

RAPPORT

RAPPORT ANNUEL 2015 SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTÉ

DONNÉES 2014

Mars 2016

CrSa
Île-de-France

Sommaire

PREAMBULE..... 5

PREMIERE PARTIE : 6

**Synthèse de l'analyse des rapports CRUQPC et des entretiens avec les
membres des CRUQPC de certains établissements de santé..... 6**

**I. Synthèse de l'analyse des rapports des commissions des relations avec les
usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)**

1. La composition et le fonctionnement des CRUQPC

**1.1 Des points de vigilance sur le recrutement des Représentants des Usagers et la
composition de la CRUQPC6**

1.2 L'information des CRUQPC : des améliorations notables6

**1.3 La visibilité des CRUQPC au sein des Etablissements : une amélioration continue
au fil des années7**

2. La représentation des usagers : des progrès à poursuivre

**2.1 Une information des RU en progression constante sur les droits
et obligations7**

**2.2 Et des améliorations notables sur les contacts avec les équipes soignantes
et les usagers7**

2.3 Un faible recours aux droits7

2.4 Peu de moyens matériels accordés aux RU7

3. Les réclamations et la médiation

4. Les droits des usagers

4.1 Une amélioration des procédures mises en place.....7

4.2 Une information des professionnels de santé qui progresse7

**4.3 Une évaluation des pratiques professionnelles à poursuivre
sur les respects des droits des usagers8**

4.4 L'information dispensée aux usagers : des résultats contrastés8

**5. L'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge : des améliorations
constatées et des marges de progrès**

5.1 Des améliorations constatées8

5.2 Des marges de progrès.....8

**II. Synthèse des entretiens avec les membres des CRUQPC de certains
établissements de santé**

**1. Sur le fonctionnement des CRUQPC et l'accès à l'information des Représentants des
Usagers**

2. Sur la représentation des usagers dans l'établissement

3. Sur des cas particuliers relevés

DEUXIEME PARTIE : 11

Indicateurs demandés dans le cahier des charges ministériel 11

III. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers.

- 1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers**
 - 1.1 Dans le domaine ambulatoire..... 11
 - 1.2 Dans le domaine sanitaire 11
 - 1.3 Dans le domaine médico-social..... 12
- 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers**
 - 2.1 Existence d'un processus de traitement des réclamations en ambulatoire 12
 - 2.2 Dans le domaine sanitaire : 13
 - 2.3 Dans le domaine médico-social..... 14
- 3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance**
 - 3.1 Dans le domaine ambulatoire : 14
 - 3.2 Dans le domaine sanitaire 15
 - 3.3 Dans le domaine médico-social..... 15
- 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**
 - 5.1 Dans le domaine ambulatoire..... 15
 - 5.2 Dans le domaine sanitaire 16
 - 5.3 Dans le domaine médico-social..... 16
- 6. Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical**
 - 6.1 Dans le domaine ambulatoire : 16
 - 6.2. Dans le domaine sanitaire 16
 - 6.3. Dans le domaine médico-social..... 17
- 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté**
 - 7.1 Ratio des élèves en situation de handicap à PARIS (75) - octobre 2015 17
 - 7.2 Ratio des élèves en situation de handicap à Versailles (78) - octobre 2015 18
 - 7.3 Ratio des élèves en situation de handicap à Créteil (94) - octobre 2015 18
- 8. Droits des personnes détenues. — Accès aux soins des personnes détenues**
- 9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)**

IV. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

- 1. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux**
 - 1.1 Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2)
et par territoire 20

1.2	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.....	20
1.3	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins.....	21
1.4	Nombre de structures d'exercice collectif.....	21

2. Assurer financièrement l'accès aux soins

3. Assurer l'accès aux structures de prévention

4. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur le territoire

4.1	Nombre de contrats locaux de santé (CLS) signés.....	22
4.2	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	23
4.3	Ecart intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux	23

V. Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

VI. Renforcer la Démocratie Sanitaire

1. 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.

1.1	Taux de participation des membres de la CRSA	25
1.2	Taux de participation des membres des conférences de territoire	25

TROISIEME PARTIE : Actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers..... 27

I. La labellisation des projets «droits des usagers».

II. Les travaux sur la représentation des usagers

III. Le suivi des recommandations de la CRSA

- 1. Sur l'élaboration du Rapport sur le respect des droits des usagers**
- 2. Sur le fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC)**
- 3. Sur la représentation des usagers (RU)**
- 4. Sur la manière dont les RU ont accès à l'information notamment pour le traitement des réclamations**

GLOSSAIRE 30

PREAMBULE

L'article L.1432-4 du code de la santé publique prévoit que la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) «procède à l'évaluation d'une part des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, et d'autre part de la qualité des prises en charge et des accompagnements».

Le rapport annuel sur les droits des usagers de la CRSA d'Ile-de-France est établi sur la base d'un cahier des charges ministériel.

La CRSA d'Ile-de-France note, comme les années précédentes, que certains indicateurs de ce cahier des charges sont difficiles à renseigner, notamment par manque d'informations disponibles, car ils ne tiennent que très partiellement en compte de la réalité du fonctionnement des détenteurs de données.

De même, certains autres sont difficiles à analyser, du fait d'informations parcellaires ou au contraire du fait de pléthore de données parfois difficilement exploitables.

Par ailleurs, d'autres nécessiteraient la mise en place d'enquêtes particulières, notamment dans le domaine médico-social, ce qui n'a pas pu être possible pour cet exercice.

C'est pourquoi, seuls deux types d'indicateurs font l'objet d'un recensement quasi exhaustif : les indicateurs des Etablissements de Santé issus des rapports d'activité des CRUQPC qui font l'objet d'un Rapport de Synthèse Annuel de l'Agence régionale de santé Ile-de-France et ceux qui sont suivis dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS.

Certains de ces constats partagés par beaucoup de régions ont incité la Conférence Nationale de Santé à se pencher sur cette question et des propositions ont été faites par certaines commissions sur les droits des usagers pour améliorer le recensement et l'exploitation des données sur les droits des usagers.

Il faut enfin souligner le souci de la CSDU de la CRSA d'Ile-de-France de recueillir des éléments plus qualitatifs sur le fonctionnement des CRUQPC et la représentation des usagers, avec la réalisation d'entretiens dans des établissements de santé.

Le présent rapport se décompose en trois parties :

- la synthèse de l'analyse des rapports des CRUQPC et la synthèse des entretiens avec les membres des CRUQPC de certains établissements de santé,
- la remontée des indicateurs demandés dans le cahier des charges du Ministère,
- les actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers et le suivi des recommandations de la CRSA Ile-de-France.

PREMIERE PARTIE :

Synthèse de l'analyse des rapports CRUQPC et des entretiens avec les membres des CRUQPC de certains établissements de santé

I. Synthèse de l'analyse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

L'intégralité de l'analyse des rapports CRUQPC est disponible sur le site de l'ARS :

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/CRUQPC/2016/CRUQPC_Synthese_2014.pdf

Le paragraphe ci-dessous reprend les grandes tendances qui se dégagent de l'analyse 2015 des rapports CRUQPC 2014.

La synthèse de l'ARS a été élaborée à partir des rapports d'activité (obligation légale article L.1112-80 du Code de la santé publique) transmis à l'Agence à travers un formulaire homogénéisé qui interroge les établissements de santé sur les CRUQPC et les pratiques sur les droits des usagers. Les données recueillies sont déclaratives. Un traitement statistique régional et départemental est effectué.

Il faut noter que le taux de retour des Rapports d'activité des CRUQPC est de 100 % pour la première fois depuis quatre ans, soit 384 rapports d'activité pour 568 sites franciliens (une CRUQPC peut concerner plusieurs sites).

1. La composition et le fonctionnement des CRUQPC

1.1 Des points de vigilance sur le recrutement des Représentants des Usagers et la composition de la CRUQPC

– **Un fonctionnement sans le nombre requis de RU conforme aux textes :**

- 36% de mandats vacants, soit 556 sur les 1536 requis avec une amélioration cependant au regard des années précédentes (38% en 2013 / 39% en 2012 / 37% en 2011)
- 28% des CRUQPC ont fonctionné avec les 4 RU requis (26% en 2013 et 2012 / 28,5 en 2011)

– **Des mandats occupés non conformes à la réglementation :**

- 85% de mandats occupés avec certitude par un membre d'une association agréée au niveau régional ou national (84% en 2013 / 82% en 2012 / 77% en 2011)

1.2 L'information des CRUQPC : des améliorations notables

- 86% des CRUQPC ont été informées des événements indésirables graves (82% en 2013 / 80% en 2012 et 2011)
- 85% des établissements ont transmis des informations sur l'existence, le rôle et la composition de la CRUQPC à leurs personnels (85,5% en 2013 / 82% en 2012 / 96% en 2011)
- 96% des CRUQPC ont eu accès au registre des réclamations (idem en 2013 / 95,5% en 2012 / 93% en 2011)

1.3 La visibilité des CRUQPC au sein des Etablissements : une amélioration continue au fil des années

- 89% des établissements ont affiché la liste nominative et actualisée des membres de la CRUQPC dans les lieux fréquentés par le public (87% en 2013 / 85% en 2012 / 2011 non disponible)
- 87% des RU sont connus du standard et de l'accueil (86% en 2013 / 84% en 2012 / 75% en 2011)
- 70% des ES ont présenté les RU aux personnels de l'établissement (68% en 2013 / 61% en 2012 / 2011 non disponible)

2. La représentation des usagers : des progrès à poursuivre

2.1 Une information des RU en progression constante sur les droits et obligations

- 95% des Etablissements de Santé ont informé les RU de leurs droits et obligations (93% en 2013 / 89% en 2012 / 64% en 2011)

2.2 Et des améliorations notables sur les contacts avec les équipes soignantes et les usagers

- 56% des RU vont à la rencontre des usagers (50% en 2013 et 2012)
- 39% des ES organisent des rencontres entre les RU et le personnel soignant (33% en 2013 / 41% en 2012 / 2011 non disponible)

2.3 Un faible recours aux droits

- 17% des établissements ont remboursé les frais de déplacement des RU (20% en 2013 / 14% en 2012 / 19% en 2011)

2.4 Peu de moyens matériels accordés aux RU

- 1 RU sur 5 dispose d'une adresse e-mail fournie par l'établissement
- 20% des établissements mettent à disposition des RU des locaux spécifiques

3. Les réclamations et la médiation

- 21 074 réclamations ont été déclarées dans les Rapports CRUQPC, ce qui représente 0,14 réclamations pour 100 entrées
- 16,5 jours de délai moyen de réponse à une réclamation (15 jours en 2013 et 2012 / 16 jours en 2011)

Il faut signaler qu'un cadre «commentaire» libre a été ajouté pour les établissements qui déclaraient des «motifs de réclamation autres».

- **Un faible recours à la médiation** : 5,5 % des réclamations ont donné lieu à une médiation (5 % en 2013 / 6,5 % en 2012 / 5 % en 2011).

4. Les droits des usagers

4.1 Une amélioration des procédures mises en place

- **Sur la désignation de la personne de confiance** : 91% des Etablissements ont mis en place une procédure visant à recueillir l'identité de la personne de confiance désignée par le patient (90% en 2013 / 87% en 2012 et 2011).
- **Sur la prise en charge du décès** : 84% des ES mettent en place une organisation particulière pour le respect des rites et croyances. (idem en 2013 / 79% en 2012 / 2011 non disponible)

4.2 Une information des professionnels de santé qui progresse

- 85% des ES les ont renseignés sur les directives anticipées de fin de vie (82% en 2013 et 2012 / 70% en 2011)
- 48% des ES les ont informés du respect des croyances et des convictions (46% en 2013 / 2012 et 2011 non disponibles)

4.3 Une évaluation des pratiques professionnelles à poursuivre sur les respects des droits des usagers

- 65% des ES ont évalué les pratiques professionnelles en matière de respect des droits des usagers (66% en 2013 et 2012 / 70% en 2011)

4.4 L'information dispensée aux usagers : des résultats contrastés

- 77% des établissements affichent une information sur les tarifs dans tous les lieux fréquentés par le public (78% en 2013 et 2012 / 45% en 2011)
- 97% des établissements affichent la charte de la personne hospitalisée dans les lieux fréquentés par les usagers (99,5% en 2013 / 96% en 2012 / 93% en 2011)
- 88% remettent systématiquement le livret d'accueil à l'utilisateur ou à ses proches au moment de l'hospitalisation (88,5% en 2013 / 78% en 2012 et 2011)
- 52% ont délivré une information aux usagers sur les directives anticipées (50% en 2013 / 2012 et 2011 non disponibles)

5. L'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge : des améliorations constatées et des marges de progrès

5.1 Des améliorations constatées

- 97% des CRUQPC ont été associées aux actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein des établissements (96% en 2013 / 98% en 2012 / 2011 non disponible)
- 27% des ES ont développé des dispositifs d'accueil spécifiques pour les personnes malentendantes, non ou malvoyantes, non francophones, illettrées ou analphabètes (23% en 2013 / 22% en 2012 / 24% en 2011)

5.2 Des marges de progrès

- sur les recommandations émises par la CRUQPC
 - 34% des CRUQPC ont évalué l'application des recommandations formulées aux établissements (36% en 2013 / 34% en 2012)
 - 75% des ES ont appliqué les recommandations émises par la CRUQPC l'année précédente (idem en 2013 / 76% en 2012)
 - 59% des CRUQPC ont formulé des recommandations sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge (idem en 2013 / 73% en 2012)
- sur la mise en œuvre des actions de promotion de la bientraitance
 - 87% des ES ont mené des actions de promotion de la bientraitance (89% en 2013 / 91% en 2012 / 83% en 2011)

II. Synthèse des entretiens avec les membres des CRUQPC de certains établissements de santé

Les informations qui figurent dans le rapport informatisé sont des données quantitatives et déclaratives. Afin de rencontrer les membres des CRUQPC, de faire connaître la CRSA et la CSDU et d'avoir un éclairage plus humain et qualitatif, des membres de la Commission Spécialisée sur les Droits des Usagers se sont rendus dans 18 établissements de santé pour recueillir des éléments qualitatifs sur le fonctionnement des CRUQPC et la représentation des usagers.

Le choix des établissements a été fait par les membres de la CSDU.

Les critères de choix des établissements ont été les suivants : le statut (AP-HP, Public, ESPIC, Privé lucratif) et le territoire (département). La liste des établissements retenus à partir des rapports CRUCPC 2014 est la suivante :

- Hôpital des Gardiens de la Paix-Paris 13
- Centre Médical et Pédagogique pour adolescents-Neufmoutiers-en-Brie 77
- Centre Hospitalier de Fontainebleau-Fontainebleau77

- Hôpital Privé de Marne Chantereine-Brou sur Chantereine 77
- Institut Marcel Rivière Centre Gériatrique Denis Forestier-Le Mesnil Saint-Denis 78
- Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot-Plaisir 78
- Hospitalisation à Domicile Yvelines Sud-Le Mesnil Saint-Denis 78
- Hôpital Privé Claude Galien-Quncy-sous-Senart 91
- Hôpital Raymond Poincaré-Garches 92
- Hôpital Antoine Béclère-Clamart 92
- Hôpital Américain de Paris 92
- Institut Gustave Roussy- Villejuif 94
- Centre Hospitalier Régional de Villeneuve-Saint-Georges-94
- Clinique Médico-Chirurgicale Gaston Métivet-Saint-Maur des Fossés-94
- Groupe Hospitalier Albert Chenevier-Henri Mondor-Créteil 94
- Hôpital d'Enfants Margency-95
- Groupe Hospitalier Communal du Vexin-Magny-en-Vexin 95
- Clinique Mirabeau-Eaubonne-95

Un courrier signé du Président de la CRSA et du Président de la CSDU a été envoyé au directeur de l'établissement pour l'informer de la démarche.

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU)a fait ressortir, à partir des entretiens qu'elle a menés auprès des membres des CRUQPC dans les établissements de santé, des points saillants qui constituent comme l'année dernière pour certains des recommandations de la CRSA sur le fonctionnement des CRUQPC et la représentation des usagers.

1. Sur le fonctionnement des CRUQPC et l'accès à l'information des Représentants des Usagers

- La diversité des établissements rencontrés a permis de constater de bonnes pratiques dans la plupart des Etablissements visités.
- Mais, il a été souligné, comme les années précédentes, que les Représentants des Usagers ne sont pas toujours consultés sur la rédaction du Rapport d'Activité de la CRUQPC transmis à l'ARS.
- De même, les représentants des usagers ne sont pas toujours associés à l'examen des réclamations qui relèvent des EHPAD pour les établissements de santé avec EHPAD, même si certaines structures ont créé de nouvelles formes d'instances, les CRUVS (regroupant les CRUQPC et les CVS) pour résoudre cette difficulté.
- Enfin la possibilité d'accompagnement des plaignants par les représentants des usagers lors d'une médiation devrait être rappelée aux RU qui ignorent souvent cette information.

2. Sur la représentation des usagers dans l'établissement

- Les établissements visités enregistrent un nombre important de mandats vacants de RU dans les CRUQPC et il est constaté que beaucoup d'établissements ignorent la réglementation en matière de renouvellement des mandats, au bout de trois ans.
- Certains représentants des usagers semblent démunis au regard des nouvelles missions qui leur sont confiées en matière de certification, ce qui nécessiterait une formation des RU sur ce champ.
- Il faut néanmoins noter qu'existe un guide pédagogique édité par l'HAS : « s'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers » :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_representantsusagers_certification.pdf

La HAS a demandé, par courriel, à tous les établissements d'imprimer et de mettre à disposition de tous les RU ce document.

3. Sur des cas particuliers relevés

- Dans les structures d'Hospitalisation à Domicile, la prise en compte des réclamations des patients et de leurs familles ne fait pas l'objet d'un recensement systématique, ce qui nécessiterait un examen plus approfondi des pratiques rencontrées dans les structures d'HAD en matière de droits des usagers.
- Une piste à mettre en place et à privilégier serait de se servir du cahier de liaison afin que les usagers et les aidants puissent y inscrire leurs remarques et que donc ce cahier ne soit pas uniquement réservé aux professionnels. Ces écrits, bien que n'étant pas strictement des plaintes ou des réclamations permettraient de faire évoluer la qualité de la prise en charge et seraient analysés en CRUQPC.
- La composition et l'activité des commissions d'activité libérale (CAL), «chargées de veiller au bon déroulement de cette activité et aux stipulations des contrats des praticiens» devraient faire l'objet d'un examen plus approfondi ; En effet, il faudrait s'assurer que ces commissions d'activités libérales (CAL) disposent du nombre de Représentants des Usagers requis, un au titre des associations et un autre au titre de représentation du conseil de surveillance. De même, il importerait de veiller que celles-ci disposent des informations et des avis utiles à l'exercice de leurs missions (relevé annuel des tarifs pratiqués...). Le Rapport annuel de la CAL devrait aussi être présenté et commenté en CRUQPC.
- Une demande générique est faite pour tous les établissements et concerne la saisie et le traitement des plaintes et réclamations : en tout début d'année N, il faudrait qu'un exemplaire exploitable (sous forme doc ou pdf) soit mis à disposition des établissements, alors que la saisie informatique et son exploitation sont faites en N+1. Cela permettrait que le pré-document soit renseigné au fil de l'eau, avec la participation des RU et il pourrait également être présenté aux instances avant saisie informatique.
- Un pavé spécifique «typologie santé mentale» devrait être ajouté au canevas, après co-construction entre l'ARS, les établissements concernés et les RU, sans oublier le groupe de travail permanent « santé mentale de la CRSA.

DEUXIEME PARTIE :

Indicateurs demandés dans le cahier des charges ministériel

III. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers.

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

1.1 Dans le domaine ambulatoire

A l'exception des données recensées par le service réclamation de l'ARS et qui figurent dans le point 2 de ce rapport (rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers), les indicateurs relatifs à l'ambulatoire ne sont pas disponibles.

1.2 Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.)	<p>Les thèmes les plus abordés sont : Bientraitance/Maltraitance (75%)</p>	<p>Les thèmes les plus abordés sont : Prise en charge de la douleur (68%) Bientraitance/Maltraitance (59%)</p> <p>Les thèmes les moins abordés : Désignation de la personne de confiance (23%) Respect des croyances (26%) Accès au dossier médical (29%)</p>	<p>Les thèmes les plus abordés sont : Prise en charge de la douleur (66%) Bientraitance/Maltraitance (55%)</p> <p>Les thèmes les moins abordés : Désignation de la personne de confiance (23%) Le respect des croyances et des convictions (20%) Accès au dossier médical (20%)</p>

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2014 des CRUQPC - ARS Ile-de-France.

- La couverture des formations :
 - par professions de santé,
 - par couverture géographique,
 n'est pas disponible.

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Nombre de formations proposées :	NC	3 000	2 301
Nombre de personnes formées		30 650	24 331

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2014 des CRUQPC - ARS Île-de-France.

Le détail est disponible dans l'analyse des rapports CRUQPC sur le site de l'ARS :

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/CRUQPC/2016/CRUQPC_Synthese_2014.pdf

1.3 Dans le domaine médico-social

Que ce soient :

- les thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.),
- la couverture des formations :
 - par professions de santé,
 - par couverture géographique.
- le nombre de formations proposées et réalisées :
 - nombre de personnes formées.

Ces informations ne sont pas disponibles.

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

2.1 Existence d'un processus de traitement des réclamations en ambulatoire

L'analyse des réclamations du service gestion des réclamations de l'ARS fait apparaître les données par domaines fonctionnels, avec une part des réclamations dans le domaine ambulatoire mesurée en référence aux autres domaines :

- 1416 réclamations reçues en 2014 contre 1624 en 2013 répartis de la manière suivante :

Evolution de la répartition des réclamations par domaine				
Domaines fonctionnels	2012	2013	2014	
Sanitaire	38 %	38 %	45,6%	↗
Médico-social	43 %	36 %	34%	↘
Ambulatoire	14,5 %	13 %	9,7%	↘
Défaut d'offre de soins	0,4 %	2 %	2%	=
Détenus	0,2 %	1 %	1,3%	↗
Autres	3,9 %	10 %	7,4%	↘

Source : Direction du Pôle Démocratie sanitaire – ARS IDF

Par entité et en valeur absolue, les résultats sont les suivants :

BILAN Réclamations 2014 Ile-de-France par domaine et par site													
Sites	Sanitaire	Médico-social				Ambulatoire	Défaut offre de soins	Détenus	Hospitalisation sous contrainte	PL	Autres	SE	Total
		Personnes âgées	Handicap Adultes	Handicap Enfants	Total MS								
75	120	25	8	6	39	28	3		3		11	2	206
77	65	60	7	10	77	24	4	4			4		178
78	70	43	8	3	54	5	0				5		134
91	92	37	12	14	63	13	1	5			2		176
92	59	71	3	3	77	12	0	1	2	2			153
93	71	33	4	2	39	12	4	1			2		129
94	58	42	7	6	55	22	13	6	1		8		163
95	56	43	5	1	49	3	1						109
Siège	53	14	6	8	28	19	3	1		24	40		168
Total	644	368	60	53	481	138	29	18	6	26	72	2	1 416
	45,6%	34%				9,7%	2%	1,3%	0,4%	1,8%	5,2%		

2.2 Dans le domaine sanitaire :

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
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	100% des établissements répondants	100% des établissements répondants	100% des établissements répondants
Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA	99%	99,9%	100%
Nombre de réunions par an (moyenne)	3,5	3,7	3,7
Composition et qualité des membres de la CRUQPC	82% des mandats sont occupés avec certitude par un membre d'une association agréée 74% des CRUQPC ont fonctionné sans les 4 représentants des usagers requis	84% des RU ont été désignés par une association agréée 74% des CRUQPC ne comportent pas les 4 RU requis	85% des RU ont été désignés par une association agréée 72% des CRUQPC ne comportent pas les 4 RU requis
Proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres	46 %	45,5 %	40,5%
Proportion d'établissements ayant une cotation A,B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	NC	NC	NC

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2014 des CRUQPC - ARS Ile-de-France.

2.3 Dans le domaine médico-social

Indicateurs	Données2012	Données 2013	Données 2014
Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale(CVS):			
Proportion d'établissements disposant d'un CVS	71%	NC	NC

Selon l'enquête sur le fonctionnement effectif des conseils de la vie sociale (données 2011-2012), sur 1100 questionnaires adressés par l'Agence, avec un taux de retour de 57%, 71% disposaient d'un CVS. Depuis cette date, l'Agence n'a pas eu les moyens de faire un nouveau recensement.

Nombre de personnes qualifiées désignées par département :

Département	Arrêtés	Date de mise à jour	Nombre PQ/liste
75	Oui	13/12/2010	Liste à mettre en conformité
77	Oui	05/09/2012	13 PQual
78	Oui	25/06/2015	7 PQual
91	Oui	28/10/2013 (un en cours de signature)	5 PQual
92	Oui	1/04/2015	13 PQual
93	Oui	26/04/2011	6 PQual
94	Oui	30/01/2015	9 PQual
95	Oui	17/12/2015	2 PQual
Total			45 PQual

A l'exception de Paris, l'ensemble des départements est maintenant couvert par un dispositif de Personnes Qualifiées répondant aux exigences réglementaires. Les services de l'ARS s'engagent à ce que pour l'année 2016, l'arrêté du 75 corresponde aux normes réglementaires.

La Commission souhaite néanmoins reprendre les points constatés les années précédentes :

Sur le dispositif lui-même des personnes qualifiées :

- la commission constate que ce dispositif est encore peu opérationnel et quand il est mis en place qu'il y a peu d'interventions ou qu'elles ne sont pas répertoriées.

Sur le suivi des saisines :

- celui-ci devrait être formalisé annuellement et porté à la connaissance de l'ARS et la commission s'interroge sur l'effet dissuasif de certaines mesures (saisine avec recommandé et avis de réception).

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

3.1 Dans le domaine ambulatoire :

Voir point 1.1.

3.2 Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	91%	89%	87%
proportion d'établissements ayant une cotation A,B, C,etc. dans les rapports de certification HAS (référence10a de la v2010)	NC	31% pour la cotation A 67% pour la cotation B 2% pour la cotation C	31,5% pour la cotation A 67% pour la cotation B 1,5% pour la cotation C

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2014 des CRUQPC - ARS Île-de-France.
Ministère de la santé – Indicateurs résultats de certification Haute Autorité de Santé

3.3 Dans le domaine médico-social

L'indicateur à recueillir est la proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent.

Ces informations ne sont pas disponibles (voir point 2.3).

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

Selon l'article L.1110-5 alinéa 4, Code de la santé publique :

«Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée».

Depuis 1998, la lutte contre la douleur a fait l'objet de trois plans successifs avec des bilans mitigés. Le quatrième plan 2008-2012 devait organiser la lutte contre la douleur en dehors des établissements de santé. Cependant les indicateurs ne sont disponibles que pour les établissements de santé :

Indicateur à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
cotation de la HAS des établissements sur la prise en charge de la douleur (ref 12 a de la v10)	NC	Cotation A : 45 % Cotation B : 39 % Cotation C : 15,5 % Cotation D : 0,5 %	Cotation A : 47% Cotation B : 38,5% Cotation C : 14% Cotation D : 0,5%

Source : Ministère de la santé – Indicateurs résultats de certification Haute Autorité 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

5.1 Dans le domaine ambulatoire

Les organismes de développement professionnel continu (DPC) n'ont pas communiqué l'indicateur à recueillir qui est le nombre de formations à la fin de vie.

5.2 Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 82% des établissements ont organisé une information des médecins ▪ 59% auprès d'autres personnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 82% des établissements ont organisé une information des médecins ▪ 60% auprès d'autres personnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 85% des établissements ont organisé une information des médecins ▪ 57% auprès des autres personnels
proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	53%	55%	

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2014 des CRUQPC - ARS Ile-de-France.

5.3 Dans le domaine médico-social

L'indicateur à recueillir est la proportion d'établissement prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement : ces informations ne sont pas disponibles (voir point 2.3).

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

6.1 Dans le domaine ambulatoire :

Voir point 1.

6.2. Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Nombre de plaintes et réclamations sur l'accès au dossier médical	<ul style="list-style-type: none"> - 17/1447 réclamations reçues par l'ARS (1,17%) - 614 reçues dans les établissements (CRUQPC) 	<ul style="list-style-type: none"> - 24/1624 réclamations reçues par l'ARS (1,47%) - 888 reçues dans les établissements (sur 19 331 réclamations) (CRUQPC) 	<ul style="list-style-type: none"> - 28/1441 réclamations reçues par l'ARS (1,9%) - 1256 reçues dans les établissements (sur 21 074 reçues) (CRUQPC)
Nombre d'établissements ayant une cotation A, B,C,etc.dans les rapports de certification HAS (ref 14 b de la v10)	NC	70% ont une cotation A 23% ont une cotation B 7% ont une cotation C	69% ont une cotation A 24% ont une cotation B 7% ont une cotation C

Sources : Synthèse régionale des rapports d'activité 2014 des CRUQPC - ARS Île-de-France

L'accès au dossier médical est garanti par les établissements de santé, mais on note une très légère hausse des réclamations d'une année sur l'autre. De même, le délai d'obtention des dossiers de moins de 5 ans reste de 9 jours en moyenne dans les établissements de santé (au lieu des 8 jours réglementaires).

Ceci rejoint les observations du Défenseur des droits qui avait relevé des difficultés toujours persistantes quant à cet accès : retard dans la transmission ou communication incomplète du dossier médical.

Le Défenseur des droits a d'ailleurs proposé l'**allongement du délai laissé aux établissements ou professionnels de santé**, pour transmettre aux demandeurs leurs informations médicales. Il lui apparaît plus opportun de passer d'un délai de 8 jours, pour les hospitalisations de moins de 5 ans, à un délai plus raisonnable de 15 jours. En effet, des demandes de dossier médical non satisfaites, ou satisfaites avec retard, génèrent de la suspicion pour le patient alors qu'elles s'expliquent le plus souvent par des contraintes d'organisation administrative et non par une volonté de «dissimulation».

6.3. Dans le domaine médico-social

L'indicateur à recueillir est le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical : ces informations ne sont pas disponibles (voir point 2.3).

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

La loi du 11 février 2005 est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis la loi de 1975.

Sa principale innovation est d'affirmer que tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école de son quartier. Il pourra ensuite être accueilli dans un autre établissement, en fonction du projet personnalisé de scolarisation. Les parents sont pleinement associés aux décisions concernant leur enfant. Sont mis en place les équipes de suivi de la scolarisation et les enseignants référents. La loi réaffirme la possibilité de prévoir des aménagements afin que les étudiants handicapés puissent poursuivre leurs études, passer des concours, etc.

L'indicateur à recueillir qui est le nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation en milieu ordinaire afin de connaître le taux de couverture des besoins des enfants handicapés n'a à ce jour été communiqué que par les Rectorats de Paris et Versailles.

Une comparaison est faite exceptionnellement avec le début d'année 2015, pour mettre en lumière l'augmentation du nombre des élèves en situation de handicap dans les deux académies.

7.1 Ratio des élèves en situation de handicap à PARIS (75) - octobre 2015

	Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	854	2 677	2 474	1 587
Nbre d'élèves total	65 223	104 861	85 953	74 492
Ratio élèves en situation de handicap	1,31%	2,55%	2,88%	2,13%

Pour rappel les données en 2014

	Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	851	2 589	2 360	1 250
Nbre d'élèves total	66 189	105 416	86 316	73 984
Ratio élèves en situation de handicap	1,29%	2,46%	2,73%	1,69%

7.2 Ratio des élèves en situation de handicap à Versailles (78) - octobre 2015

	Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	3 162	8 981	6 845	2 173
Nbre d'élèves total	244 638	384 622	290 243	199 560
Ratio élèves en situation de handicap	1,29%	2,34%	2,36%	1,09%

Pour rappel les données en 2014

	Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	3 058	8 935	6 170	2 090
Nbre d'élèves total	241 585	382 653	289 687	195 669
Ratio élèves en situation de handicap	1,27%	2,34%	2,13%	1,07%

7.3 Ratio des élèves en situation de handicap à Créteil (94) - octobre 2015

Données 2015		Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	77	750	2 179	1 494	396
	93	1 268	2 535	1 671	522
	94	929	2 337	1 469	450
Nbre d'élèves total en situation de handicap		2 951	7 052	4 634	1 368
Nbre d'élèves total		196 780	310 418	226 213	151 226
Ratio élèves en situation de handicap		1,50%	2,27%	2,05%	0,90%

<i>Pour rappel les données en 2014</i>		Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	77	687	1 950	1 292	276
	93	1 232	2 408	1 551	438
	94	857	2 049	1 318	382
Nbre d'élèves total en situation de handicap		2 776	6 407	4 161	1 096
Nombre total d'élèves		196 370	306 258	224 183	146 413
Ratio élèves en situation de handicap		1,41%	2,09%	1,86%	0,75%

En milieu adapté, le recueil des données auprès des MDPH a été assez complexe à obtenir.

En effet, certaines MDPH qui ont répondu (91 et 93) se sont interrogées sur les questions posées par les indicateurs.

Le terme «demande de scolarisation» couvre en effet un large spectre de demandes (demande de matériel pédagogique, demande d'aménagements scolaires, demande d'orientation en Ulis, demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social, demande d'accompagnement par un AVS,...).

Pour une «demande de scolarisation» déposée à la MDPH, il est ainsi possible d'avoir plusieurs réponses (par exemple : orientation en Ulis et accompagnement par un SESSAD) ou ne pas concerner une demande d'orientation vers un ESMS.

Aussi la collecte des données actuelle ne permet pas d'obtenir le même niveau d'information selon la réponse de chacune des MDPH, et les données ne peuvent être agrégées au niveau régional pour renseigner l'indicateur de manière satisfaisante.

8. Droits des personnes détenues. — Accès aux soins des personnes détenues

Indicateur à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Nombre d'extractions pour consultation ou examens médicaux	9 718 (sur 13 établissements)	10 461 (sur 13 établissements)	8 633 (sur 10 établissements)
Nombre d'annulation de ces extractions	1 450	1 327	1 160

Source : Direction de l'offre de soins et médico-sociale – ARS Île-de-France.

Cet indicateur est censé mesurer l'effectivité du droit d'accès aux soins des personnes détenues.

Les annulations de ces examens nécessitent en effet des reports, générant 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 ou de l'établissement de santé.

Il demeure que les motifs d'annulation ne sont pas précisés.

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

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes	NC	100%	100%
Proportion de rapports transmis à l'ARS	NC	NC	NC

Source : Délégations territoriales – ARS IDF

Si ces commissions qui sont chargées d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, sont mises en place, le nombre de réunions est très variable d'un département à l'autre (de 1 à 12). Il n'y a pas d'étude régionale des statistiques relevées.

A noter également qu'un groupe régional de réflexion sur la santé mentale issu de la CRSA et élargi à d'autres partenaires créé en région IDF en 2013 a continué ses travaux en 2014. L'Île-de-France est avec la région PACA et le Nord Pas-de-Calais une des seules régions à avoir activé des groupes de travail ou des commissions de ce type.

Deux sous- groupes de travail ont été constitués sur les thématiques suivantes :

- parcours de soins/parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique (avec un sous-thème particulièrement étudié : le parcours de rétablissement en santé mentale),
- psychiatrie et personnes âgées.

IV. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

1. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

1.1 Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire

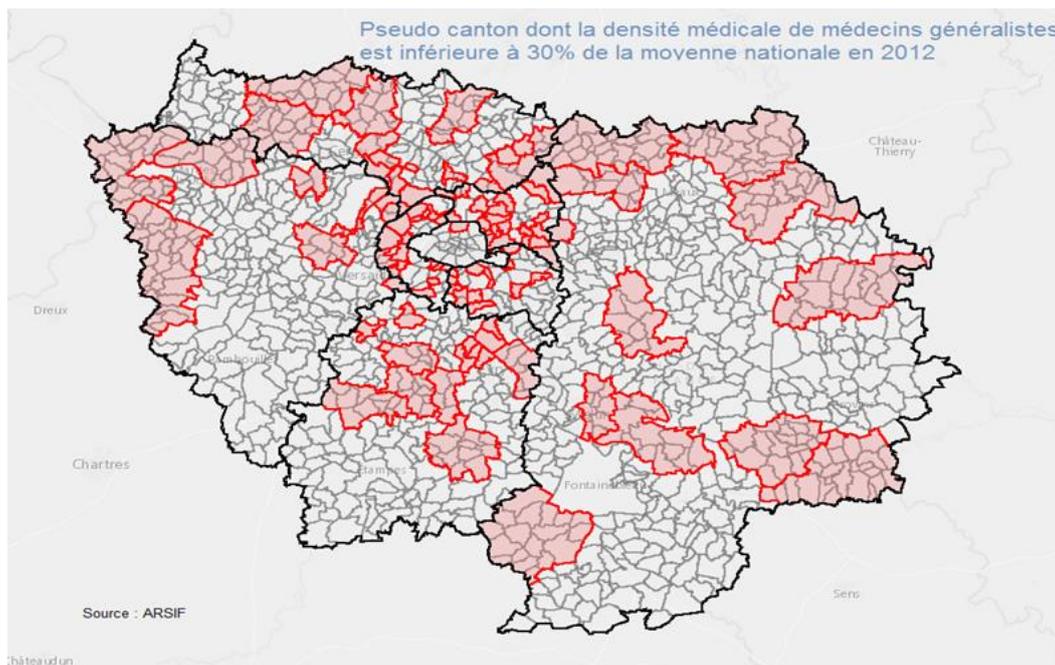
	75			77			78			91			92			93			94			95			Ile-de-France		
	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2	Tot.	Sec. 2	% Sec. 2			
Total MG	2477	827	33%	973	241	25%	1126	273	24%	943	174	18%	1212	323	27%	1030	93	9%	962	142	15%	883	135	15%	9606	2208	23%
Total Spécialistes	5490	3976	72%	825	441	53%	1323	827	63%	961	476	50%	1812	1203	66%	938	393	42%	1105	607	55%	831	412	50%	13285	8335	63%

Source Direction de l'Offre de soins – Pôle Ambulatoire – ARS IDF

L'Ile-de-France se caractérise par un nombre important d'offre en tarif de secteur 2, particulièrement pour les médecins spécialistes (63%).

1.2 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

(pas de cartographie plus récente que celle ci-dessous)



Les critères **méthodologiques** qui ont été retenus pour établir le zonage en 2012 sont :

- l'**accessibilité** au médecin généraliste, basée sur la densité et l'activité moyenne des omnipraticiens,
- la **complémentarité** de l'offre, basée sur les densités d'infirmiers, de kinés, de chirurgiens-dentistes, de spécialistes du premier recours et le nombre de centres de santé sur le territoire,
- la **fragilité** de l'offre, basée sur l'évolution des effectifs d'omnipraticiens et leur vieillissement,
- la **fragilité sociale** identifiée par l'IDH2.

Les 272 cantons regroupant les 1 300 communes franciliennes ont été classés selon ces 4 critères : accessibilité, complémentarité, fragilité, besoin. **En priorisant l'accès au médecin généraliste** (critère accessibilité).

Une fois classés, les premiers cantons représentant 7% de la population francilienne sont sélectionnés en tant que territoires déficitaires.

Ensuite, les cantons qui comptabilisent 3 critères classant définissent les zones fragiles (il n'y a donc pas de seuil populationnel).

L'Ile de France compte donc 27 territoires déficitaires (dont 2 ZUS à Paris) **et 21 territoires fragiles** (dont 1 ZUS à Paris).

1.3 Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins

Cet indicateur a été neutralisé dans les CPOM Etat/ARS.

1.4 Nombre de structures d'exercice collectif

Centres de santé et Maisons de Santé :

DONNEES	MSP	Pôles de santé	Centres de Santé	Total
Nombre total	25	8	310	343
Structures implantées en zone déficitaire ou fragile	5	1	70	76

Source : Direction du Pôle Ambulatoire – Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale – ARS Ile-de-France.

2. Assurer financièrement l'accès aux soins

L'indicateur à recueillir qui est le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins en CMU et AME, n'est pas disponible dans sa totalité.

Le service des réclamations de l'ARS enregistre cependant certaines réclamations sur le défaut d'offre de soins (voir supra)

3. Assurer l'accès aux structures de prévention

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)	39,8% (52,6% au niveau national)	39,4% (51,4% au niveau national)	39,8% (52% au niveau national)
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal (DOCCR)	25,2% (23,9% au niveau national)	23,9% (29,8% au niveau national)	22,7% (29,8% au niveau national)
Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	13,4% des enfants scolarisés	8,8% (surpoids) (8,4% - France entière) 4,6% (obésité) (3,5% - France entière)	NC
Couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons, la rubéole	93,1% pour la première dose 79,9% pour la seconde dose	NC	NC

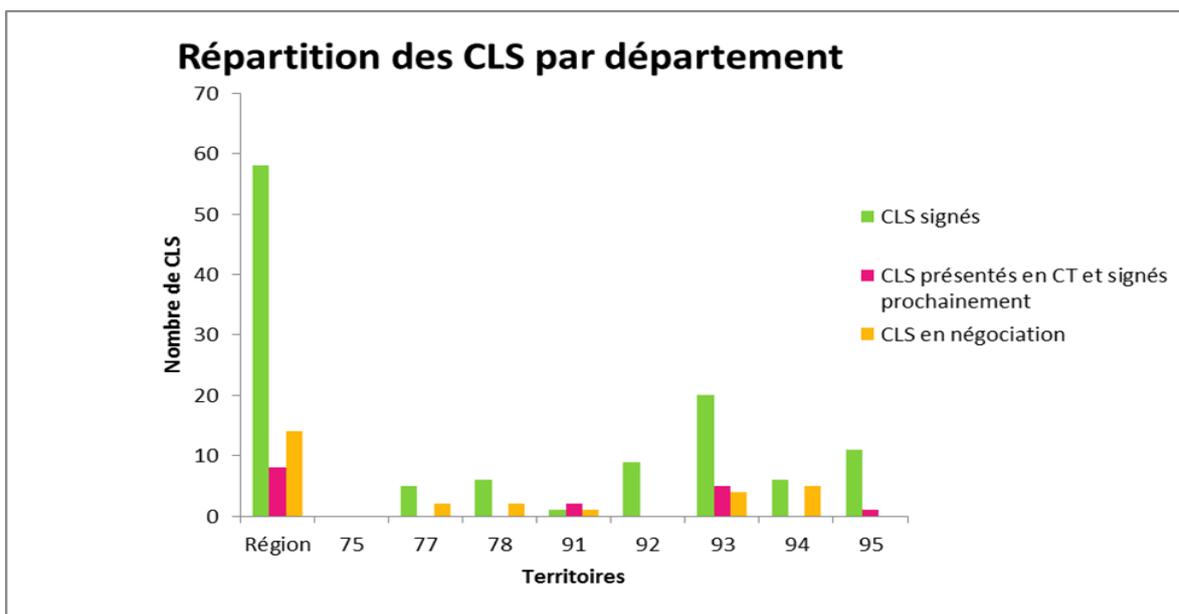
Source : Direction Générale Adjointe et Direction de la Santé publique ARS Ile-de-France-et DREES 2012-2013

Que tirer de ces évolutions :

- DOCS : une stagnation, partout en France et IDF, et ce depuis plusieurs années. Mais en tenant compte des démarches de détection individuelles, le taux de couverture est aux environs de 70% en IdF (68% pour la moyenne régionale de 2009 à 2013).
- DOCCR : une régression ou au mieux une stagnation, partout en France et IDF, liée aux conditions d'organisation du dépistage et à l'annonce depuis 3 ans d'un nouveau test qui sera réellement mis à disposition du programme en mai 2015... On en espère une reprise avec amélioration de la participation.

4. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur le territoire

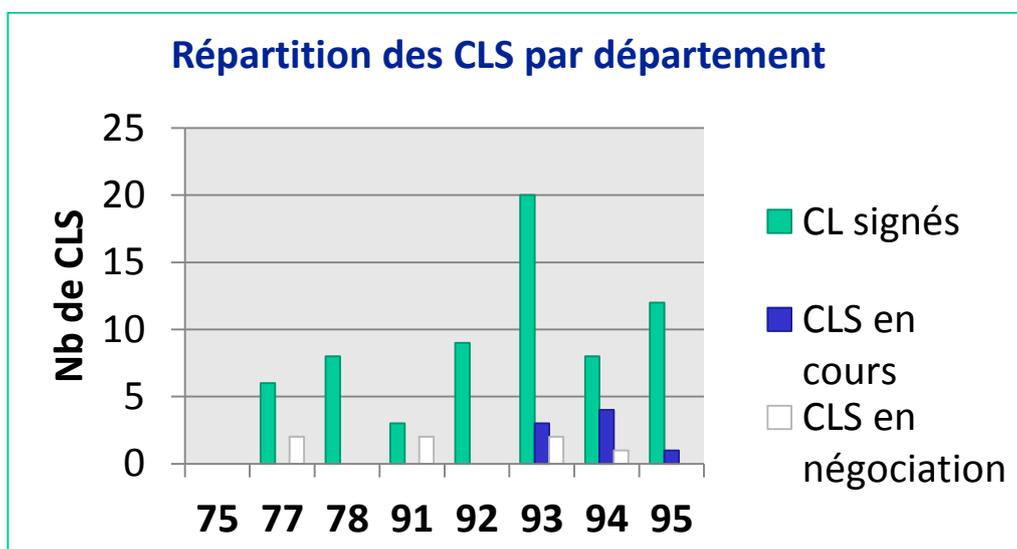
4.1 Nombre de contrats locaux de santé (CLS) signés



Source : Direction de la Santé publique – ARS IDF

En 2013, 58 CLS étaient signés : 55 communes et 3 agglomérations, avec une forte concentration des contrats dans le 93, 95 et 92. Par ailleurs, 15 étaient en cours de négociation.

En 2014 - 2015, le nombre passe à 66 CLS signés.



4.2 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

	Paris	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Val d'Oise	Ile-de-France
Nombre de logements et de parties communes ayant fait l'objet d'une notification de travaux en raison d'un risque d'exposition au plomb en 2014	185	7	284	117	17	6	7	6	629
Nombre de logements et de parties communes ayant fait l'objet d'une procédure d'insalubrité (L1131-22 à 26) en 2014	293	101	570	147	23	103	213	129	1579
Nombre total de logements et parties communes ayant fait l'objet d'une procédure CSP en 2014	478	108	854	264	40	109	220	135	2208

En 2014, l'objectif cible de 2000 logements et parties communes a été atteint et dépassé. L'activité reste stable par rapport à 2013 et confirme l'investissement de l'Agence sur cette problématique et l'efficacité des actions menées par les Délégations Territoriales que ce soit en terme de mise en œuvre des mesures du Code de la Santé Publique ou en terme d'animation, d'information et de formation des acteurs et collectivités intervenant dans la lutte contre l'habitat indigne.

Les désordres observés au sein de ces logements ont concerné aussi bien la configuration des pièces (habitabilité médiocre), leur état général (absence ou insuffisance d'entretien), leur nature (locaux destinés à d'autres usages tels que les caves, sous-sols, combles, pièces dépourvues d'ouvertures sur l'extérieur), que la déficience ou l'absence de certains équipements, voire les conditions d'occupation (mauvais usage ou sur-occupation). Les procédures mises en œuvre ont visé majoritairement les logements insalubres (L.1331-26) ou présentant un risque d'exposition au plomb, ainsi que les logements impropres par nature à l'habitation (L.1331-22). En vue de s'assurer de la mise en œuvre des prescriptions découlant des procédures engagées, les services des DT-ARS se mobilisent également sur le suivi des procédures engagées afin de s'assurer de l'élimination effective des risques sanitaires dans les logements visés.

4.3 Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux

Cet indicateur n'est plus suivi dans le cadre du CPOM.

Ecarts Intra-Régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible	2012	2013	2014
Personnes handicapées de 0 à 59 ans	NC	- 24,7%	NC
Personnes âgées de 75 ans et plus	NC	- 16,9%	NC

Source : Indicateurs CPOM – Etat/ARS Île-de-France.

V. Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

En Île-de-France, le Collectif Inter-Associatif sur la Santé forme les représentants des usagers de la Région, sur la base d'une convention passée avec l'ARS IDF :

- Nombre de Formations CISSI.D.F en 2014
dont les formations croisées (Professionnels, RU, Patients, Résidents),
- Nombre de participants : 204.

Intitulés	Organisateurs-Partenariats	Participants (nombre)
«Etre RU enCRUQPC»	Fédération Hospitalière Privée (FHP CISSIdF)	8
Formation continue Groupe de Pairs RU en CRUQPC 75	CISS Idf	17
Formation continue GP RU en CRUQPC 93	CISS Idf	13
«Etre RU enCRUQPC»	Fédération Hospitalière de France (FHF)	14
Formation continue RU en CRUQPC 92	CISS Idf	10
Formation continue GP RU en CRUQPC 94	CISS Idf	12
Approfondissement : «place et mission du RU dans l'établissement sanitaire»	FHF	11
Approfondissement : «prise de parole en réunion»	FHF	11
Formation croisée –professionnels de santé et RU	URPS	90
Prise de parole en réunion	CISS Idf	7
Formation initiale «parcours du RU en CRUQPC»	CISS Idf	11
Total		204

Source : Rapport d'activité CISS Île-de-France 2014

Le nombre de personnes formées (représentants des usagers) augmente significativement par rapport à l'exercice précédent où beaucoup de formations avaient dû être annulées (seulement 98 participants aux formations en 2013). Il faut noter les formations de groupes de pairs dans les territoires de santé qui permettent des échanges entre RU d'établissements publics et privés. La formation croisée URPS / RU a eu 90 participants dont 30 médecins.

VI. Renforcer la Démocratie Sanitaire

1. 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.

1.1 Taux de participation des membres de la CRSA

Présentéisme par collèges pour les séances plénières en 2014 :

L'année 2014 est caractérisée par la fin de la première mandature 2010-2014 (4 séances) et le début de la seconde mandature 2014-2018 (3 séances), soit 7 séances au total.

Collèges	Total général
Collège 1 - Collectivités territoriales	21,8%
Collège 2 - Associations d'Usagers	73%
Collège 3 - Conférences de Territoires	50%
Collège 4 - Partenaires sociaux	52,8%
Collège 5 - Acteurs de la cohésion et de la protection sociale	61,9%
Collège 6 - Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	57%
Collège 7 - Offreurs des services de santé	55,5%
Collège 8 - Personnalités qualifiées	78,5%
Total général	53,1%

Source : Direction de la Démocratie sanitaire – ARS IDF

Les collèges qui ont le taux de participation le plus élevé sont ceux des usagers et des personnalités qualifiées.

Un seul collège est en dessous de 50%, c'est celui des collectivités territoriales, pour partie en raison des périodes électorales et des délais de remplacement plus ou moins longs selon les catégories d'élus.

1.2 Taux de participation des membres des conférences de territoire

	CT 75	CT77	CT 78	CT 91	CT 92	CT93	CT94	CT 95
Nombre de séances	10	4	2	10	3	7	2	6
Participation/Quorum	42%	38%	57%	48%	51%	33%	22%	40%
Collège 1 Etablissements de santé	35%	36%	31%	39%	50%	23%	11%	35%
Collège 2 Etablissements et services médico-sociaux	55%	44%	38%	51%	36%	38%	13%	25%
Collège 3 Promotion, prévention de la santé, environnement, lutte contre la précarité	42%	25%	33%	33%	33%	13%	33%	28%
Collège 4 Professionnels de santé libéraux	58%	46%	8%	62%	42%	45%	14%	42%
Collège 5 Centres de santé, promotion de la santé et réseaux de santé	75%	38%	25%	65%	63%	25%	-	58%
Collège 6 Activités de soins à domicile	-	-	-	30%	50%	88%	-	83%
Collège 7 Services de santé au travail	13%	50%	25%	20%	25%	13%	-	33%
Collège 8 Représentants des usagers	72%	66%	38%	76%	38%	32%	31%	77%
Collège 9 Collectivités territoriales	5%	15%	12%	23%	27%	14%	42%	0
Collège 10 Conseil de l'Ordre des Médecins	13%	-	-	-	50%	63%	100%	50%
Collège 11 Personnes Qualifiées	25%	60%	40%	100%	40%	75%	25%	67%

Comme pour la CRSA, on note une participation très inégale en fonction des collèges :

La **représentation** du **collège des usagers** (collège 8) est **élevée** dans la majorité des conférences de territoire (comprise entre 63 et 77%). De plus, c'est le seul collège dont le quorum est stable depuis 2011.

De même, le **collège des personnes qualifiées** (collège 11) présente lui aussi un **très bon quorum** et notamment dans le 77, 78, 91, le 93 et le 95 (compris entre 60 et 100%).

Concernant le **taux d'absentéisme**, le collège représentant **les collectivités territoriales et leurs groupements** (collège 9) est le moins représenté. **Toutefois**, il faut rappeler que les années **2014** et **2015** ont été marquées par des **élections** (municipales et départementales) entraînant des **réserves électorales** auxquelles se sont ajoutées des **désignations tardives** par les instances nationales (Assemblée des Maires de France, Assemblée des Communautés de France).

De même, le quorum du **collège représentant les établissements de santé assurant des activités de soins à domicile** (collège 6) est **assez faible**.

Enfin, la **représentation** du **collège de l'Ordre des médecins** (collège 10) est **variable selon les conférences**. Ainsi, le collège n'est **plus représenté** dans le 77, 78 et 91.

En revanche, il a un **très bon taux de représentation** dans le 94 et le 93 (respectivement 100% et 80%) en 2014 et 2015.

TROISIEME PARTIE : Actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers

I. La labellisation des projets «droits des usagers».

La promotion des droits individuels et collectifs communs aux secteurs de soins de ville, de l'hospitalier, du social et du médico-social, tant en établissement qu'à domicile est nécessaire. Or ces droits sont largement méconnus : la lisibilité des droits individuels est insuffisante et la démocratie sanitaire implique la consolidation des droits collectifs.

Dans ce contexte, le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a initié depuis 2011 un dispositif visant à valoriser des expériences exemplaires et des projets innovants en matière des droits des usagers d'une part par l'attribution d'un label délivré au sein de chaque région et d'un prix national délivré par le Ministère pour les cinq meilleurs projets.

La Commission sur les Droits des usagers de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Île-de-France et l'Agence Régionale de Santé Île-de-France se sont donc engagés depuis 2011 dans la promotion de projets régionaux exemplaires sur les droits des usagers et ont participé à la campagne de labellisation proposée par le ministère.

Le jury composé des membres de la commission sélectionne chaque année selon des critères définis au plan national les meilleurs projets pour l'attribution de ce label et les communique au Ministère avec une proposition de prix pour deux d'entre eux.

Compte tenu des excellents projets du millésime 2014, une réunion des promoteurs labellisés sur les deux derniers exercices a été organisée à l'hôpital Sainte-Anne au mois d'avril 2015 pour la remise d'un diplôme et pour échanger sur les projets retenus afin de mieux faire connaître cette promotion de droits individuels et collectifs au travers de projets exemplaires. Cette manifestation plus « officielle » de remise des labels était d'autant plus opportune que **l'un des projets 2014 «Un réseau d'élus pour valoriser les conseils à la vie sociale» porté par le CODERPA de l'Essonne avait obtenu un prix au concours organisé par le Ministère de la Santé :**

- 2012 : 31 dossiers présentés - 14 dossiers labellisés,
- 2013 : 21 dossiers présentés - 8 dossiers labellisés,
- 2014 : 27 dossiers présentés - 13 dossiers labellisés.

La liste des projets de la région qui ont obtenu le label figure sur le site du Ministère :

<http://www.sante.gouv.fr/ile-de-france,1651.html?onglet=labelises>

II. Les travaux sur la représentation des usagers

Les actions menées par l'ARS sont les suivantes :

En 2015 :

Plusieurs actions ont été réalisées par l'Agence pour améliorer la Représentation des Usagers :

- un Groupe de travail RU avec la CSDU, les fédérations hospitalières, l'AP-HP, le CISS, UFC Que Choisir et les référents CRUQPC des Délégations T ARS,
- valorisation des résultats de la synthèse des Rapports CRUQPC au sein des instances : CRSA, Conférences de territoires, AP-HP...,
- organisation de la 1^{ère} journée régionale des associations agréées,
- état des lieux des mandats de RU par ES et par département + publication site internet,

- actualisation de la page internet pour une meilleure identification de la personne ressource au sein de l'ARS IDF,
- ajout de la rubrique «Comment désigner un RU» sur le site internet de l'Agence, avec mise en ligne de la procédure et du courrier type de demande de désignation.

En 2016 :

Les perspectives d'actions sont les suivantes :

- organisation du Groupe de travail des RU pour échanger sur les problématiques des mandats vacants, informer sur les procédures de désignation et présenter les nouvelles missions des Commissions sur les Droits des Usagers (CDU)
- préparation d'une information à destination des Etablissements sur les missions de la CDU, la procédure de désignation officielle des RU par l'ARS IDF, les droits des RU et les moyens pouvant être accordés pour l'exercice de leur mission

III. Le suivi des recommandations de la CRSA

1. Sur l'élaboration du Rapport sur le respect des droits des usagers :

- le rapport établi sur la base du cahier des charges ministériel ne donnera sa pleine mesure que progressivement, et au fur et à mesure de la mise en place des outils de recueil des données. Or la conférence note que certains indicateurs ne prennent que très partiellement en compte la réalité du fonctionnement des opérateurs, et le recueil des données sur lesquelles ils devraient s'appuyer n'est, pour certains d'entre eux, pas opérationnel.

La CRSA est en attente des conclusions des travaux de la Conférence Nationale de Santé sur l'amélioration du recensement des indicateurs du cahier des charges national.

- elle souhaite donc pour ce qui relève de la compétence de l'ARS que soient renouvelées les enquêtes quantitatives et qualitatives auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux (en priorité dans le secteur des personnes âgées et sur le sujet des conseils à la vie sociale).

La CRSA se propose de saisir la Conférence Nationale de Santé pour que certaines données comme l'activité des Conseils de Vie Sociale dans les Rapports d'Evaluation Externe et Interne soient mis à la disposition de l'ARS et de la CSDU par l'ANESM.

2. Sur le fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

- La Conférence souhaite que l'Agence incite plus fortement les Etablissements à associer systématiquement les Représentants des Usagers (RU) à l'élaboration du Rapport de la CRUQPC.

Il conviendrait qu'un rappel soit fait lors des réunions organisées par l'Agence dans les perspectives 2016.

- La Conférence souhaite aussi attirer l'attention du Ministère sur une nouvelle forme d'instance sans base légale ou réglementaire au sein d'établissements de santé également gestionnaires d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : des CRUVS (regroupant les CRUQPC et les CVS). Elle souhaite qu'une étude soit activée sur l'apport de ce type d'instance pour le respect des droits des usagers et qu'une base légale soit éventuellement instaurée si elle se révélait favorable à une meilleure prise en compte de leurs droits.

La CRSA est favorable à ces nouvelles formes d'instances couvrant les champs sanitaires et médico-sociaux et se propose d'étudier l'opportunité d'une relance par courrier auprès du Ministère de la Santé sur cette thématique

- Enfin, la CRSA souligne que le formulaire informatisé de saisie des rapports CRUQPC doit être amélioré notamment en créant pour certaines catégories d'établissements (psychiatrie,

personnes âgées) une typologie complémentaire spécifique.

L'Agence attend la mise en place des Commissions des Usagers pour améliorer ce formulaire de saisie, sachant qu'il existe déjà une case libre pour expliciter des réclamations qui ne rentrent pas dans les catégories définies.

La CRSA réitère son souhait que la spécificité des établissements de psychiatrie et de santé mentale soit prise en compte dans le canevas informatique.

3. Sur la représentation des usagers (RU)

- La CRSA s'inquiète à nouveau du nombre important de mandats vacants de RU dans les CRUQPC : sur 1548 mandats de RU requis, seuls 953 sont pourvus, dont 84% sont réglementaires avec certitude (association agréée). Elle souhaite à la faveur de la mise en place prochaine des Commissions réglementaires sur les Droits des Usagers, la mise au point d'une organisation et de procédures pour favoriser la sensibilisation des associations agréées à la mobilisation des représentants des usagers et à l'organisation de leurs recrutements.

La CRSA constate que le nombre de mandats vacants a baissé d'une année sur l'autre, puisque 980 sont pourvus sur les 1536 mandats requis. L'Agence a aussi organisé une réunion avec les associations agréées sur ce thème et s'engage dans ses perspectives 2016 à sensibiliser le Groupe de travail des RU pour échanger sur les problématiques des mandats vacants, informer sur les procédures de désignation et présenter les nouvelles missions des Commissions sur les Droits des Usagers (CDU). De même, la transformation des CRUQPC en CDU sera l'occasion d'une remise à plat des mandats des RU.

- La CRSA conseille également d'engager une réflexion sur l'ouverture de la représentation à d'autres associations et aux Comités Départementaux de Retraités et Personnes Agées.

La CRSA souhaite que ce point fasse l'objet d'une attention particulière, à l'occasion de la mise en place de nouvelles instances de représentation des usagers.

- Sur la communication, la CRSA souhaite que soit menée une campagne de communication plus particulièrement ciblée sur le rôle et les missions des RU et de la CRUQPC.

L'Agence souhaite renforcer l'information du public sur l'existence, le rôle et les missions des RU en CDU.

4. Sur la manière dont les RU ont accès à l'information notamment pour le traitement des réclamations

- Sur l'accès aux réclamations, les bonnes pratiques semblent être la règle (les registres sont consultables, l'information est donnée, la synthèse est faite au niveau des CRUQPC), mais il faut que les RU aient accès à tous les documents, au suivi de ces réclamations et aux mesures correctives mises en place.
- Sur les Evénements Indésirables Graves (EIG), il importe de s'assurer que les représentants des usagers y aient accès (nature des événements et des causes..) et notamment à la présentation objective et de synthèse des Commissions de Retour d'Expériences (CREX) ainsi qu'au suivi des actions correctives ou préventives mises en place, comme cela est fait dans certains établissements.
- Sur ces deux points, la CRSA souhaite que l'ARS et les Fédérations Hospitalières rappellent les obligations légales et réglementaires incombant aux établissements en la matière.

Les nouvelles missions confiées aux CDU dans le projet de décret permettent la synthèse des EIG survenus au cours des 12 mois précédents et d'informer la CDU sur les actions menées pour y remédier.

GLOSSAIRE

AME : Aide Médicale de l'Etat
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
ARS : Agence Régionale de Santé
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDSP : Commission Départementale de soins psychiatriques
CDU : Commission des usagers
CISS : Collectif inter-associatif sur la santé
CLAN : Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLIS : Classe pour l'inclusion scolaire (1er cycle)
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMU : Couverture Médicale Universelle
CPOM : Contrat Pluri-annuel d'objectifs et de moyens
CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSDU : Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers
CVS : Conseil de la vie sociale
CLS : Contrats Locaux de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
EIG : Evènement indésirable grave
FEIG : Fiche d'Evènement indésirable grave
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
HAS : Haute Autorité en Santé
HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDH2 : Indice de développement humain
IME : Institut Médico-Educatif
IM PRO : Institut Médico-Professionnel
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
RU : Représentant des usagers
SDRE : Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
SDJ : Soins sur Décision de Justice
SDDE : Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SESSID : Service d'Education Spéciale et de Soins Infirmiers à Domicile
SPI : Soins Psychiatriques en cas de péril Imminent
ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (2nd cycle)
URIOPSS : Union régionale interfédérale des Œuvres et des Organismes Privés - Sanitaires et sociaux d'Île-de-France
V 2010 : Certification des Etablissements- Version 2010
ZUS : Zone urbaine sensible

Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

Tél. : 01 44 0107 62

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

ars.iledefrance.sante.fr/125074.0.html

CrSa
Île-de-France