



## MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

### **Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012 pour l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé**

**11 janvier 2013**

Le rapport spécifique de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs fixés par [l'arrêté du 5 avril 2012](#) (*JORF du 10 mai 2012*).

Le présent guide a pour objectif de préciser la façon dont ces objectifs doivent être pris en compte par les agences régionales de santé dans le cadre de leur mission de recueil des données pour le compte de la CRSA, en vue du rapport 2012 à remettre avant le 31 mars 2013. Ce rapport porte sur les données de l'année 2011.

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

Sur chacun des objectifs identifiés dans le cahier des charges, des précisions sont apportés pour leur application :

#### **Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers**

##### **1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers**

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

Depuis début 2012, l'obligation de développement personnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé, instaurée par la loi HPST, est en cours de déploiement ; il ne s'agit donc pas d'identifier le nombre de formations mises en place dans ce cadre, ni le nombre de professionnels ayant suivi des formations.

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

- formation à l'éducation thérapeutique ;
- formation à la relation médecin – patient ;
- mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention / gestion des crises sanitaires ;
- prise en charge de la douleur ;

- sécurité des soins, gestion des risques, iatrogénie ;
- soins palliatifs et fin de vie ;
- système d'information et dossier médical.

Pour en savoir plus sur le DPC : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc)

Sur l'organisme de gestion du DPC : <http://www.ogc.fr/index.php>

#### Dans le domaine hospitalier :

Il convient cette année d'examiner l'offre de formation proposée par l'[ANFH](#) à ses adhérents (établissements du secteur public), qui s'articule autour d'actions de formation nationales (AFN), fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'actions de formation régionales (AFR) bâties par les délégations régionales ANFH. Les thèmes de formation sont fixés par les instances paritaires régionales de l'ANFH.

Les données à recueillir sont donc les différentes AFR mises en place en 2012 sur les droits des usagers (relatives aux thématiques recensées par le cahier des charges).

Pour la liste des AFR : [http://www.anfh.fr/site/anfhfr/offre-de-formation?type\\_etablissement=all&filier=all&action\\_formation=all&region=nationales](http://www.anfh.fr/site/anfhfr/offre-de-formation?type_etablissement=all&filier=all&action_formation=all&region=nationales)

#### Dans le domaine médico-social :

Les ARS peuvent se rapprocher des principaux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) présents sur leur territoire pour dresser un état des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés. Une démarche est en cours au niveau national pour tenter de recueillir les informations à ce niveau.

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

#### Dans le domaine ambulatoire :

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

- maltraitance (objectif 3 du cahier des charges),
- accès au dossier médical (objectif 6),
- refus de soins pour prestataires CMU-AME (objectif 11).

#### Dans le domaine hospitalier :

La Haute Autorité de santé (HAS) met à la disposition du ministère et des ARS, à partir de l'infocentre SARA (Saisie des Auto-évaluations et des Rapports de Certification), les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale ou leur modalité de suivi pour les critères du manuel de certification correspondants aux objectifs du cahier des charges :

- pour l'objectif 2 (processus d'évaluation du respect des droits) : critère 9b du manuel de certification de la HAS (évaluation de la satisfaction des usagers) ;

- pour l'objectif 3 (promouvoir la bientraitance) : critère 10a du manuel (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance), pour chaque prise en charge de l'établissement (10a MCO, 10a SM, 10a SSR, 10a SLD, 10a HAD) ;
- pour l'objectif 4 (prendre en charge la douleur) : critère 12a du manuel (prise en charge de la douleur), pour chaque prise en charge de l'établissement (12a MCO, 12a SM, 12a SSR, 12a SLD, 12a HAD) ;
- pour l'objectif 5 (encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie) : critère 13a du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie), pour chaque prise en charge de l'établissement (13a MCO, 13a SM, 13a SSR, 13a SLD, 13a HAD) ;
- pour l'objectif 6 (permettre l'accès au dossier du patient) : critère 14b du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie), pour chaque prise en charge de l'établissement (14b MCO, 14b SM, 14b SSR, 14b SLD, 14b HAD).

Les données 2011 sont fournies en PJ sous forme de tableau regroupant les informations relatives à l'établissement (région, finess de l'entité juridique, nom de l'établissement, code postal), qui correspondent à une seule procédure de certification identifiée sous un unique code de démarche HAS. Pour l'année suivante, seules les données pour les établissements ayant fait l'objet d'une nouvelle certification ou d'une procédure de modification seront ajoutées.

Par ailleurs, sur l'objectif 2, les rapports des CRUQPC des établissements de santé permettront de mesurer leur fonctionnement effectif à partir des données suivantes :

- proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ;
- proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ;
- nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;
- composition et qualité des membres de la CRUQPC ;
- existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPC (proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres).

Il est rappelé que les données brutes doivent être transmises par l'ARS à la CRSA qui est chargée de leur analyse (par exemple pour la qualité des membres des CRUQPC).

L'indicateur de satisfaction des usagers (I-SATIS), qui ne porte que sur les établissements de santé (MCO), est en cours de déploiement et les données ne seront accessibles qu'à partir de 2013.

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

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

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

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

#### Dans le domaine ambulatoire :

Par courrier du 20 décembre 2012, la Direction générale de l'offre de soins a saisi plusieurs ordres des professionnels de santé pour identifier s'il existe un dispositif de traitement des plaintes au niveau des ordres et, dans l'affirmative, s'il permet d'être en possession de données sur ces différents indicateurs du cahier des charges

#### Dans le domaine hospitalier :

S'agissant de la proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent, les données doivent être disponibles dans le rapport des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

#### Dans le domaine médico-social :

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

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2\\_Vdefpdf.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf)

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

#### Dans le domaine ambulatoire :

Il s'agit d'identifier les formations des professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur, dans les conditions prévues ci-dessus au point 1.

#### Dans le domaine hospitalier :

L'indicateur du taux de satisfaction des usagers n'est pas à renseigner cette année car les données de l'indicateur I-SATIS ne seront disponibles qu'à partir de 2013.

Le taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe n'est pas à renseigner cette année.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

#### Dans le domaine médico-social :

Il convient de recenser le pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et 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**

### Dans le domaine ambulatoire :

Il s'agit d'identifier les formations des professionnels de santé sur les soins palliatifs et la fin de vie, dans les conditions prévues ci-dessus au point 1.

### Dans le domaine hospitalier :

La proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées devrait être disponible à partir des données des rapports des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

### Dans le domaine médico-social :

L'enquête de la DREES relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) comporte un item relatif à la prise en charge des personnes en fin de vie. Cette enquête est quadriennale et la collecte des informations est en cours pour l'année 2011. Les ARS disposeront des bases de données en juin 2013.

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

### Dans le domaine ambulatoire :

En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

### Dans le domaine hospitalier :

Le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical devrait être disponible à partir des données des rapports des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

### Dans le domaine médico-social :

Un état des lieux sur les personnalités qualifiées (nomination, modes de désignations, formations, actions pour faire connaître leur rôle, etc.) pourrait être présenté à la CRSA.

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

Il s'agit ici d'apprécier si la scolarisation des enfants handicapés est assurée, quel que soit le lieu dans lequel est effectuée la scolarisation.

Pour ce faire, il convient de demander au Rectorat la transmission des données recueillies dans le cadre des enquêtes menées par le ministère de l'Education nationale de manière annuelle (résultats des enquêtes 3, 12 et 32 qui recensent respectivement les enfants scolarisés dans les établissements du 1<sup>er</sup> degré, du second degré et dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers- au sein d'unités d'enseignement-).

## **8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins**

Concernant les personnes détenues, notamment leur droit d'accès aux soins, il est possible d'apprécier l'effectivité de ce droit en observant le nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux et les motifs d'annulation de ces dernières. Ces annulations nécessitent le report de ces examens, générant pour certains des délais d'attente supplémentaires de plusieurs mois. Les raisons peuvent être de la responsabilité de l'administration pénitentiaire, de la police, de la personne détenue voire de l'établissement de santé.

Il est possible d'obtenir des informations concernant les extractions du milieu pénitentiaire vers les établissements de santé pour consultations ou examens médicaux, via l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (oSSD) que les établissements de santé renseignent (déclaratif).

Même si la qualité du recueil de ces données peut être améliorée, celles-ci peuvent être transmises aux CRSA pour analyse et avis.

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

Il s'agit de vérifier le fonctionnement effectif des commissions départementales de soins psychiatriques, en mesurant la proportion de rapports transmis à l'ARS par chacune de ces commissions. La CRSA peut ensuite procéder à l'analyse de ces rapports si elle le souhaite.

## **Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous**

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

La part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale est un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) est aussi un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

En revanche, le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins n'ont pas pu être renseignés dans le cadre du CPOM et ne doivent donc pas être renseignés.

### **11. Assurer financièrement l'accès aux soins**

En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

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

Les quatre indicateurs identifiés sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS. L'analyse de ces indicateurs relève de la CRSA.

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

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

#### **Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé**

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

Les ARS doivent disposer des données à recueillir, soit directement, soit dans le cadre de leur conventionnement avec le CISS.

#### **Orientation 4 : 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**

Les données à recueillir sont à renseigner par les ARS dans le cadre de l'indicateur du rapport annuel de performance sur la participation des associations d'usagers ; elles sont aussi renseignées dans les rapports d'activité des CRSA.