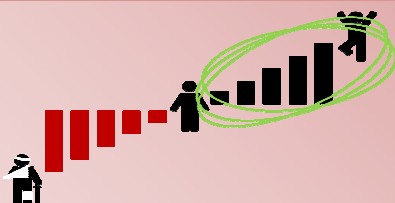




Commission Spécialisée
dans le domaine des
Droits des Usagers



Rapport sur le respect des droits des usagers Année 2015



travaillons ensemble...

Juin 2016

SOMMAIRE

1ère Partie

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

| | |
|---|------|
| Focus n°1 : Former les professionnels de santé du secteur libéral, hospitalier et médico-social sur le respect des droits des usagers | p.4 |
| Focus n°2 : La gestion et le suivi des plaintes et réclamations par l'inspection générale régionale | p.5 |
| Focus n°3 : Les plaintes, les réclamations et les éloges dans les établissements de santé | p.7 |
| Focus n°4 : Le suivi des plaintes par les conseils départementaux de l'ordre des médecins..... | p.9 |
| Focus n°5 : L'évaluation du respect des droits des usagers et le recueil de la satisfaction des usagers..... | p.10 |
| Focus n°6 : Promouvoir la bientraitance dans le domaine sanitaire et médico-social..... | p.13 |
| Focus n°7 : Des données sur les fonctionnements des EHPAD..... | p.17 |
| Focus n°8 : Permettre l'accès au dossier médical dans les établissements de santé..... | p.19 |
| Focus n°9 : La prise en charge de la douleur et les directives anticipées..... | p.20 |
| Focus n°10 : Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire et adapté..... | p.22 |
| Focus n°11 : Veiller au bon fonctionnement des Commissions départementales des soins psychiatriques.. | p.23 |

2ème partie

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

3ème partie

Conforter la représentation des usagers du système de santé

| | |
|--|------|
| Focus n°12 : Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé..... | p.27 |
|--|------|

4ème partie

Renforcer la Démocratie Sanitaire

| | |
|---|------|
| Focus n°13 : Garantir la participation des représentants des usagers et des acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire..... | p.30 |
|---|------|

5ème partie

Le programme de travail de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers et le suivi des recommandations

Editorial

Au moment de rédiger ces quelques mots de présentation de notre rapport annuel, nous avons bien conscience que nous arrivons à la fin d'un cycle dans le fonctionnement de notre commission : dans quelques mois, une nouvelle CRSA sera installée dans une région qui reste "à la traîne" en termes d'indicateurs de santé. On peut donc dresser un premier bilan de six années d'actions.

Il y a eu incontestablement des aspects positifs à cette action : plus de 60 réunions ouvertes à tous, 6 rapports annuels, 29 recommandations, des avis donnés sur de nombreux programmes du Projet Régional de Santé, l'organisation de deux Journées donnant la parole aux usagers.

D'autres aspects sont moins positifs et peuvent entraîner une certaine lassitude de notre part ; en premier lieu la difficulté de faire fonctionner une instance de nature "revendicative" (défense de droits) dans le cadre d'une structure très administrative, malgré l'aide précieuse de la petite équipe de l'ARS mobilisée sur le thème de la Démocratie Sanitaire.

D'autres difficultés sont apparues, qui tiennent à la fois à des réponses pour le moins insuffisantes à nos 22 recommandations et au peu d'entrain manifesté par les différents services publics dans leurs réponses aux indicateurs repris par le ministère.

Nous avons également le regret de ne pas avoir suffisamment avancé sur les droits des usagers dans le domaine médico-social ; notre expérimentation dans les 13 EHPAD ne répond pas complètement à cette problématique.

Pour terminer, permettez-nous de formuler le souhait d'une large diffusion de ce rapport auprès de ceux à qui il peut être utile ainsi que le souhait que la prochaine commission spécialisée « droits des usagers » puisse aller plus loin que nous.

**Le Vice-président de la
commission spécialisée dans le
domaine des droits des usagers**

Bruno CHEVRIER

**Le Président de la commission
spécialisée dans le domaine des
droits des usagers**

Pierre-Marie LEBRUN

1^{ère} partie : Promouvoir et faire respecter les Droits des Usagers

FOCUS n°1 - Former les professionnels de santé du secteur libéral, hospitalier et médico-social sur le respect des droits des usagers

- Dans le domaine libéral :

L'union régionale des professionnels de santé médecins-libéraux Nord-Pas-de-Calais indique n'avoir assuré aucune formation sur le respect des droits des usagers dans le cadre du dispositif de formation continue en 2014. En effet, l'URPS médecins-libéraux n'a pas vocation à assurer des formations dans le dispositif de formation continue. Seule l'éducation thérapeutique du patient est concernée dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires de proximité.

- Dans le domaine sanitaire :

- Les résultats issus de la synthèse des rapports CRUQPC :

La synthèse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) évalue le nombre d'établissements proposant des formations aux membres de la CRUQPEC.

Il ressort de cette synthèse qu'en 2014, 33 établissements de santé sur 130 ont proposé des formations aux membres de la CRUQPEC hors représentants usagers (ils étaient 28 établissements en 2013).

- Les formations proposées par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)

Pour l'année 2015, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) a proposé des formations nationales déployées en région ainsi que des formations régionales sur les droits des usagers en direction des personnels hospitaliers des établissements de santé de la région Nord-Pas-de-Calais qui ont eu pour thèmes :

- ✓ Les outils de déploiement de la bientraitance (10 agents formés) ;
- ✓ Accompagnement des personnes en fin de vie (124 agents formés) ;
- ✓ Droits et protection des personnes dans les établissements de santé (60 agents formés) ;
- ✓ Information du patient en cas de dommage lié aux soins (36 agents formés) ;
- ✓ Prise en charge particulière des patients appartenant à une population spécifique (8 agents formés) ;
- ✓ Prévenir les erreurs médicamenteuses évitables (18 agents formés) ;
- ✓ Prévention des risques médicamenteux chez les personnes âgées (48 agents formés) ;
- ✓ Identifier les besoins des personnes avançant en âge et adapter l'accompagnement (4 agents formés) ;
- ✓ Prévention de l'iatrogénèse médicamenteuse (41 agents formés).

Au total, 349 agents hospitaliers ont bénéficié de formations organisées par l'ANFH sur ces thèmes en 2015 (contre 196 en 2013).

- Dans le secteur médico-social :
- Les formations proposées par l'URIOPSS Nord-Pas-de-Calais :

L'URIOPSS du Nord-Pas-de-Calais propose chaque année plusieurs modules de formation à destination des professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) adhérents. La plupart des stagiaires sont issus de formations en travail social ou exercent des fonctions « gestionnaires » (RH, juristes, techniciens paie, comptables). Les modules en italique sont ceux qui ont concerné davantage des professionnels de santé (HAD, EHPAD).

Formations réalisées en INTER (localisées à Lille, ces formations accueillent des professionnels de toute la région) :

- ✓ Le secret professionnel et le partage d'informations dans l'intervention sociale et médico-sociale – 1 jour, 6 stagiaires
- ✓ Gestion de l'agression réelle ou potentielle – MAPA - 5 jours, 14 stagiaires
- ✓ *Sensibilisation des professionnels de l'HAD au secteur médicosocial et au champ du handicap* - 2 jours / groupe, 4 groupes, 48 stagiaires au total (financement ARS)

Formations réalisées en INTRA (c'est-à-dire sur site, à la demande d'un ou plusieurs adhérent) :

- ✓ Promouvoir la bientraitance - 1 jour, 40 stagiaires / Métropole lilloise
- ✓ *Optimiser la prise en charge du résident – formation modulaire*, 77 stagiaires au total / Montreuillois
- ✓ Gestion de l'agression réelle ou potentielle – MAPA - 2 jours, 11 stagiaires / Métropole lilloise
- ✓ La protection de l'enfance - 1 jour / groupe, 3 groupes 38 stagiaires au total / Valenciennois
- ✓ S'inscrire dans une démarche collective d'amélioration continue des pratiques professionnelles - 1 jour, 13 stagiaires / Métropole lilloise
- ✓ *Troubles de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées : comment aider ?* - 1 jour / groupe, 2 groupes 27 stagiaires au total / Picardie
- ✓ *Culture de la bientraitance au sein des établissements et services pour personnes âgées - des repères ... à la mise en œuvre* - 1 jour, 14 stagiaires / Douaisis
- ✓ Promouvoir la bientraitance - 1 jour, 32 stagiaires / Dunkerquois

Au total, en 2015, 314 personnes ont été formées par l'URIOPSS Nord-Pas-de-Calais.

FOCUS n°2 – La gestion et le suivi des signalements et des réclamations adressées à l'Inspection Générale Régionale (IGR) de l'ARS du Nord-Pas de Calais-Picardie

Le bilan d'activité de l'Inspection Générale Régionale de l'année 2015 n'a pas pu nous être communiqué. Cependant, certains chiffres ont pu être recueillis.

Depuis le mois de janvier 2016, le point focal régional est le point d'entrée de l'ensemble des plaintes et des réclamations reçues à l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais-Picardie. L'Inspection Générale Régionale (IGR) assure le pilotage de la fonction Inspection/Contrôle au sein de l'ARS. Chaque année un programme régional d'inspection est établi par l'IGR sur la base de

priorités nationales arrêtées en commission nationale de programmation ainsi que de priorités régionales.

L'IGR a pour mission de centraliser les réclamations et les signalements d'évènements indésirables des établissements et services médico-sociaux et de santé reçus à l'ARS. Après analyse, ceux-ci sont enregistrés et orientés vers la direction qui en assurera l'instruction (ou conservés à l'IGR lorsqu'ils sont instruits directement par celle-ci). Le suivi de clôture de ces signaux est assuré par l'IGR.

Pour rappel, la procédure de la gestion d'une plainte définit le terme « réclamations » comme suit : terme englobant les requêtes, les doléances ou les réclamations y compris anonymes mettant en cause un établissement ou un opérateur accueillant du public dans les domaines sanitaire, médico-social ou en santé environnementale, qu'elles soient émises par un particulier (usager, famille), un professionnel ou une institution.

Les signalements sont de deux types :

- ✓ Les signalements des directeurs d'établissements médico-sociaux des évènements exceptionnels et/ou dramatiques :
Les directeurs d'établissements d'EMS doivent signaler à l'ARS toute problématique concernant par exemple la santé des résidents, la sécurité, le fonctionnement de l'établissement et les situations susceptibles d'être médiatisées.
- ✓ Les signalements des directeurs d'établissements de santé des évènements indésirables graves liés à des soins et des actes de violence. La déclaration de tels signalements constitue une obligation.

Les réclamations et signalements sont analysés et classés selon les paramètres suivants :

- ✓ Le type de structures mis en cause : vérification de la compétence juridique d'intervention de l'ARS par rapport à la structure.
- ✓ Les faits énoncés : vérification de la compétence juridique d'intervention de l'ARS par rapport aux faits énoncés.
Pour ces deux aspects, la réclamation ou le signalement pourra ainsi se voir attribuer le classement de « hors compétence » et être retransmis aux administrations plus concernées pour son traitement.
- ✓ Pour les signalements émanant des directeurs d'établissements médico-sociaux, une analyse des mesures prises par le directeur de la structure face à la situation exposée est réalisée :
 - Soit le directeur a pris des mesures adaptées, le signalement est classé en « mesures adaptées ».
 - Soit le signalement nécessite des investigations de la part de l'ARS, le signalement est alors classé sous la terminologie « avec investigation ».

L'IGR enregistre les réclamations dans l'application nationale puis émet des accusés de réception aux usagers adressant des réclamations à l'ARS. En ce qui concerne les signalements, l'IGR adresse un mail type à tous les signalants accusant réception puis met en place la procédure correspondante.

Les modalités d'instruction des réclamations et signalements « avec investigations » sont les suivantes :

- ✓ Les réclamations sont traitées en fonction de la nature des griefs, soit par transmission pour suites à donner au directeur de la structure, soit sur pièces ou soit par inspection.
- ✓ Les signalements « avec investigations » sont instruits soit sur pièces ou soit par inspection.

En 2015, 800 réclamations et signalements dont les faits et/ou l'établissement étaient de compétence juridique d'intervention de l'ARS (788 en 2014), dont :

- 354 réclamations (contre 389 en 2014).
- 194 signalements reçus en provenance des directeurs d'EMS et ES ayant nécessité une investigation de la part de l'ARS (96 en 2014).
- 252 signalements reçus en provenance des directeurs d'EMS et ES, et n'ayant pas nécessité d'investigation, le directeur de l'établissement concerné ayant pris des mesures adaptées face à la situation exposée (303 en 2014).

Commentaires de la commission spécialisée sur la gestion et le suivi traitement des signalements et réclamations par l'Inspection Générale Régionale (IGR) :

Le nombre de réclamations et signalements est en légère hausse par rapport à l'année 2014. Le nombre de signalements ayant fait l'objet d'une investigation a augmenté.

FOCUS n°3 – Les plaintes, les réclamations et les éloges dans les établissements de santé

➤ Les résultats issus de la synthèse des rapports CRUQPC :

Un certain nombre d'informations sur les plaintes, les réclamations et les éloges sont disponibles dans la synthèse 2014 des rapports CRUQPC.

Les plaintes, les réclamations et les éloges :

Les établissements de santé ne font pas toujours la distinction entre plaintes et réclamations. En effet, 48% des établissements déclarent ne pas distinguer les termes "réclamations" et "plaintes". Le nombre de plaintes et réclamations comptabilisé oscille d'un établissement à l'autre mais reste cohérent et en adéquation avec la taille et les activités de l'établissement.

Rappel juridique :

La CRUQPC « est informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données » (article L.1112-4 du Code de la Santé Publique).

Les modalités d'examen des plaintes et réclamations dans les établissements de santé sont régies par les articles R.1112-91 à 94 du Code de la Santé Publique. Parmi les obligations des établissements, il est précisé que « tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement des griefs ». Dans ce cas, la réclamation doit être consignée par écrit par l'établissement de santé afin d'être communiquée à son représentant légal.

Par ailleurs, à réception d'une réclamation écrite, le représentant légal de la structure doit informer le requérant dans les meilleurs délais de la possibilité de saisir un médiateur ou l'informer qu'il procède à cette saisie. En cas de médiation, un compte rendu de médiation doit être adressé dans les 8 jours au président de la CRUQPC ainsi qu'à ses membres.

Nombre de plaintes/réclamations écrites recensées :

3 360 plaintes recensées pour les établissements répondants en 2014. Ce chiffre est sensiblement identique à celui de l'année précédente : 3 416 en 2013.

- ✓ 2 076 plaintes pour les établissements publics répondants (2 084 en 2013 et 2 106 en 2012) ;
- ✓ 1 126 plaintes pour les établissements privés répondants (922 en 2013 et 866 en 2012) ;
- ✓ 458 plaintes pour les ESPIC répondants (410 en 2013 et 330 en 2012).

Depuis 2012, Le nombre de réclamations écrites est en constante augmentation dans les établissements privés.

Nombre de plaintes/réclamations orales recensées :

Les données fournies sont peu fiables car un peu moins de la moitié des établissements n'a pas indiqué le nombre de réclamations orales enregistrées en 2014.

731 réclamations ou plaintes orales recensées (contre 652 en 2013) :

- ✓ 323 pour les établissements publics (293 en 2013) ;
- ✓ 201 pour les établissements privés (208 en 2013) ;
- ✓ 207 pour les ESPIC (151 en 2012).

En 2014, il existe une relative stabilité au niveau des réclamations orales par rapport à l'année 2013.

Délais moyens de réponse aux plaintes/réclamations et éloges :

Le délai moyen de réponse pour les établissements répondants est de 15 jours (18 en 2012).

- ✓ 24 jours dans le public (25 jours en 2012, 32 jours en 2011) ;
- ✓ 10 pour le privé (11 jours en 2012 et 14 en 2011) ;
- ✓ 10 pour les ESPIC (12 jours en 2012 et 11 en 2011).

Le délai minimal moyen de réponse est de trois jours. Dans plus de la moitié des établissements, le délai minimum de réponse est inférieur à 7 jours.

Le délai maximal moyen de réponse est de 45 jours. Cependant, dans 16 établissements, il est compris entre 4 à 7 mois.

Les principaux motifs de plaintes ou réclamations (par ordre d'importance):

Comme en 2014, la prise en charge globale des aspects médicaux est le premier motif de plaintes ou réclamations. Le deuxième motif concerne la prise en charge globale des aspects para médicaux. Viennent ensuite l'hébergement et la logistique, le déroulement du séjour et l'accueil et l'administration.

Une comparaison des années 2013 et 2014 fait apparaître que le nombre de plaintes ou réclamations relatives au déroulement du séjour ainsi qu'à l'hébergement et à la logistique sont en légère baisse.

Le délai de prise en charge des réclamations :

En 2014, le délai moyen de réponse du représentant légal de l'établissement au plaignant reste plutôt stable (16 jours en 2014, 15 en 2013 et 18 en 2012). Ce sont les établissements publics qui mettent le plus de temps à répondre (environ 24 jours).

Le délai minimum moyen de réponse est de quatre jours. Dans $\frac{3}{4}$ des établissements, le délai minimum de réponse est inférieur à 7 jours.

Le délai maximum de traitement est quant à lui égal à 45 jours. Cependant dans 10 établissements, il est compris en 4 à 8 mois.

Les médiations médicales (suite à des plaintes ou des réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service) :

En 2014, 909 médiations ont été proposées (904 en 2013, 536 en 2012) dont :

- ✓ 754 dans le public : 83 % (82.5 % en 2013 et 61 % en 2012),
- ✓ 103 dans le privé : 11 % (10.73 % en 2013 et 28 % en 2012),
- ✓ 52 au sein des ESPIC : 6 % (6.74 % en 2013 et 11 % en 2012).

En 2014, tous établissements confondus, seules 259 médiations ont été effectivement réalisées soit un taux de réalisation de 28 %. On constate que ce taux avoisinerait les 75 % en excluant les établissements publics de cette moyenne. Dans le public, le nombre de propositions de médiations médicales est considérable et le nombre de réalisations est lui minime. Le taux de réalisation des médiations médicales dans les établissements publics est faible (18 %), comme en 2013.

Le taux de réalisation des médiations médicales dans les établissements privés est en baisse : il est de 61 % en 2014 alors qu'il était de 71 % en 2013.

En outre, 53 établissements sur 130 déclarent qu'aucune médiation médicale n'a été proposée au cours de l'année 2014.

Les médiations non-médicales (dont la plainte ou la réclamation n'a pas une cause médicale) :

594 médiations non médicales ont été proposées dans les établissements de santé de la région Nord-Pas-de-Calais en 2014 (604 en 2013). Dans les établissements publics, seules 10.7 % des médiations non médicales proposées ont été réalisées. Le chiffre s'élève à 88 % pour les établissements privés (69 % en 2013) et 100 % au sein des ESPIC (92 % en 2013).

Le taux moyen de réalisation des médiations non-médicales est en augmentation : 31.48 % en 2014 contre 25.65 % en 2013.

72 établissements sur 130 déclarent qu'aucune médiation non-médicale n'a été demandée.

La transmission du rapport du médiateur à la CRUQPC :

Tous établissements confondus, ce sont 69 % des rapports du médiateur qui sont transmis à la CRUQPC, taux en légère baisse par rapport à l'année 2013 (74 %).

Les rapports du médiateur sont transmis à la CRUQPC soit sous format papier par courrier postal ou directement remis au président de la CRUQPC lors d'une réunion.

FOCUS n°4 : Le suivi des plaintes par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins

Le Conseil Régional de l'Ordre des médecins (CROM) du Nord-Pas-de-Calais a communiqué un certain nombre de chiffres relatifs aux plaintes et doléances reçues par les conseils départementaux de l'ordre des médecins du Nord et du Pas-de-Calais ainsi que le nombre de conciliations réalisées et les plaintes transmises en chambre disciplinaire pour l'année 2015.

Lorsqu'une plainte est reçue par les conseils départementaux, une conciliation est systématiquement organisée. A l'issue de cette conciliation, il existe deux possibilités :

- soit le litige est réglé et un procès-verbal de conciliation est signé ;

- soit la plainte du patient est maintenue.

La plainte est alors présentée en réunion de conseil départemental et transmise à la chambre disciplinaire au conseil régional de l'ordre des médecins, qui est présidée par un magistrat. Un médecin est nommé rapporteur du dossier. Les parties sont entendues en audience et un jugement est rendu dans les six mois.

➤ Le suivi des plaintes par le conseil départemental de l'ordre des médecins du Nord :

Au total, en 2015, 245 plaintes et doléances ont été reçues par le conseil départemental des médecins du Nord. 87,8 % d'entre elles concernent des plaintes émises entre particuliers et médecins. 20 plaintes mettent en cause des médecins entre eux et une plainte oppose un médecin et un établissement de soins.

9 plaintes renvoient à des problèmes d'accès aux soins (dont une concerne la CMU-C).

47 conciliations ont été effectivement réalisées.

Enfin, 42 plaintes ont été transmises en chambre disciplinaire. La majorité d'entre elles (76,2 %) concernent un conflit entre particuliers et médecins. 11 plaintes entrent dans le cadre des « autres conciliations » et 4 plaintes concernent des médecins.

➤ Le suivi des plaintes par le conseil département de l'ordre des médecins du Pas-de-Calais :

Au total, en 2015, 158 plaintes et doléances ont été reçues par le conseil départemental des médecins du Pas-de-Calais. Comme pour le Nord, la majorité des plaintes reçues ont été déposées dans le cadre d'un litige opposant un particulier et un médecin (83 %). La totalité des plaintes restantes (au nombre de 27) concernent des médecins entre eux. Contrairement au département du Nord, aucune plainte mettant en cause un problème d'accès aux soins n'a été recensée.

143 conciliations ont été réalisées dans le département du Pas-de-Calais.

Enfin, 25 plaintes ont été transmises en chambre disciplinaire. 13 plaintes concernent un conflit entre particuliers et médecins. 12 plaintes concernent un conflit entre médecins.

➤ Le bilan des plaintes et doléances du conseil régional de l'ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais :

Au total, ce sont 403 plaintes et doléances qui ont été reçues pour l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais en 2015. 346 concernent des plaintes déposées par un particulier contre un médecin, 47 plaintes ont été déposées par un médecin contre un autre médecin et une plainte oppose un médecin et un établissement de soins. 9 plaintes concernent un problème d'accès aux soins dont une relative à la CMU-C.

190 conciliations ont été réalisées au total en 2015.

67 plaintes ont été transmises en chambre disciplinaire au conseil régional de l'ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais. 45 plaintes opposent un particulier et un médecin, et 13 plaintes opposent des médecins.

6 plaintes sont des plaintes directes émanant du conseil départemental.

FOCUS n°5 : L'évaluation du respect des droits des usagers et le recueil de la satisfaction des usagers

- Dans le domaine sanitaire :

- Les résultats issus de la synthèse des rapports des CRUQPC :

Le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le domaine hospitalier peut être analysé à partir des données de la synthèse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

L'analyse du fonctionnement des CRUQPC suppose d'examiner le taux de retour de leurs rapports annuels, ainsi que le nombre de représentants d'usagers désignés et le nombre de réunions par an.

Etablissements ayant une CRUQPC et taux de rapports des CRUQPC transmis à l'ARS :

98,5 % des établissements de santé de la région Nord-Pas-de-Calais ont transmis leur rapport 2014 à l'ARS Nord-Pas-de-Calais.

Les taux de retour les années précédentes étaient de 98.5 % en 2013 et 100 % en 2012 et 2011.

Composition et qualité des membres de la CRUQPEC :

Alors que la réglementation prévoit que les CRUQPEC soient composées de deux représentants d'usagers titulaires (et deux suppléants), seules 28 % des CRUQPEC de la région Nord-Pas-de-Calais disposent de deux représentants des usagers titulaires et de deux suppléants en 2014 (chiffre identique en 2013).

Nombre de réunions par an :

| Nombre de réunions par an | Total 2014 | Total 2013 | Total 2012 |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| Au moins 1 réunion / trimestre | 74 % | 60 % | 55 % |
| 3 réunions / an | 9 % | 23 % | 22 % |
| 2 réunions / an | 12 % | 11 % | 16 % |
| 1 réunion / an | 5 % | 6 % | 4 % |
| Pas de réunion | 1 étab. | | |

33 établissements au total ont organisé moins d'une réunion de la CRUQPC par trimestre. Les différentes explications apportées par l'établissement sont : le changement de direction, l'indisponibilité des membres ou encore l'absence d'un ordre du jour conséquent.

96 établissements ont organisé au moins une réunion de la CRUQPC par trimestre. Les raisons invoquées sont la préparation et validation du rapport annuel de la CRUQPC et l'examen des plaintes au fil de l'eau.

En ce qui concerne la répartition des établissements ayant réuni au moins une fois par trimestre leur CRUQPC, on constate que :

79 % des établissements privés ont réuni au moins une fois par trimestre leur CRUQPC.

75 % des ESPIC ont réuni au moins une fois par trimestre leur CRUQPC.

60 % des établissements de santé publics ont réuni leur CRUCPC au moins 4 fois dans l'année.

Le taux moyen de participation (tous établissements confondus) des membres obligatoires est de 79 % en 2014 alors qu'ils étaient 69 % en 2013 et 71 % en 2012.

Par ailleurs, le taux moyen de participation des membres obligatoires de la CRUQPC à ces réunions est le suivant :

- 72 % pour les établissements publics (67 % en 2013 et 69 % en 2012),
- 81 % pour les établissements privés (69 % en 2013 et 74 % en 2012),
- 78 % pour les ESPIC (72 % en 2013 et 70 % en 2012).

Le taux moyen de participation des représentants des usagers membres de la CRUQPC est de :

- 74 % pour les établissements publics (80 % en 2013 et 72 % en 2012),
- 79 % pour les établissements privés (81 % en 2013 et 71 % en 2012),
- 73 % pour les ESPIC (72 % en 2013 et 70 % en 2012).

Le taux de participation des représentants des usagers aux réunions des CRUQPC est en baisse puisqu'il atteint 76 % en 2014 (contre 78 % en 2013 et 71 % en 2012).

Les questionnaires de satisfaction :

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, tous les établissements confirment l'existence d'un questionnaire de satisfaction.

Le questionnaire de satisfaction est remis au patient à l'entrée dans 35 % des cas, à la sortie dans 26 % des cas, à l'accueil dans 21 % des cas. Il peut également être intégré dans le livret d'accueil.

Le taux de retour moyen des questionnaires de satisfaction est de 33 % en 2014. Les questionnaires sont majoritairement retournés après la sortie mais 17 % d'entre eux sont complétés le jour même de la sortie. Certains établissements ont mis en place une boîte aux lettres spécifique de façon à inciter les patients à remettre leur questionnaire de façon totalement anonyme.

La CRUCPC analyse les questionnaires de satisfaction dans 122 établissements (sur 130).

Les enquêtes de satisfaction :

90 % des établissements indiquent avoir réalisé au moins une enquête de satisfaction au cours de l'année 2014.

Selon le statut, la répartition est la suivante :

- ✓ 91 % des établissements publics ont réalisé au moins une enquête de satisfaction (88 % en 2013),
- ✓ 92 % des structures privées ont mis en place au moins une enquête de satisfaction en 2014 (84 % en 2013)
- ✓ 85 % des ESPIC déclarent qu'une enquête de satisfaction a été menée en 2014 (80 % en 2013).

- les résultats de la certification des établissements de santé V2014 de la Haute Autorité de Santé :

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français. La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS) réalisent les visites de

certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité dans la délivrance des prises en charge et des prestations d'un établissement de santé.

Elle concerne :

- ✚ les établissements de santé publics et privés,
- ✚ les installations autonomes de chirurgie esthétique,
- ✚ les groupements de coopération sanitaire.

De façon générale, la certification joue un rôle essentiel dans le développement de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé : elle a un impact significatif sur la structuration et l'organisation des démarches d'amélioration de la qualité et la mise en place de bonnes pratiques professionnelles.

Elle a également un rôle important sur l'évolution des modalités de travail avec un décloisonnement de l'organisation et le développement d'un regard transversal de nature à renforcer les mécanismes de sécurité de soins.

L'enjeu de la V2014, plus spécifiquement, est d'instaurer une démarche continue et personnalisée pour évaluer le système de management de la qualité et des risques d'un établissement de santé. Chaque établissement doit mettre en œuvre une démarche de gestion des risques ayant pour but d'assurer la sécurité des patients et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènement indésirable. Pour la V2014, les évolutions concernent notamment la mise en place du compte qualité qui devient le point d'entrée dans la procédure. De nouvelles méthodes de visite sont également mises en place : audits de processus sur les thématiques du manuel, méthode du patient traceur etc.

La Haute Autorité de Santé a mis à disposition des ARS les résultats de la certification V2014 pour les critères de certification correspondant à l'évaluation de la satisfaction des usagers (critère 9.b).

La HAS utilise une échelle de cotation à 4 niveaux : A, B, C ou D (A = l'établissement satisfait totalement au critère, B = en grande partie, C = partiellement et D = non).

Pour la région Nord-Pas-de-Calais, 120 établissements ont été évalués sur ce critère.

76 établissements ont reçu une cotation A (soit 63.3%) ;

44 établissements ont reçu une cotation B (soit 36.6%) ;

Aucun établissement n'a reçu de cotation C ou D sur ce critère.

FOCUS n°6 - Promouvoir la Bienveillance dans le domaine sanitaire et médico-social

- *Dans le domaine sanitaire :*

- Les résultats issus de la synthèse des rapports CRUQPC

La promotion de la bientraitance est un enjeu majeur dans le cadre des politiques liées à la qualité et à la sécurité des soins. Elle doit passer par une sensibilisation et une mobilisation de l'ensemble du personnel des établissements en contact avec le public.

La synthèse des rapports CRUQPC de l'année 2014 nous apprend que 120 établissements sur 130 déclarent mettre en place des actions de promotion de la bientraitance au sein de leur structure. 99 établissements proposent des actions de formation ou de sensibilisation sur ce thème à leur personnel.

➤ Les résultats de la certification des établissements de santé V2014 de la Haute Autorité de Santé :

La Haute Autorité de Santé a mis à disposition des ARS les résultats de la certification V2014 pour les critères de certification de l'objectif « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance » qui correspond au critère 10.a du manuel de certification. Les résultats ont été classés par spécialité de l'établissement concerné.

La HAS utilise une échelle de cotation à 4 niveaux : A, B, C ou D (A = l'établissement satisfait totalement au critère, B = en grande partie, C = partiellement et D = non).

Pour la région Nord-Pas-de-Calais, 120 établissements ont été évalués sur ce critère.

Sur les 74 établissements « court séjour » évalués : 24 % A (soit 18 établissements), 73 % B (soit 54 établissements), 3 % C (soit 2 établissements).

Sur les 11 établissements « HAD » évalués : 45 % A (soit 5 établissements), 55 % B (soit 6 établissements).

Sur les 34 établissements de santé mentale évalués : 32 % A (soit 11 établissements), 28 % B (soit 23 établissements).

Sur les 28 établissements de soins longue durée évalués : 39 % A (soit 11 établissements), 61 % B (soit 17 établissements).

Sur les 76 établissements « soins de suite et de réadaptation » évalués : 39 % A (soit 26 établissements), 66 % B (soit 50 établissements).

Remarque : aucun établissement n'a obtenu de cotation D pour ce critère.

➤ Le programme régional d'inspection de l'année 2015 :

La promotion de la bientraitance peut être analysée au regard des inspections menées dans le cadre du programme régional d'inspection établi par l'Inspection Générale Régionale en 2015 dans le champ médico-social.

Ces inspections ont été réalisées dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre la maltraitance, à l'aide de la grille de niveau 2 extraite du guide DGAS de repérage des facteurs de risque de maltraitance en établissements médico-sociaux (juillet 2002). La grille de niveau 2 permet une analyse plus approfondie de l'organisation et de fonctionnement d'un établissement.

En 2015 l'objectif national prévoyait l'inspection de 16 structures. L'ARS Nord-Pas-de-Calais a décidé d'inscrire au programme régional d'inspection 10 inspections d'établissements (contre 21 en 2014 et 20 en 2013) :

Sur les 10 inspections inscrites au Programme régional Inspection Contrôle 2015, 8 ont concerné des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 2 ont concerné des établissements prenant en charge des personnes handicapées.

11 inspections ont été réalisées suite à des réclamations ou signalements - 9 concernant des EHPAD et 2 concernant des établissements prenant en charge des personnes handicapées.

Des structures médico-sociales de prise en charge à domicile ont également été inspectées. En effet, l'inspection de ce type de structures était une nouvelle orientation nationale d'inspection-contrôle.

Pour l'année 2015, ont été réalisées :

- 4 inspections de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD),
- 4 inspections de Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD).

➤ Le dispositif des personnes qualifiées :

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit 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 départementale établie conjointement par l'ARS, le Conseil Départemental et le Préfet.

Qu'est-ce qu'une personne qualifiée ?

Toute personne accompagnée par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel à une personne qualifiée, en vue de l'aider à faire valoir ses droits.

Jeunes retraités ou formateurs, les personnes qualifiées ont été choisies par les autorités pour leur garantie d'indépendance et de neutralité et leur bonne connaissance du secteur social et médico-social. A ce titre, elles sont légitimes pour remplir une fonction de médiateur entre l'utilisateur et la structure qui l'accompagne.

Elles interviennent à titre bénévole dans les secteurs de l'enfance, du handicap, des personnes âgées et des personnes en difficultés spécifiques ou sociales.

Elle intervient sur demande de l'utilisateur ou de son représentant légal : elle ne peut donc pas s'autosaisir. Elle accompagne le demandeur d'aide pour lui permettre de faire valoir ses droits qui lui sont notamment reconnus aux articles L311-3 à L311-9 du code de l'action sociale et des familles.

Quels sont les droits concernés ?

- *Respect de la dignité, intégrité, intimité, sécurité ;*
- *Libre choix entre les prestations (domicile/établissement) ;*
- *Accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ;*
- *Confidentialité des données concernant l'utilisateur ;*
- *Accès à l'information ;*
- *Information sur les droits fondamentaux et les droits de recours ;*
- *Participation directe ou avec l'aide de son représentant légal au projet d'accueil et d'accompagnement.*

Des outils sont également prévus pour assurer le respect des droits. Ils servent de support à l'action éventuelle de la personne qualifiée. Il s'agit du livret d'accueil, de la charte des droits et liberté de la personne accueillie, du conseil de vie sociale, du projet d'établissement etc.

En 2015, deux réunions ont été organisées dans chacun des départements, le 10 avril à Lille et le 30 septembre 2015 à Arras. Ces réunions permettent d'assurer un suivi du dispositif en présence des personnes qualifiées, d'analyser la nature des points nécessitant l'intervention des personnes qualifiées ainsi que de faire remonter leurs besoins en matière de formation.

Dans le Nord : Le 10 avril 2015 une réunion réunissant les personnes qualifiées du Nord, ainsi que la

Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) du Nord, le Conseil Départemental du Nord et l'ARS a eu lieu à Lille. Les trois institutions ont, comme en 2014, constaté un faible recours au dispositif. En quatre mois, seules trois interventions ont été signalées. Plusieurs hypothèses sont émises concernant cette faible activité dont la faible connaissance du public sur le rôle des personnes qualifiées. Des demandes ne relevant pas du champ d'intervention des personnes qualifiées et traitées dans un autre cadre (maltraitance...) sont par ailleurs évoquées comme une autre explication.

Les personnes qualifiées du Nord ont organisé des actions de promouvoir le dispositif qui prennent la forme d'informations au sein de journaux, lors de réunions du CODERPA ou sur les sites internet des financeurs. Un flyer a à cet effet été créé et a été diffusé en 2015 par mail auprès des ESMS afin qu'il puisse procéder à un affichage du document ainsi qu'à son insertion dans le livret d'accueil. En plus des ESMS, le flyer a été diffusé aux têtes de réseau, aux CODERPA, CLIC, CARSAT, MDPH, SIAO, UTPAS ainsi qu'aux organismes de formation des travailleurs sociaux.

En ce qui concerne les formations, trois modules sont en attente de réalisation. Les formations organisées à l'URIOPSS et à l'ARS en octobre 2014 ne sont pas parvenues à réunir les 13 personnes qualifiées et l'intervention du 15 octobre 2014 sur les mandataires judiciaires a été annulée.

Dans le Pas-de-Calais : Le 30 septembre 2015 a eu lieu à Arras une rencontre des personnes qualifiées du Pas-de-Calais. Suite à la diffusion de la plaquette sur les personnes qualifiées, il y a eu une légère augmentation des appels. Ceux-ci ne concernent cependant pas toujours des situations relevant des missions des personnes qualifiées, ces dernières devant réorienter les interlocuteurs. Quelques rencontres ont été organisées par les personnes qualifiées avec les interpellants et les responsables des structures d'accueil ou des services. La médiation permet de façon générale de régler les difficultés ou au moins de rétablir un climat serein.

La réunion du 30 septembre 2015 a également été l'occasion pour les personnes qualifiées du Pas-de-Calais de bénéficier de présentations sur la mise en œuvre du dispositif ITEP à l'ARS Nord-Pas-de-Calais d'une part et de la démarche relative aux jeunes en situation complexe par le conseil départemental du Pas-de-Calais d'autre part. Ces présentations avaient essentiellement une visée informative mais elles peuvent également être vues comme de la formation dans l'idée éventuelle d'étendre le périmètre d'intervention des personnes qualifiées le cas échéant.

Il y a eu 25 sollicitations en 2015 auprès des personnes qualifiées du Nord et du Pas-de-Calais

Commentaire de la commission spécialisée sur la promotion de la bientraitance dans le sanitaire et médico-social :

La question de la bientraitance reste d'actualité et des progrès restent à faire tant dans le domaine sanitaire que médico-social. Il conviendrait de prévoir un suivi régulier des indicateurs.

FOCUS n°7 - Des données sur le fonctionnement des EHPAD :

➤ Les résultats de l'enquête en EHPAD de l'ANESM :

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a lancé en 2015 la 3ème enquête nationale relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bienveillance) dans les EHPAD.

Réalisée dans le cadre de l'opération "Bienveillance des personnes âgées accueillies en établissement" engagée par le Secrétariat d'Etat à la solidarité, cette enquête conduite dès 2008, renouvelée en 2010 puis 2015 par l'Anesm a pour objectifs :

- ❖ d'une part d'engager les professionnels dans la démarche d'auto évaluation de leurs pratiques ;
- ❖ d'autre part de réaliser un état des lieux national des pratiques de bienveillance dans les établissements.

La bienveillance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée.

C'est cette démarche continue de bonnes pratiques professionnelles et l'ensemble des enjeux qui en découlent pour la qualité de vie des résidents qui sont interrogés dans cette enquête nationale. D'ailleurs, cette démarche est une préoccupation massive des directeurs d'établissements puisque 77 % des EHPAD participants ont répondu au questionnaire (échantillon de 4 200 EHPAD). Cette enquête interroge aussi directement les usagers. Près de 1 500 présidents de conseil de vie social (CVS) se sont exprimés.

L'Anesm accompagne les EHPAD dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité en élaborant des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et en les guidant dans leur mise en œuvre. Les résultats de cette enquête permettent à l'Anesm d'observer les points forts et les points d'amélioration des EHPAD, de dresser un bilan par rapport à l'ensemble des recommandations qui ont été élaborées sur les différents thèmes et d'orienter ses travaux à venir. Ces derniers visent à prendre en compte non seulement les « nouveaux » besoins de la population hébergée mais s'articulent aussi avec les travaux des grands plans nationaux, comme notamment le plan maladies neuro-dégénératives (PMND) et le plan pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie.

Sur les modalités d'accueil des personnes à besoins spécifiques :

- 77 % des EHPAD disposent d'unités permettant d'accueillir des personnes à besoin spécifique. Un EHPAD sur deux dispose d'une unité pour personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentés.
- 19 % des EHPAD disposent d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA).
- 3 % disposent d'une UHR (unité d'hébergement renforcé).
- 3 % disposent d'une unité dédiée pour personnes handicapées vieillissantes.

Sur les actions de prévention :

- 91 % des EHPAD mettent en place des actions de prévention concernant les troubles de l'humeur et/ou cognitifs.

- 97 % des EHPAD répondants mettent en place des actions de prévention concernant les risques de chute.
- 99,5 % des EHPAD mettent en place des actions de prévention concernant les risques de dénutrition.

Sur l'accompagnement de la fin de vie :

- 82 % des EHPAD font appel à des équipes mobiles de soins palliatifs.
- 68 % à des réseaux de soins palliatifs ou de santé pluridisciplinaire.
- 67 % ont recours à l'hospitalisation à domicile (HAD).
- 50 % à une équipe mobile de gériatrie.

Sur les indicateurs de santé :

En moyenne par établissement, 28 % des résidents ont vu leurs directives anticipées recueillies, 93 % des résidents ont été pesés au moins une fois par mois, 43 % des résidents ont chuté dans l'établissement, 2 % de résidents ont acquis une escarre dans l'établissement et 66% des résidents hospitalisés l'ont été en urgence.

Sur l'ensemble des personnes accueillies dans l'Ehpad, un quart ont été hospitalisées en urgence, avec dans 86 % des cas une utilisation du dossier de liaison d'urgence (DLU).

Sur la vie sociale et l'expression des résidents :

Les résultats de cette enquête montrent que 74 % des EHPAD ont un conseil de vie sociale organisant au moins trois réunions annuelles.

Dans 42 % des établissements, le Président du Conseil de Vie Sociale est un représentant des familles et dans 58 %, un résident.

Trois présidents de CVS sur quatre considèrent que leur EHPAD favorise toujours l'implication des proches auprès des résidents. Les deux tiers considèrent qu'ils favorisent toujours le maintien des liens sociaux.

Les deux tiers des présidents de CVS considèrent que leur EHPAD favorise toujours une bonne qualité de vie. 71% qu'il favorise toujours le respect des personnes.

Sur la participation des présidents des CVS à l'évaluation interne :

72 % des présidents des CVS interrogés déclarent avoir participé à l'évaluation interne et 81 % d'entre eux à l'évaluation externe. 81 % des présidents de CVS sont informés des résultats de l'évaluation interne, et 83 % d'entre eux sont informés des résultats de l'évaluation externe.

Près d'un président de CVS sur deux considère que son établissement ne favorise pas toujours l'expression de la volonté des personnes.

Concernant l'expression collective des résidents :

Le taux de réponse apporté aux demandes du CVS s'élève à 89 %. 10 % de résidents n'ont reçu ou effectué aucune visite au cours des six derniers mois. A contrario, la moitié des résidents reçoit chaque semaine la visite de proches.

- L'expression individuelle des résidents :

84 % des projets personnalisés¹ sont élaborés avec le résident et/ou son entourage.

¹ Le projet personnalisé définit les objectifs de prise en charge du Résidant et les prestations qui lui sont délivrées. En effet, conformément aux droits des usagers mentionnés dans le Code de l'Action Sociale et des Familles et plus particulièrement à la Charte de la Personne Accueillie, les besoins et les aspirations des Résidents doivent être connus grâce aux informations recueillies, dès son entrée dans l'établissement.

En 2015, 72 % des EHPAD répondants recueillent le consentement des patients à leur entrée dans l'établissement. 84 % d'entre eux procèdent à un recueil des attentes de l'entourage lors de l'évaluation initiale (contre 50 % en 2010).

33 % des EHPAD réévalue le projet personnalisé à la demande du résident et 23 % à la demande de l'entourage.

66 % de résidents participent une fois par semaine à une activité collective. 37 % des résidents participent à au moins une activité individuelle hebdomadaire. Au moins 44 % des EHPAD accompagnent des résidents qui ne participent pas toutes les semaines à une activité (individuelle ou collective).

❖ **Les résultats de l'enquête régionale Nord-Pas-de-Calais menée auprès des EHPAD en 2014 : la coopération entre les EHPAD et le secteur sanitaire**

Chaque année, l'ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie mène une enquête auprès des 393 EHPAD de l'ex-région Nord-Pas-de-Calais afin de faire le point sur les conventions de coopération qui les lient avec le secteur sanitaire (y compris les professionnels libéraux). Ces conventions sont un levier important pour améliorer l'état de santé des résidents en EHPAD et donc leur accès aux soins. 173 établissements ont répondu à l'enquête relative à l'année 2014 soit 44 % de taux de réponse.

Les principaux résultats sont les suivants :

- ✚ 76.8 % des EHPAD possèdent une convention avec un centre hospitalier sachant que 8 % de ces EHPAD sont rattachés administrativement avec un tel centre.

Ces coopérations portent sur :

- L'hospitalisation elle-même ;
- Les équipes mobiles de soins palliatifs ;
- L'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- Le secteur psychiatrique ;
- La coopération pour la formation des professionnels ;
- L'organisation des temps de personnel partagé.

- ✚ 2 679 médecins traitants interviennent dans les 173 établissements et 30% ont signé un contrat de coordination.

- ✚ 960 masseurs-kinésithérapeutes interviennent dans les 173 établissements et 49% ont signé un contrat de coordination.

- ✚ Dans les EHPAD qui ont répondu, on compte un ou une aide-soignant pour 4.5 résidents, une infirmière pour 16 résidents et une aide médico-psychologique pour 33 résidents.

- ✚ Dans les EHPAD répondants, 54% déclarent un nombre de médecin-coordonnateur inférieur à la norme.

- ✚ Les EHPAD sont remplis à 94% dont un tiers est renouvelé chaque année.

- ✚ Le pourcentage d'hospitalisation des résidents accueilli est de 50%.

FOCUS n°8 - Accès au Dossier Médical dans les établissements de santé

- Les résultats issus de la synthèse des rapports CRUQPC :

La synthèse des rapports CRUQPC de l'année 2014 montre que les demandes de dossiers médicaux sont supérieures à ceux de 2012 et 2013.

Il faut souligner que le nombre de dossiers réclamés dans les établissements publics est considérable du fait du nombre important de dossiers demandés au CHRU de Lille. Les demandes dans cet établissement sont proportionnelles à sa taille (1 303 demandes de dossiers de moins de 5 ans et 707 demandes de dossiers de plus de 5 ans).

Par contre, 13 établissements déclarent n'avoir réceptionné aucune demande de dossier médical (quelle que soit l'antériorité du dossier) et 31 autres déclarent avoir reçu des demandes de dossier de moins de 5 ans mais aucune demande de dossier de plus de 5 ans.

Globalement, 58 dossiers de moins de 5 ans sont demandés par an et par établissement (CHRU compris). Si l'on exclut le CHRU, on atteint alors une moyenne de 48 dossiers.

En ce qui concerne les dossiers de plus de 5 ans, la moyenne s'élève à 15 dossiers demandés par an et par établissement (CHRU inclus). Cette moyenne descend à 10 dossiers en excluant le CHRU.

➤ Les résultats de la certification des établissements de santé V2014 de la Haute Autorité de Santé :

La Haute Autorité de Santé a mis à disposition des ARS les résultats de la certification V2014 pour les critères de certification correspondant à l'objectif « accès du patient à son dossier » qui correspond au critère 14.b du manuel de certification.

La HAS utilise une échelle de cotation à 4 niveaux : A, B, C ou D (A = l'établissement satisfait totalement au critère, B = en grande partie, C = partiellement et D = non).

Pour la région Nord-Pas-de-Calais, 120 établissements ont été évalués sur ce critère.

Sur 74 établissements « court séjour » évalués : 91 % A (soit 67 établissements), 8 % B (soit 6 établissements) et un établissement à reçu une cotation C.

Sur 11 établissements HAD évalués : 91 % A (soit 10 établissements), et un établissement a reçu la cotation B.

Sur les 34 établissements de santé mentale évalués : 82 % A (soit 28 établissements), 15 % B (soit 5 établissements), 3 % C (soit un établissement)

Sur les 28 établissements de soins longue durée évalués: 79 % A (soit 22 établissements), 18 % B (soit 5 établissements), 4 % C (soit un établissement)

Sur les 76 établissements « soins de suite et de réadaptation) évalués: 88 % A (soit 67 établissements), 11 % B (soit 8 établissements), 1 % C (soit un établissement).

Remarque : aucun établissement n'a obtenu de cotation D pour ce critère.

FOCUS n°9 – La prise en charge de la douleur et les directives anticipées

1/ La prise en charge de la douleur :

La prise en charge de la douleur s'applique dans les établissements de santé mais également au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

- *Dans le domaine hospitalier :*

- Les résultats issus de la synthèse des rapports CRUQPC :

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental de toute personne dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 et comme une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004. La douleur est définie comme un critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, l'évaluation et la prise en charge de la douleur étant un véritable enjeu de santé publique.

Dans le questionnaire des rapports des CRUQPC de l'année 2014, une question sur ce thème a été posée. Elle s'intitule : « existe-t-il une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur ? »

123 établissements sur 130 ont mis en place une procédure spécifique d'information des usagers sur le thème de la prise en charge de la douleur. Cette procédure, quand elle existe, est présente dans le livret d'accueil et/ou affichée dans les structures (116/123).

Quant à la formation des personnels sur ce thème, elle est fortement assurée dans les établissements : 101 établissements sur 123 ont formé leur personnel.

73 plaintes sur le thème de la prise en charge de la douleur sont relevées sur l'ensemble de ces établissements.

- Les résultats de la certification V2014 des établissements de santé de la HAS :

La Haute Autorité de Santé a mis à disposition des ARS les résultats de la certification V2014 pour les critères de certification correspondant à l'objectif « prise en charge de la douleur » qui correspond au critère 12.a du manuel de certification.

La HAS utilise une échelle de cotation à 4 niveaux : A, B, C ou D (A = l'établissement satisfait totalement au critère, B = en grande partie, C = partiellement et D = non).

Pour la région Nord-Pas-de-Calais, 120 établissements ont été évalués.

Sur 74 établissements « court séjour » évalués : 54 % A (soit 40 établissements), 45 % B (soit 33 établissements) et un établissement a reçu la cotation C.

Sur 11 établissements HAD évalués : 64 % A (soit 7 établissements), 27 % B (soit 3 établissements) et un établissement a reçu la cotation C.

Sur les 34 établissements de santé mentale évalués : 38 % A (soit 13 établissements), 53 % B (soit 18 établissements), 9 % C (soit trois établissements).

Sur les 28 établissements de soins longue durée évalués : 50 % A (soit 14 établissements), 46 % B (soit 13 établissements), 4 % C (soit un établissement).

Sur les 76 établissements « soins de suite et de réadaptation » évalués : 51 % A (soit 39 établissements), 46 % B (soit 35 établissements), 3 % C (soit deux établissements).

Remarque : aucun établissement n'a obtenu de cotation D pour ce critère.

2/ Les directives anticipées :

- Les résultats issus de la synthèse des rapports CRUQPC :

L'article 1111-11 du code de la santé publique dispose que toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces

directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de limitation ou l'arrêt de traitement. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant.

108 établissements sur 129 déclarent qu'une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie existe. Les modes d'information utilisés pour cette procédure sont identiques à ceux concernant la désignation d'une personne de confiance à savoir : l'affichage ou le livret d'accueil (95/108) puis l'information lors de l'entrée (38/108). De même les permanences (8/108) ou la désignation membre du personnel référent (11/108) sont des moyens très peu développés dans les structures. Aussi, moins de 50% des établissements déclarent avoir formé le personnel (45/108).

➤ Les résultats de la certification V2014 des établissements de santé de la HAS :

La Haute Autorité de Santé a mis à disposition des ARS les résultats de la certification V2014 pour les critères de certification correspondant à l'objectif "prise en charge et droits des patients en fin de vie" qui correspond au critère 13.a du manuel de certification.

La HAS utilise une échelle de cotation à 4 niveaux : A, B, C ou D (A = l'établissement satisfait totalement au critère, B = en grande partie, C = partiellement et D = non).

Pour la région Nord-Pas-de-Calais, 120 établissements ont été évalués.

Sur 68 établissements « court séjour » évalués : 57 % A (soit 39 établissements), 40 % B (soit 33 établissements), 3 % C (soit un établissement).

Sur 11 établissements HAD : 55 % A (soit 6 établissements), 45 % B (soit 5 établissements).

Sur les 23 établissements de santé mentale évalués : 22 % A (soit 5 établissements), 78 % B (soit 18 établissements).

Sur les 28 établissements de soins longue durée évalués : 57 % A (soit 16 établissements), 39 % B (soit 11 établissements), 4 % C (soit un établissement).

Sur les 66 établissements « soins de suite et de réadaptation » évalués : 56 % A (soit 37 établissements), 39 % B (soit 26 établissements), 5 % C soit 3 établissements).

Remarque : aucun établissement n'a obtenu de cotation D pour ce critère.

➤ Le programme régional de Gestion du Risque :

Il n'y a plus de programme régional de Gestion du Risque depuis le début de l'année 2015.

FOCUS n°10 – Assurer la scolarisation des enfants en situation de handicap

Les informations n'ont pas pu être obtenues sur ce thème.

FOCUS n°11 – Veiller au bon fonctionnement des CSDP

En 2014, la commission départementale des soins psychiatrique du Nord s'est réunie trois fois et la commission départementale des soins psychiatriques du Pas-de-Calais s'est réunie quant à elle quatre fois.

Le rapport de la CSDP 2014 du Pas-de-Calais n'ayant pas été validé au moment de l'élaboration du rapport, nous ne pouvons pas exploiter les données.

Toutefois, les rapports de l'année 2013 nous ont été transmis.

Tout d'abord, un rappel des *missions* des commissions départementales des soins psychiatriques :

La commission prévue à l'article L. 3222-5 :

- est informée dans les conditions prévues aux chapitres II (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) et III (admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat) du titre Ier du présent livre (droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques) de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision mettant fin à ses soins ;
- reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : celles de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée et celles de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;
- saisit en tant que de besoin le représentant de l'Etat dans le département ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques ;
- visite les établissements mentionnés à l'article L 3222-1, vérifie les informations figurant sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;
- adresse chaque année son rapport d'activité dont le contenu est fixé par décret en conseil d'Etat au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort au représentant de l'Etat dans le département, au directeur de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques d'ordonner la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;
- statue sur les modalités d'accès aux informations de toute personne admise en soins psychiatriques.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée.

La composition :

La commission départementale de soins psychiatriques comprend six membres nommés pour trois ans : deux psychiatres, un magistrat, deux représentants des usagers, et un médecin généraliste.

Dans le Pas-de-Calais, en 2013, la CSDSP s'est réunie trois fois : le 29 juillet 2013, le 28 octobre 2013 et le 16 décembre 2013.

Le département du Pas-de-Calais compte 8 établissements de santé habilités à soigner des personnes en hospitalisation sans consentement (9 sites au total). Les établissements regroupent 20 secteurs de psychiatrie.

Clinique « Aलोise Corbaz » du Centre Hospitalier d'Arras,

*Centre Hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer,
Centre de Psychothérapie du CH de Boulogne-sur-Mer,
Centre de Psychothérapie Henri Sellier du CH d'Hénin-Beaumont,
Centre de Psychothérapie « Les Marronniers » de Bully-les-Mines,
EPSM de Saint-Venant,
Centre de Psychothérapie du Ternois à Gauchin-Verloingt, dépendant de l'EPSM de Saint-Venant,
Unité de Psychothérapie du CH de Calais,
Centre de Santé Mentale du CH de Lens.*

L'ensemble de ces établissements ont fait l'objet d'une inspection durant les mois d'août, septembre et octobre 2013.

En conclusion :

- ❖ La CDSP du Pas-de-Calais privilégie la fonction de médiation auprès des patients et des personnels soignants sur la stricte fonction de contrôle. La commission a fait le choix d'annoncer à l'avance ses visites. Le président de la CDSP adresse un courrier d'information à chaque établissement visité.
- ❖ La CDSP s'organise en binôme pour assurer les visites.
- ❖ Les membres de la CDSP émettent un certain nombre de remarques :
 - ✓ Ils regrettent que pour les hospitalisations au long court, les certificats médicaux ne permettent pas suffisamment de voir l'évolution de la personne.
 - ✓ Il ne semble pas utile de reprendre dans tous les certificats médicaux les faits qui ont amené à la première hospitalisation.
 - ✓ Il paraîtrait plus intéressant d'avoir une description plus actuelle de la situation clinique de la personne
 - ✓ La décision prise par le juge des libertés et de la détention à l'issue de l'audience devrait figurer dans le dossier administratif du patient dans le livre de la Loi.

Dans le Nord, la commission départementale des soins psychiatriques s'est réunie à quatre fois à raison d'une fois par trimestre. Les réunions ont suivi un ordre du jour type :

- ✚ Validation du compte rendu de la réunion précédente ;
- ✚ Suivi des demandes de personnes hospitalisées sans consentement déjà examinées par la CDSP ;
- ✚ Examen des nouvelles demandes de personnes hospitalisées sans consentement telles que les plaintes relatives à des mauvais soins, des demandes de levées de l'hospitalisation sans consentement, des demandes d'informations ;
- ✚ Examen de la situation des personnes dont l'hospitalisation en admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé prononcée par le directeur d'établissement (procédure sans demande de tiers) ;
- ✚ Visites des CDSP des établissements de santé habilités : planification, bilan des visites ;
- ✚ Questions diverses.

Le département du Nord compte 13 établissements de santé habilités à soigner des personnes en hospitalisation sans consentement (21 sites au total) :

*EPSM Lille-Métropole d'Armentières,
EPSM des Flandres de Bailleul,
CH de Cambrai,
CH de Denain,
CH de Douai,
CH de Fourmies,
CHRU de Lille,*

*CH de Sambre Avesnois de Maubeuge,
CH de Saint-Amand les Eaux,
EPSM de l'agglomération Lilloise de Saint-André-lez-Lille,
Centre de psychothérapie « Duchesnois » de Saint-Saulve,
CH de Somain,
UHSA du CHRU de Lille.*

LA CDSP a visité les 21 sites au cours de l'année 2013. La commission a privilégié la fonction de médiation auprès des patients et des personnels soignants sur la stricte fonction de contrôle ; elle a annoncé à l'avance ses visites. Le président a envoyé un courrier d'information en ce sens au président de la CME de chaque établissement visité. Le secrétariat de la CDSP a informé le directeur de l'établissement.

Pour les visites, la CDSP a continué à s'organiser en binôme (un membre médecin et un autre non médecin) pour assurer ces visites.

Les visites de la commission départementale des soins psychiatriques ont pour objectif de vérifier le livre de la loi, le respect effectif des droits des patients, vérifier l'état des locaux et les pratiques pouvant portant atteinte aux libertés individuelles et recevoir toutes les personnes qui souhaitent rencontrer les membres de la commission.

Il apparaît que :

- ❖ La nouvelle loi de juillet 2011 a entraîné une nette augmentation des missions et charges des CDSP. Dans le département du Nord, département de France le plus peuplé avec 2 600 000 habitants, comptant 21 sites différents d'hospitalisation sous contrainte, les moyens de la commission qui étaient déjà notoirement insuffisants, ne lui permettent plus un fonctionnement correspondant au strict respect de la législation
- ❖ 600 mesures annuelles de mesures de soins en cas de péril imminent et plus de 250 hospitalisations se prolongeant au-delà d'un an qui devraient être examinées par la commission ce qui est matériellement impossible.
- ❖ Les différents lieux d'hospitalisation ne peuvent être visités correctement qu'une seule fois par an et non pas deux.
- ❖ Les moyens de secrétariat mis à disposition de la commission (0.5 ETP) sont eux aussi insuffisants.

Commentaire de la commission sur les commissions départementales des soins psychiatriques :

C'est la première fois que la commission obtient des chiffres sur le fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques.

2^{ème} Partie : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

Le cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport annuel sur le respect des droits des usagers de l'année 2015 comporte une orientation intitulée "renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous". Au sein de ce thème, plusieurs objectifs sont à renseigner.

Grâce aux résultats du CPOM Etat-ARS 2010-2013 et de l'avenant 2014, la plupart des données ont été obtenues. Celles-ci concernent les années 2013 et 2014.

Conformément à l'article L 1433-2 du Code de la Santé Publique, "les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le DGARS un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'Agence. Ce contrat est conclu pour une durée de quatre ans et est révisable chaque année".

Ce contrat définit les objectifs et priorités d'action de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé (PRS) prévu à l'article L. 1434-1. Il comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé, qui fixe des objectifs chiffrés d'économies. Il est conclu pour une durée de cinq ans et est révisable chaque année. Il fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP) permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs.

➤ Premier objectif : assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux :

En 2013, 1,4 % de la population vit dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale.

➤ Deuxième objectif : assurer l'accès aux structures de prévention :

En 2014, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50/74 ans s'élevait à 27,2 %. La même année, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans est égal à 51,2 %

En 2012, le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, la rubéole et les oreillons équivaut quant à lui à 88,2 %.

La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section maternelle est égale à 11,1 % en 2012.

➤ Troisième objectif : réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires :

17 contrats locaux de santé (CLS) ont été signés sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux.

Les écarts infrarégionaux d'équipements en établissements sociaux et médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus) s'élèvent, en 2013, à 9,1 % pour les personnes âgées et à 11,4 % pour les personnes handicapées.

Enfin, 712 logements ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique en 2014.

3^{ème} Partie : Conforter la représentation des usagers du système de santé

FOCUS n°12 - Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

Durant les années 2015 et 2016, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie du Nord-Pas-de-Calais a organisé des formations et des débats publics à destination de ses membres et des représentants des usagers plus particulièrement. Au total, cinq formations et deux débats publics ont eu lieu.

✚ 16 Janvier 2015 :

Séminaire des membres de la commission permanente de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) du Nord-Pas-de-Calais sur le thème de la géographie de la santé et de la territorialisation de la santé.

Intervenants : Olivier Lacoste, directeur de l'observatoire régional de santé (ORS) du Nord-Pas-de-Calais et Alain Corvez, consultant, ancien directeur de la stratégie de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon.

- 19 participants dont 4 représentants des usagers.

✚ 26 et 27 Janvier 2015 :

Formation destinée aux représentants des usagers membres d'une commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Organisée et animée par le Dr Francine Vanhee, ancien médecin-inspecteur de santé publique, chargée de mission « psychiatrie santé mentale » à l'ARS Nord-Pas-de-Calais.

✚ 20 avril 2015 :

Formation destinée aux membres de la CRSA Nord-Pas-de-Calais et des quatre conférences de territoire sur le thème « les ARS, organisation, missions, réforme territoriale ».

Intervenant : Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Nord-Pas-de-Calais.

- 114 participants dont 22 représentants des usagers.

✚ 30 septembre 2015 :

Formation destinée aux membres de la CRSA Nord-Pas-de-Calais sur le thème « initiation au champ médico-social ».

Organisée et animée par Bernard Rodrigues, Directeur Général de l'Union Départementale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales du Nord et Arnaud Bodinier, membre de la fédération française des associations de greffés cœur et poumons.

- 87 participants dont 20 représentants des usagers.

✚ 2 février 2016 :

Formation destinée aux représentants d'usagers membres des commissions d'activité libérale.

Organisée par le CISS du Nord-Pas-de-Calais, l'URAF Nord-Pas-de-Calais et l'UFC-Que Choisir, avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

Intervenants :

- Jean-Louis Salomez, président de la CRSA Nord-Pas-de-Calais
- Guillaume Blanco, responsable du service autorisations, planification à la Direction de l'Offre de Soins de l'ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie
- Dr Cécile Guitard, médecin chargée de mission à la direction de l'offre de soins de l'ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie
- Didier Vanquelef, référent santé à l'association UFC-Que-Choisir
- Dr Bernard Decanter, représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins du Nord
- Adeline Yessad, CHRU de Lille
- Francis Marie, représentant de l'association UFC-Que Choisir
- Frédéric Churlet, CPAM Lille-Douai
- 35 participants dont 31 représentants des usagers

🇫🇷 18 avril 2016 :

Journée droits des patients et de leurs droits organisée à l'initiative des CRSA du Nord-Pas-de-Calais et de Picardie et qui associe les CISS des deux ex-régions en appui avec l'ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie. La journée s'est tenue à Amiens.

Les sujets abordés ont essentiellement concerné de la notion de représentant des usagers, des droits des usagers ainsi que la personne de confiance.

176 participants.

🇫🇷 21 juin 2016

Journée Régionale sur le thème de la démocratie en santé organisée par les deux CRSA Nord-Pas-de-Calais et Picardie, le CISS Nord-Pas-de-Calais, l'UFC Que Choisir, l'URAF, le comité d'entente régional, l'URIOPSS.

➤ Les formations proposées par le CISS Nord-Pas-de-Calais

Pour cette partie, ont été recueillies pour 2015 les données du CISS Nord-Pas-de-Calais et celles contenues dans la synthèse 2015 des rapports CRUQPEC.

Au total, cinq formations ont été organisées par le CISS :

- **Etre représentant en CPAM**

Objectifs : Les représentants d'usagers sont souvent seuls face à leur mandat, il n'est pas toujours évident de se saisir des enjeux et avancées. Pour cela il est nécessaire de faire le point de temps à autre sur les représentations de chacun, les priorités et les actions à mettre en place.

Animée par :

- Pierre-Marie LEBRUN, Président du CISS Nord-Pas-de-Calais
- Magali LEO, Chargée de mission Assurance Maladie au CISS

Elle s'est déroulée le 21 janvier 2015 au CREAI à Lille avec 13 représentants des usagers.

- **Le rapport de la CRUQ : y participer, l'exploiter**

Objectifs : Utiliser le rapport de la CRUQ-PC pour influencer la politique et le fonctionnement de l'établissement au service des usagers ; permettre son utilisation par les instances de la démocratie sanitaire

Animée par : Jean WILS, responsable des relations avec les usagers à l'Hôpital européen Georges-Pompidou

Elle s'est déroulée le 2 mars 2015 au CREA à Lille avec 15 représentants des usagers.

- **RU en CRUQPC ou conseil de surveillance dont dépend un EHPAD**

Objectifs : Comprendre le fonctionnement spécifique des EHPAD, Cerner les problématiques des résidents et de leurs proches, Identifier les leviers de la participation des usagers à travers le CVS, Savoir comment intervenir, ou pas, en tant que RU de CRUQPC ou de conseil de surveillance

Animée par : Alice MAINDRON, responsable du service formation au CISS

Elle s'est déroulée le 16 avril 2015 à Arras à l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) du Pas-de-Calais avec 13 représentants des usagers présents.

- **RU et le système de santé**

Objectifs : Acquérir les bases de compréhension de la notion de santé publique, Comprendre le fonctionnement du système de santé et les logiques qui le traversent, Situer l'utilisateur parmi les différents acteurs du système, S'entraîner à préparer ensemble des positions à porter sur des questions de santé

Animée par : Maud LA RIDANT, Formatrice CISS

Elle s'est déroulée le 16 septembre 2015 à Arras à l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) du Pas-de-Calais avec 12 représentants des usagers présents.

- **RU, l'essentiel**

Objectif : Cerner les différents aspects de l'action de représentant des usagers

Animée par : MUNERELLE Esther, formatrice du CISS

Elle s'est déroulée le 24 novembre 2015 à Lille dans les locaux de l'APF avec 17 représentants des usagers présents.

Au total, 70 représentants des usagers ont suivi une formation dispensée par le CISS Nord-Pas-de-Calais dans la région en 2015.

➤ Les résultats issus de la synthèse des rapports CRUQPEC :

Etablissements ayant mis en œuvre des actions de formations pour les membres de la CRUQPEC

| | Total 2014 | Total 2013 | Total 2012 |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Formations RU | 30.8% | 30.3% | 25% |
| Formations autres membres | 25.4% | 21.2% | 38% |

4^{ème} Partie : Renforcer la démocratie sanitaire

FOCUS n°13 – Garantir la participation des représentants des usagers et des acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire

Analyse au regard du taux de participation global et par collège des membres de la CRSA et des quatre Conférences de Territoire de la région lors de leurs assemblées plénières en 2015.

➤ Taux de participation globale et par collège aux assemblées plénières de la CRSA en 2015 :

| Collèges | 20 avril | 30 septembre | Total 2015 | Total 2014 |
|---|----------|--------------|---------------|------------|
| 1- Collectivités territoriales (11) | 0.00 % | 0.00 % | 0.00% | 11.3% |
| 2- Représentants des usagers (16) | 100.00 % | 87.5 % | 93.75% | 75% |
| 3- Conférences de territoire (4) | 100.00 % | 75.00 % | 87.5% | 83.3% |
| 4- Partenaires sociaux (10) | 60.00 % | 30.00 % | 45% | 43% |
| 5- Cohésion et protection sociale (6) | 66.67 % | 66.67 % | 66.67% | 50% |
| 6- Prévention et éducation pour la santé (10) | 30.00 % | 80.00 % | 55% | 41.6% |
| 7- Offreurs de services de santé (34) | 67.60 % | 64.7 % | 66.15% | 58.8% |
| 8- Personnes qualifiées (2) | 50.00 % | 100.00 % | 75% | 66.6% |
| Tous collèges confondus (93 membres) | 59.2% | 63 % | 61.10% | 54.4% |

➤ Taux de participation aux assemblées plénières des Conférences de Territoire en 2015 :

La conférence de territoire Artois-Douais ne s'est pas réunie une seule fois durant l'année 2015.

| CT Métropole-Flandre intérieure | 18 novembre 2015 |
|--|------------------|
| Représentants établissements de santé (9) | 40% |
| Représentants établ sociaux et médico-sociaux (8) | 37.5% |
| Organismes promotion santé, environnement, précarité (3) | 100% |
| Représentants professionnels de santé (7) | 14.28% |
| Centres, maisons, pôles réseaux de santé (2) | 50% |
| Activité de soins à domicile (1) | 0% |
| Services de santé au travail (1) | 0% |
| Représentants des usagers (8) | 75% |
| Collectivités territoriales (7) | 0% |
| Ordre des médecins (1) | 100% |
| Personnes qualifiées (3) | 0% |
| Tous collèges confondus (50 membres) | 37,9% |

| CT Littoral | 18 juin 2015 | 26 novembre 2015 | Total |
|--|--------------|------------------|--------|
| Représentants établissements de santé (9) | 40% | 40% | 40% |
| Représentants établ sociaux et médico-sociaux (8) | 62.5% | 75% | 68.75% |
| Organismes promotion santé, environnement, précarité (3) | 66.6% | 33.3% | 50% |
| Représentants professionnels de santé (7) | 28.6% | 14.3% | 21.45% |
| Centres, maisons, pôles réseaux de santé (2) | 0% | 0% | 0% |
| Activité de soins à domicile (1) | 0% | 0% | 0% |
| Services de santé au travail (1) | 0% | 0% | 0% |
| Représentants des usagers (8) | 50% | 37.5% | 43.75% |
| Collectivités territoriales (7) | 0% | 0% | 0% |
| Ordre des médecins (1) | 0% | 100% | 50% |
| Personnes qualifiées (3) | 0% | 50% | 25% |
| Tous collèges confondus (50 membres) | 22.5% | 62.7% | 27.2% |

| CT Hainaut-Cambrésis | 21 mai 2015 | 12 décembre 2015 | Total |
|--|-------------|------------------|-------|
| Représentants établissements de santé (9) | 60% | 60% | 60% |
| Représentants établ sociaux et médico-sociaux (8) | 87% | 87% | 87% |
| Organismes promotion santé, environnement, précarité (3) | 0% | 0% | 0% |
| Représentants professionnels de santé (7) | 14% | 28% | 21% |
| Centres, maisons, pôles réseaux de santé (2) | 0% | 0% | 0% |
| Activité de soins à domicile (1) | 0% | 0% | 0% |
| Services de santé au travail (1) | 0% | 0% | 0% |
| Représentants des usagers (8) | 37% | 25% | 31% |
| Collectivités territoriales (7) | 50% | 50% | 50% |
| Ordre des médecins (1) | 0% | 100% | 50% |
| Personnes qualifiées (3) | 50% | 50% | 50% |
| Tous collèges confondus (50 membres) | 27% | 36.3% | 31.7% |

Commentaire de la commission spécialisée sur la participation des représentants des usagers et des acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire :

C'est encore une fois la présence des usagers qui « tire » vers le haut le taux de participation aux instances. La situation est catastrophique pour les conférences de territoire.

5^{ème} Partie : Le Programme de travail de la Commission spécialisée des droits des usagers et le suivi de ses recommandations

➤ Le programme de travail de la commission spécialisée durant l'année 2015 :

Les travaux de la commission font partie intégrante du rapport annuel. Il y a eu 10 réunions en 2015 contre 6 en 2014 et 10 en 2013. La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers est ouverte aux membres titulaires et suppléants du collège 2 de la CRSA. Elle a réuni à chaque réunion plus de 12 participants.

Les principaux sujets abordés ont été les suivants :

- Le service démocratie sanitaire présente un projet de renouvellement des représentants des usagers dans les CRUQPC avec un rôle important donné aux directeurs d'hôpitaux. Ce rôle est refusé par les représentants des usagers.
- La commission regrette que le programme régional d'amélioration de la couverture vaccinale (PRAVA) du Nord-Pas-de-Calais ressemble plus à un programme institutionnel qu'à un véritable programme général. Elle regrette l'absence de la médecine de ville dans le programme.
- La commission spécialisée « droits des usagers » prend connaissance du zonage pluri-professionnel de l'offre de soins de premier recours. Elle note le peu de succès des dispositifs nationaux destinés à améliorer la démographie médicale. Il y a 64 zones en difficulté dont 10 zones fragiles.
- La commission spécialisée prend connaissance du plan d'actions régional autisme 2014 – 2017 et s'inquiète de son suivi, de son évaluation et du manque de moyens.
- La commission spécialisée du 16 mars 2016 est consacrée à un bilan d'étape de l'expérimentation menée dans les EHPAD qui permet la participation d'un représentant des usagers au sein des conseils de vie sociale. Elle souhaite une évaluation externe à la fin de l'expérience au premier semestre 2016.
- La commission spécialisée a écouté un rapport complet sur la coopération sanitaire hospitalière et en particulier sur l'accord cadre franco-belge qui comprend un important chapitre sur les personnes handicapées.
- Les membres de la commission ont analysé les données issues de la synthèse des rapports des CRUQPC de l'année 2013.
- Une présentation du plan de développement de l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap est réalisée au mois de mai 2015.
- Le bilan de l'activité 2014 de l'Inspection Générale Régionale (IGR) est présenté devant les membres de la commission (389 réclamations).
- Le programme régional de prévention et d'accès aux soins des personnes en situation de handicap est présenté à la commission spécialisée « droits des usagers ».
- Le dispositif d'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été détaillé devant les membres de la commission spécialisée.
- Suite à la présentation du parcours « Parcoeur », les membres de la commission ont exprimé le souhait que la CRSA émette un avis officiel sur le document.

- L'association UFC-Que Choisir présente une étude sur la dénutrition des personnes âgées en établissement.
- Les membres de la commission spécialisée prennent connaissance de la charte de la personne dans son parcours personnalisé de santé et des professionnels l'accompagnant.
- La commission se félicite de l'aboutissement du projet de formation des représentants des usagers au sein des commissions d'activité libérale, qui a eu lieu le 2 février 2016.
- Les services de l'ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie proposent à la commission spécialisée les conditions de l'évaluation de l'expérimentation de la présence d'un représentant des usagers dans les conseils de vie sociale des EHPAD.

➤ Le suivi des recommandations :

Comme en 2014, la commission spécialisée ne fait pas de nouvelles recommandations compte tenu de toutes celles qui n'ont pas été suivies les années précédentes. La commission fait le bilan des recommandations dès la création de l'ARS (2010).

Recommandations du rapport 2010 de la CRSA :

Recommandation n°1 : Améliorer le mode de désignation des deux représentants des usagers dans les conseils de surveillance des établissements de santé. Faire en sorte que l'ARS « reprenne la main » sur l'ensemble des désignations des représentants des usagers dans les établissements et organismes de santé de la région

Suivi : cela a commencé à se faire de façon partielle sans entrain particulier et dans les conditions difficiles. Des informations plus optimistes et très récentes permettront sans doute de fortes avancées.

Note : 2/20

Recommandation n°2 : Faire en sorte que les séances de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers soient publiques pour permettre aux membres suppléants de participer

Suivi : Réalisé depuis 2011. Ne pose aucun problème dans la mise en œuvre. A proposer à d'autres CRSA.

Note : 20/20

Recommandation n°3 : Améliorer le taux de retour des rapports des CRUQPEC et des informations sur leur composition

Suivi: Réalisé dans la synthèse des rapports 2011 avec un taux de retour de 100 %

Note : 20/20

Recommandation n°4 : Améliorer la désignation des Personnes Qualifiées dans le secteur médico-social en ouvrant l'appel à candidatures à l'ensemble des associations agréées

Suivi : Réalisé en 2012 et 2013 dans les deux départements.

Note : 20/20.

Recommandation n°5 : Proposer la participation au Conseil de la Vie Sociale de quelques EHPAD volontaires de représentants d'associations agréées pour renforcer la parole des usagers fréquentant l'établissement

Suivi : idée retenue par l'ARS et mise en place en janvier 2014 pour deux ans jusqu'en janvier 2016. Evaluation durant l'année 2016.

Note : 20/20.

Recommandations du rapport 2011 de la CRSA :

Recommandation n°6 : Tendre vers un meilleur pilotage de la politique prévention régionale

Suivi : pas de nouvelles avancées à ce jour.

Note : 20/20

Recommandation n°7 : Créer un observatoire des dépassements d'honoraires

Suivi : non réalisé dans le cadre de l'ARS. Cela dépend de l'assurance maladie. Une étude sur les dépassements d'honoraires a été créée par le CISS en 2012 sur l'année 2010. Les données restent à être actualisées.

Note : 5/20.

Recommandation n°8 : Mettre en œuvre un programme de démographie des professionnels de santé pour lutter contre les quelques zones de désert médicaux dans la région

Suivi : l'objectif se réalise de façon insuffisante. Il ne dépend pas complètement de l'ARS.

Note : 5/20

Recommandation n°9 : Mettre en place un numéro de téléphone facilement mémorisable pour le système des gardes libérales

Suivi : l'objectif sera peut-être réalisé en 2017 suite à la loi de 2016.

Note : 10/20

Recommandation n°10 : Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Suivi : L'ARS Nord-Pas-de-Calais a réalisé un programme spécifique d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap (PRAPS-PH). Il reste à le mettre en application.

Note : 18/20

Recommandations de l'année 2012 de la CRSA :

Recommandation n°11 : Mettre en place une batterie d'indicateurs régionaux complémentaires à ceux proposés par l'arrêté national du 5 avril 2012 pour l'élaboration du prochain rapport.

Suivi : travail amorcé mais non terminé.

Note : 5/20

Recommandation n°12 : Suivre particulièrement le traitement des plaintes et réclamations dans les établissements de santé et plus globalement dans le domaine de la santé

Suivi : un chapitre a été créé sur ce thème dans le questionnaire adressé aux CRUQPC.

Note : 12/20.

Recommandation n°13 : Améliorer l'information des usagers et des citoyens sur la qualité de la prise en charge dans les établissements de santé et en médecine libérale

Suivi : le label AQE ne sera jamais mis en place.

Note : 0/20.

Recommandation n°14 : Mettre en œuvre de façon expérimentale un rapport annuel sur les relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge dans les établissements médico-sociaux (en commençant par les EHPAD).

Suivi : non réalisé, mais le sera en 2016 grâce à une initiative Picarde.

Note : 5/20

Recommandation n°15 : Mettre en place un observatoire de la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire et en milieu adapté

Suivi : non réalisé. Chiffres difficiles à obtenir.

Note : 5/20

Recommandation n°16 : Mettre en place une cartographie des médecins spécialistes officiant en secteur 1 par zone de proximité

Suivi : non réalisé

Note : 0/20

Recommandation n°17 : Diffuser plus largement les différents rapports (ou leurs synthèses) relatifs aux droits des usagers, y compris sous forme « papier », aux représentants des usagers et aux différentes autorités de santé et responsables d'établissements

Suivi : réalisé en 2015.

Note : 20/20

Recommandation n°18 : Faire parvenir aux représentants des usagers les questionnaires qui sont transmis aux responsables des établissements de santé et établissements médico-sociaux quant il s'agit de faire des enquêtes concernant les droits des usagers.

Suivi : non réalisé.

Note : 0/20

Recommandations de l'année 2013 de la CRSA :

Recommandation n°19 : Poursuivre l'organisation, chaque année, d'une journée régionale permettant les rencontres et échanges entre tous les représentants des usagers.

Suivi : réalisé en 2016 sur la démocratie sanitaire.

Note : 20/20

Recommandation n°20 : Identifier et mettre en place les conditions d'accès et d'exploitation des données concernant le respect des droits des usagers au sein des évaluations externes transmises à l'ARS par les structures médico-sociales.

Suivi : non réalisé.

Note : 0/20

Recommandation n°21 : Suivre la mise en œuvre du PRS et de ses programmes en veillant à ce que les usagers soient associés aux travaux des comités de suivi mis en place.

Suivi : très incomplet.

Note : 5/20

Recommandation n°22 : Travailler sur la question de l'effectivité des droits des personnes en situation de handicap à travers le respect des orientations et des compensations qui leur ont été reconnues et notifiées.

Suivi : non réalisé.

Note : 0/20

Durant les années 2014 et 2015, il n'y a pas eu de nouvelles recommandations.

Au total, 22 recommandations ont été faites les quatre premières années et aucun les deux dernières années.

- 8 recommandations totalement réalisées.
- 1 recommandation en voie d'être réalisées.
- 8 recommandations faiblement réalisées.
- 5 recommandations non réalisées.