



Rapport annuel sur les Droits des usagers du système de santé en Franche-Comté

Rapport 2015 pour l'exercice 2014



L'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D 1432-32 du code de la santé publique propose 3 orientations :

- Promouvoir et faire respecter les droits des usagers
- Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous
- Conforter la représentation des usagers du système de santé



Le guide d'application du cahier des charges du 11 janvier 2013 précise que, d'une manière générale, les bonnes pratiques et initiatives locales en faveur des droits des usagers doivent être repérées, identifiées et mutualisées au sein du rapport de la CRSA, afin de mieux les faire connaître. Les projets labellisés dans le cadre du label sur les droits des usagers permettent à cet égard de recenser ces différentes initiatives. Le rapport de la CRSA doit permettre de les valoriser. Ainsi ce rapport présente l'ensemble des projets labellisés, classés selon les 3 orientations proposées.



Ce rapport est établi sur les bases de données collectées par l'Agence régionale de santé (ARS), il a été présenté le 18 mars 2015 à la commission spécialisée dans le domaine de droits des usagers de la CRSA, qui a émis des avis et des recommandations avant de le faire valider par les membres de la CRSA. Les données prévues par le décret, étant parfois difficile à obtenir, ou n'existant pas, ce rapport n'est pas exhaustif.

Le mot du Président de la CSDU

La loi HPST du 21 Juillet 2009, dans sa partie consacrée à la démocratie sanitaire, confère aux Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), la mission de procéder chaque année à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

En FRANCHE-COMTÉ, le rapport sur les droits des usagers est préparé par la Commission spécialisée des droits des usagers (CSDU), en lien étroit avec la responsable de l'animation de la démocratie sanitaire de l'Agence régionale de santé, sur la base des éléments recueillis par les services de l'ARS.

La CSDU, qui exerce un rôle moteur en matière de renforcement de la démocratie sanitaire, a été particulièrement attentive à l'évolution des droits des usagers dans les domaines suivants :

- un accès aux soins égal pour tous dans le cadre d'un projet partagé, accès égal aux plans géographique, financier, excluant toute discrimination,
- un accès pour tous aux dispositifs de prévention,
- la mise en œuvre de soins de qualité et d'un accueil satisfaisant,
- le respect de la dignité et de l'intimité des patients,
- la représentation des usagers dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

La FRANCHE-COMTÉ se situe parmi les bons élèves comparativement à d'autres régions sur ces différents aspects des relations patients et autres usagers / professionnels de santé. Pour autant, le chemin à parcourir pour aboutir à une véritable démocratie sanitaire est encore long, nécessite et nécessitera des efforts constants de la part de tous les acteurs du système de santé.

J'adresse mes remerciements les plus sincères à ceux qui ont contribué à la rédaction de ce document, et plus encore à ceux qui, professionnels ou bénévoles, se sont mis au service de tous les Francs-Comtois pour faire progresser la santé des hommes, des femmes et des enfants de notre région.

Christian DEMOUGE
Président de la CSDU



Sommaire

Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers.....	1
Objectif 1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.....	1
a. Formations dans le secteur ambulatoire	1
b. Formations dans le secteur hospitalier	1
c. Formations dans le secteur médico-social	2
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	2
a. Evaluation du respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire	3
b. Evaluation du respect des droits des usagers dans le secteur hospitalier	5
c. Evaluation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social.....	5
d. Traitement des réclamations par l'ARS.....	6
Objectifs 3-4-5. Droits au respect de la dignité de la personne :.....	9
• Promouvoir la Bienveillance	9
• Prendre en charge la douleur.....	9
• Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées.....	9
a) Respect de la dignité de la personne dans le secteur ambulatoire	9
b) respect de la dignité de la personne dans le secteur hospitalier.....	9
c) Respect de la dignité de la personne dans le secteur médico-social	11
d) Accompagnement des établissements et des professionnels	12
Objectif 6. Droit à l'information –permettre l'accès au dossier médical	13
Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....	13
Objectif 8. Droits des personnes détenues - assurer l'accès aux soins.....	13
Objectif 9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques	13
Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	14
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins.....	14
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention	14
Objectif 13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	15
a) Les contrats locaux de santé	15
b) Ecarts intrarégionaux d'équipement en établissements et services médico-sociaux (ESMS) mesurés à partir de la dépense d'Assurance maladie rapportée à la population cible :.....	16
c) 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 :.....	16
Orientation 3 : conforter les représentations des usagers du système de santé	18

Objectif 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	18
a. CISS	18
b. ARUCAH	18
Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire	19
Objectif 15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.	19
Plan d'actions et recommandations pour l'année 2015	20
Objectif 1 : Développer le respect des droits des usagers et leur participation dans le secteur médico-social.....	20
Objectif 2 : Développer la participation des usagers du secteur ambulatoire.....	20
Objectif 3 : Développer le respect des droits des usagers du secteur sanitaire	20
Objectif 4 : Développer le respect des droits des usagers et leur participation	20
ANNEXES	21
Annexe 1 : Rapport annuel région d'activité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en Franche-Comté.	22
Annexe 2 : Etude sur le respect des droits des usagers au sein des établissements et services médico-sociaux en Franche-Comté	27

Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

a. Formations dans le secteur ambulatoire

Thème de formation	Nombre de formations réalisées	Nombre de personnes formées
Formation à l'éducation thérapeutique	11	NC
Formation à la relation médecin-patient	1	NC
Mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention/gestion des crises sanitaires	NC	NC
Prise en charge de la douleur	17	NC
Sécurité des soins, gestion des risques et iatrogénie	7	NC
Soins palliatifs et fin de vie	1	NC
Système d'information et dossier médical	NC	NC

Sources OGDPC

NC : non communiqué

b. Formations dans le secteur hospitalier

Thème de formation	Nombre de formations réalisées	Nombre de personnes formées
Prise en charge de la douleur	1	10
Accompagnement des personnes en fin de vie	1	9
Prise en charge de la douleur	1	10
Annonce d'un dommage lié aux soins	6	Environ 60
Directives anticipées	6	Environ 60
Principe de base de la responsabilité des professionnels de santé, à la personne de confiance et au dossier patient	8	Environ 80

Sources : ANFH

c. Formations dans le secteur médico-social

Thème de formation	Nombre de formations réalisées	Nombre de personnes formées
Bientraitance dans les soins en EHPAD	1	10
Accompagnement des personnes en fin de vie	NC	57
La prise en charge de la douleur	NC	
Les soins spécifiques	NC	
Sensibilisation des professionnels aux droits des résidents en fin de vie	13	Environ 65

NC : non communiqué

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

Rappel : l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) distingue la plainte de la réclamation comme suit :

Lorsqu'un usager se plaint d'une situation :

-s'il saisit l'autorité judiciaire (au pénal) : il porte plainte

-en revanche, s'il choisit de s'adresser à un service administratif concerné par cette situation, il effectue une réclamation.

a. Evaluation du respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire

	Conseil régional de l'ordre des dentistes	Conseil régional de l'ordre des médecins	Conseil régional de l'ordre des infirmiers
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation	Oui dans les 4 départements de la région	oui	Non car peu de demandes
Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	100%	100%	100%
Nombre de réclamations déposées pour maltraitance	1 en Haute Saône	Aucune	1 signalement
Nombre de réclamations pour refus de soins	0	2 doléances et une plainte conciliée liée à des cartes non à jour ou absence de justificatif.	NC
Nombre de réclamations relatives à l'accès au dossier médical	1 dans le Doubs	4 doléances qui n'ont pas nécessité l'organisation de réunions de conciliation.	NC

Sources : URPS

NC : non communiqué

- Le Conseil régional de l'ordre des dentistes a mis en place deux processus de traitement de réclamations supplémentaires, couvrant ainsi les 4 départements.



« Les URPS n'ont pas accès aux réclamations traitées par le conciliateur de la Caisse d'assurance maladie. Les URPS ne peuvent donc recenser que les plaintes des usagers. L'accès aux réclamations permettrait pourtant de mettre en place des mesures correctives. »



Projets régionaux labellisés « droits des usagers de la santé » visant à promouvoir et faire respect les droits des usagers

En 2013 le Collectif inter associatif sur la santé de Franche-Comté (CISS) a été récompensé par les labels droits des usagers pour son action « événement indésirable survenus lors des soins hors hospitalisations ». Il s'agit d'une enquête réalisée en partenariat avec la Plateforme d'appui à la gestion des événements indésirables (PLAGE) et les différents URPS.

Un colloque sera organisé le 13 octobre 2015 à Besançon pour la restitution de l'enquête.

Pour en savoir plus :

<http://www.sante.gouv.fr/evenements-indesirables-ei-survenus-lors-des-soins-hors-hospitalisation.html>

En 2012, la Maison de santé pluridisciplinaire du quartier Saint Claude à Besançon, a mis en place un comité de représentants des usagers, aujourd'hui organisé en association. Cette démarche de démocratie participative dans le secteur ambulatoire se poursuit par la création du « Petit guide de la participation en santé de proximité » à destination des professionnels de santé de l'ambulatoire mais également des usagers. L'objectif de ce guide est de présenter des expériences et des outils aux personnes désireuses de développer la représentation des usagers.

Pour en savoir plus :

<http://www.sante.gouv.fr/creation-d-un-comite-de-representant-d-usagers-d-une-maison-de-sante-pluridisciplinaire-liberale.html>

L'action de la Maison de santé pluridisciplinaire de Saint Claude rejoint un projet labellisé en **2011** par le Centre de santé Léon Blum à Belfort, qui a également mis en place un collectif d'usagers, participant au fonctionnement du centre de santé associatif. Les usagers sont représentés au bureau de l'association gestionnaire ainsi qu'au comité d'administration. Ce dispositif est officialisé par une charte des droits des patients qui lie les professionnels et les usagers.

Pour en savoir plus :

<http://www.sante.gouv.fr/action-d-un-groupe-d-usagers-dans-un-centre-de-sante-associatif.html>

b. Evaluation du respect des droits des usagers dans le secteur hospitalier

Au sein des établissements de santé, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) a une double mission :

- veiller au respect des droits des usagers ;
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Dans cette perspective, elle a l'obligation de rédiger un rapport annuel soumis et de le transmettre à l'Agence régionale de santé.

Proportion d'établissement disposant d'une CRUQPC	99%
Proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA	82%
Nombre moyen de réunion annuelle	moins de 4 fois par an : 44% au moins 4 fois par an : 56%
Composition et qualité des membres de la CRUQPC	73% comportent les 4 Représentants des Usagers requis
Existence ou non de formation pour les membres de la CRUQPC	NC

Sources : rapports d'activité des CRUQPC sur l'exercice 2013

NC : non communiqué

La synthèse régionale des rapports d'activité CRUQPC est présentée en annexe.

c. Evaluation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social

En avril 2014, l'ARS a réalisé, en partenariat avec la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU), une enquête sur le respect des droits des usagers auprès des établissements et services médico-sociaux en Franche-Comté (*annexe 2*).

Mis en place par le décret n°2004-287 du 25 mars 2004, le conseil de la vie sociale (CVS) est obligatoire lorsque l'établissement ou le service médico-social assure un hébergement ou un accueil de jour continu. Lorsque que conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Le conseil de la vie social se réunit au moins 3 fois par an.

La loi 2002-02 rénovant l'action sociale stipule que « toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal, peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste pré-établie

conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'Agence régionale de santé et le président du Conseil départemental.

Proportion d'établissement disposant d'un CVS	88% mais obligatoire pour 62%
Proportion de rapports des CVS transmis à l'ARS et la CRSA	0 pas d'obligation
Nombre moyen de réunions par an des CVS	moins de 3 par an : 9% au moins une 3 fois par an : 91%
Proportions d'établissement disposant de formations pour les membres des CVS	NC
Nombre de personnalités qualifiées désignées	2 dans le Doubs 2 dans le Jura 3 en Haute-Saône 4 dans le Territoire de Belfort
Nombre d'interventions réalisées par les personnes qualifiées	9 (5 fin 2013, 4 en 2014)

Sources : enquête ARS Franche-Comté (taux de réponse 46%)

NC : non communiqué

d. Traitement des réclamations par l'ARS

En septembre 2013, l'ARS a poursuivi la mise en place de la gestion centralisée des réclamations : elles sont toutes enregistrées à Besançon sur le logiciel national Réclamations/Réclamations et traitées par le département Inspection Contrôle Evaluation.

Cette vision exhaustive contribue à une meilleure connaissance de l'organisation et du fonctionnement des établissements et peut conduire au déclenchement d'une inspection inopinée.

Cette procédure de traitement des réclamations garantit à chaque plaignant la même qualité de réponse dans un délai optimal fixé à deux mois et permet l'exploitation des statistiques issues du logiciel selon une typologie nationale (motifs des réclamations).

Il existe trois niveaux de traitement d'une réclamation :

- transmission de la réclamation à l'établissement mis en cause pour traitement et réponse,
- demande de communication de documents à l'établissement pour traitement sur pièces par l'ARS (dossier médical par exemple),
- inspection sur place.

Pour le traitement des réclamations dites « complexes », il est fait appel, en tant que de besoin, à un comité technique pluridisciplinaire composé d'un médecin, d'un pharmacien, d'un cadre supérieur de santé, d'une juriste, de cadres administratifs.

Pour l'année 2014, 161 réclamations ont ainsi été enregistrées en Franche-Comté. Elles se répartissent comme suit :

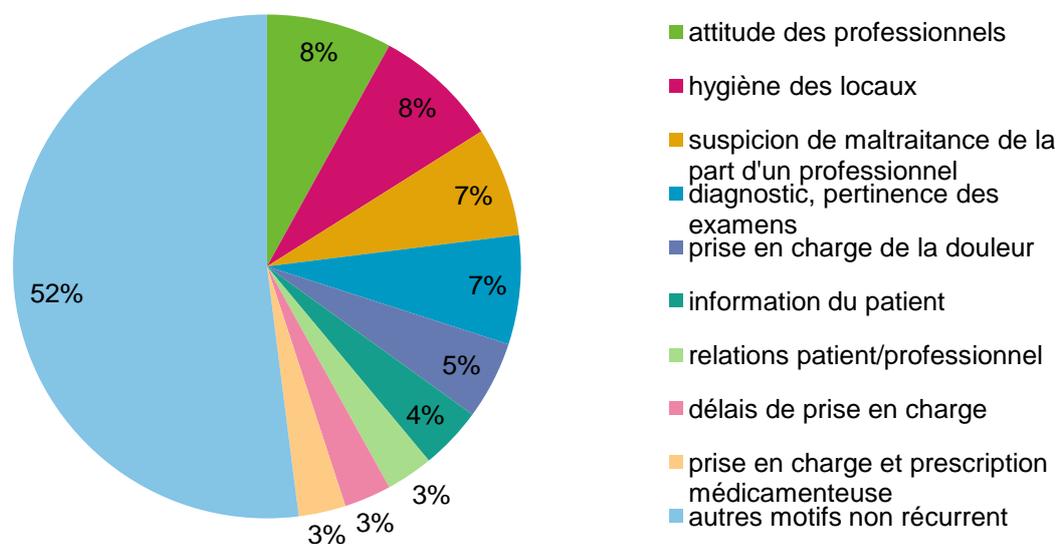
Répartition des réclamations par domaines :

Etablissements de santé (ES)	Etablissements médico-sociaux (EMS)	Transports sanitaires (TS)	Sécurité et qualité des soins de ville (SQSV)	Santé environnementale (SE)	Total général
81	49	7	17	7	161

Répartition des réclamations par départements :

Domaines	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territ. de Belfort	Total
ES	34	17	13	16	81
EMS	18	10	10	10	49
TS	4	2		1	7
SQSV	7	7	2	1	17
SE	0	0	7	0	7
Totaux	63	36	32	28	161

motifs des réclamations adressées à l'ARS



Sources : département inspection-contrôle ARS-FC

Les réponses apportées aux usagers qui formulent une réclamation s'attachent à reprendre point par point leurs doléances :

- vérification auprès des établissements concernés des conditions d'accueil et de prise en soins, au besoin par l'examen du dossier médical par un médecin de l'ARS,
- explication des différentes prises en charge dont les usagers ont bénéficié,
- avis sur la qualité de la prise en soins en indiquant, le cas échéant, les mesures correctives mises en œuvre ou, en l'absence de dysfonctionnement, les raisons qui sont à l'origine de leur mauvaise perception de la qualité des soins qui leur ont été prodigués.

Dans le cadre de programmes régionaux d'inspections préventives de l'ARS de Franche-Comté :

- l'ensemble des 120 EHPAD de Franche-Comté a été inspecté de 2011 à 2014,
- la sécurité et la qualité des soins en établissements de santé font l'objet, depuis 2013, d'inspections au rythme de 4 établissements de santé par an,
- pour garantir la sécurité et qualité des soins de ville (source de contamination virale), 15 cabinets dentaires sont inspectés chaque année.

L'ARS a élaboré une méthode de ciblage afin d'identifier les établissements à inspecter en priorité au début de chaque programme. Le ciblage prend notamment en compte les réclamations qui font l'objet d'un focus particulier lors des contrôles.

Par ailleurs, 5 inspections inopinées ont été réalisées en 2014 à la suite de réclamations. L'ARS est très vigilante et reste attentive aux situations de maltraitance signalées par les réclamations.

Dans les autres situations, elle a veillé systématiquement à ce que des mesures correctives soient prises par l'établissement.

En 2015, pour affiner le ciblage des établissements à inspecter prioritairement – parce qu'ils présentent un ou plusieurs facteurs de risque – l'ARS de Franche-Comté met en place une méthode de scoring relative au traitement des réclamations effectué par l'établissement.

Objectifs 3-4-5. Droits au respect de la dignité de la personne :

- **Promouvoir la Bienveillance**
- **Prendre en charge la douleur**
- **Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées**

a) Respect de la dignité de la personne dans le secteur ambulatoire

	Conseil régional de l'ordre des dentistes	Conseil régional de l'ordre des médecins	Conseil régional de l'ordre des infirmiers
Nombre de réclamations déposées pour maltraitance	1 en Haute Saône	Aucune	1 signalement

b) respect de la dignité de la personne dans le secteur hospitalier

Nombre d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique existe	7
Proportion d'établissement où un dispositif ou des procédures de promotion de la bienveillance existent	NC
Proportion d'établissement ayant organisé une information sur les directives anticipées	NC
Proportion d'établissement où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	NC
Nombre de réclamations relatives à l'accès au dossier médical	NC

Sources : rapports d'activité des CRUQPC sur l'exercice 2013

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein des établissements de santé français.

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé, basée sur un référentiel défini par la Haute autorité de santé (HAS). La certification s'effectue tous les 4 ans. Certains items de cette certification permettent d'appréhender le respect des droits des usagers.

En Franche-Comté, 38 des 41 établissements de santé ont terminé leur procédure de certification. 29 sont certifiés sans réserve (cotation A et B). 3 établissements sont en cours de certification.

Cotation rapport de certification	Nombre d'établissements
A	10
B	19
C	9
Cotation référence 10 de la V2010 « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance »	
A	12
B	27
C	2
Cotation critère 12a V2010 « Prise en charge de la douleur »	
A	12
B	19
C	9
Cotation référence 13a « prise en charge et droits des patients en fin de vie »	
A	16
B	16
C	7
Cotation Référence 14 de la v2010 « accès au dossier médical »	
A	33
B	7
C	0
9b « évaluation de la satisfaction des usagers »	
A	14
B	15

Sources : rapport de certification de la HAS.

c) Respect de la dignité de la personne dans le secteur médico-social

Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	NC
Proportion de convention entre ESMS et ES ayant un axe « douleur »	NC
Proportion d'ESMS ayant un axe « fin de vie » dans leur projet d'établissement	NC
Proportion d'établissement ayant rédigé des directives anticipées	NC
Nombre de plaintes relatives à l'accès au dossier médical	NC

Sources : rapports d'inspection ARS-FC 2011-2014

- Les établissements médico-sociaux ne sont pas soumis à la même législation que les établissements de santé en ce qui concerne la transmission du dossier médical. De plus en l'absence de professionnel médical dans les établissements, les dossiers médicaux sont généralement tenus par les médecins traitants.
- Dans le secteur des personnes âgées, l'axe douleur est systématiquement approché lors des conventions tripartites signées entre l'ARS, le Conseil départemental et l'établissement médico-social. Cependant, l'axe douleur n'est pas intégré dans les conventions avec les établissements de santé. Les échelles d'évaluation de la douleur sont utilisées dans la majorité des EHPAD.
- Dans le secteur des personnes handicapées, l'axe douleur n'est pas ciblé dans le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM).
- Selon l'enquête EHPA-DREES 2011- 2012 : 49 % des 188 établissements d'accueil pour personnes âgées ont un volet soins palliatifs dans leur projet d'établissement et pour 46% de ces établissements des protocoles, procédures et/ou référentiels liés à la fin de vie ont été formalisés et mis en oeuvre. On ne connaît pas le nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées.

d) Accompagnement des établissements et des professionnels

Le Réseau qualité dédié à la santé en Franche-Comté (REQUA) accompagne les établissements sanitaires dans le déploiement et l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au service des usagers et des professionnels.

Ainsi plusieurs projets visent l'évaluation de la satisfaction des usagers et l'identification des dysfonctionnements afin de faciliter la mise en place de mesures correctives ciblées en priorités sur les attentes des patients, selon le type de prise en charge :

Intitulé du projet	Nombre d'établissements concernés
Satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire	4
Satisfaction des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation	8
Satisfaction des patients hospitalisés en soins de longue durée et en EHPAD	8 (sanitaires et médico-sociaux)
Satisfaction des patients hospitalisés en MCO	8
Evaluation de l'impact de l'éducation thérapeutique	8
Enquête de prévalence et de prise en charge de la douleur	1
Amélioration de la prise en charge de la douleur post opératoire	1
Qualité du projet thérapeutique individualisé en Soins de suite et réadaptation	1
Prescription médicamenteuse chez la personne âgée	2
Prescription de psychotropes chez la personne âgée	1
Contention physique passive en établissement de santé	1
Prévention des chutes en établissement de santé	1
Prescription et surveillance de l'isolement en psychiatrie	1
Qualité de la prise en charge des patients recevant des soins palliatifs	1
Qualité de la prise en charge des patients décédés en établissement de santé	1
Indicateurs de prescription chez la personne âgée	10
Indicateurs de dépistage, prévention et de prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans	15
Indicateur de dépistage, prévention et prise en charge des escarres	8
Thérapeutique médicamenteuse adaptées à la personne âgée	11
Droits des patients en fin de vie	6

Source : REQUA

Objectif 6. Droit à l'information – permettre l'accès au dossier médical

	Nombre de plainte et réclamations relatives à l'accès au dossier médical
Secteur ambulatoire	5
Secteur sanitaire	NC
Secteur médico-social	NC

NC : non communiqué

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

	2013	2014
Nombre de demande de scolarisation	NC	NC
Nombre de prise en charge en milieu ordinaire	4014	4259
Nombre de prise en charge en milieu adapté	1479	1798

Sources : Education Nationale

NC : Non communiqué

Objectif 8. Droits des personnes détenues - assurer l'accès aux soins

Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnes soignantes	NC
Nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux	USMP Montbéliard : 119 USMP Belfort : 79
Motif d'annulation d'extractions	Défaut d'escorte en majorité

Source ARS-FC

Objectif 9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques

	2013	2014
Nombre de commissions départementales de soins psychiatriques existantes	3	4
Proportion de rapport des CDSP transmis à l'ARS	100%	100%

Source ARS-FC

Orientation 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

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

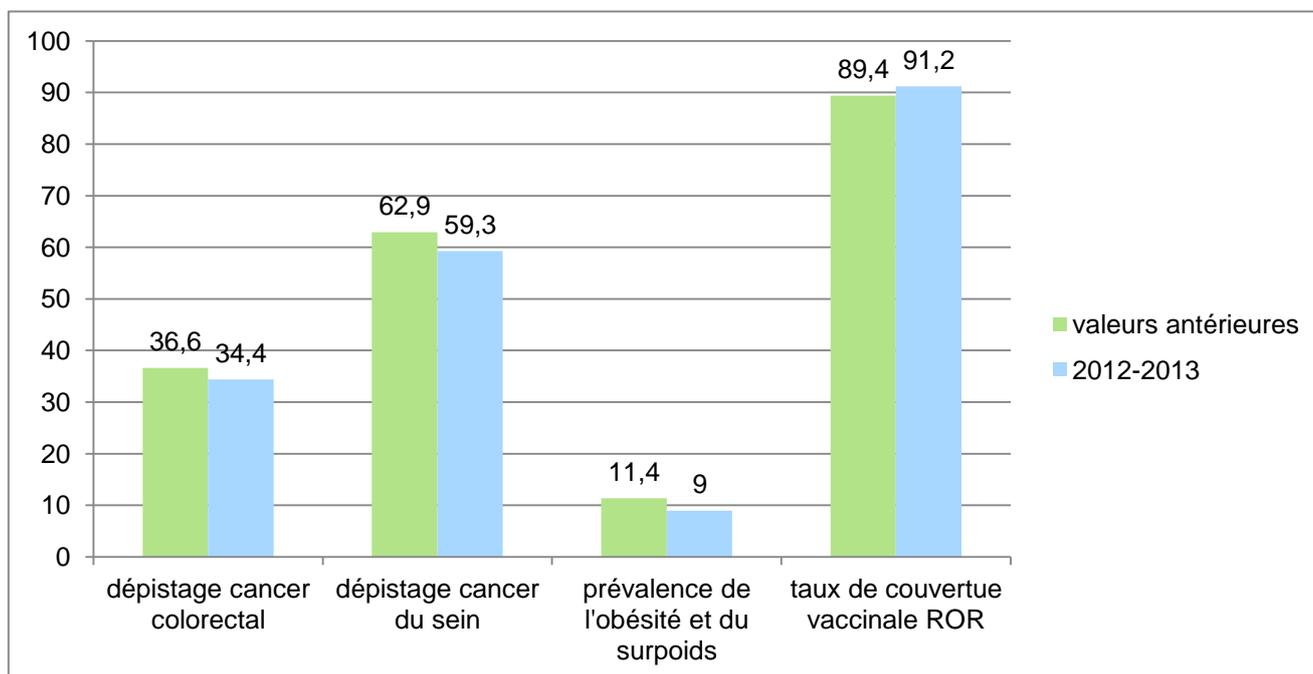
Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généraliste est inférieure à 30% de la moyenne nationale	7.29% (2012)
Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire	40

Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins

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

NC : Non communiqué

Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention



Sources : indicateurs CPOM ARS-FC

- Le taux de participation au programme de dépistage du cancer colorectal reste stable et les résultats sont en accord avec les référentiels nationaux. Si la participation est en légère baisse, la Franche-Comté se retrouve en 7^{ième} position par rapport aux régions françaises.

- La mise en place d'un test immunologique en avril 2015 et la co-construction d'un plan régional de communication avec l'ensemble des partenaires devraient permettre en partie d'améliorer ces taux.
- Un travail d'identification des zones des moindres participations en lien avec l'Association pour le dépistage des cancers (ADECA) permet de décliner des actions spécifiques et d'inscrire cette thématique dans les contrats locaux de santé (CLS).
- On observe une très légère diminution de la prévalence de l'obésité et une diminution du surpoids en Franche-Comté.
- La Franche-Comté est en 3^{ième} position des territoires les moins touchés par l'obésité infantile.
- Pour la couverture vaccination « rougeole, oreillons, rubéole » l'objectif est de 95%, la cible n'est donc pas atteinte malgré l'augmentation du taux de vaccination.

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

	2013	2014
Nombre de CLS sur territoire prioritaires ou ruraux	9	10
Pourcentage de la population concernée par les CLS	50%	55%
Ecart intrarégionaux d'équipement en ESMS mesurés à partir de la dépense d'Assurance maladie rapportée à la population cible	19.7% sur PA 5.3 % sur PH	18.2% sur PA 5.6% sur PH
Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP	5	5

Sources : indicateurs CPOM ARS-FC

a) Les contrats locaux de santé

Le contrat local de santé (CLS) est un des leviers d'action de l'ARS issu de la loi Hopital, Patient, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. C'est un contrat conclu prioritairement entre l'ARS et une collectivité territoriale. Ce dispositif vise à réduire les inégalités sociales et territoriales en sante, en associant l'ensemble des acteurs mobilisés pour améliorer la santé de la population d'un périmètre géographique précis.

b) Ecarts intrarégionaux d'équipement en établissements et services médico-sociaux (ESMS) mesurés à partir de la dépense d'Assurance maladie rapportée à la population cible :

Pour le secteur « personnes âgées » il est constaté une tendance à la diminution des écarts sur la période 2011 -2013 avec un taux de réalisation inférieur à la cible fixée (21 %) => La cible est en effet dépassée de 2,3 pts en 2012 et 2,8 pts en 2013.

Cette évolution devrait se poursuivre en 2014 pour les raisons suivantes:

- une augmentation de l'offre médico-sociale ciblée sur les départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône (+ 282 places en 2013) et aucune ouverture sur le Territoire de Belfort,
- un programme de reconventionnement des EHPAD sur 2 ans 2014-2015 qui aboutira à abonder en crédits de médicalisation les établissements encore en convention tripartite (CT) 1^{ère} génération (53 EHPAD au 01/01/2014 en Franche-Comté). Ceux-ci se trouvent pour 53% dans le Jura (28), 24% dans le Doubs (13) et 23% en Haute-Saône (12), alors que tous les établissements du Territoire de Belfort sont déjà en CT 2^e génération.

Pour le secteur « personnes handicapées », il est constaté une stabilisation des écarts en 2013 après une diminution significative en 2012 (- 8 points). La cible (8,5%) est toutefois dépassée de 2.9 points.

Cette évolution peut s'expliquer en raison de l'augmentation de l'offre médico-sociale ciblée sur les départements du Doubs (70%) et du Territoire de Belfort (24%) pour le secteur adulte mais, en revanche, aucune ouverture sur le secteur enfant en Haute-Saône, ce qui ne permet pas de diminuer l'écart.

c) 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 :

La cible régionale du nombre de logement est atteinte. A noter que l'organisation des acteurs œuvrant dans l'habitat indigne en Franche-Comté permet de résorber un certain nombre de situation d'insalubrité par des incitations financières et des négociations avec le propriétaire, sans recours à la mise en œuvre de procédures par l'ARS.



Projets régionaux labellisés « droits des usagers de la santé » visant à renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

Deux projets ont été labellisés en 2014 :

L'Association pour le dépistage de la rétinopathie diabétique en Franche-Comté, pour son action de dépistage itinérant des rétinopathies diabétiques.

L'Association de parents d'enfants déficients auditifs de Franche-Comté (APEDA), pour son action d'information et de sensibilisation sur les spécificités du handicap auditif.

En 2013, le réseau *Handident* a été récompensé par le **label national « droits des usagers »** pour son action de prise en charge des soins bucco dentaires des personnes handicapées, sur les 4 niveaux du soin : du premier recours au quatrième recours.

<http://www.sante.gouv.fr/realiser-un-reseau-de-sante-bucco-dentaire-pour-pa-et-ph.html>

En 2012, *l'Espace seniors de Baume-les-Dames* été récompensé par le **label régional** pour le Bilan de l'aidant qui permet aux aidants de personnes admises au réseau gérontologique de bénéficier d'un suivi minimal de leur santé au plan médical et psychologique.

En 2012, *la CARSAT* a été lauréat du **label national « droits des usagers »** pour son action de veille sociale sur les situations d'exclusion qui permet de recenser les situations d'exclusion de soins et de transmettre ces informations aux instances décisionnelles dans une perspective d'amélioration des dispositifs existants.

Orientation 3 : conforter les représentations des usagers du système de santé

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

a. CISS

Le Collectif-interassociatif sur la santé de Franche-Comté est le point de rencontre des associations en santé de Franche-Comté. Une des missions du CISS est d'organiser des formations à destination des représentants des usagers du système de santé dans les instances de santé.

Nombre de formations réalisées	5
Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'association agréées en santé	50
Dispositif d'information sur ces formations	Mail/ ARS

Source CISS-CF

- Formation régionale : deux premières sessions expérimentales de 2 jours – 15 participants à Besançon et 6 participants à Arbois.
- Formation régionale : deux nouvelles sessions de 2 jours – 11 participants à Besançon et 8 participants à Montbéliard.
- Formation nationale « prendre la parole en réunion » : 1 session à Besançon, 10 participants.

b. ARUCAH

L'Association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et hôpitaux (ARUCAH), est une association régionale agréée en 2007 et en 2012, qui propose des formations à ses adhérents mais aussi à toute personne impliquée par une représentation des usagers de la santé au sein de structures régionales sanitaires ou médico-sociales faisant partie du CISS Franche-Comté ou membre de la CRSA et intéressée par la santé publique.

Nombre de formations réalisées	5
Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'association agréées en santé	200
Dispositif d'information sur ces formations	Invitation personnalisée ; Partenaires ; Presse

Source ARUCAH

Ainsi entre mars et octobre 2014, l'ARUCAH a organisé 5 journées d'informations en Franche-Comté :

- « *La mort en questions : approches anthropologiques de la mort et du mourir* » : 43 participants
- « *Pour une élaboration démocratique des priorités de santé* » : 79 participants
- « *La sécurité transfusionnelle* » : 22 participants
- « *La prise en charge du cancer en Franche-Comté* » 29 participants à Arbois, 27 à Montbéliard

Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire

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

	Taux de participation globale des membres de la CRSA	Taux de participation des RU
Taux de participation CP	67%	73%
Taux de participation commission Soins	62%	100%
Taux de participation commission Médico-social	60%	66%
Taux de participation commission Prévention	61%	60%
Taux de participation du collège « représentants des usagers »	69%	77%
Taux de participation des représentants des usagers dans la conférence de territoire	51.7%	41,6%

Plan d'actions et recommandations pour l'année 2015

Objectif 1 : Développer le respect des droits des usagers et leur participation dans le secteur médico-social

- Mise en place d'un groupe de travail intercommission (médico-social et droits des usagers)
- Réalisation d'une enquête sur la participation des usagers dans les structures médico-sociales n'ayant pas d'obligation de mise en place d'un conseil de la vie social
- Réalisation d'une enquête sur le respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux ayant l'obligation de mise en place d'un CVS.
- Articulation des missions des Personnes Qualifiées et des délégués départementaux du Défenseur des droits
- Formations à destination des représentants des usagers du secteur médico-social
- Organisation de rencontres inter-cvs

Objectif 2 : Développer la participation des usagers du secteur ambulatoire

- Réalisation d'un guide de la participation des usagers en santé de proximité
- Promotion du guide de la participation des usagers en santé de proximité

Objectif 3 : Développer le respect des droits des usagers du secteur sanitaire

- Mise en place de trois groupes de travail avec les professionnels des établissements de santé, le Réseau Qualité, la Démocratie sanitaire et le département inspection contrôle :
 - Groupe de travail sur la réalisation d'un modèle de livret d'accueil
 - Groupe de travail sur la typologie des réclamations
 - Groupe de travail pour la création d'un nouvel outil de restitution des rapports annuels des CRUQPC
- Formations à destination des représentants des usagers du secteur sanitaire
- Mise en place d'une nouvelle procédure de désignation des représentants des usagers dans les CRUQPC garantissant le respect de la législation en cours (agrément des associations) et la transparence des désignations.

Objectif 4 : Développer le respect des droits des usagers et leur participation

- Mise en place d'un appel à projet Démocratie Sanitaire
- Organisation d'un débat public favorisant la participation des citoyens
- Création d'une page « usagers-citoyens » sur le site internet de l'Agence régionale de santé
- Promotion du Label droit des usagers
- Réflexion de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA sur l'accès aux soins en Franche-Comté
- Mise en place d'une procédure de recueil des données pour le rapport « droits des usagers » de la CRSA

ANNEXES

Annexe 1 : Rapport 2014 régional d'activité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en Franche-Comté.

I - INTRODUCTION

En vertu de l'article R1112-79 du code de la santé publique, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaires autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

En Franche-Comté cela concerne 45 établissements sanitaires dont 24 publics et 21 privés.

Selon l'article L1112-3 du code de la santé publique, la CRUQPC a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches, et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

La CRUQPC est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la CRUQPC. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et à l'agence régionale de santé (ARS).

Ce document présente la synthèse de l'ensemble des rapports des CRUQPC des établissements de santé de Franche-Comté.

Pour ce travail portant sur l'exercice 2013, le choix a été fait d'informatiser les rapports des établissements. L'outil utilisé, étant peu adapté aux spécificités de la région et différant de la nomenclature utilisée jusque là, certaines questions ont été sujettes à interprétation et renseignées différemment selon les établissements. Ainsi de nombreuses données n'ont pas été traitées cette année.

De plus, du fait de la complexité de l'outil, il a été décidé de ne pas prendre en compte les délais de retour.

II. RESULTATS

1. Un retour en hausse

37 rapports annuels de CRUQPC ont été adressés cette année à l'ARS et à la CRSA, soit un taux de 82% contre 51% en 2013.

2. La composition des CRUQPC : des chiffres satisfaisants

L'article R1112681 du code de la santé publique définit la composition de la CRUPQC comme suit :

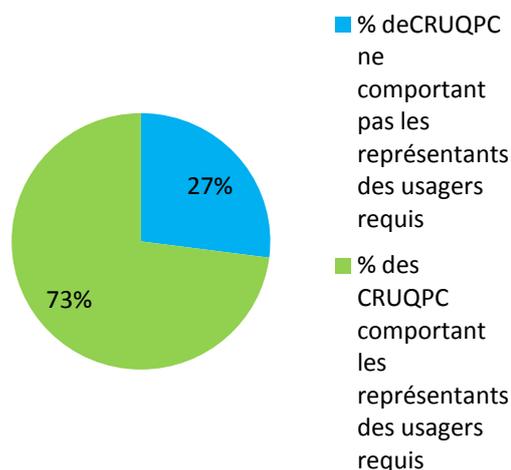
- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;
- Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement
- Deux représentants des usagers désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé

a. Les représentants des usagers

La majorité des CRUQPC de la région fonctionne avec le nombre de représentants des usagers requis, puisque sur 148 siègent et 41 sont vacants. Toutefois, le déficit existe essentiellement au niveau des suppléants, puisque 39% des CRUQPC ayant répondu n'ont pas de suppléant 1 et 47% de suppléant

2. Le questionnaire ne permet pas de connaître les motifs de non désignations.

A souligner qu'une CRUQPC fonctionne sans représentant des usagers.



b. Les médiateurs

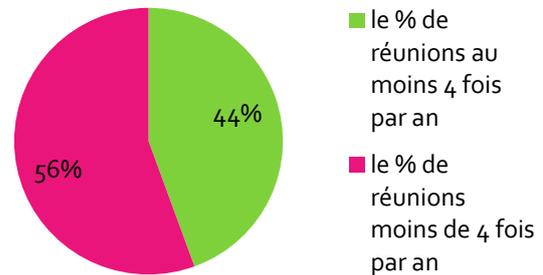
Mise à part une CRUQPC dont le médiateur médecin est attendu de désignation, **tous les sièges de médiateur titulaire sont pourvus**. Néanmoins 19% des CRUQPC fonctionnent sans médiateur médecin suppléant, et 19% sans médiateur non médecin suppléant.

3. Le fonctionnement de la CRUQPC

a. Un nombre de réunion encore insuffisant...

La CRUQPC doit se réunir au moins une fois par trimestre, soit 4 fois par an, sur convocation de son président. En outre, elle peut se réunir aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. Toute réunion peut être organisée « de droit » à la demande de la moitié des membres ayant voix délibérative.

Pourtant près de la moitié des CRUQPC se sont réunis moins de 4 fois durant l'année 2013 en formation plénière.



b. ...mais un taux de participation significatif

Au regard des éléments communiqués, le taux moyen de participation de représentants de usagers dans les CRUQPC apparait plutôt satisfaisant (77.5%) tout comme celui des membres de la CRUQPC (77.7%). Cette participation est assez homogène dans l'ensemble des établissements de la région. Seulement deux établissements renseignent un taux de participation des représentants des usagers inférieurs à 40%.

c. Sources d'information de la CRUQPC : un manque de transversalité

En vertu de l'article R1112-80, la CRUQPC reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration de la qualité préparée par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux, ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement. **Ainsi en Franche-Comté, seulement 46% des CRUQPC ont reçu l'avis de la CME sur l'amélioration de la qualité, 65% les comptes-rendus des autres instances.**
- La synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des 12 mois précédents ; **c'est le cas pour 84% des CRUQPC ; par ailleurs 92% des CRUQPC ont accès au registre des plaintes et réclamations et des éloges.**
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L 112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ; **c'est le cas pour 78% des CRUQPC.**
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ; **92% des CRUQPC ont eu accès aux résultats des**

enquêtes de satisfaction, toutefois le questionnaire ne fait pas apparaître l'utilisation des questionnaires de sorties.

- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers : **cela n'a été présenté que dans 46% des CRUQPC.**

En outre, les CRUQPC utilisent d'autres sources d'informations comme les boîtes à suggestions, les questionnaires de sorties, les registres d'évènements indésirables (84%), le projet d'établissement (65%), les résultats de la procédure de certification de la HAS (89%).

d. Moyens alloués : une disparité liée aux possibilités de l'établissement

Afin de permettre à la CRUQPC d'assurer ses missions, des moyens lui sont offerts, en fonction des ressources de l'établissement. Ainsi, 68% des CRUQPC bénéficient d'un outil informatique et 65% d'un temps de secrétariat dédié.

4. Réclamations et médiations

a. Réclamations : la vie quotidienne en premier lieu

Le recensement des plaintes et réclamations, des éloges et des événements indésirables, apparaissant sur un même tableau avec une typologie différente de celle utilisée par la majorité des établissements. Cette collecte d'informations n'a pas pu être analysée du fait de la difficulté exprimée par les établissements à traduire leurs données. Toutefois, on peut remarquer que les réclamations concernent principalement la vie quotidienne et les aspects médicaux, alors que les événements indésirables s'appliquent davantage aux aspects paramédicaux et médicaux.

Cela s'explique notamment par le fait que les réclamations sont exprimées par les usagers et les événements indésirables renseignés par les professionnels de santé.

b. Médiation : peu d'évolution

Selon les rapports, on recense 33 médiations pour l'année 2013. Au prorata du nombre de rapports reçus, ce nombre est constant depuis 2012.

c. La demande de dossiers médicaux : en proportion, pas de changement

Le nombre de demandes de dossiers médicaux rapportés est en hausse, puisque selon les rapports de CRUQPC, 2634 dossiers ont été demandés en 2013 contre 1828 en 2012. Toutefois, pondéré par rapport au nombre de rapports reçus, on observe une stabilité depuis 3 ans.

Le délai de traitement moyen n'a pu être analysé, du fait de la formulation de la question qui a été interprétée de manière différente par les établissements. Malgré tout, les rapports signalent 236 dossiers envoyés hors délai.

d. Les recours gracieux ou juridictionnels

La commissions régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) a été saisie 49 fois et le tribunal 20 fois. Il est difficile de comparer ces chiffres avec les années précédentes, car le nombre de retours de rapports varie, et les questions ont été abordées différemment cette année.

III - CONCLUSION

L'outil utilisé cette année pour renseigner les rapports d'activité des CRUQPC n'a pas permis d'extraire de façon exhaustive des données représentatives du respect des droits des usagers dans les établissements de santé en Franche-Comté.

Afin de pallier ce déficit d'information, trois groupes de travail ont été mis en place début 2015 à l'agence régionale de santé, par l'animation de la démocratie sanitaire en partenariat avec le RéQua (réseau qualité accompagnant la quasi-totalité des établissements dans leur démarche qualité, et notamment dans leur gestion des événements indésirables) et en lien avec la commission spécialisée de la CRSA.

Le premier sur l'informatisation des rapports CRUQPC, regroupant des professionnels des établissements en charge de la qualité et de la relation avec les usagers, des représentants des usagers de la commission spécialisée de la CRSA et des représentants des usagers siégeant en CRUQPC.

Le deuxième sur la typologie des réclamations, en lien avec le département inspection contrôle de l'ARS, les professionnels des établissements en charge de la relation avec les usagers ou de la gestion des réclamations, ainsi qu'avec le président de la commission spécialisée de la CRSA.

Le dernier, sur l'information donnée aux usagers et le livret d'accueil, réunissant essentiellement des représentants des usagers et des établissements de santé.

L'objectif pour l'année 2015 est la diffusion d'un rapport plus complet et communicant, basé sur un questionnaire issu des groupes de travail. Il permettra de mettre en lumière les bonnes pratiques, de les valoriser à l'usage de tous et d'accompagner les établissements dans l'animation d'instances encore plus participatives et plus actives en termes de propositions et d'initiatives visant la qualité de la prise en charge des malades.

Annexe 2 : Etude sur le respect des droits des usagers au sein des établissements et services médico-sociaux en Franche-Comté (avril 2014)

I - PRESENTATION

Dans le cadre du Projet régional de santé, une des 23 priorités stratégiques est de « *Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins* ».

Pour ce faire, il a été décidé de développer le rôle des usagers et le respect de leurs droits dans les trois principales organisations de l'offre de santé actuelle :

- les établissements de santé ;
- l'ambulatoire ;
- les établissements et services médico-sociaux.

Pour les établissements de santé, une enquête a été réalisée il y a quelques mois et a permis de mettre en place différentes dynamiques autour de :

- la formation des représentants d'usagers ;
- une évolution des rapports des Commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) afin qu'ils deviennent des outils opérationnels pour des actions concertées visant l'amélioration de la qualité de l'offre ;
- des livrets d'accueil revisités dans une perspective d'une meilleure adaptation aux besoins des personnes hospitalisées.

Concernant l'ambulatoire, le cadre réglementaire est quasi inexistant. En s'appuyant sur des expériences franc-comtoises, d'autres régions ou de différents pays, il a été décidé d'élaborer un guide afin de favoriser la participation des usagers/citoyens sur les territoires de proximité. Celui-ci est en cours de rédaction et sera expérimenté dans les prochains mois.

Enfin, la question du médico-social a fait l'objet d'une enquête récente (mi 2014) menée en concertation avec la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). C'est ce travail qui est présenté dans ce document.

Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (ESMS) de la région Franche-Comté, tout secteur confondu, soit 280 ESMS. 128 questionnaires ont été retournés à l'ARS, soit un taux de réponse de 46%, réparti comme suit :

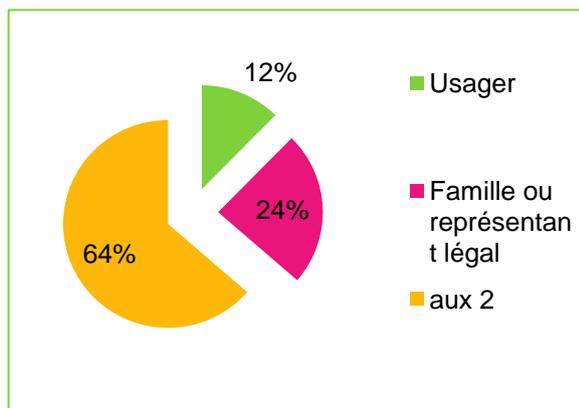
- secteur enfance : 22%
- secteur handicap adulte : 16%
- secteur personnes âgées : 45%
- secteur soins à domicile et accueil de jour : 9%
- secteur addictologie et inclusion : 8%

II – PRINCIPAUX RESULTATS

Le livret d'accueil : un support largement diffusé

L'article L311-4 de code de l'action sociale et des familles précise que le livret d'accueil est remis à la personne ou à son représentant légal.

Figure 1 : Destinataire du livret d'accueil



Il existe un livret d'accueil dans 96% des ESMS ayant répondu. Ce dernier est remis généralement directement à l'utilisateur et à sa famille (fig.1). Dans 63% des cas, cette diffusion s'accompagne systématiquement d'une présentation orale. Seul un établissement déclare ne pas délivrer d'informations orales au moment de la remise du livret.

Les personnes qualifiées : un recours rare

L'article L311-5 indique que toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général.

80% des établissements ayant répondu déclarent disposer des coordonnées précises des personnes qualifiées en vigueur dans leur département. 72% la diffusent dans leur institution. Dans 41.4% des établissements la liste des personnes qualifiées se trouve également dans le livret d'accueil.

Toutefois, il y a peu de recours aux personnes qualifiées en Franche-Comté, puisque les établissements ayant répondu ont déclaré en tout **4 recours pour l'année 2013.**

Les formes de participation : une place significative des Conseils de la vie sociale

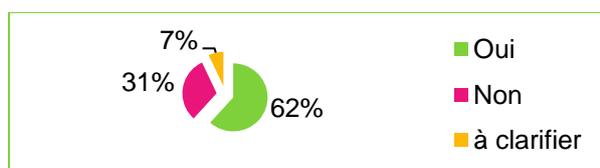
Selon le décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale (CVS) et aux autres formes de participation, les différentes formes de contribution prévues à l'article L311-6 du code de l'action sociale et des familles sont instituées dans les conditions suivantes :

Le conseil de la vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant du dernier alinéa de l'article 6 et du III de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles. (Services à domicile). Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Lorsque la personne publique ou privée gère plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, il peut être institué pour une même catégorie d'établissement ou services, au sens de l'article L 312-1 du même code, une instance commune de participation.

L'obligation de mettre en place un CVS ne concerne donc pas tous les établissements médico-sociaux, et le décret d'application du 25 mars 2004 peut être interprété.

62% des établissements ayant répondu ont une obligation légale de mettre en place un CVS. Pour 7% cela est sujet à interprétation, et pour 31% il n'y a pas d'obligation. Pourtant, 88% des ESMS déclarent avoir installé un CVS. On remarque donc que des ESMS n'ayant pas l'obligation de mise en place créent malgré tout un CVS.

Figure 2: Répartition des ESMS suivant l'obligation ou non de mettre en place un CVS



Toutefois, la mise en place d'un CVS n'est pas toujours gage d'une démarche participative.

Du fait de la perte d'autonomie, les représentants des personnes accueillies ont parfois des difficultés à assurer leurs fonctions. Bien souvent, les compétences attendues des membres des CVS ne sont pas compatibles avec les publics accueillis. S'il existe une « bonne volonté » et une recherche de participation, les échanges peuvent être difficiles et largement interprétatifs.

Verbatim

« Pour favoriser la participation des usagers au CVS, différents essais ont été réalisés : mise en place de permanences par les membres du CVS, constitution de groupes de résidents préparatoires au CVS [...] animés par une animatrice. Ces deux essais n'ont pas eu les résultats attendus au regard de l'investissement déployé »

Bien souvent, les représentants des usagers sont motivés par leurs problématiques individuelles plus que par la vie et l'organisation du service ou de l'établissement.

Afin de pallier le manque d'implication et favoriser au maximum la participation, le fonctionnement du CVS peut différer du cadre législatif.

Les établissements multiplient les démarches participatives dans le but d'impliquer davantage les personnes accueillies et leur famille à la vie de la structure.

Verbatim

« Le CVS est ouvert à chaque représentant des familles ou légaux ainsi qu'aux résidents »

Verbatim

« La démarche d'associer les usagers au fonctionnement du CVS n'est pas concluante car les familles ne se sentent pas concernées. Nous avons en perspective la mise en œuvre d'un questionnaire de satisfaction et des groupes d'échange pour les usagers et leurs représentants d'ici la fin de l'année »

Par exemple, il existe des groupes de discussion dans 38% des établissements, une consultation de l'ensemble des personnes accueillies et de leurs familles sur des questions concernant l'organisation et le fonctionnement de la structure dans 21% des ESMS, et des enquêtes de satisfaction dans 70%.

Il y a également des modes d'implication des usagers ou de leurs représentants légaux propres aux établissements sans que cela soit pour autant formalisé. On retrouve notamment :

- des assemblées des résidents, des réunions d'expression, des réunions des usagers, des temps d'échange sur la vie de l'établissement ;
- la participation des usagers aux réunions de travail sur l'évaluation interne, à la commission menus, aux réunions d'équipe, ... ;
- des boîtes à suggestion, des registres de remarques... ;
- des réunions/café/barbecue... des familles, des assemblées générales des familles et proches, les forums annuels, des conseils de familles... ;
- des dispositifs d'accompagnement des familles, groupes de parole...

Mis à part 4 établissements de type IME, on retrouve systématiquement différentes formes de participation dans l'ensemble des établissements ayant répondu.

Le fonctionnement du CVS : entre obligation et innovation

Composition : de grandes variations

Selon l'article 3 du décret du 25 mars 2004, le conseil de la vie sociale comprend au minimum :

- 2 représentants des personnes accueillies ou prises en charge, soit un représentant du titulaire de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs, soit un représentant des représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements recevant des personnes majeures ;
- 1 représentant du personnel ;
- 1 représentant de l'organisme gestionnaire.

De plus, le conseil de la vie sociale peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour.

15% des CVS ne présentent pas le nombre requis de représentants des personnes accueillies dont 4 CVS qui ne comptent parmi leurs membres aucun représentants des personnes accueillies (3 établissements pour enfants, dont on peut penser que l'âge moyen est inférieur à 11 ans, et un établissement spécialisé dans l'hébergement des personnes présentant des pathologies de type Alzheimer ou apparentées.)

Au moins un représentant des familles et un représentant du personnel siègent dans tous les CVS.

Les représentants des organismes gestionnaires, quant à eux, ne sont pas représentés dans 7 CVS sur 113.

Au total, la composition et le nombre de membres des CVS sont très variables d'un établissement à un autre, passant de 4 à 45 membres, sans critère de secteur géographique ou de champ d'activité. Le nombre de CVS où les représentants des personnes accueillies ou leur représentant légal sont majoritaires est important (fig3). On remarque ainsi que **dans 87% des CVS, les représentants des usagers sont soit majoritaires, soit à siège égal avec les représentants des établissements.** Un arrêté de composition a été établi pour 84% des CVS.

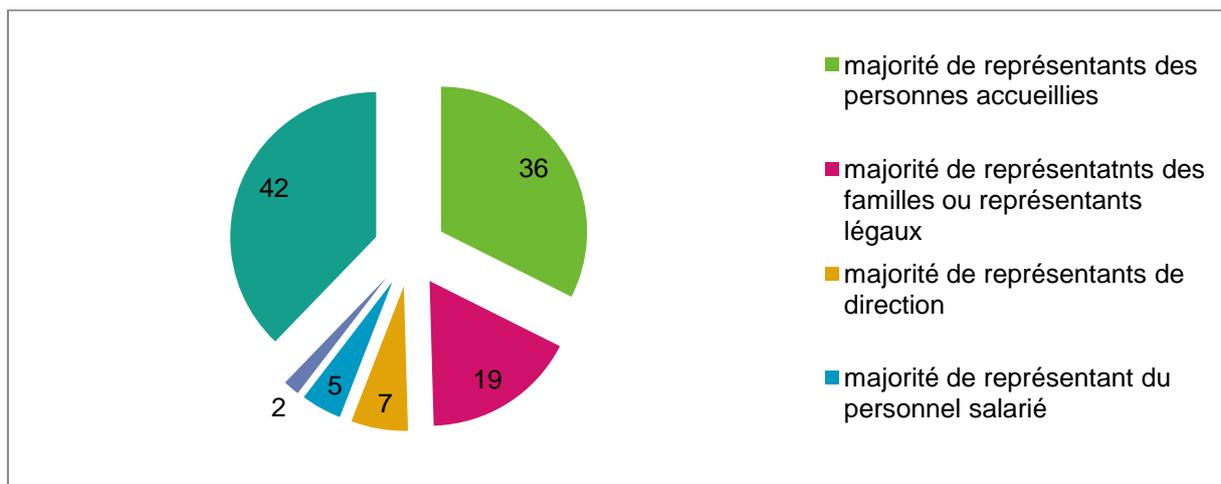


Figure 3 : Répartition des membres par collège

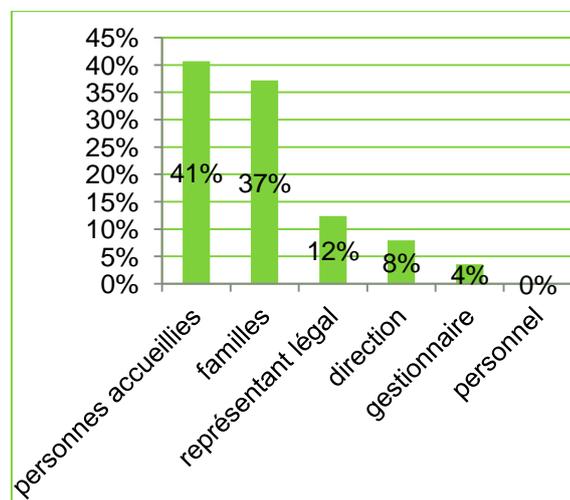
Présidence du CVS : elle est assurée majoritairement par les personnes accueillies

Selon l'article 6 du décret du 25 mars 2004, le Président du conseil de la vie sociale est élu à scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies.

Les présidents des CVS sont à 41% des représentants des personnes accueillies et à 49% des représentants des familles ou responsables légaux (fig.4). Ces derniers assurant la représentation essentiellement lorsque le degré d'autonomie de personnes accueillies ne permet pas la participation.

Cette désignation se fait rarement par voie électorale du fait de la lourdeur de la procédure, et du turn-over important des membres du CVS (départ de l'institution, décès, évolution de la pathologie...)

Figure 4 : Présidence des CVS au 31 décembre 2014?

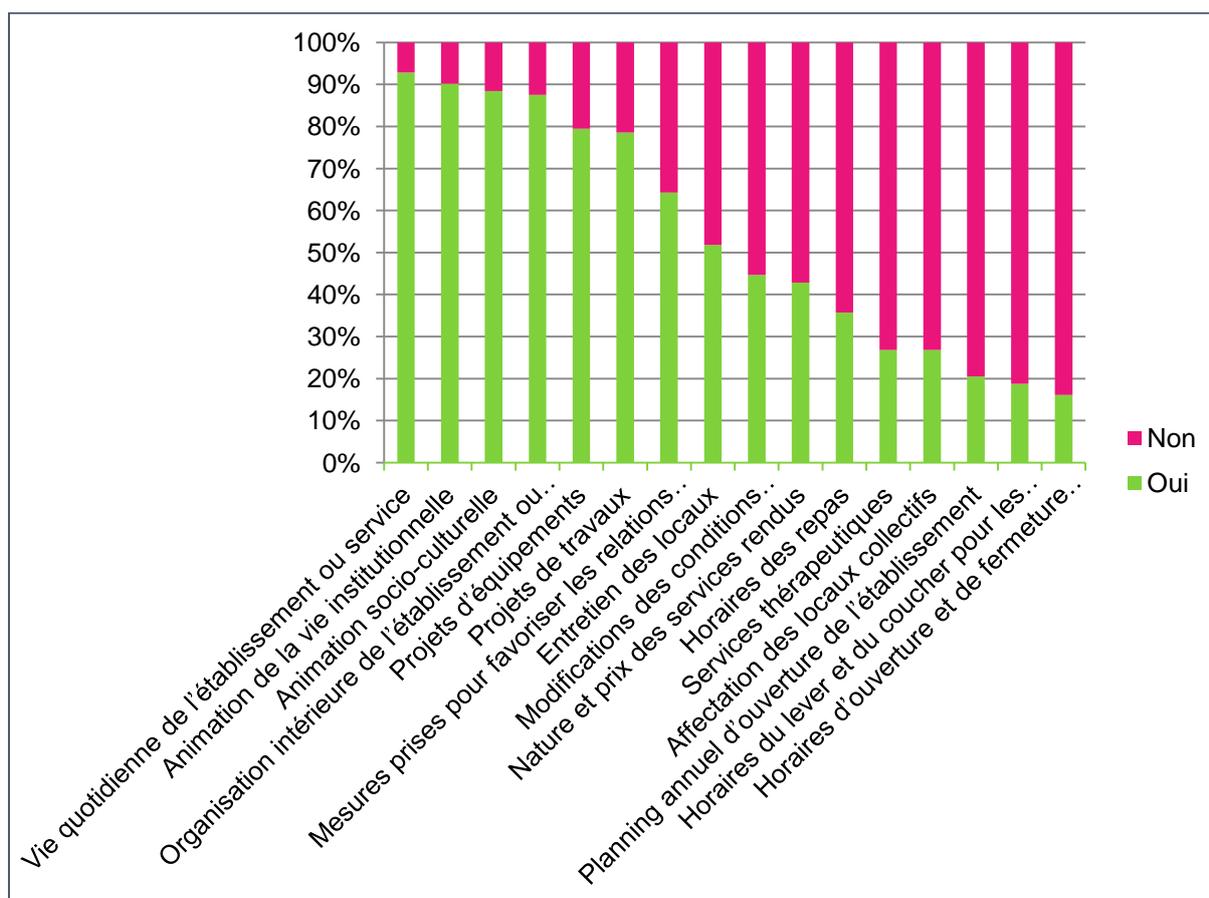


Compétences du CVS : elles s'exercent sur la vie quotidienne des résidents

Selon l'article 14 du décret du 25 mars 2004 : *le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou de service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipement, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.*

Les CVS donnent principalement des avis généralement sur la vie quotidienne de l'établissement, l'animation de la vie institutionnelle et socioculturelle, sur l'organisation intérieure et sur les projets d'équipements et de travaux (fig.5).

Figure 5 : Avis et propositions du CVS sur différents sujets (2013)

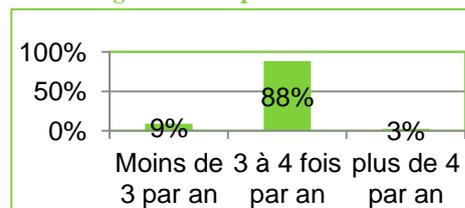


Réunions du CVS : elles se tiennent régulièrement mais leur préparation ne se fait pas toujours avec les personnes accueillies ou les familles.

Selon l'article 15 du décret du 25 mars 2004 : *le conseil de la vie sociale se réunit au moins 3 fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article 6, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances.*

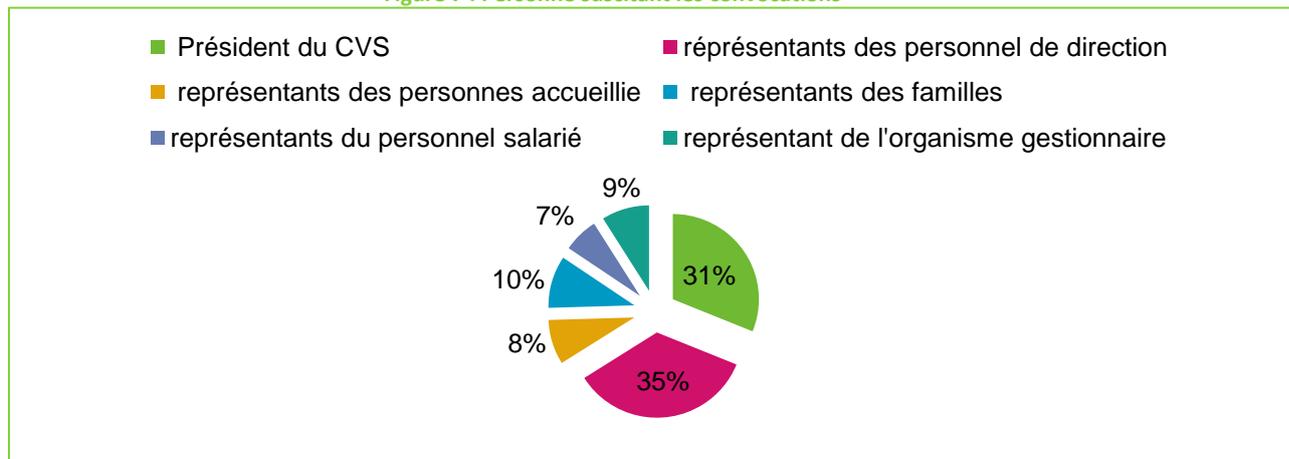
91% des établissements ayant répondu (avec un CVS) organisent des réunions du CVS au moins 3 fois par an (fig.6).

Figure 6 : Fréquences de réunions



31% des CVS se réunissent sur convocation du président, et 35% sur convocation des représentants des personnels de direction. (fig.7).

Figure 7 : Personne suscitant les convocations



Toutefois, dans **44% des établissements la convocation est suscitée conjointement par le président du CVS et un représentant du personnel de direction**, et dans 17% des cas par un représentant des familles et un représentant du personnel de direction. Malgré tout, **dans 19% des établissements les représentants des usagers ne suscitent pas la convocation.**

Les représentants des organismes gestionnaires suscitant la convocation ne le font jamais seuls.

Le Président du CVS et les représentants des personnels de direction participent majoritairement à l'élaboration de l'ordre du jour. Ils le font conjointement dans 72% des CVS. On remarque également une participation homogène du reste des collègues (fig.8).

Les établissements ayant répondu soulignent que la lourdeur des handicaps, les troubles cognitifs, la perte d'autonomie, les difficultés de communication, freinent considérablement l'implication des personnes accueillies. Ces derniers doivent donc être accompagnés dans leur démarche participative.

Figure 8 : Personnes élaborant l'ordre du jour

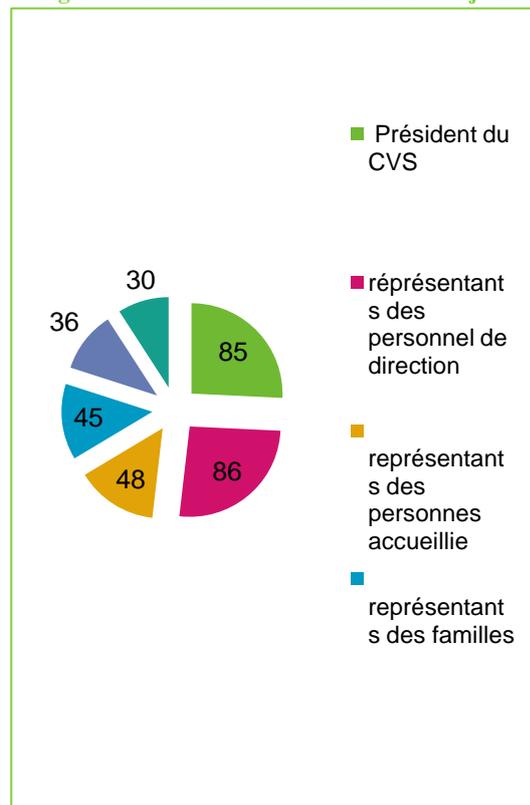
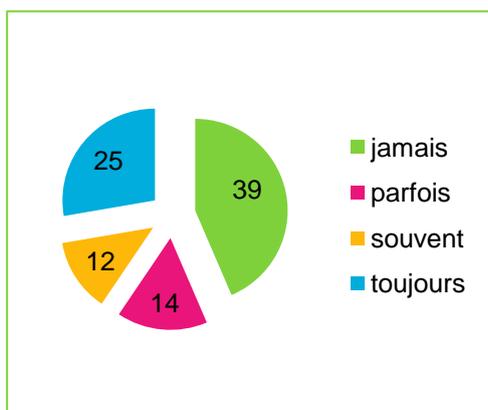


Figure 9 : Personnes accueillies ou familles associées aux réunions préparatoires du CVS



La fatigabilité des résidents et le manque de disponibilité des familles expliquent souvent le fait que ces derniers ne soient pas systématiquement associés aux réunions préparatoires du CVS (fig. 9)

Verbatim

« Les parents-élus doivent intégrer le contenu des dispositifs réglementaires pour accéder à la compréhension de la spécificité du secteur médico-social »

Règlement intérieur : il existe pratiquement partout

Selon l'article 17 du décret du 25 mars 2004 : *le conseil de la vie sociale établit son règlement intérieur dès sa première réunion.*

C'est le cas dans 92% des établissements ayant un CVS.

Compte-rendu et rapport d'activité : un retour d'information effectif

Selon l'article 18 du décret du 25 mars 2004 : *le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil.*

Verbatim

« Le Pôle enfance a mis en place des supports en communication alternative et améliorée pour permettre au Président du CVS d'assurer sa fonction le plus complètement possible. Un compte-rendu en version adaptée est adressé aux jeunes et à leur famille. La loi 2002-2, concernant l'intervention du CVS, a été traduite en communication adaptée et facile à comprendre. »

Si tous les établissements ayant répondu rédige un compte-rendu de chaque réunion du CVS, seulement 11 établissements présentent un rapport annuel d'activité. Toutefois certains établissements intègrent un bilan annuel du CVS au rapport d'activité de l'établissement. De manière générale la rédaction d'un compte-rendu de chaque CVS est suffisante d'après les établissements. Malgré tout dans 45% des établissements les personnes accueillies, les représentants légaux, les familles ont un retour sur le mandat des membres du CVS.

Les personnes accueillies, les représentants légaux, les familles sont destinataires du compte-rendu de chaque CVS dans 88% des établissements et services.

Le règlement de fonctionnement et projet d'établissement : des outils disponibles

Selon l'article 24 du décret du 25 mars 2004 : *les instances de participation sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de services.*

Le règlement de fonctionnement : une démarche participative

Il existe un règlement de fonctionnement dans 97% des établissements ayant répondu, 73% ont été établi après consultation du CVS et 31 % après consultation d'une autre forme de participation. **Ainsi, 88% des établissements ont fait participer les usagers à l'élaboration du règlement de fonctionnement.**

18 % des établissements ont élaboré leur règlement de fonctionnement avant la création du CVS et, de ce fait, ce dernier n'a pas été consulté.

Le projet d'établissement et l'évaluation externe et interne : une certaine implication mais plus de difficultés

90% des établissements ayant répondu ont rédigé un projet d'établissement, dont 58% après consultation du CVS. Les usagers ont été impliqués à cette préparation dans 50% des établissements. Comme pour les règlements de fonctionnement, certains projets d'établissements ont été rédigés avant l'ouverture des structures. Toutefois, pour certains établissements, les difficultés de compréhension et de communication des personnes accueillies freinent considérablement leur participation à de tels travaux de réflexion.

Par ailleurs, les usagers sont associés à l'évaluation interne et externe dans 77% des ESMS.

Verbatim

« *L'évaluation externe nous incite à associer les jeunes de façon plus importante à la vie institutionnelle* »

Plaintes, réclamations et événements indésirables : un circuit particulier

46% des établissements réalisent un recensement qualitatif des plaintes, réclamations, événements indésirables, soit en partenariat avec le réseau qualité RéQua (32 %), soit en lien avec l'Agence régionale de santé (52%). Les établissements qui travaillent avec le Réqua sont essentiellement des structures accueillant des personnes âgées.

Contrairement aux instances représentatives des établissements de santé, les CVS n'ont pas vocation à statuer sur les plaintes et réclamations. Toutefois certains établissements, notamment des structures d'hébergement pour personnes âgées, s'appuient sur les compétences d'établissements de santé gérés par le même gestionnaire. De ce fait, les réclamations sont étudiées par les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

En dehors des réclamations, les réflexions et les recommandations des CRUQPC autour des droits des usagers s'appliquent aux établissements médico-sociaux lorsque ces derniers sont rattachés à un établissement de santé.

III – DISCUSSION - CONCLUSION

Les limites de ce travail tiennent principalement à trois choses :

- un taux « modéré » de réponses (un peu moins de 50%) mais qui concerne un nombre plutôt élevé de services ou d'établissements (128) ;
- une dimension qualitative qui pourrait être utilement approfondie à partir de ces premiers résultats ;
- la non sollicitation des usagers et de leurs proches dans le cadre de cette investigation.

La perception générale des résultats de cette enquête est que le contexte participatif créé par les textes est plutôt incitatif mais varie beaucoup suivant les établissements ou services.

Le livret d'accueil est systématisé et largement accompagné par les équipes de professionnels auprès des personnes concernées ou leurs proches. Toutefois, le questionnaire ne renseigne pas sur le fait que les livrets d'accueil sont proposés en version adaptée et accessible aux différents handicaps.

Les conseils de la vie sociale sont, dans la plupart des cas, bien installés avec :

- une composition diversifiée mais qui varie beaucoup en nombre de participants ;
- une présidence assurée effectivement par les personnes accueillies ou les familles,
- des réunions régulières ;
- un retour d'information à travers les comptes-rendus et les rapports d'activité.

Toutefois, cette démarche participative légiférée n'est pas toujours applicable en l'état, et ne tient pas compte des difficultés des publics accueillis. Si les représentants des personnes accueillies ou leurs proches sont présents dans les réunions de CVS, ces derniers ne sont pas toujours associés à la préparation de ces réunions, du fait des difficultés de communication, d'un manque de temps, de la fatigabilité des résidents, de l'insuffisance de formation des professionnels, des familles, de l'absence d'outil visant à favoriser l'appropriation du CVS par les usagers...

Contrairement aux représentants des usagers des établissements sanitaires, les sujets traités par le CVS, prévus par les textes, ne concernent pas la prise en charge de la douleur, la bientraitance, les directives anticipées... mais des sujets en rapport direct avec la vie quotidienne dans l'établissement dans ces différentes composantes. Par ailleurs, si le traitement de ces sujets est effectif, on dispose d'informations trop fragmentaires sur les décisions prises et leurs conséquences concrètes.

Afin de favoriser l'implication des usagers et de leur famille à la dynamique de l'établissement, différentes formes de participation sont mises en place, mais ce travail ne permet pas d'en apprécier l'intensité à l'intérieur des différents établissements ou services :

- actions ponctuelles ou récurrentes ? : difficile à dire ;
- initiatives principalement des familles ou des professionnels ? : nous n'avons pas la réponse ;
- conséquences sur la qualité de vie ? : cela reste à mesurer.

Malgré tout, l'élaboration des projets d'établissement n'associe qu'une fois sur deux les usagers. La participation est plus élevée pour l'évaluation (trois fois sur quatre).

Contrairement au secteur sanitaire, les plaintes, les réclamations et les événements indésirables ne sont pas traités au sein des CVS, ce qui d'ailleurs n'est pas une obligation légale. Cette mission est assurée par le dispositif « personnes qualifiées », qui assure une mission de médiation entre l'établissement et la personne accompagnée afin de l'aider les à faire valoir ses droits.

En revanche, le dispositif des personnes qualifiées reste « très théorique » même si les listes sont majoritairement existantes. Un effort d'information et d'usage serait certainement nécessaire.

Par ailleurs, la problématique de la formation des représentants des usagers dans les CVS et des professionnels est un vrai sujet et pourrait faire l'objet d'un autre travail de réflexion.

Ce questionnaire a permis de mettre en lumière la représentation des usagers dans les établissements médico-sociaux. Aujourd'hui les différents outils de pilotage des établissements ne permettent pas de traiter de manière transversale et globale la thématique « droits des usagers » dans le secteur médico-social. Contrairement aux établissements sanitaires, le retour du rapport d'activité des instances représentatives à l'Agence régionale de santé se fait sur la base du volontariat. Ces informations existent, notamment dans les CPOM ou dans les rapports d'inspection ou d'évaluation, mais ils ne permettent d'apprécier que la politique d'un établissement et non d'avoir une vision globale régionale de l'ensemble des structures. Cette problématique n'est pas propre à la Franche-Comté, en témoigne le rapport national de la Conférence Nationale de Santé (CNS) sur les droits des usagers, qui traduit bien le déficit d'information sur le respect des droits des usagers dans le champ médico-social. Pourtant, l'accès à ces informations permettrait sans doute de valoriser les actions et de favoriser l'échange de bonnes pratiques.

Dans l'objectif de renseigner le rapport annuel sur le droits des usagers en Franche-Comté de la CRSA, concernant la prévention, l'ambulatoire, le médico-social et l'hospitalier, il pourrait être envisagé de travailler sur un questionnaire annuel à l'attention des ESMS, à deux conditions :

- ne pas faire doublon avec d'autres recueils d'informations ;

- déboucher sur des mesures concrètes d'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées.

Au total, il est constaté à travers cette enquête un processus participatif amorcé mais qui pourrait certainement être consolidé. Le CVS est assurément un lieu privilégié pour impulser cette dynamique.

Il y a donc des perspectives intéressantes pour préciser rapidement les besoins et les pistes d'actions avec les établissements et les services, les sujets accueillis et leurs familles, les personnes qualifiées, les associations d'usagers et bien sûr la Commission des usagers de la CRSA ainsi que les équipes de l'ARS en charge du médico-social et de la démocratie sanitaire.

Références :

Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participations institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel de la République Française 2004-03-27 ; 74 : 5909-11. [Visité le 19/01/2015]. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20040327&numTexte=48&pageDebut=05909&pageFin=05911

Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles. Bulletin officiel du Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité 2004-04-05 ; 2004-15 : 3 p. [Visité le 19/01/2015]. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-15/a0151172.htm>

Article L-312-1 du code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012-art65 [Page internet]. Paris : Legifrance, 2012. [Visité le 18/01/2015]. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4F4662D16174CEC9F8261D54F2319818.tpdjo10v_3?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000026799356&dateTexte

Mobbs P. La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux : recueil des pratiques et témoignage des acteurs. Saint-Denis : ANESM, 2014, 108 p. [Visité le 19/01/2015]. En ligne : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_enquete_Participation_des_usagers_Septembre2014_.pdf

Dispositif "Personnes qualifiées" dans le domaine médico-social [Page internet]. Besançon : ARS Franche-Comté, s.d. [Visité le 19/01/2015]. En ligne : <http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Personnes-qualifiees-domaine-m.164300.0.html>

Conférence nationale de santé. Rapport 2013 sur les droits des usagers "Renforcer l'information des usagers et l'observation du système de santé" : rapport adopté en Assemblée plénière, le 26.11.13. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2014, 36 p. [Visité le 19/01/2015]. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_droits_usagers_cns_2013_jol_250214.pdf