



# **Rapport annuel 2014 sur le respect des droits des usagers**

*Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie  
Commission spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers*

**Mars 2015**



*Assemblées plénières de février 2013 et mai 2014 à Montpellier*

## AVANT-PROPOS

### **La Démocratie Sanitaire : droit essentiel**

La loi hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 confirme et renforce les droits des usagers du système de santé. Elle confie à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie le soin de s'en assurer. Depuis le 7 juillet 2014, la nouvelle CRSA renouvelée à 64%, est en place. Comme pour sa devancière, la démocratie sanitaire et le respect des droits des usagers demeurent des priorités, et garantissent la qualité de notre système de santé.

Comme l'année précédente, ce rapport s'inscrit dans les préconisations ministérielles de 2012. Pourtant certains indicateurs ne prennent que très partiellement en compte la réalité du fonctionnement des différents acteurs, et le recueil des données sur lesquelles ils devraient s'appuyer n'est pas suffisamment opérationnel. Le présent rapport se pose en rapport complémentaire à celui de l'an passé en se limitant à quelques points choisis au regard du contexte de l'année considérée.

**En ce qui concerne le secteur hospitalier**, il exploite à 100% les rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge (CRUQPC), transmis par l'ensemble des établissements de la région Languedoc-Roussillon. Cette totale adhésion des établissements de santé à la démarche mérite d'être soulignée et poursuivie. Il conviendra de les convaincre de l'intérêt de la formation.

**En ce qui concerne le secteur médico-social**, 208 réclamations en 2013 ont été reçues dont 68 évoquent la maltraitance, malgré les actions réalisées par l'Agence : rappels aux règles, inspections, journées régionales sur la qualité et la sécurité des soins et la bientraitance.

Si les chiffres témoignent d'une meilleure information des usagers sur leurs droits, force est de constater que les indicateurs ne sont pas tous verts. La vigilance est nécessaire pour sauvegarder notre système de santé et veiller à sa qualité.

Nous continuerons nos efforts aux côtés de l'ARS : ainsi, en 2014, une expérimentation de sensibilisation et revitalisation des Conseils de Vie Sociale (CVS) sera engagée dans l'Hérault ; nous offrirons un plan de formation aux acteurs de la démocratie sanitaire à travers la réalisation et mise à disposition d'un livret pédagogique et d'un didacticiel « *comprendre notre système de santé pour mieux agir* » accompagnés de journées de formation in situ.

Que tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport trouvent ici nos remerciements ; que ceux qui n'ont pas transmis leurs données soient convaincus de l'intérêt de le faire, au-delà des cloisonnements institutionnels.

Bien cordialement,

*Henri PUJOL,*  
*Jacques BRINGER,*

*Jean-Pierre LACROIX*  
*Simon SITBON,*

**Présidents de la Conférence**

**Présidents de la Commission Spécialisée dans le  
domaine des droits des usagers.**



*Mme Martine Aoustin, DGARS et les présidents de la Conférence 2010-2014*



**Les données traitées sont les données de l'année 2013.**

## SOMMAIRE

<b>Chapitre I – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</b>	<b>p 7</b>
1- Former les professionnels de santé en faveur 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	
5- Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical	
<b>Chapitre II – Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</b>	<b>p 19</b>
1- Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	
2- Assurer financièrement l'accès aux soins	
3- Assurer l'accès aux structures de prévention	
4- Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	
<b>Chapitre III – Conforter la représentation des usagers</b>	<b>p 23</b>
1- Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	
2- Labelliser les actions innovantes	
<b>Chapitre IV – Renforcer la démocratie sanitaire</b>	<b>p 25</b>
Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé à la CRSA et aux conférences de territoire.	
<b>Chapitre V - Suivi des recommandations émises par la CRSA du Languedoc-Roussillon dans ses précédents rapports</b>	<b>p 27</b>
<b>Conclusion : synthèse des recommandations 2014</b>	<b>p 31</b>
<b>Annexe : les sources</b>	<b>p 32</b>



L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS...



Dessins réalisés par le dessinateur nîmois **Eddie PONS**, le 30 Novembre 2013 pendant le débat public de la CRSA : « LA SANTE EN LANGUEDOC-ROUSSILLON - La parole donnée aux usagers ; améliorer l'accès aux soins pour tous »

## Chapitre I

### Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

#### 1 – Former les professionnels de santé en faveur des droits des usagers

- **En ambulatoire, en secteur médico-social, en secteur sanitaire :**

Améliorer la relation sociale, faciliter le dialogue entre deux personnes et à ce titre intégrer une formation aux droits des usagers dans le cursus des futurs médecins et soignants : voilà certaines des conclusions du débat public organisé en 2012 par la CRSA et partagée par les internes en médecine comme par les praticiens en charge de leur formation.

- **En cabinet libéral, en établissement de santé ou en service médico-social :**

Une formation actualisée au respect des droits de l'utilisateur est de nature à conforter les professionnels de santé dans leur posture d'empathie.

Sont repérés comme une nécessité pour les médecins, les formations sur les domaines de :

- l'éducation thérapeutique ;
- la relation médecin – patient ;
- la prise en charge de la douleur ;
- les soins palliatifs et fin de vie ;
- le système d'information et dossier médical.

Le développement professionnel continu (DPC) instauré par la loi HPST de 2009 est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé : dentistes – infirmiers – sage-femmes – médecins et constitue une obligation individuelle. Il appartient aux instances ordinales de s'assurer du respect par les professionnels de leur obligation de développement professionnel continu.

Les données relatives aux formations des professionnels de santé n'ont pas été communiquées.

En 2013, comme en 2012, le Collectif Inter-associatif sur la Santé de Languedoc-Roussillon et les fédérations d'établissements de santé ont réalisé deux jours de formation sur les CRUQPC et le secteur médico-social à destination des représentants des usagers et des professionnels de santé. L'accueil de ces derniers est hélas resté faible.

Les personnels de l'ARS se sont vu proposer des actions d'information sur les droits des usagers : animation « Petit Déjeuner de l'ARS » par Ch. Berhault et D. Hustaix-Peyrat.

**► Les membres de la Conférence concernés rendront compte des formations suivies par les médecins et les professionnels de santé en exercice, sur les droits des usagers.**

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

### Indicateurs à recueillir :

- Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation – analyse du fonctionnement des CRUQPC – analyse du fonctionnement des Conseils de la vie sociale – analyse de l'activité des personnes qualifiées
- Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes

- **Sur le champ des soins de premier recours :**

Le dispositif présenté dans le rapport précédent perdure : un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur suivi relève d'une part de l'Ordre des Médecins (les données transmises par les Ordres départementaux sont consolidées par l'Ordre régional), d'autre part de l'ARS. La CRSA se réjouit qu'en 2014, l'ARS mette en place une procédure d'échange d'information réciproque. Le tableau ci-dessous récapitule les données quantitatives disponibles :

Nombre de réclamations reçues par l'Ordre (Source n°2)	2011	2012	2013
AUDE		11	10
GARD		11	30
HERAULT		33	45
LOZERE		2	4
PYRENEES-ORIENTALES		12	11
<b>Total Ordre des médecins</b>		<b>69</b>	<b>102</b>
<b>Total reçu à l'ARS</b>	<b>61</b>	<b>51</b>	<b>102</b>

Le tableau ci-dessous montre l'importance des réclamations relatives à la relation patient/médecin : (Source n°2)

MOTIFS DES PLAINTES DES USAGERS	Nombre
Arrêt de travail de complaisance	3
Comportement du médecin (diffamation injures, harcèlement moral...)	2
Problème de transmission du dossier médical	4
Problème médical	35
Expertise	5
Certificats médicaux (Complaisance...)	21
Relation patient-médecin	23
Honoraires	2
Secret médical	3
Autre	4
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>



Ces deux tableaux semblent montrer que les usagers osent davantage saisir les autorités lors d'un dysfonctionnement. Les motifs devront cependant être plus clairement présentés à l'avenir et étayés. Que recouvre l'item « problème médical » ?

Les réclamations reçues à l'ARS concernent par ordre décroissant les médecins-chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les autres professionnels paramédicaux, les pharmaciens et les tatoueurs. Plus de huit réclamations sur dix proviennent de l'utilisateur lui-même ou de sa famille.

- **Sur le champ des établissements de santé :**

Le processus de traitement des réclamations s'organise autour de deux acteurs :

- Existence dans chaque établissement de santé d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge<sup>1</sup> (CRUQPC), qui a connaissance des réclamations adressées à l'établissement et des suites qui y sont données.
- Existence à l'ARS d'une **Commission régionale des réclamations et signalements** fonctionnant en guichet unique de réception et de traitement de l'ensemble des réclamations et signalement provenant des patients, des usagers et des professionnels de santé.

## 1 - Les CRUQPC

Tous les établissements déclarent disposer d'une CRUQPC dont le fonctionnement s'améliore grâce à l'action conjuguée de l'ARS, de la CRSA, et des établissements eux-mêmes. Les rapports précédents ont montré l'augmentation constante du nombre d'établissements satisfaisant à leur obligation de transmission du rapport annuel : 74% en 2009 – 91 % en 2010 – 94% en 2011 – 99 % en 2012 pour atteindre 100% en 2013.

### 1-1 : Quelques dysfonctionnements subsistent :

- *la fréquence des réunions* : trente sept CRUQPC ont tenu moins de trois réunions annuelles. Quatre ne se sont pas réunies.
- *la composition* : subsistent des établissements de santé en non-conformité avec l'obligation de conférer le mandat de représentant des usagers à un membre d'une association agréée L'attention des établissements est cette année encore attirée sur la nécessité de vérifier le numéro d'agrément des associations, afin de s'assurer que les représentants des usagers œuvrant dans les CRUQPC font bien partie d'une association agréée et peuvent, à ce titre, bénéficier d'information et de formations adaptées. La liste des associations agréées sur le plan national et régional peut être consultée sur le site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

---

<sup>1</sup> La région compte 150 établissements de santé – la synthèse de l'ARS exploite 153 rapports.

**129** établissements déclarent que deux représentants des usagers titulaires siègent au sein de leur CRUQPC : c'est une nette amélioration par rapport à l'année 2012 où seuls 25% étaient dans cette situation.

- *la formation des représentants des usagers en CRUQPC* : on constate une plus grande attention des chefs d'établissements au sujet de la formation des représentants des usagers. En effet, 98 établissements y ont veillé : 189 représentants ont suivi au moins 1 jour de formation au cours des 3 dernières années.

Mais une quarantaine d'établissements déclarent qu'aucun de leurs RU n'a été formé : 132 représentants des usagers n'auraient jamais bénéficié de formation.

Les formations proposées sont des formations assurées en interne par les établissements ou par le Collectif Inter-associatif Sur la Santé, dans le cadre de son conventionnement avec les fédérations hospitalières (FHF–FHP).

Celui-ci a reconduit son action à l'égard des représentants des usagers siégeant dans les CRUQPC, sur les thèmes suivants :

- Représenter l'utilisateur, l'essentiel
- Représenter l'utilisateur en CRUQPC
- Les droits des usagers
- Le rapport de la CRUQPC
- Participer à la démarche qualité des établissements : la certification

Des journées d'échange sont aussi proposées. Au total, le nombre de participants a été :

- de 97 pour « Principes de base de la représentation RU » ;
- de 112 pour « Rôle du représentant des usagers en CRUQPC » ;
- de 96 pour « Droits des patients » ;
- et de 56 pour « Démarche Certification / Qualité / Gestion des risques ».

(Source n°6)

La CRSA rappelle que la formation doit être une priorité, car mieux formés les représentants des usagers sont mieux à même de comprendre, accompagner et soutenir les enjeux de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Doivent aussi être encouragées les actions de formation partagées entre professionnels de santé et représentants des usagers.

**L'ARS** aussi a soutenu cette action à travers des interventions lors des journées des représentants des usagers, assurées par Mmes Ch. Berhault et D. Hustaix-Peyrat, respectivement responsable du pôle démocratie sanitaire et du département de l'évaluation qualitative.

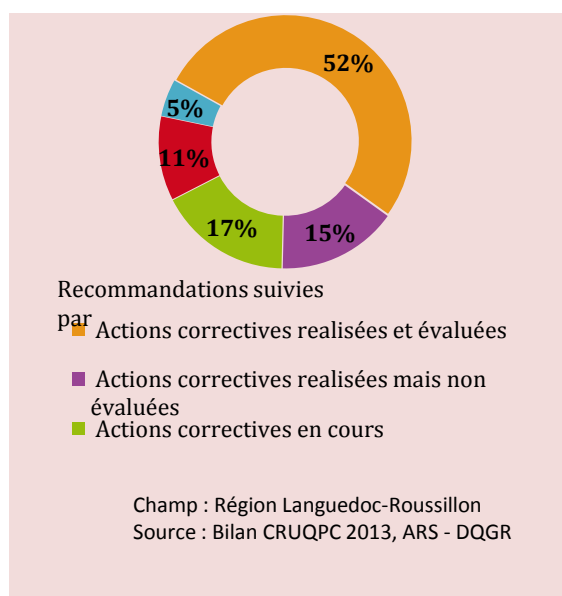
**► La Conférence réfléchit à un engagement de formation pour être représentant des usagers.**

## 1-2 : Les recommandations : signe d'une amélioration du fonctionnement des CRUQPC

Dans chaque établissement de santé, la CRUQPC constitue, en application des dispositions du décret du 2 mars 2005, un maillon essentiel du dispositif d'amélioration de l'accueil et de la qualité de la prise en charge des usagers et de leur famille. Elle est investie d'une double mission :

- veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches
- contribuer, par ses réflexions et ses propositions d'axes de progrès, à l'amélioration continue de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

*Analyse des 814 recommandations émises dans les bilans CRUQPC 2012 :*



L'action des CRUQPC est encourageante : 84% des recommandations émises dans les bilans des CRUQPC 2012 ont été suivies d'actions correctives (67 % réalisées et 17 % en cours) (figure ci-contre)

*Pour l'année 2014 :*

Les recommandations sont multiples et touchent tous les champs de l'établissement : droits individuels (18%), accès au dossier médical, vie quotidienne, représentation des usagers... La CRSA note avec satisfaction que les CRUQPC s'attachent de plus en plus à articuler ces recommandations avec les actions des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Ainsi, l'amélioration du fonctionnement des CRUQPC se poursuit. A des fins pédagogiques, la CRSA avait estimé utile de procéder à quelques visites de CRUQPC. L'organisation des visites a donc été prévue en 2014 pour une réalisation au cours du premier trimestre 2015.

Il conviendra en 2015 de vérifier que la validation du rapport annuel de chaque CRUQPC est bien validé par elle avant envoi à l'ARS.

### 1-3 : Le traitement des réclamations (Source n°4)

L'ARS Languedoc-Roussillon apporte une attention particulière à toutes les actions et tous les dispositifs de médiation en santé permettant de renouer le dialogue et la confiance entre établissements de santé et patients ou usagers du système de santé. A ce titre, la formation des médiateurs médicaux et non médicaux des CRUQPC fait l'objet de sa vigilance et de son accompagnement actif.

L'appréciation du respect des droits des usagers se mesure au travers des plaintes, réclamations et éloges déposés auprès de la CRUQPC ou de l'ARS.

Selon les synthèses régionales des rapports des CRUQPC 2012 et 2013 de la région, les établissements de santé ont reçu :

	2012	2013
Réclamations	3050 dont 2650 clôturées et 400 en cours de traitement	2985 dont 2347 clôturées et 322 en cours de traitement

Elles ont fait l'objet des suites suivantes :

	2012	2013
Saisine de la CRCI	162	147
Recours devant les tribunaux	125	148
Transactions amiables	304	479
Affaires classées par la CRUQPC	1697	1972

En miroir des réclamations sont rappelés les témoignages de satisfaction :

	2012	2013
Satisfactions	3642	3785

Une légère baisse des réclamations est donc enregistrée sauf pour les recours ; ceci aussi pourrait traduire une meilleure information des usagers. Il apparaît que les CRUQPC sont informées de la totalité des plaintes et réclamations reçues par les établissements dans 90% des cas, des éloges dans 70 % des cas.

Cependant, si en 2012, deux établissements de santé avaient fait l'objet d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé quant à leur système de gestion des plaintes et réclamations, en 2013, ce sont sept établissements qui sont concernés.

**► La CRSA note avec satisfaction l'amélioration du fonctionnement des CRUQPC, amélioration qu'il convient de poursuivre.**

**► Elle demande que le rapport de chaque CRUQPC fasse l'objet d'une validation attestée par l'ensemble de la CRUQPC elle-même avant envoi à l'ARS.**

## 2 – La commission régionale des réclamations et signalements

Concernant les établissements de santé, l'ARS a reçu 67 réclamations (51 en 2011 – 156 en 2012). Le délai d'instruction moyen est de trois mois (y compris les délais d'enquête interne et de réponse des établissements), toujours en respectant le souhait de confidentialité du requérant et en l'informant systématiquement de l'avancement du traitement de la réclamation.

De manière quasi systématique (80 % des cas), et afin de respecter le principe de l'information et de la responsabilisation de la direction de l'établissement, l'ARS oriente vers elle la réclamation avec demande d'explications, de réponse directe à l'intéressé et incitation régulière à des actions de médiation avec le patient et/ou sa famille ou ses représentants.

Au regard de l'analyse du contenu de la réclamation et des suites données par l'établissement, elle peut aussi diligenter une inspection-contrôle (6 % des dossiers) ou saisir le Procureur de la République (1 % des dossiers).

- **Sur le champ médico-social :** (Source n°5)

- La gestion des réclamations :

Un processus de traitement des réclamations et des plaintes a été mis en place par l'ARS avec ses partenaires que sont les organismes d'assurance maladie et les Conseils Généraux. Chaque délégation territoriale dispose d'une commission d'instruction et suivi.

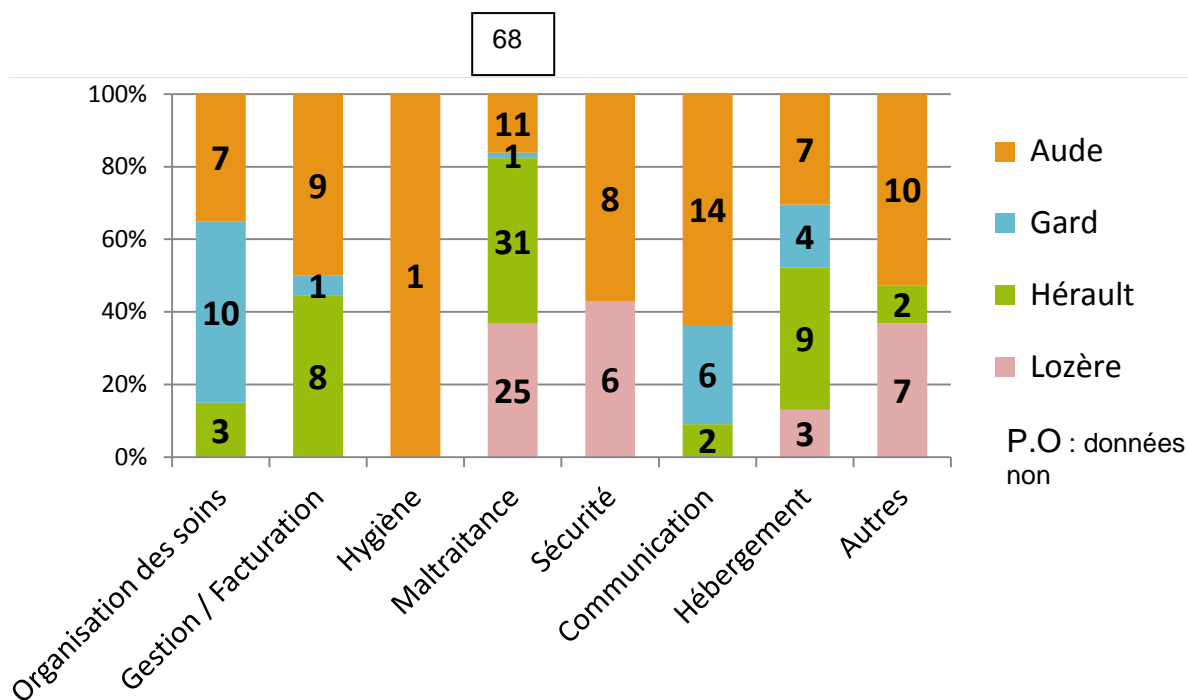
Sur ce secteur, le nombre de réclamations est en forte augmentation : 113 en 2011, 178 en 2012 et 208 en 2013, concernant à 38% l'Hérault et 20% la Lozère.

En moyenne, 86 % touchent les structures pour personnes âgées et 14 % les structures pour personnes en situation de handicap.

Les réclamations proviennent principalement de l'utilisateur ou de sa famille et du personnel de l'établissement ;

Le tableau ci-après présente les motifs de réclamation, motifs de réclamation dont prend acte la CRSA.

Consciente de la vigilance de l'ARS qui a diligenté onze missions d'inspection, elle alerte tous les acteurs de santé sur le risque de maltraitance en particulier.



- Le conseil de la vie sociale : (Source n°7)

Institué par la loi du 2 Janvier 2002, le Conseil de la Vie Sociale constitue le moyen privilégié d'expression des usagers accueillis en établissement social ou médico-social. Les CVS sont composés d'usagers, de représentants des personnes accueillies, de représentants légaux, de représentants des familles, de personnels de direction, de représentants de l'organisme gestionnaire ainsi que de représentants du personnel salarié. Dans son étude publiée en aout 2014<sup>2</sup>, l'ANESM dresse un constat regrettable : les usagers ne savent pas toujours quel est l'intérêt des instances de participation et les professionnels sont rarement formés à la participation, considérant qu'elle n'a pas lieu d'être.

Les précédents rapports de la CRSA de Languedoc-Roussillon ont présenté un constat satisfaisant mais perfectible.<sup>3</sup>

La CRSA avait envisagé la possibilité d'inviter aux séances des CVS des représentants d'usagers selon des modalités à définir afin de pallier le turnover important dans certains établissements.

L'appui des conseils généraux, au regard de leur compétence médico-sociale, est bien entendu nécessaire. Le CODERPA de l'Hérault s'étant emparé du sujet, le CG et l'ARS ont entrepris une démarche de redynamisation des CVS tendant essentiellement à développer les bonnes pratiques.

<sup>2</sup> La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Recueil des pratiques et témoignages des acteurs : ANESM – aout 2014

<sup>3</sup> Voir page 14 du rapport annuel 2013 CRSA LR

Les points critiques relevés l'an passé feront l'objet de grande vigilance :

- fixation et contenu des ordres du jour (modalités – sujets – examens de documents institutionnels)
- rédaction et diffusion des comptes-rendus
- formation.

Les premiers résultats sont attendus en 2015.

- Le dispositif des personnes qualifiées : (Source n°3)

Il s'agit du dispositif codifié par l'art. L311-5 du code de l'action sociale et des familles : désignées par arrêté conjoint du président du conseil général, du préfet de département et du directeur général de l'ARS, les personnes qualifiées ont pour mission d'aider les usagers du champ médico-social à faire valoir leurs droits ; résoudre à l'amiable toute difficulté avec leur institution de prise en charge.

En Lozère, l'arrêté du 11 février 2011 désigne six personnes ; dans l'Hérault, la liste comprend sept personnes.

Sur treize personnes qualifiées, deux déclarent n'avoir pas été contactées et quatre ont transmis des éléments d'activité au titre de l'année 2013 :

- Concernant l'ensemble du champ médico-social :

Sollicitations directes par des particuliers et des associations pour s'informer sur les droits des usagers (droits fondamentaux et outils pour l'exercice de ces droits notamment : livret d'accueil – charte - personne de confiance)

- Concernant les personnes handicapées :

1. Aide pour saisir le comité des experts chargé d'apprécier la justification médicale des interventions à visée contraceptive sur les personnes handicapées mentales. (Hérault)
- 3 Interrogations sur le rôle du tuteur ou curateur, sur l'accompagnement à dispenser à une personne handicapée
- 4 litiges avec les MDPH de personnes en manque d'information concernant l'orientation de leurs enfants adolescents en souffrance psychique
- 5 en début d'année 2013, sollicitations concernant l'hospitalisation des personnes handicapées : sujet difficile pour les parents car le personnel hospitalier n'est pas toujours disponible et pas bien formé à cette prise en charge. (Lozère)

- concernant les personnes âgées :
  1. explications sur les conditions de transfert d'une résidente en EHPAD (Hérault)
  2. transfert de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie
  
- autres :
  1. situation de détresse et précarité pour personne sans domicile

A la suite de la rencontre organisée le 5 décembre 2014 par l'ARS (pôle démocratie sanitaire), les personnes qualifiées seront informées des actions de formation menées par la CRSA, auxquelles elles sont instamment invitées à participer.

Elles font état de gros besoins de formation **pour le personnel hospitalier à la prise en charge de la personne handicapée.**

**► La Commission demande que les personnels de santé soient formés à la prise en charge de la personne handicapée.**

La CRSA déplore à nouveau que les départements de l'Aude, de la Lozère et des Pyrénées Orientales ne soient pas parvenus à établir la liste des personnes qualifiées.

**► Elle demande que la liste des personnes qualifiées prévue par la loi, soit rapidement arrêtée dans tous les départements de la région.**



### 3 - Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance

#### Indicateurs à recueillir :

- *nombre de plainte et de réclamations, déposées pour maltraitance*
- *existence de dispositifs de lutte contre la maltraitance*
- *existence de procédures de promotion de la bientraitance*

Chaque année, des réclamations, des plaintes sont déposées pour raison de maltraitance.

Le précédent chapitre a montré la recrudescence de faits de maltraitance dans certains établissements malgré les actions mises en place par l'ARS.

**En 2012**, un établissement de santé avait fait l'objet d'une **réserve** de la Haute Autorité de santé en matière de prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance. Cette année, un autre établissement a reçu une réserve et trois une recommandation.

Un plan d'action, comprenant la formation des professionnels, s'impose, allant au-delà des mesures <sup>4</sup> déclarées par les établissements qui semblent insuffisantes.

Sur le champ du médico-social, l'ARS mène au niveau de chaque territoire de santé des actions d'amélioration des bonnes pratiques, en promouvant l'outil MOBIQUAL (méthodes et outils au service d'une prise en charge bientraitante) ou bien en mettant en œuvre des actions d'accompagnement des établissements (interventions lors de réunions de fédérations ou d'associations, association des fédérations aux démarches d'accompagnement des établissements en difficulté sur leur démarche d'évaluation externe...).

► **Des mesures en faveur de la bientraitance doivent être soutenues.**

### 4 – Droit au respect de la dignité de la personne

- **Prendre en charge la douleur**
- **Proposer des directives anticipées pour les personnes en fin de vie : ce sujet, souvent évoqué et d'actualité au regard des discussions sur la loi Léonetti appelle une grande vigilance.**

---

<sup>4</sup> Ces actions sont essentiellement des actions de formation du personnel au repérage des situations à risque, à la bientraitance, à la gestion de la violence et d'agressivité, la réalisation d'une charte de bientraitance, la sensibilisation du personnel aux droits du patient et à la courtoisie envers le patient.

## 5 - Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical

Cinquante réclamations selon la synthèse des rapports CRUQPC ont porté sur l'accès au dossier médical. De plus, alors qu'en 2012, la Haute Autorité de santé avait émis une recommandation et une réserve à l'encontre de deux établissements de santé, elle a émis cinq non conformités en 2013 (critère 14b).

Il conviendra d'analyser plus précisément ces données si elles se confirment.

In fine, sur ce chapitre, le tableau ci-dessous présente quelques critères du référentiel de certification par la HAS plus directement associés aux droits des usagers :

Critère HAS	Réserve majeure	Réserve	Recommandations	Nb Total de non conformités
11 c - Information du patient en cas de dommage lié aux soins		5	19	24
13 a - Prise en charge et droits des patients en fin de vie		1	9	10
9 a - Système de gestion des plaintes et réclamations			7	7
14 b - Accès du patient à son dossier		1	4	5
6 a - Sécurité des biens et des personnes	1	2	2	5

Ces données sont issues des rapports initiaux de certifications et ne tiennent pas compte des additifs réceptionnés plusieurs mois après. Par ailleurs, il convient de les mettre en perspective avec le nombre total de réserves et de recommandations, tous critères confondus qui est de l'ordre de plus de 500.

## Chapitre II

### Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

Le contexte socio économique en région avec un taux de chômage supérieur à 14% et des indicateurs (RMI, chômage, CMUC ...) dégradés confirme **le niveau général de précarité** de la région, à l'exception de la Lozère.

Selon l'étude menée pour le Comité départemental des retraités et personnes âgées de l'Hérault, sur le « reste pour vivre » de la population âgée, 65 % de celle-ci vit avec moins de 960€. Une personne sur trois se retrouve sans ressource une fois les dépenses obligatoires payées. La médiane (soit autant de personnes au dessus qu'en dessous) est à 70 euros, ce qui démontre un état des personnes interrogées extrêmement précaire.

#### 1 – Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

##### Indicateurs à recueillir :

- *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.*

Dans la région, la 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 se stabilise, mais traduit une certaine dégradation sur les quatre dernières années. (Source n°1)

<b>2009</b>	<b>1,6 %</b>
<b>2010</b>	<b>2 %</b>
<b>2011</b>	<b>2,5 %</b>
<b>2012</b>	<b>2,1 %</b>
<b>2013</b>	<b>2,1 %</b>

## 2 – Assurer financièrement l'accès aux soins

### Indicateurs à recueillir :

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

Selon l'étude CCAS (Source n°8), dans leur très grande majorité (83 %), les demandeurs sont affiliés à la sécurité sociale pour leur assurance maladie ; 12 % seulement bénéficient de la CMU de base (un seul dossier rapporte un cas de bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat). 30 % des demandeurs bénéficient de minima sociaux et plus d'un quart (27 %) des demandeurs ne sont couverts par aucune complémentaire santé. En parallèle, près de la moitié (43 %) dispose de sa propre complémentaire santé sans avoir eu recours à l'ACS pour l'acquérir. 15 % en revanche bénéficient de l'ACS, 14 % sont couverts par la CMU-C (deux-tiers de ces derniers bénéficient par ailleurs de la CMU de base). Fait notable, plus d'un quart (27 %) des demandeurs ne sont couverts par aucune complémentaire santé. Il apparaît donc, qu'au-delà de la couverture santé de base, la plupart des personnes s'adressant au CCAS pour une aide financière à la santé ne sont pas intégrées dans les circuits des aides légales existantes en la matière : ACS, CMU-C.

De son côté, l'ARS a commandé au CREAI-ORS une étude sur le renoncement aux soins<sup>5</sup>. L'objectif fixé était d'appréhender qualitativement les problématiques rencontrées par les usagers, les professionnels de santé et les personnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité (CHRS, PASS, ...) sur les thématiques :

- des dépassements d'honoraires
- des ruptures de soins
- des renoncements aux soins
- des refus de soins : délais d'attente et reste à charge (CPAM)

La CRSA tient à souligner les 5 enseignements de cette étude :

- évolution des publics concernés : personnes âgées - étudiants - travailleurs pauvres
- impact majeur de la raréfaction de l'offre médicale
- attitudes des professionnels
- manque d'information des usagers
- complexité des démarches administratives

Elle se réjouit que la CPAM du Gard ait entrepris la réalisation d'un observatoire, qui pour autant que les données soient partagées, devrait permettre d'améliorer la situation en faisant mieux connaître les points de criticité.

---

<sup>5</sup> : Ruptures, refus de soins et renoncements aux soins des personnes démunies en Languedoc-Roussillon – CREAI-ORS

### 3 – Assurer l'accès aux structures de prévention

#### Indicateurs à recueillir :

- *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.*

(Source n°1)

L'accès aux structures de prévention est relativement stable : le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des 50/74 ans qui était faible en 2010 (28,2%) enregistre une baisse de quatre points.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein des 50/74 ans a baissé d'un point. Il est maintenant de 51 %.

Il faut souhaiter que les actions entreprises, dans le cadre des contrats locaux de santé notamment, soient accentuées, que les structures de dépistage optimisent leurs actions et se mobilisent en direction des populations les plus défavorisées.

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

#### Indicateurs à recueillir :

- *Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)*
- *Ecart intra-régionaux d'équipements en ESMS 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 CSP*

- Huit nouveaux **contrats locaux de santé** ont été signés sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) soit au total onze contrats couvrant plus d'un tiers de la population régionale.

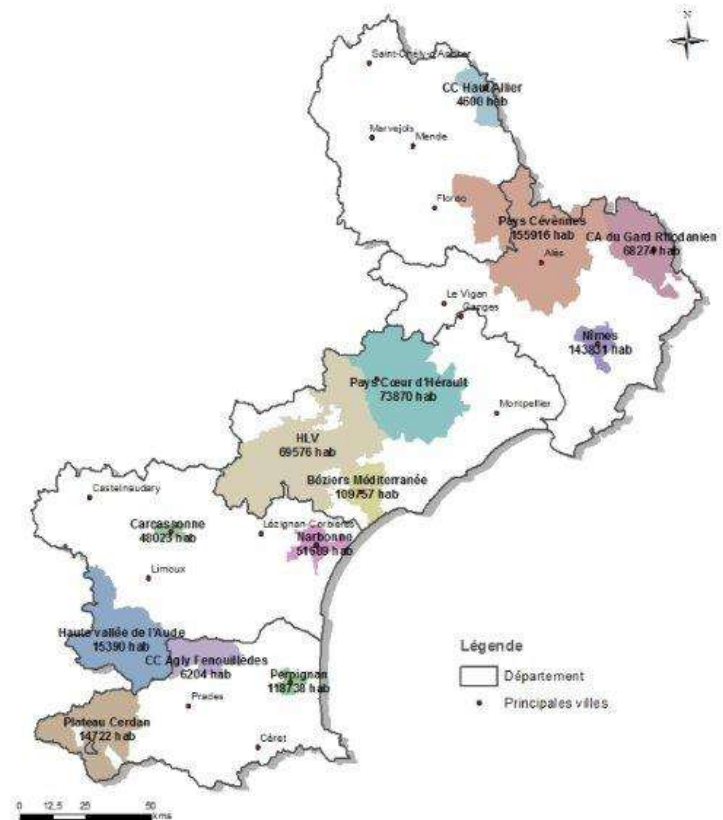
La dynamique des CLS s'intéresse :

- aux territoires de la politique de la ville,
- à des territoires qui correspondent aux bassins de vie en y intégrant la réalité et l'organisation politique locales,
- aux inégalités territoriales sans oublier chaque fois la dimension sociale,
- à l'enrichissement de l'approche santé en y intégrant la promotion de la santé (action sur les déterminants).

Dans tous les CLS, l'accès aux droits (ouverture des droits - couverture complémentaire) semble prendre le pas sur l'accès aux soins.

La démarche d'animation déployée par le siège de l'ARS, les délégations territoriales et les coordonnateurs mérite d'être soulignée.

Répartition des territoires des Contrats Locaux de Santé en Languedoc-Roussillon



Source : DSPE (ARS LR), Insee (RP 2010, GeoFlis (IGN)  
Réalisation : Cozard (ARS LR), août 2013.



- Concernant le **secteur médico-social**, il convient d'examiner la situation par secteur :

- Personnes handicapées : poursuite des politiques de développement des services pour adultes et enfants dans une logique de réduction des écarts interdépartementaux. Le développement des services pour adultes (SAMSAH) et enfants (SESSAD) a pour objectif d'améliorer l'adaptation de l'offre aux besoins.
- Personnes âgées : L'indicateur est en légère augmentation (20,3 %), supérieur de près d'un point du niveau national.

- Sur le **logement**, l'ARS, via ses délégations territoriales, mène une importante action de contrôle de l'habitat en lien avec les collectivités territoriales.

Ainsi, en 2013 comme en 2012, plus de 270 **logements** ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire entre janvier et octobre ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique. (191 en 2011).

## Chapitre III

### Conforter la représentation des usagers

#### 1 - Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé (hors CRUQPC)

##### Indicateurs à recueillir :

- *Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers*
- *Nombre de formations réalisées*
- *Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP)*
- *Dispositif d'information sur ces formations*

**La CRSA** a poursuivi son action de déploiement de la formation des représentants des usagers, en partenariat avec le CISS et les Fédérations Hospitalières (FHF et FHP). La création, fin 2013, de la Newsletter de la CRSA participe de l'information et de l'incitation des représentants des usagers et des acteurs de la démocratie sanitaire pour une meilleure formation.

La CRSA et l'Agence Régionale de Santé contribuent aux actions de formation des représentants des usagers. Les **associations agréées ont aussi la mission de former leurs représentants.**

L'URAPEI, pour sa part, organise des rencontres telles que la "Journée régionale" annuelle qui s'adresse à toutes les familles, tous les usagers et tous les professionnels.

- Samedi 16 novembre 2013 : "Parcours de vie de l'enfance à l'avancée en âges" pour les familles, administrateurs et professionnels avec notamment la présentation en avant première du rapport sur le vieillissement de Patrick GOHET et le film l'illustrant.
- Samedi 27 avril 2013 : "Recruter, animer et fidéliser des bénévoles" pour les administrateurs.
- Mai 2013 : « Les droits des personnes handicapées » (CDCPH, MDPH, CDAPH)

## Droits des usagers de la santé



### 2 – Labelliser les actions innovantes

En 2012, deux établissements avaient reçu le label « droits des usagers de la santé » sur proposition de la CRSA :

- Le CHU de Montpellier pour le « Projet patient » intégré au projet d'établissement. Ce volet innovant, qui implique la direction et tous les personnels, donne une place active aux représentants des usagers en les faisant participer à l'organisation et à la politique de l'établissement et en promouvant les droits des usagers ;
- L'association ASM-USSAP pour « une écoute active par les représentants des usagers au service de la satisfaction des patients » dans le but d'améliorer la qualité en impliquant les représentants des usagers.

En 2013, le label, a été remis au Centre Hospitalier de Perpignan et à son collectif inter-associatif pour la création de la Maison des Usagers, lieu dynamique d'information sur les droits des patients et des usagers.



## Chapitre IV

### Renforcer la démocratie sanitaire

#### Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé à la CRSA et aux Conférences de Territoire

##### Indicateurs à recueillir :

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

- S'agissant de la CRSA :

Le taux de participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé à la CRSA (toutes formations confondues) a varié en 2012 de 29 à 79%, selon le collège concerné.

Collèges de la CRSA	2011	2012	2013
Collège 1 : élus	22 %	29 %	<b>18 %</b>
Collège 2 : représentant des usagers	69 %	71 %	<b>78 %</b>
Collège 3 : conférences de territoire	22 %	36 %	<b>51 %</b>
Collège 4 : partenaires sociaux	30 %	63 %	<b>37 %</b>
Collège 5 : cohésion – protection sociales	49 %	70 %	<b>60 %</b>
Collège 6 : prévention – éducation pour la santé	44 %	42 %	<b>42 %</b>
Collège 7 : offreurs des services de santé	55 %	79 %	<b>71 %</b>
Collège 8 : personnalités qualifiées		67 %	<b>100 %</b>
Taux global		64 %	<b>57 %</b>

La Conférence regrette à nouveau le manque d'intérêt des élus aux questions de santé ; confirmé par un taux de participation très faible. Elle a décidé de mettre en application le règlement intérieur : tout membre absent et non représenté par son suppléant trois fois consécutives sera déclaré démissionnaire.

Elle souhaite vivement que la prévention soit au centre de ses travaux afin que les réflexions initiées sur la promotion de la santé, le panier de services, le partenariat – pour un moindre coût du système de santé - soient portées par toutes les instances (CRSA et commissions – conférences de territoire – ARS)

- S'agissant des conférences de territoire :

Chacune d'entre elles s'est réunie en mars 2013, à la demande du directeur général de l'ARS qui a tenu à les informer, recueillir leur avis et leurs propositions sur le pacte territoire santé. Ce pacte, à l'initiative de la ministre, est décliné en douze mesures phares. Il est déployé dans les territoires pour remédier à l'inégalité géographique d'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-dotées.

Elles ont tenu une deuxième réunion, soit en formation plénière ou en bureau, pour préparer avec l'ARS les forums publics organisés pour alimenter la réflexion de la stratégie nationale de santé.

- En Lozère : Jeudi 5 décembre 2013 - 18h à Mende (IFSI)
- Dans les Pyrénées Orientales : Mercredi 11 décembre 2013 - 19h à Perpignan (Palais des Congrès)

Au total :

- **Les chiffres** : 5 forums publics – 17 h de débats - près de 700 participants – 40 intervenants – 9 films présentés dont 5 réalisés en interne par l'ARS – 27 expériences marquantes présentées – 8 encarts presse – 2 totems digitaux - 9 300 invitations
- **La suite** : synthèse et propositions d'enrichissement de la SNS sur chacun des trois piliers :
  - prévention et réduction des inégalités sociales de santé
  - Soins de premier recours et service public territorial
  - Démocratie sanitaire et déconcentration

Afin de faciliter l'ancrage territorial de la CRSA et susciter le partage entre conférences, chaque président de Conférence de territoire est invité à siéger en commission permanente en sus des représentants désignés.

- S'agissant du pôle démocratie sanitaire à l'ARS.

En 2013, il a développé de nouvelles actions, telles que le développement de la formation des acteurs de démocratie sanitaire, la participation aux groupes de travail de la CRSA, le pilotage des forums publics de la Stratégie nationale de santé (3<sup>ème</sup> axe : renforcer la démocratie sanitaire) et la coordination des actions.

Ces actions ont monté en charge en 2014.

La Conférence considère donc qu'il est indispensable de renforcer les moyens de ce service, en lien avec l'affectation des crédits du Fonds d'Intervention Régional.

## Chapitre V

### Suivi des recommandations émises par la CRSA de Languedoc-Roussillon dans ses précédents rapports.

#### Recommandation émise par la CRSA dans son rapport 2010 (non réalisée fin 2013)

- *création d'un système d'information/observatoire ARS/Assurance Maladie sur le renoncement aux soins, refus de soins.*

#### Recommandations émises par la CRSA dans les précédents rapports

- *Informers les usagers et les professionnels (médecins..) sur l'offre et la bonne utilisation des services de prévention, soins, médico-sociaux est essentiel pour préserver l'égalité de tous devant la santé*

- *Promouvoir une politique de formation et de communication auprès des professionnels et du public. La promotion du respect des droits des usagers sera facilitée par des représentants efficaces ; l'action volontariste de formation des représentants des usagers devra se poursuivre.*

► **A poursuivre en 2014.**

- *La promotion de la coordination des actes et des acteurs dans les plus courts délais : intra et extra-établissement est une nécessité impérieuse. Le panier de services inhérent à chacun des trois schémas devra être mis en place en zone rurale comme dans les quartiers enclavés des grandes villes et couvrir l'ensemble du champ de la santé*

► **Se poursuit grâce aux CLS.**

- *La mise en œuvre d'une politique de transports sanitaires cohérente doit être une priorité, car il existe là des gisements d'économie importants et la mobilité des professionnels de santé ne peut être la seule réponse à l'impératif d'accès aux soins.*

► **Début de réalisation en 2012.**

- *Un besoin de clarification et de formation des professionnels du secteur médico-social et social est nécessaire.*

- *Les organismes de Sécurité Sociale doivent mettre en œuvre des actions concrètes de financement, de rationalisation et d'économie afin d'éviter de transférer systématiquement les charges sur les usagers qui éprouvent de plus en plus de difficulté à faire valoir leurs droits à la protection sociale.*
- *La commission attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'une régulation de l'installation des professionnels dès le début des études de médecine et d'une révision de la nomenclature des actes médicaux.*
- *La communication la plus large et l'information des usagers sur les indicateurs IPAQSS et Platines devrait pousser les acteurs à développer leurs efforts dans ces domaines.*
- *Le plan Santé Environnement 2 devrait fournir les bases de la construction de nouvelles actions de prévention efficaces pour prévenir les risques de dégradation de la santé des populations du LR, due à des problèmes environnementaux.*

### **Autres recommandations émises par la CRSA en 2013**

- *La CRSA note avec satisfaction l'amélioration du fonctionnement des CRUQPC, amélioration qu'il convient de poursuivre. Le rapport de chaque CRUQPC devra faire l'objet d'une validation de la CRUQPC elle-même avant envoi à l'ARS.*  
▶ **Réitérée en 2014.**
- *Des actions de formation du personnel hospitalier à la prise en charge de la personne handicapée devront être organisées.*  
▶ **Réitérée en 2014.**
- *Devront être intégrés dans les programmes de formation initiale de tous les professionnels de santé, en formation initiale, les sujets suivants :*
  - *Bientraitance*
  - *Fin de vie et directives anticipées*
- *Insuffisance de formation et de disponibilité des auxiliaires de vie scolaire : amélioration nécessaire de leur statut.*
- *La liste des personnes qualifiées prévue par la loi doit être arrêtée dans tous les départements de la région.*  
▶ **Réitérée en 2014.**

## ALERTES DE LA CRSA

- *Nécessité d'un observatoire des pratiques tarifaires et des refus de soins des médecins.*
- *Réduction des zones « blanches » en matière de démographie médicale.*
- *Retard accru du LR en matière de vaccination. Or, se vacciner permet de **se protéger** contre des maladies contagieuses graves pour lesquelles il n'existe parfois aucun traitement. C'est aussi et surtout **protéger les autres** : les personnes côtoyées tous les jours, les personnes fragiles (malades, femmes enceintes, nouveaux-nés...). C'est la conséquence d'une baisse de vigilance collective (individus & professionnels de santé) liée à la moindre circulation de ces maladies, du fait de l'efficacité de la vaccination.*
- *Retard du LR en matière de dépistage et de prise en charge de la douleur.*
- *Vigilance sur les risques de maltraitance.*



## SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS 2014

- Les membres de la Conférence concernés rendront compte des formations suivies par les médecins et les professionnels de santé en exercice sur les droits des usagers en 2014-15.
- Les personnels de santé devront être formés à la prise en charge de la personne handicapée, quelle que soit la nature du handicap.
- La CRSA note avec satisfaction l'amélioration du fonctionnement des CRUQPC. Le rapport annuel de chacune devra faire l'objet d'une validation attestée de la CRUQPC elle-même avant envoi à l'ARS.
- La CRSA demande que la liste des personnes qualifiées prévue par la loi (CASF) soit rapidement arrêtée dans tous les départements de la région.

### **Alerte :**

- Contre la maltraitance ou la négligence passive, **des mesures en faveur de la bientraitance doivent être soutenues.**

### **Rappel des alertes précédentes :**

- *Nécessité d'un observatoire des pratiques tarifaires et des refus de soins des médecins.*
- *Réduction des zones « blanches » en matière de démographie médicale.*
- *Retard accru du LR en matière de vaccination. Or, se vacciner permet de **se protéger** contre des maladies contagieuses graves pour lesquelles il n'existe parfois aucun traitement. C'est aussi et surtout **protéger les autres** : les personnes côtoyées tous les jours, les personnes fragiles (malades, femmes enceintes, nouveaux-nés...). C'est la conséquence d'une baisse de vigilance collective (individus & professionnels de santé) liée à la moindre circulation de ces maladies, du fait de l'efficacité de la vaccination.*
- *Retard du LR en matière de dépistage et de prise en charge de la douleur.*
- *Vigilance sur les risques de maltraitance.*





# ANNEXE

## Les SOURCES citées dans le présent rapport

- 1 : **CPOM Etat / ARS** Languedoc-Roussillon.
- 2 : **Conseil Régional de l'Ordre des Médecins** de Languedoc-Roussillon
- 3 : activité 2013 des **personnes qualifiées** de l'Hérault et de la Lozère
- 4 : **ARS : champ des soins de 1<sup>er</sup> recours et en établissement de santé** : Bilan 2013 des réclamations
- 5 : **ARS : champ médico-social** : bilan 2013 des réclamations
- 6 : **ARS** : synthèse des rapports 2013 des **Commissions des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge**
- 7 : **ANESM** : la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Aout 2014
- 8 : **CCAS**: enquête observations sociales juin 2014
- 9 : **Haute Autorité de Santé** : rapports de certification concernant les établissements de santé de Languedoc-Roussillon

Pour en savoir plus :

[www.ars.languedocroussillon.sante.fr](http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr)

Newsletter de la CRSA

Rédaction

**Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers** de la CRSA avec l'ensemble des commissions spécialisées de la CRSA.

**Chantal BERHAULT – Evelyne BONDAR – pôle Démocratie Sanitaire – ARS LR**

Contact :

[ars-lr-crsa@ars.sante.fr](mailto:ars-lr-crsa@ars.sante.fr)

04 67 07 21 53

ARS du Languedoc-Roussillon

26-28 Parc club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS30001 – 34067 Montpellier Cedex 2

Tél. : 04.67.07.20.07 – Fax : 04.67.07.20.08 – [www.ars.languedocroussillon.sante.fr](http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr)