

RAPPORT

RAPPORT ANNUEL 2016 SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTÉ

DONNÉES 2015

Juin 2017

CrSa
Île-de-France

Sommaire

PREAMBULE	5
PREMIERE PARTIE :	6
Synthèse de l'analyse des rapports CRUQPC	6
I. Synthèse de l'analyse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). 6	
1 Sur la composition et le fonctionnement des CRUQPC :	6
2 Sur les représentants des usagers :	6
3 Les réclamations et médiations :	7
4 Les droits des usagers-Information et respect :	7
5 Politique qualité - Accueil et prise en charge :	7
6 Les CRUQPC comme levier d'amélioration :	7
DEUXIEME PARTIE :	8
Indicateurs demandés dans le cahier des charges ministériel	8
I. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers. 8	
1- Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers 8	
1.1 Dans le domaine ambulatoire :.....	8
1.2 Dans le domaine sanitaire :	8
1.3 Dans le domaine médico-social :.....	9
2- Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	10
Ce critère est évalué par l'existence d'un processus de traitement des réclamations.....	10
2.1 Dans le domaine ambulatoire :.....	10
2.2 Dans le domaine sanitaire :	11
2.3 Dans le domaine médico-social :.....	11
3- Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance	12
3.1 Dans le domaine ambulatoire :.....	12
3.2 Dans le domaine sanitaire :	13
3.2 Dans le domaine du médico-social:.....	13
4- Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur	13
5- Droit au respect de la dignité de la personne - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	14
5.1 Dans le domaine ambulatoire :.....	14
5.2 Dans le domaine sanitaire :	14
5.3 Dans le domaine médico-social :.....	15
6- Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical	15
6.1 Dans le domaine ambulatoire :	15

6.2.	Dans le domaine sanitaire	15
6.3.	Dans le domaine médico-social :.....	16
	7- Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté...	16
	8- Droits des personnes détenues. — Accès aux soins des personnes détenues- Année 2015.....	18
	9 Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP).....	18
	II. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous.....	19
	1- Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.....	19
1.1	Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire (médecins libéraux)- Source Direction de l'Offre de soins – Pôle Ambulatoire – ARS IDF	19
1.2	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale (pas de cartographie plus récente que celle ci-dessous)	19
	2- Assurer financièrement l'accès aux soins.....	21
	3- Assurer l'accès aux structures de prévention.....	21
	4- Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur le territoire.....	22
4.1	Dans le domaine sanitaire :	22
4.2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique :	23
4.3	Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux	23
	Cet indicateur n'est plus suivi dans le cadre du CPOM	23
	II. Conforter la représentation des usagers du système de santé	24
	1 Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	24
	III. Renforcer la Démocratie Sanitaire	24
	1 Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.....	24
	2 Taux de participation des membres de la CRSA.....	24
	3 Taux de participation des membres des conférences de territoire (2015).....	25
	TROISIEME PARTIE : Actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers.....	27
	I. La labellisation des projets «droits des usagers».....	27
	II. Les travaux sur la représentation des usagers.....	28
	III. Le suivi des recommandations de la CRSA :	28
	GLOSSAIRE	30

PREAMBULE

Le rapport annuel sur les droits des usagers de la CRSA d'Ile-de-France de l'année 2016 sur les données recueillies pour 2015 est établi comme les années précédentes sur la base du cahier des charges ministériel.

Ce rapport présente plusieurs caractéristiques :

- L'instauration des Commissions des Usagers (CDU) dans les établissements de santé à la fin de l'année 2016 a entraîné des modifications dans la conception du rapport. La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CDSU) de la CRSA d'Ile-de-France n'a pas, en effet, souhaité recueillir cette année des éléments plus qualitatifs sur le fonctionnement des CRUQPC et la représentation des usagers. Elle a préféré attendre la mise en place des nouvelles CDU pour réaliser les entretiens qu'elle mène habituellement.
- La transition entre les Conférences de territoires et les futurs Conseils Territoriaux de Santé (CTS) au début de l'année 2017 n'a pas permis d'engager de nouvelles réflexions sur ce champ. Il conviendra cependant de se conformer pour l'exercice suivant à la nouvelle rédaction de l'article L1432-4 du code de la santé publique qui établit que «la CRSA procède, **en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé**, à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements».
- Un constat identique aux années précédentes :
 - Certains indicateurs font l'objet d'un recensement quasi exhaustif : les indicateurs des établissements de santé issus des rapports d'activité des CRUQPC qui font l'objet d'un Rapport de Synthèse Annuel de l'Agence régionale de santé Ile-de-France et ceux qui sont suivis dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS.
 - D'autres indicateurs sont difficiles à renseigner, notamment par manque d'informations disponibles. Ils ne sont pas transmis automatiquement par les différents acteurs en charge de ces domaines d'activité. Ils existent également des données difficilement exploitables.
 - Certaines données nécessiteraient la mise en place d'enquêtes ou de systèmes de requête, notamment dans le domaine médico-social, ce qui n'a pas pu être réalisé.

La Conférence Nationale de Santé a souhaité engager une réflexion, suite à des constats communs à de nombreuses CRSA, pour mettre en chantier un nouveau cahier des charges permettant de fédérer les détenteurs de données et les partenaires concernés pour aboutir réellement à un système d'observation décentralisé et territorialisé des droits. Mais, ces nouvelles dispositions ne prendront pas effet avant 2018.

Le présent rapport se décompose en trois parties :

- La synthèse de l'analyse des rapports des CRUQPC ;
- La remontée des indicateurs demandés dans le cahier des charges du Ministère ;
- Les actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers et le suivi des recommandations de la CRSA Ile-de-France.

PREMIERE PARTIE :

Synthèse de l'analyse des rapports CRUQPC

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

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

Le paragraphe ci-dessous reprend les grandes tendances qui se dégagent de l'analyse 2016 des rapports CRUQPC 2015.

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

Il faut noter que le taux de retour des Rapports d'activité des CRUQPC est de 100 % comme l'année dernière.

Les grandes tendances sont les suivantes :

Sur la composition et le fonctionnement des CRUQPC :

➤ **Désigner les quatre représentants des usagers (RU) requis :**

29% des établissements fonctionnent avec les 4 RU requis (28% en 2014).

➤ **Donner une meilleure visibilité à la commission :**

91% des établissements informent leur personnel du rôle et de la composition de la CRUQPC (85% en 2014).

➤ **Présenter le rapport d'activité aux autres instances de l'établissement :**

Le rapport a été présenté à la CME, au conseil de surveillance ou à l'instance de direction dans 64 % des établissements (65% en 2014).

Sur les représentants des usagers :

➤ **Accroître leur visibilité au sein de l'établissement :**

- 73% des établissements présentent les RU aux personnels dès leur arrivée (61% en 2012) ;
- 36% des établissements organisent des échanges avec les équipes soignantes (32% en 2012) ;
- 83% des établissements inscrivent les noms et coordonnées à jour des RU dans les documents d'information destinés aux usagers (75% en 2014).

➤ **Assurer leurs droits et des moyens matériels aux représentants des usagers :**

- 19% des établissements mettent à disposition des locaux réservés (20% depuis 4 ans)
- 47% ne mettent aucun moyen matériel à disposition des RU.

➤ **Diversifier les associations mandataires :**

A l'heure actuelle, l'Union nationale des familles et des amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), les Unions départementales des associations familiales (UDAF), Ligue contre le cancer et France Alzheimer sont les associations qui proposent le plus de représentants des usagers désignés au sein des CRUQPC.

Les réclamations et médiations :

➤ **Une meilleure information aux usagers sur la possibilité de saisir un médiateur :**

En 2015, le nombre de médiations réalisées s'est établi à 1092 contre 1153 en 2014.

La possibilité pour l'utilisateur de saisir le médiateur est communiquée principalement dans le livret d'accueil (97%).

95% des établissements informent les usagers de l'existence d'un médiateur après une demande spécifique ou une réclamation (le plus souvent dans la réponse à la réclamation).

Les droits des usagers-Information et respect :

➤ **Promouvoir l'information sur les directives anticipées**

55% des établissements délivrent une information aux usagers hors du livret d'accueil (52% en 2014).

87% des établissements informent le personnel soignant sur des directives anticipées (85% en 2014).

➤ **Réduire les délais de communication du dossier médical**

Le délai maximum de traitement des demandes est fixé à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers les plus anciens.

Or, les délais moyens de traitement sont de 9 jours pour les dossiers de moins de 5 ans (pas d'évolution constatée depuis 2013).

Les objectifs sont de :

- Réduire le délai moyen d'obtention des dossiers médicaux de moins de 5 ans pour répondre à l'objectif réglementaire de 8 jours.

- Envoyer systématiquement un courrier d'accusé de réception pour confirmer au demandeur l'enregistrement de sa demande et lui préciser la procédure à suivre.

Politique qualité - Accueil et prise en charge :

➤ **Mieux promouvoir la bientraitance**

85% des établissements mettent en œuvre des actions de promotion de la bientraitance (87% en 2014).

64% des établissements proposent à leurs personnels des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance (69% en 2014).

Les CRUQPC comme levier d'amélioration :

➤ **Une information plus complète des événements indésirables graves**

86% des CRUQPC sont informées des événements indésirables graves (EIG).

➤ **Une formulation des recommandations et leur évaluation**

51% des CRUQPC ont formulé des recommandations aux établissements tous statuts confondus (contre 53% en 2014).

32% des CRUQPC ont évalué l'application des recommandations émises l'année précédente (57% en 2014).

DEUXIEME PARTIE :

Indicateurs demandés dans le cahier des charges ministériel

I. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers.

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

1.1 Dans le domaine ambulatoire :

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

1.2 Dans le domaine sanitaire :

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014	Données 2015
Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.)	<p>Les thèmes les plus abordés sont : Prise en charge de la douleur (68%) Bientraitance/Maltraitance (59%)</p> <p>Les thèmes les moins abordés : Désignation de la personne de confiance (23%) Respect des croyances (26%) Accès au dossier médical (29%)</p>	<p>Les thèmes les plus abordés sont : Prise en charge de la douleur (66%) Bientraitance/Maltraitance (55%)</p> <p>Les thèmes les moins abordés : Désignation de la personne de confiance (23%) Le respect des croyances et des convictions (20%) Accès au dossier médical (20%)</p>	<p>Les thèmes les plus abordés sont : Prise en charge de la douleur (66,5%) Promotion de la bientraitance (55%)</p> <p>Les thèmes les moins abordés : La désignation de la personne de confiance (24%) L'accès au dossier médical (20%)</p>

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2015 des CRUQPC - ARS Île-de-France.

La typologie des formations par professions de santé et leurs répartitions géographiques ne sont pas disponibles.

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014	Données 2015
Nombre de formations proposées :	3 000	2 301	2 536
Nombre de personnes formées	30 650	24 331	26 139

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2015 des CRUQPC - ARS Île-de-France

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

1.3 Dans le domaine médico-social :

Ces informations ne sont pas disponibles :

- Les thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.),
- La typologie des formations par professions de santé et répartition géographique.
- Le nombre de personnes formées.

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

Ce critère est évalué par l'existence d'un processus de traitement des réclamations.

2.1 Dans le domaine ambulatoire :

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

- 1598 réclamations reçues en 2015 contre 1416 en 2014 répartis de la manière suivante :

Année	2013	2014	2015
Total des réclamations	1 624	1 416	1 598

Source : Direction du Pôle Démocratie sanitaire – ARS IDF

Evolution dans la répartition des réclamations par domaine depuis 2013					
Domaines fonctionnels	2013	2014	2015	Evolution 2014-2015	
Sanitaire	38%	45.6%	43.2%	↘	- 2.4
Médico-social	36%	34%	37.7%	↗	+ 3.7
Ambulatoire	13%	9.7%	10.8%	↗	+ 1.1
Défaut d'offre de soins	2%	2%	1.4%	↘	- 0.6
Détenus	1%	1.3%	1.6%	↗	+ 0.3
Autres	10%	5.2%	3.7%	↘	- 1.5

Dans le domaine ambulatoire, la CSDU souhaiterait que soient demandés aux différents Ordres Professionnels le nombre et la nature des plaintes et réclamations reçues à leur niveau.

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

Bilans des réclamations 2015 Ile-de-France par domaine fonctionnel													
Site	Sanitaire	Médico-social				Ambulatoire	Défaut offre de soins	Détenus	Hospitalisations sous contrainte	Pharmacie-Labo	Autres	Santé Environnement	TOTAL
		PA	PH Adultes	PH Enfants	Total MS								
75	124	32	12	13	57	53	3			5		242	
77	63	69	15	10	94	39		10				206	
78	68	51	10	4	65	6		3				142	
91	62	47	20	25	92	5		6				165	
92	77	49	1	17	67	10	7	6				167	
93	71	27	6	1	34	4	8					117	
94	77	57	21	11	89	12		9				187	
95	71	57	8	5	70	6	5					152	
Siège	77	17	9	8	34	37	0	1		18	53	220	
Total	690	406	102	94	602	172	23	25	9	18	58	0	1598
	43.2%				37.7 %	10.8 %	1.4%	1.6%	0.5%	1.1%	3.7%	0%	

La CSDU souhaiterait établir une collaboration avec les services du Défenseur des Droits sur les plaintes et réclamations reçues à leur niveau.

2.2 Dans le domaine sanitaire :

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014	Données 2015
proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC	100% des établissements répondants	100% des établissements répondants	100% des établissements répondants
Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014	Données 2015
proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA	99,9%	100%	100%
nombre de réunions par an (moyenne)	3,7	3,7	3,7
composition et qualité des membres de la CRUQPC ;	84% des RU ont été proposés par une association agréée 74 % des CRUQPC ne comportent pas les 4 RU requis	85% des RU ont été proposés par une association agréée 72 % des CRUQPC ne comportent pas les 4 RU requis	89% des RU en poste ont été proposés par une association agréée 71 % des CRUQPC ne comportent pas les 4 RU requis

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2015 des CRUQPC - ARS Ile-de-France.

2.3 Dans le domaine médico-social :

- Conseils de la Vie Sociale :

Indicateurs	Données 2012	Données 2013	Données 2014 et 2015
Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS)			
proportion d'établissements disposant d'un CVS	71%	NC	NC

Selon l'enquête sur le fonctionnement effectif des conseils de la vie sociale (données 2011-2012), sur 1100 questionnaires adressés par l'Agence, avec un taux de retour de 57%, 71% disposaient d'un CVS.

Depuis cette date, l'Agence n'a pas eu les moyens de faire un nouveau recensement.

La commission souhaiterait profiter de la création des GHT pour avoir un retour de données sur les CVS des EHPAD associés aux GHT.

Nombre de personnes qualifiées désignées par département :

Département	Arrêtés	Date de mise à jour	Nombre PQ/liste
75	Oui	13/12/2010	Liste caduque
77	Oui	05/09/2012	13 PQual
78	Oui	25/06/2015	7 PQual
91	Oui	10/03/2016	11 PQual
92	Oui	1/04/2015	13 PQual
93	Oui	26/04/2011	6 PQual
94	Oui	30/01/2015	9 PQual
95	Oui	17/12/2015	1 PQual
Total			60 PQual

A l'exception de Paris, l'ensemble des départements est maintenant couvert par un dispositif de Personnes Qualifiées répondant aux exigences réglementaires.

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

- L'organisation d'un appel à candidatures pour le recrutement de personnes qualifiées pour le département de Paris, afin de pourvoir les postes et de rédiger un arrêté conforme
- La commission constate à nouveau que ce dispositif est encore peu opérationnel et quand il est mis en place qu'il y a peu d'interventions ou qu'elles ne sont pas répertoriées.

La CRSA souhaite que les procédures établies (fiche mission type, lettre de sollicitation de la personne qualifiée...) soient actualisées et fassent l'objet d'une diffusion à l'ensemble des parties prenantes et éventuellement aussi aux conseils territoriaux de santé dans un deuxième temps.

De même, la commission souhaiterait avoir à sa disposition la communication des Rapports annuels des personnes qualifiées et la communication des statistiques de saisine des Préfectures et des Conseils Départementaux.

Des réunions d'échanges de pratiques pourraient aussi être organisées entre personnes qualifiées, selon des modalités à étudier avec l'ARS.

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

3.1 Dans le domaine ambulatoire :

Voir point 1.1.

3.2 Dans le domaine sanitaire :

Indicateurs à recueillir		Données 2014	Données 2015
Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent		87%	85%
Nombre d'établissements ou services ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 a de la v2010)	Etablissements ou services de court séjour	54 – cotation A 141- cotation B 4 cotation C	57 - cotation A 147 - cotation B 3 – cotation C
	Hospitalisation à Domicile	4 – cotation A 10 - cotation B 1 - cotation C	4 – cotation A 12 - cotation B 1 - cotation C
	Santé Mentale	32 - cotation A 73 - cotation B 2 - cotation C	33 - cotation A 77 - cotation B 2 - cotation C
	Soins de longue durée	17 - cotation A 26 - cotation B	17 - cotation A 27 - cotation B
	Soins de suite	66 - cotation A 117 - cotation B 4 - cotation C 1 - Cotation D	69 - cotation A 123 - cotation B 3 - cotation C

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2015 des CRUQPC - ARS Île-de-France.
Ministère de la santé – Indicateurs résultats de certification Haute Autorité de Santé

3.2 Dans le domaine du médico-social:

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

Ces informations ne sont pas disponibles (voir point 2.3)

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

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

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

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

Indicateur à recueillir	Etablissements et services	Année 2014	Année 2015
Cotation de la HAS des établissements et services sur la prise en charge de la douleur (ref 12a V10)	Etablissement de court séjour	105 - cotation A 80 - cotation B 23 - cotation C 1 - cotation D	116 - cotation A 81 - cotation B 24 - cotation C 1 - cotation D
	Hospitalisation à Domicile	7 - cotation A 8 - cotation B 1 - cotation C	8 - cotation A 8 - cotation B 2 - cotation C
	Santé Mentale	43 - cotation A 42 - cotation B 31 - cotation C 1 - cotation D	47 - cotation A 44 - cotation B 34 - cotation C 2 - cotation D
	Soins de longue durée	24 - cotation A 15 - cotation B 6 - cotation C	27 - cotation A 15 - cotation B 5 - cotation C
	Soins de suite	93 - cotation A 80 - cotation B 22 - cotation C	99 - cotation A 84 - cotation B 22 - cotation C

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

5- Droit au respect de la dignité de la personne - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

5.1 Dans le domaine ambulatoire :

Il n'a pas été possible d'obtenir l'indicateur à recueillir qui est le nombre de formations à la fin de vie.

5.2 Dans le domaine sanitaire :

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

Source : Synthèse régionale des rapports d'activité 2015 des CRUQPC - ARS Ile-de-France.

5.3 Dans le domaine médico-social :

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

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

6.1 Dans le domaine ambulatoire :

Voir point 1

6.2. Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014	Données 2015
Nombre de plaintes et réclamations sur l'accès au dossier médical	<ul style="list-style-type: none"> - 24/1624 réclamations reçues par l'ARS (1,47%) - 888 reçues dans les établissements (sur 19 331 réclamations) (CRUQPC) 	<ul style="list-style-type: none"> - 28/1441 réclamations reçues par l'ARS (1,9%) - 1256 reçues dans les établissements (sur 21 074 reçues) (CRUQPC) 	<ul style="list-style-type: none"> - 34/1598 réclamations reçues par l'ARS (2,15%) - 718 reçues dans les établissements (sur 22 254 reçues dans les établissements) (CRUQPC)
Indicateur à recueillir Nombre d'établissements ayant une cotation A,B, C dans les rapports de certification HAS Accès au dossier médical (ref 14b de la V10)	Etablissements et services	Année 2014	Année 2015
	Etablissement de court séjour	140- cotation A 45-cotation B 16-cotation C	151-cotation A 46-cotation B 16-cotation C
	Hospitalisation à Domicile	13-cotation A 2-cotation B	15-cotation A 2-cotation B
	Santé Mentale	74-cotation A 29-cotation B 8-cotation C	80-cotation A 29-cotation B 9-cotation C
	Soins de longue durée	27-cotation A 12-cotation B 4-cotation C	27-cotation A 13-cotation B 4-cotation C
	Soins de suite	132-cotation A 45-cotation B 13-cotation C	141-cotation A 48-cotation B 13-cotation C

Sources : Synthèse régionale des rapports d'activité 2015 des CRUQPC - ARS Île-de-France

L'accès au dossier médical est de la responsabilité des établissements de santé. Une très légère hausse des réclamations sur ce thème est à noter en 2015. De même, le délai d'obtention des dossiers de moins de 5 ans reste de 9 jours en moyenne dans les établissements de santé (au lieu des 8 jours réglementaires).

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

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

6.3. Dans le domaine médico-social :

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

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

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

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

L'indicateur à recueillir est le ratio « nombre de prises en charge / nombre de demandes de scolarisation en milieu ordinaire » afin de connaître le taux de couverture des besoins des enfants handicapés.

Pour les académies de Paris et Versailles, la comparaison est établie entre 2014 et la rentrée 2015 (octobre 2015). Elle met en évidence l'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap. Pour l'académie de Créteil, les données présentées concernent l'année scolaire 2015-2016.

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

	Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	854	2677	2474	1587
Nbre d'élèves total	65223	104861	85953	74492
Ratio élèves en situation de handicap	1,31	2,55	2,88	2,13

Pour rappel les données en 2014	<i>Ecole maternelle</i>	<i>Ecole élémentaire</i>	<i>Collège</i>	<i>Lycée</i>
Nbre d'élèves en situation de handicap	851	2589	2360	1250
Nbre d'élèves total	66189	105416	86316	73984
Ratio élèves en situation de handicap	1,29%	2,46%	2,73%	1,69%

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

	Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	3162	8981	6845	2173
Nbre d'élèves total	244 638	384 622	290 243	199 560
Ratio élèves en situation de handicap	1,29%	2,34%	2,36%	1,09%

Pour rappel les données en 2014

	Ecole maternelle	Ecole élémentaire	Collège	Lycée
Nbre d'élèves en situation de handicap	3058	8935	6170	2090
Nbre d'élèves total	241 585	382 653	289 687	195 669
Ratio élèves en situation de handicap	1,27%	2,34%	2,13%	1,07%

3- Ratio des élèves en situation de handicap à Créteil (94) – 2015-2016 :

	Premier degré	Second degré
Nbre d'élèves en situation de handicap	9 998	6 002
Nbre d'élèves total	510 608	376 439
Ratio élèves en situation de handicap	2%	1,6%

Les chiffres de scolarisation des élèves en situation de handicap augmentent de façon significative depuis plusieurs années. La majorité sont scolarisés en inclusion individuelle.

Cela correspond à l'augmentation du nombre de dispositifs ULIS premier et second degré, y compris en lycée.

Les trois rectorats franciliens travaillent ensemble, notamment depuis la rentrée 2015-2016 pour améliorer la fluidité des parcours scolaires et de formation de ces jeunes et les amener le plus possible vers une insertion professionnelle soit en milieu protégé, soit en milieu ordinaire.

De nombreuses formations sont organisées pour accompagner les enseignants dans ces prises en charge scolaire.

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

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

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

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

**8- Droits des personnes détenues. — Accès aux soins des personnes détenues-
Année 2015**

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

Les annulations de ces examens nécessitent en effet des reports, générant des délais d'attente supplémentaires de plusieurs mois. Les raisons peuvent être de la responsabilité de l'administration pénitentiaire, de la police, de la personne détenue ou de l'établissement de santé.

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

Dépt.	Etablissements pénitentiaires	Etablissements de rattachement	Nombre d'extractions pour consultation ou examens médicaux	Nombre d'annulation de ces extractions
77	CP Meaux-Chauconin	C.H. de Meaux	436	498
	CD Melun	C.H. Marc Jacquet	309	72
	CP Sud-Francilien	C.H. Marc Jacquet	Non renseigné	Non renseigné
78	MA Versailles	C.H. de Versailles	423	79
	CP Bois d'Arcy	C.H. de Versailles	567	386
	EPM Porcheville	C.H. Mantes-la-Jolie	133	3
	MC Poissy	C.H.I. Poissy Saint-Germain	386	42
91	MA Fleury Mérogis	C.H. Sud Francilien	Non renseigné	Non renseigné
92	MA Nanterre	C.A.S.H. de Nanterre	756	Non renseigné
93	MA Villepinte	C.H.I. Robert Ballanger	397	Non renseigné
94	CP Fresnes	Hôpitaux Universitaires Paris Sud, site Bicêtre	3492	580
95	MA Osny Pontoise	C.H. René Dubos	394	95
Total			7293	1755

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

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

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014	Données 2015
Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes	100%	100%	100%
Proportion de rapports transmis à l'ARS	100%	100%	100%

Source : Délégations départementales – ARS IDF

Les commissions santé mentale des conseils territoriaux de santé pourraient éventuellement demander les Rapports d'activité de ces commissions, notamment pour examiner l'indicateur des hospitalisations sans consentement.

Un groupe régional de réflexion sur la santé mentale, issu de la CRSA et élargi aux partenaires a poursuivi ses travaux en 2015. L'Île-de-France est, avec les régions PACA et Nord Pas-de-Calais,

une des seules régions à avoir mis en place des groupes de travail sur cette thématique.

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

1- Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.

1.1 Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire (médecins libéraux)- Source Direction de l'Offre de soins – Pôle Ambulatoire – ARS IDF

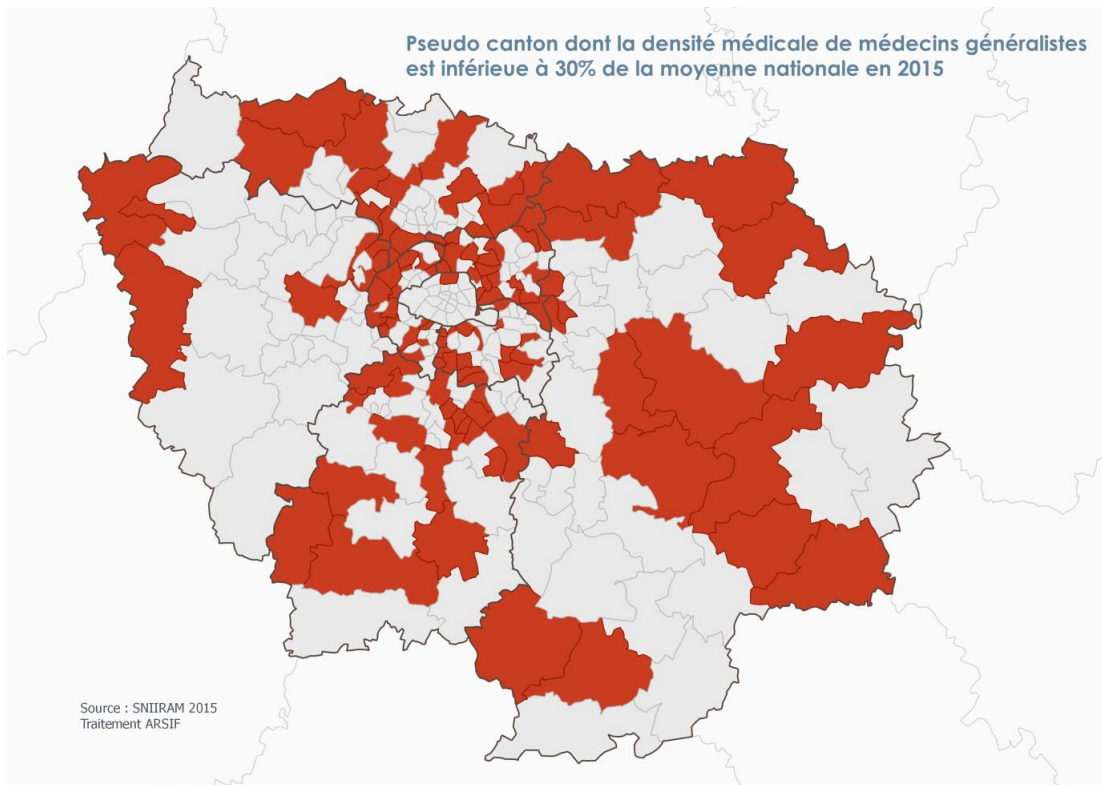
	75			77			78			91			92		
	Total	Sect2	% sect 2	Total	Sect2	% sect 2	Total	Sect2	% sect 2	Total	Sect2	% sect 2	Total	Sect 2	% sect 2
Total MG	2477	827	33%	973	241	25%	1126	273	24%	943	174	18%	1212	323	27%

Total Spécialistes	5490	3976	72%	825	441	53%	1323	827	63%	961	476	50%	1812	1203	66%
---------------------------	-------------	-------------	------------	------------	------------	------------	-------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-------------	------------

	93			94			95			Ile-de-France		
	Total	Sect2	% sect2	Total	Sect2	% sect 2	Total	Sect2	% sect 2	Total	Sect2	% sect 2
Total MG	1030	93	9%	962	142	15%	883	135	15%	9606	2208	23%

Total Spécialistes	938	393	42%	1105	607	55%	831	412	50%	13285	8335	63%
---------------------------	------------	------------	------------	-------------	------------	------------	------------	------------	------------	--------------	-------------	------------

1.2 Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale (pas de cartographie plus récente que celle ci-dessous)



Afin d'inciter les médecins généralistes à s'installer dans les zones sous-dense, un zonage pluri professionnel a été arrêté en 2015 en Ile-de-France.

Selon une méthodologie similaire à celle de 2012¹, le zonage 2015 a été mis à jour avec les évolutions suivantes :

- **Evolution de l'échelle territoriale à Paris** (IRIS / Grands Quartiers),
- **Extension de la population concernée** (30% de la population régionale),
- Prise en compte de la proportion d'omnipraticien **de 60 ans et plus**.

Les 272 cantons regroupant les 1 300 communes franciliennes ont été classés selon ces 4 critères : accessibilité, complémentarité, fragilité, besoin.

Les premiers cantons représentant 7% de la population francilienne ont été désignés « territoires déficitaires ».

L'Ile de France compte donc 29 territoires déficitaires (dont 2 ZUS à Paris) et 73 territoires fragiles (dont 1 ZUS à Paris).

¹ Les critères **méthodologiques** qui ont été retenus pour établir le zonage en 2012 sont :

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

1.3 Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins :

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

1.4 Nombre de structures d'exercice collectif :

1) Maisons de Santé Pluri professionnelles

DPT	75	77	78	91	92	93	94	95	TOTAL
NB	14	2	4	9	1	2	1	9	42

2) Centres de santé

DPT	75	77	78	91	92	93	94	95	TOTAL	Dont exclusivement dentaires
NB	111	8	12	21	54	83	40	19	348	68

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

2- Assurer financièrement l'accès aux soins

L'indicateur « nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins en CMU et AME », n'est pas disponible.

3- Assurer l'accès aux structures de prévention

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014	Données 2015
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)	39,8% (52,6 % au niveau national)	39,4% (51,4% au niveau national)	39,8% (52% au niveau national)	39,8% (Nal : 50,5 %)
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal (DOCCR)	25,2% (23,9 % au niveau national)	23,9% (29,8% au niveau national)	22,7% (29,8% au niveau national)	Non publié
Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	13.4 % des enfants scolarisés		NC	NC
Couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons, la rubéole	93,1 % pour la première dose 79,9 % pour la seconde dose		NC	NC

Source : Direction Générale Adjointe et Direction de la Santé publique ARS Ile-de-Franc

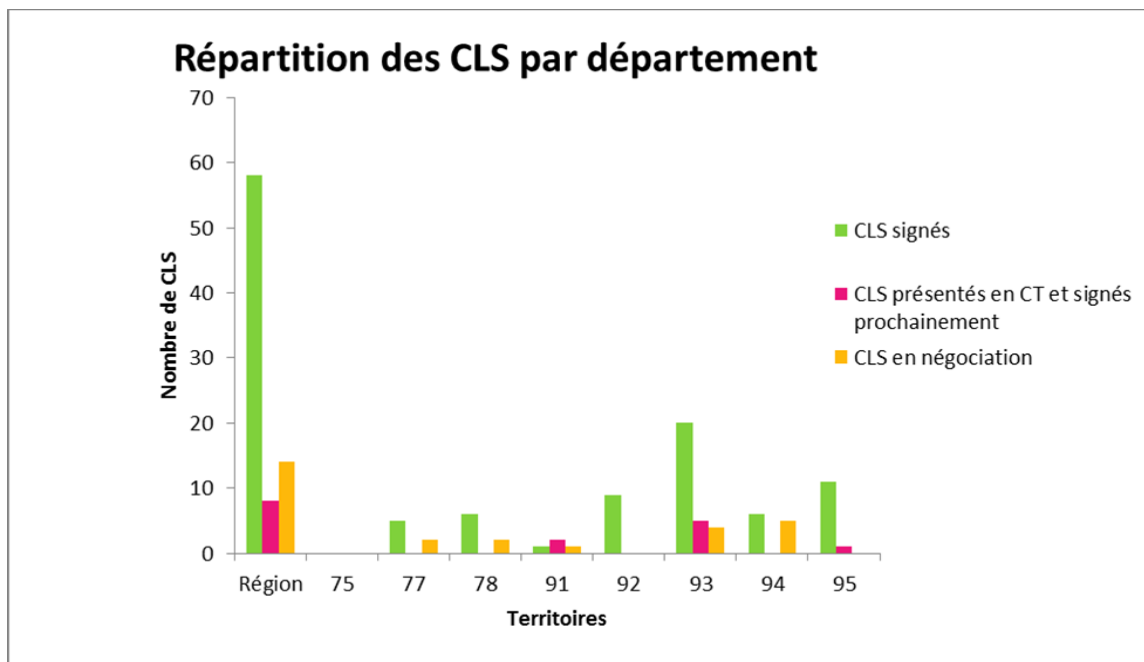
A noter :

- DOCS : Une stagnation, partout en France et IDF, et ce depuis plusieurs années. Même en tenant compte des démarches de détection individuelles, le taux de couverture stagne également aux environs de 70 % en IdF.

- DOCCR : une régression ou au mieux une stagnation, partout en France et IDF, liée aux conditions d'organisation du dépistage. Le nouveau test déployé en 2015 devrait permettre une meilleure participation à ce dispositif.

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

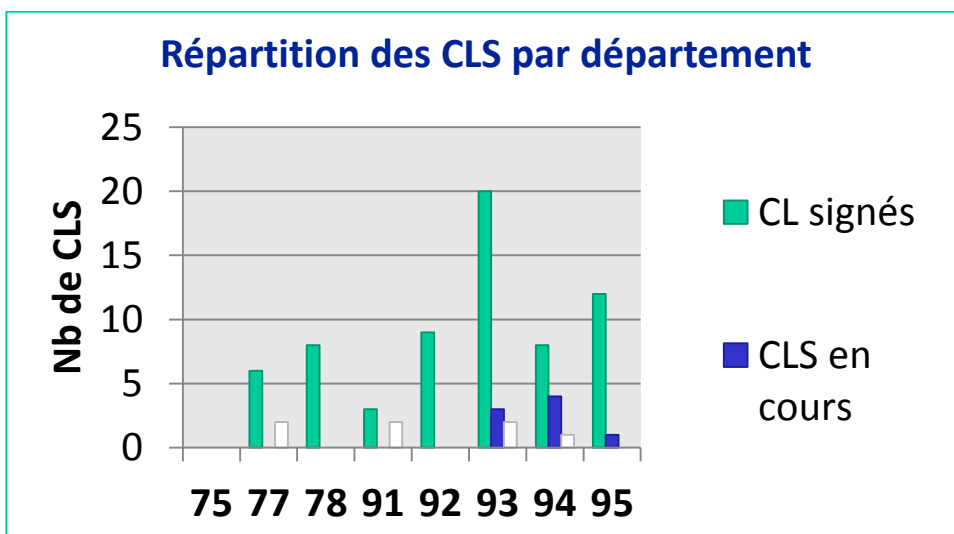
4.1 Dans le domaine sanitaire :



Source : Direction de la Santé publique – ARS IDF

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

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



4.2 Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique :

	Paris	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Val d'Oise	Ile-de-France
Nombre de logements et de parties communes ayant fait l'objet d'une notification de travaux en raison d'un risque d'exposition au plomb en 2015	127	71	340	101	18	111	11	6	785
Nombre de logements et de parties communes ayant fait l'objet d'une procédure d'insalubrité (L1131-22 à 26) en 2015	295	125	440	139	30	7	237	182	1455
Nombre total de logements et parties communes ayant fait l'objet d'une procédure CSP en 2014	422	196	780	240	48	118	248	188	2240

En 2015, l'objectif cible de 2000 logements et parties communes a été atteint et dépassé. L'activité reste stable par rapport à 2014 et confirme l'investissement de l'Agence sur cette problématique et l'efficacité des actions menées par les Délégations Départementales que ce soit en terme de mise en œuvre des mesures du Code de la Santé Publique ou en terme d'animation, d'information et de formation des acteurs et collectivités intervenant dans la lutte contre l'habitat indigne. La révision des connaissances sur les impacts sanitaires d'une exposition au plomb et l'abaissement du seuil de déclaration obligatoire des cas de saturnisme qui en résulte expliquent la progression du nombre de logements à traiter pour le risque plomb. Cette évolution devrait se faire sentir également sur les années à venir.

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

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

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

Ecarts Intra-Régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible	2013	2014	2015
Personnes handicapées de 0 à 59 ans	- 24,7 %	NC	NC
Personnes âgées de 75 ans et plus	-16,9 %	NC	NC

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

II. Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

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

- Nombre de Formations CISS I.D.F. en 2015 : de formations croisées (Professionnels, RU, Patients, Résidents).

Intitulés	Organisateurs-Partenariats	Participants (nombre)
Education thérapeutique en ville	URPS	60
Formation continue groupes de pairs RU en CRUQPC	-	10 +10+9+11
Etre RU en CRUQPC	FHP	15
Approfondissement : «place et mission du RU dans l'établissement sanitaire»	-	7
Prise de parole en réunion-mise en situation	-	3 +9
Formation continue des représentants des personnes âgées	CORERPA	7
Etre RU en CRUQPC	FHF	14
Formations croisées CISS IDF, Directeurs d'EHPAD, et représentants des familles en CVS	FHF	10
Formations croisées directeurs/RU	FHF	20
Total		185 <i>(et 215 avec les formations des 2 derniers mois)</i>

Source : Rapport d'activité CISS Île-de-France 2015

III. Renforcer la Démocratie Sanitaire

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 des membres de la CRSA

Présentisme par collèges pour les séances plénières en 2015 :

L'année 2015 se caractérise par 7 séances au total.

Collèges	Total général
Collège 1 - Collectivités territoriales	2%
Collège 2 - Associations d'Usagers	71%
Collège 3 - Conférences de Territoires	57%
Collège 4 - Partenaires sociaux	50%
Collège 5 - Acteurs de la cohésion et de la protection sociale	59,5%
Collège 6 - Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	58%
Collège 7- Offreurs des services de santé	51,5%
Collège 8 - Personnalités qualifiées	71,5%
Total général	50,5%

Source : Direction Pôle Démocratie sanitaire – ARS IDF

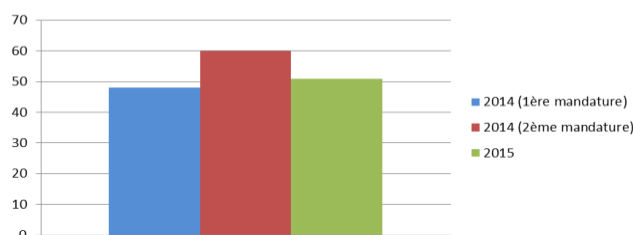
Les collèges ayant les taux de participation les plus élevés sont les usagers et les personnalités qualifiées.

Le collège qui a le taux le plus faible est celui des collectivités territoriales, en raison des périodes électorales et des délais de remplacement très longs selon les catégories d'élus. Pour les représentants des communes, les désignations ne sont intervenues qu'en juillet 2015.

Si l'on tient compte de ces dernières désignations, ce taux s'élève à 33 % pour les trois dernières séances plénières de 2015.

La participation à la CRSA est stable entre 2014 et 2015.

Participation CRSA 2014 - 2015



Taux de participation des membres des conférences de territoire (2015)

	CT 75	CT 77	CT 78	CT 91	CT 92	CT 93	CT 94	CT 95
Nombre de séances	10	4	2	10	3	7	2	6
Participation/Quorum	42%	38%	57%	48%	51%	33%	22%	40%
Collège 1 Etablissements de santé	35%	36%	31%	39%	50%	23%	11%	35%
Collège 2 Etablissements et services médico-sociaux	55%	44%	38%	51%	36%	38%	13%	25%
Collège 3 Promotion, prévention de la santé, environnement, lutte contre la précarité	42%	25%	33%	33%	33%	13%	33%	28%
Collège 4 Professionnels de santé libéraux	58%	46%	8%	62%	42%	45%	14%	42%
Collège 5 Centres de santé, promotion de la santé et réseaux de santé	75%	38%	25%	65%	63%	25%		58%
Collège 6 Activités de soins à domicile				30%	50%	88%		83%
Collège 7 Services de santé au travail	13%	50%	25%	20%	25%	13%	-	33%
Collège 8 Représentants des usagers	72%	66%	38%	76%	38%	32%	31%	77%
Collège 9 Collectivités territoriales	5%	15%	12%	23%	27%	14%	42%	0
Collège 10 Conseil de l'Ordre des Médecins	13%	-	-	-	50%	63%	100%	50%
Collège 11 Personnes Qualifiées	25%	60%	40%	100%	40%	75%	25%	67%

A l'identique de la CRSA, la participation est très inégale selon les collèges :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un prix a été décerné à un projet francilien : l'implication des proches dans la prise en charge du patient, en lien avec les professionnels de santé de réanimation de l'hôpital d'Argenteuil.

Pour rappel, voici les projets qui ont été labellisés depuis 2012 :

- 2012 : 31 dossiers présentés - 14 dossiers labellisés,
- 2013 : 21 dossiers présentés - 8 dossiers labellisés,
- 2014 : 27 dossiers présentés - 13 dossiers labellisés,
- 2015 : 17 dossiers présentés - 6 dossiers labellisés.

Une réunion de remise des labels a été organisée au siège de l'Agence en avril 2016 pour présenter les 6 dossiers labellisés en 2015 :

- Dans le cadre du renforcement des droits individuels et collectifs des usagers :
 - *Une action du Centre hospitalier de BLIGNY pour mieux faire connaître les RU et leurs missions (91) ;*
 - *Une action des Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière Charles Foix pour favoriser la reconnaissance du rôle des usagers dans le processus d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, par une optimisation du fonctionnement de la CRUQPC (75-94) ;*
 - *Une mise à disposition pour les patients hospitalisés et leurs familles d'un espace juridique de proximité au sein de l'EPS de Ville Evrard où ceux-ci peuvent bénéficier d'une information juridique (93).*
- Dans le cadre de l'amélioration du parcours de soins des patients :
 - *Un projet favorisant l'implication des proches dans la prise en charge du patient, en lien avec les professionnels de santé de réanimation de l'hôpital d'Argenteuil (95).*

- Dans le cadre du renforcement de l'accès à la prévention et aux soins, par une information adaptée aux populations vulnérables et la mise en place de techniques thérapeutiques innovantes :
 - *Prise en charge d'actions de prévention avec l'association de familles d'usagers en psychiatrie à l'EPS de Ville Evrard (93) ;*
 - *Ateliers d'expression associant les patients et les soignants, menés par une association la Fenice et le club thérapeutique Trouble(s) Fête à l'hôpital Les Murets (94).*

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

II. Les travaux sur la représentation des usagers

Les actions menées par l'ARS sont les suivantes :

En 2015 :

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

- Un Groupe de travail sur la représentation des usagers en établissement avec la CSDU, les fédérations hospitalières, l'AP-HP, le CISS, UFC Que Choisir et les référents CRUQPC des délégations départementales de l'ARS ;
- La valorisation des résultats de la synthèse des Rapports CRUQPC au sein des instances : CRSA, CODIR ARS IDF, Conférences de territoires, AP-HP...
- L'État des lieux des mandats de RU par établissement de santé et par département avec une mise en ligne sur le site internet de l'Ars ;
- L'actualisation de la page internet pour une meilleure identification de la personne ressource au sein de l'ARS IDF ;
- L'ajout de la rubrique «Comment désigner un RU» sur le site internet de l'Agence, avec mise en ligne de la procédure et du courrier type de demande de désignation.

En 2016-2017 :

Les perspectives d'actions sont les suivantes :

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

III. Le suivi des recommandations de la CRSA :

1. Sur la confection du Rapport sur le respect des droits des usagers.

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

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

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

La CRSA souligne que le formulaire informatisé de saisie des rapports CRUQPC doit être amélioré notamment en créant pour certaines catégories d'établissements (psychiatrie, personnes âgées) une typologie complémentaire spécifique.

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

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

Lors de l'enquête qualitative sur les CDU, la CSDU étudiera la proportion de comités et de commissions des usagers dans les GHT.

3. Sur la représentation des usagers (RU)

36% des postes de RU restent vacants (comme en 2014).

Il faudra avoir des indicateurs actualisés avec la mise en place des CDU, pour voir si ce taux a diminué.

La transformation des CRUQPC en CDU sera donc l'occasion d'une remise à plat des mandats des RU.

L'Agence s'engage dans ses perspectives 2017 à sensibiliser le Groupe de travail des RU pour échanger sur les problématiques des mandats vacants, informer sur les procédures de désignation et présenter les nouvelles missions des Commissions sur les Droits des Usagers (CDU).

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

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

GLOSSAIRE

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

URIOPSS : Union régionale interfédérale des Œuvres et des Organismes Privés - Sanitaires et
sociaux d'Île-de-France

V 2010 : Certification des Etablissements - Version 2010

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

Tél. : 01 44 01 07 62

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

CrSa
Île-de-France