite à l'accueil de jour mis en place en 2015, réalisation d'un atelier artistique pour favoriser l'expression des attentes et des besoins des travailleurs(euses) du sexe, et contribuer au bien-être des personnes.
- Projet n°7 déposé par l'association Parent simplement : formation des bénévoles du réseau associatif périnatal.
- Projet n°8 déposé par l'association UDAF 76 : mise en place d'un café social itinérant pour les personnes sous protection judiciaire.

2 projets ont été labellisés dans le cadre du concours national « label et concours des droits des usagers » :

- Projet n°1 déposé par l'ARRED : Vic Appli : application pour tablette de reconnaissance – synthèse vocale / écrit pour handicapés / déficients intellectuels.
- Projet n°2 déposé par l'association Médecins du Monde : projet TDS financé en 2014 et lauréat du concours national des droits des usagers 2015

Rapport 2015 (données 2014)Obj 1 Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.

Inciter l'université, pour la formation initiale et les organismes de Développement Professionnel Continu (DPC) à inclure, dans leurs programmes, un module relatif au rôle des usagers et aux différentes instances auxquelles ils participent.

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

- Rendre conforme la composition de 42/50 CRUQPC (conformité de 16/54 CRUQPC en 2013)
- Faire respecter le nombre de 4 réunions annuelles CRUQPC : 17/50 (21/54 en 2013)
- Veiller à la mise en place des CVS, assurer leur fonctionnement effectif et les conforter en les incitant à s'organiser en réseau.

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. 34% des établissements n'ont pas mis en place de procédure de recueil (contre plus de 50% en 2013).

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



**Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé
(composition au 31 décembre 2014)**

- 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.

• Annexe

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

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

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

| | | | apportée aux réclamations et plaintes | |
|--|--|---------------|--|--|
| | | Sanitaire | <p>Fonctionnement 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) ; Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS | <p>Rapports CRUQPC des établissements de santé Enquête SAPHORA 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 | <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> |

| | | | | |
|--|--|---------------|---|---|
| | | | <p>d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS</p> <p>;</p> <p>— nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées</p> | |
| | 3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance | Ambulatoire | <p>Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance</p> <p>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</p> | Conseils des ordres des professionnels de santé |
| | | Sanitaire | <p>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</p> <p>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)</p> | <p>Rapports des CRUQPC</p> <p>Rapport de certification HAS — référence 10A</p> <p>Orientations stratégiques des établissements de santé</p> |
| | | Médico-social | <p>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</p> | <p>Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD :</p> <p>http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf</p> <p>Inspection-contrôle ou médiation des ARS</p> <p>Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux</p> <p>Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux</p> <p>Mobiqual</p> <p>Evaluation interne</p> <p>Outil « Angélique »</p> |
| | 4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur | Ambulatoire | <p>Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)</p> | <p>Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC)</p> <p>Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers</p> |
| | | Sanitaire | <p>Taux d'établissements où une structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe</p> <p>Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)</p> | <p>Rapport de certification HAS</p> <p>Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA)</p> <p>Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD)</p> <p>Rapports des CRUQPC</p> |

| | | | | |
|--|--|---------------|---|--|
| | | | Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010) | |
| | | 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 | Ambulatoire | Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical | Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS |

| | | | | |
|---|--|---------------|---|---|
| | l'accès au dossier médical | | Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes | |
| | | 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 handicapés en milieu ordinaire ou adapté | | Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation | Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits) : — en milieu ordinaire : services de l'éducation nationale (rectorat ou académie) ; — en milieu adapté : maisons départementales des personnes handicapées |
| | 8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical | | Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef) | Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires |
| | 9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) | | Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS | ARS Rapport annuel des CDSP |
| Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous | | | | |
| | 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux | | Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé Part de la population vivant | CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | | <p>dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale</p> <p>Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins</p> | |
| | 11. Assurer financièrement l'accès aux soins | | <p>Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME</p> | CPAM Conseils des ordres des professionnels santé |
| | 12. Assurer l'accès aux structures de prévention | | <p>Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</p> <p>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</p> <p>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</p> <p>Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle</p> | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS |
| | 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>Ecart 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> | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | | <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> | |
| Conforter la représentation des usagers | | | | |
| | <p>14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé</p> | | <p>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</p> | <p>ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation</p> |
| Renforcer la démocratie sanitaire | | | | |
| | <p>15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire</p> | | <p>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</p> | <p>ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204</p> |

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".