



**Conférence Régionale
de Santé**

RAPPORT

de la formation spécialisée
sur le respect des droits des usagers
du système de santé

2007



SOMMAIRE

Introduction	3
I. La formation spécialisée sur le respect des droits des usagers du système de santé en région Centre.....	3
II. Rappel des travaux menés par la commission en 2006.....	4
III. Les travaux de la Commission réalisés en 2007.....	5
Enquête sur le respect des droits des usagers du système de santé	6
A. Le dossier médical.....	7
B. Le livret d'accueil.....	7
C. La charte de la personne hospitalisée.....	8
D. L'accès au dossier médical.....	9
E. L'archivage du dossier médical.....	9
Enquête régionale sur les représentants des usagers siégeant dans les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ)	10
I. Exploitation de l'enquête.....	11
II. Les représentants des usagers.....	11
III. Les établissements de santé.....	12
IV. Les réunions de CRUQ.....	12
V. La formation des représentants des usagers.....	12
VI. Les difficultés rencontrées par les représentants des usagers.....	13
Journée régionale de formation et d'échanges Respect des droits des usagers du système de santé Lundi 12 novembre 2007 (BLOIS)	14
I. Objectifs.....	14
II. Déroulement de la journée.....	15
III. Bilan de la journée : synthèse des questionnaires d'évaluation.....	17
Les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) Analyse des bilans d'activité 2006	19
I. Exploitation des rapports d'activité 2006.....	19
II. Les thèmes de référence.....	20
A. Les plaintes et réclamations.....	21
B. Les suites données.....	21
C. L'accès au dossier médical.....	21
D. Les perspectives et recommandations relatives au respect des droits des usagers.....	21
E. Les cas particuliers.....	22

III. Les recommandations de la formation spécialisée.....	22
Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)..	
Présentation du dispositif.....	24
I. Fonctionnement des PASS.....	26
II. Activités des PASS et publics rencontrés.....	26
III. Les partenariats développés par les PASS.....	28
Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogenes et des infections nosocomiales (CRCI).....	29
I. Les missions de la C.R.C.I.....	29
A. Favoriser la résolution des conflits par la conciliation.....	29
B. Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.....	29
II. La saisine de la commission.....	30
III. La composition de la CRCI.....	30
IV. Les domaines de compétences de la CRCI.....	31
V. L'organisation des CRCI.....	31
Etude du rapport d'activité de la (CRCI) de la région centre pour la période du 1^{er} mai 2006 au 30 avril 2007.....	32
I. Les réunions et travaux de la CRCI.....	32
II. Les expertises de la CRCI.....	34
A. Les expertises préalables (article R.1142-14 du Code de la santé publique).....	34
B. Les expertises au fond.....	34
C. Les délais.....	35
III. Conciliation.....	35
IV. Synthèse.....	36
A. Bilan d'activité.....	36
B. Les problèmes de personnel.....	37
C. L'augmentation du nombre de dossiers.....	37
D. L'analyse des expertises.....	37
V. Observations de la formation spécialisée.....	38
Conclusion	39
Annexes :	41

INTRODUCTION

Rappel des textes:

- ❑ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ❑ Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- ❑ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- ❑ Décret n°2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé
- ❑ Circulaire du 21 décembre 2005 relative aux Conférences régionales de santé 2005/2006 et à la finalisation des plans régionaux de santé publique : « La conférence régionale de santé adopte [...] un rapport annuel d'activité transmis à la direction générale de la santé. Le rapport annuel de la conférence régionale de santé retracera l'activité de cet organe de concertation [...] »
- ❑ Circulaire du 10 juillet 2006 relative au rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé

L'article L. 1411-12 du code de la santé publique prévoit que la conférence régionale de santé procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport spécifique qui est transmis à la conférence nationale de santé.

Ce rapport est adopté par la conférence à la majorité des membres présents.

La circulaire du 10 juillet 2006 relative au rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé indique que les « droits des usagers du système de santé » s'entendent non seulement des droits de chaque personne prise individuellement, mais également des droits tendant à reconnaître l'expression collective des usagers et des personnes malades.

I. La formation spécialisée sur le respect des droits des usagers du système de santé en région Centre

La formation spécialisée, présidée par Danièle DESCLERC-DULAC, s'est réunie 7 fois durant l'année 2007.

Celle-ci comprend 23 membres répartis comme suit :

- collègue 1 : représentant les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire : **5 personnes**
- collègue 2 : représentant les malades et les usagers du système de santé : **5 personnes**
- collègue 3 : représentant les professionnels de santé exerçant à titre libéral, des professionnels médicaux et non médicaux, y compris sociaux, ainsi que des professionnels de médecine préventive et de santé publique : **3 personnes**

- collège 4 représentant notamment les institutions et établissements publics et privés de santé, des institutions sociales et médico sociales, des organismes de prévention et d'éducation pour la santé : **4 personnes**
 - collège 5 composé de personnalités qualifiées : **3 personnes**
 - collège 6 représentant le Conseil économique et social régional : **3 personnes**
- (cf. annexe n°1)

II. Rappel des travaux menés par la commission en 2006

Le premier rapport consacré au respect du droit des usagers a été réalisé durant l'année 2006 ; ce rapport a été adopté par la Conférence régionale de santé réunie en formation plénière le 13 février 2007.

La première étape de la démarche de la formation spécialisée consistait à réaliser un état des lieux sur le respect des droits des usagers.

Ce document retraçait notamment les principaux textes relatifs au respect des droits des usagers : la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Ce rapport présentait également les principales instances consacrées aux usagers du système de santé, ou dans lesquelles les représentants de malades étaient appelés à siéger : le Comité régional des usagers des établissements de santé de la région Centre (CORUDES), le Collectif inter associatif sur la santé (CISS), les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), le Groupe de réflexion sur les relations entre les associations de malades et l'INSERM (GRAM), le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Les travaux de la commission portaient :

- d'une part sur les établissements de santé et les instances sanitaires : la démarche de certification et la Haute Autorité de Santé, les CRUQ et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- et d'autre part, sur les dispositifs de l'Assurance maladie en faveur du respect des droits des usagers : les services et actions contre la précarité, le dispositif InfoSoins, la fonction Conciliateur dans les CPAM, les centres d'exams de santé, la protection sociale des populations en situation de vulnérabilité.

Enfin, en conclusion, la commission avait formulé un certain nombre de recommandations :

- inciter à la mise en place et au fonctionnement des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) dans l'ensemble des établissements de santé de la région Centre avec une participation éclairée et constructive des usagers,
- développer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les zones à populations fragilisées en lien avec l'Agence régionale de l'hospitalisation,
- diminuer les délais d'examen des dossiers devant la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI),
- développer la fonction de conciliateur dans les Caisses primaires d'assurance maladie,
- s'intéresser à la personne de confiance : modalités de mise en œuvre dans les établissements.

La formation spécialisée avait également souligné l'opportunité d'organiser :

- une journée d'information à destination des présidents ou de leur représentant des CRUQ, des PASS, des responsables des conciliateurs des CPAM, etc.. ;
- une journée d'information à destination des diverses associations pour une restitution des travaux sur le respect des droits des usagers dans le domaine de la santé.

A l'issue de ce premier rapport, l'année 2007 de la CRS du Centre avait été placée sous le signe du « respect des droits des usagers ».

Cela s'est notamment concrétisé par l'organisation d'une journée de formation et d'échanges destinée aux représentants des usagers sur ce thème, en partenariat avec le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) régional.

III. Les travaux de la Commission réalisés en 2007

Les travaux menés en 2007 et 2008 ont été menés dans la continuité de ceux engagés en 2006 ; la commission s'est cependant attachée à approfondir certains éléments dans la poursuite des objectifs et des principes affichés en 2006.

Le présent rapport synthétise l'ensemble des travaux réalisés en 2007 par la formation spécialisée :

- l'enquête sur le respect des droits des usagers, réalisée auprès de l'ensemble des établissements de santé de la région,
- l'enquête menée auprès des représentants d'usagers qui siègent dans les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ),
- la synthèse de la journée de formation et d'échanges organisée le 12 novembre 2007 à Blois, en partenariat avec le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) région Centre,
- l'analyse des bilans d'activités 2006 des CRUQ,
- l'enquête sur les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en région Centre,
- le bilan d'activité de la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI).

ENQUETE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTÉ

L'enquête sur le respect des droits des usagers du système de santé a été réalisée durant l'année 2006-2007 dans le cadre des travaux de la formation spécialisée.

Un questionnaire, joint en annexe n°2, a été adressé à l'ensemble des établissements de santé de la région Centre, destiné à alimenter une enquête consacrée aux droits des usagers.

Trois grands domaines composaient ce questionnaire :

- le droit à l'information
- le droit d'accès à l'information
- la participation au système de santé.

Il était demandé aux établissements de santé de retourner ce questionnaire, accompagné le cas échéant des pièces justificatives.

73 questionnaires ont été renvoyés par les établissements accompagnés, pour certains, des pièces justificatives. Le taux de réponse à cette enquête est de 61%.

Les dossiers reçus ont été étudiés par la commission ; compte tenu du grand nombre d'informations transmis, une méthodologie d'exploitation a été élaborée.

Deux départements « témoins » ont été plus particulièrement analysés : l'Indre et Loire et le Loiret.

A la lecture des documents, il est apparu que les terminologies étaient variables en fonction des établissements ; les éléments d'information ont donc été regroupés au sein de quelques catégories.

Cinq thématiques ont été relevées :

- le livret d'accueil
- la charte du patient hospitalisé
- le dossier médical
- l'accès au dossier médical
- l'archivage du dossier médical.

Par ailleurs, l'opportunité a été soulignée de rechercher les référentiels règlementaires, et d'étudier le respect des procédures au sein de chaque établissement.

Les réponses des établissements au questionnaire en date du mois de janvier 2007 indiquent que :

- 95% disposent d'un livret d'accueil et 91% d'une charte du patient hospitalisé ;
- 82% ont élaboré le dossier médical de manière commune avec les services hospitaliers ;
- 82% ont formalisé l'accès au dossier médical ;
- 62% ont formalisé l'archivage du dossier médical.

LES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

A. LE DOSSIER MÉDICAL

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et para médicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quel titre que ce soit dans l'établissement de santé.

Le dossier répond à une réglementation précise, dans des conditions définies ; il est accessible aux soignants, comme à d'autres professionnels mais aussi aux patients.

Il est conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et la confidentialité des informations qu'il comporte.

- Art 9 du décret n°2002-637 du 29 avril 2002 issu de la loi du 4 mars 2002 fixe le contenu du dossier du patient en établissement de santé

- Art R. 1112-2 décret n° 2003-462 du 21 mai 2003

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1 - les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier et notamment : [...]

2 - les informations formalisées établies à la fin du séjour et notamment : [...]

3 - les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées au 1° et 2°.

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de juin 2003 et juin 2005 concernant l'amélioration de la qualité, de la tenue et du contenu du dossier patient

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – dossier du patient – réglementation et recommandations

B. LE LIVRET D'ACCUEIL

Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

En application de l'article L. 710-1-1 du code de la santé publique, dans chaque établissement de santé, un livret d'accueil doit être remis au patient ou, le cas échéant, à ses proches. Ce livret présente l'établissement de santé et informe le patient sur ses conditions d'admission, de séjour et de sortie.

La présentation du livret est libre.

C. LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

L'objectif de la présente charte est de faire connaître aux personnes malades accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois - notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et les principaux décrets, arrêtés, circulaires et chartes dont les références figurent en annexe.

- I. TOUTE PERSONNE EST LIBRE DE CHOISIR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ QUI LA PRENDRA EN CHARGE
- II. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ GARANTISSENT LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL, DES TRAITEMENTS ET DES SOINS
- III. L'INFORMATION DONNÉE AU PATIENT DOIT ÊTRE ACCESSIBLE ET LOYALE
- IV. UN ACTE MÉDICAL NE PEUT ÊTRE PRATiqué QU'AVEC LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT
- V. UN CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE EST PRÉVU POUR CERTAINS ACTES
- VI. UNE RECHERCHE BIOMÉDICALE NE PEUT-ÊTRE RÉALISÉE SANS QUE LA PERSONNE AIT DONNÉ SON CONSENTEMENT APRÈS AVOIR ÉTÉ SPÉCIFIQUEMENT INFORMÉE SUR LES BÉNÉFICES ATTENDUS, LES CONTRAINTES ET LES RISQUES PRÉVISIBLES
- VII. LA PERSONNE HOSPITALISÉE PEUT, A TOUT MOMENT, QUITTER L'ÉTABLISSEMENT
- VIII. LA PERSONNE HOSPITALISÉE EST TRAITÉE AVEC ÉGARDS
- IX. LE RESPECT DE LA VIE PRIVÉE EST GARANTI A TOUTE PERSONNE
- X. LA PERSONNE HOSPITALISÉE (OU SES REPRÉSENTANTS LÉGAUX) BÉNÉFICIE D'UN ACCÈS DIRECT AUX INFORMATIONS DE SANTÉ LA CONCERNANT
- XI. LA PERSONNE HOSPITALISÉE EXPRIME SES OBSERVATIONS SUR LES SOINS ET SUR L'ACCUEIL
- XII. RÉSUMÉ DE LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE DESTINÉ À FAIRE L'OBJET D'UN AFFICHAGE

Circulaire du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé

Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

La circulaire du 2 mars 2006 constitue une réactualisation de la charte du patient hospitalisé telle qu'elle résultait de la circulaire du 6 mai 1995. En effet, l'évolution des textes législatifs - notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, a rendu nécessaire cette mise à jour.

D. L'ACCES AU DOSSIER MÉDICAL

Le droit à la communication du dossier patient s'est progressivement construit au travers de législations successives qui sont obsolètes depuis la loi du 4 mars 2002.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme le droit d'accès direct du patient aux informations de santé qui le concernent

▪ Art. L. 1111-7 du code de la santé publique

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers

▪ Art.R 1112-1 du CSP

Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'art. L 1111-7.

Loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique (CSP)

E. L'ARCHIVAGE DU DOSSIER MÉDICAL

L'archivage du dossier du patient répond à une triple finalité :

- la traçabilité des actes médicaux et des soins prescrits, pour assurer la continuité des soins au patient
- une communication aisée entre les différents acteurs qui interviennent auprès du malade ;
- un intérêt médico légal en conservant des documents définis par la réglementation (preuve en cas d'action en justice, particulièrement dans le domaine de la responsabilité médico-légale)

L'article 38 du décret du 17 avril 1943 pose les principes de la conservation du dossier patient

L'arrêté interministériel du 11 mars 1968 fixe :

- le règlement des archives hospitalières
- les durées de conservation des dossiers médicaux et des archives médicales selon des critères de spécialité médicale ou de pathologie

Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 a confirmé ces dispositions en les codifiant : Art. R.1112-7 à 1112-9 CSP

Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) modifié le 5 janvier 2007

**ENQUÊTE RÉGIONALE
SUR LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES
COMMISSIONS DES RELATIONS AVEC LES USAGERS
ET DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE (CRUQ)**

La désignation des usagers au sein des CRUQ

Les deux représentants des usagers sont désignés par le directeur de l'ARH dans les conditions prévues à l'article R 1112-83 du Code de la santé publique (CSP). Il est nécessaire que ces usagers appartiennent à des associations agréées en application de l'article L 1114-1 du CSP.

Obligations des membres des CRUQ et des établissements de santé

Ils sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

La durée des mandats est fixée à 3 ans renouvelable (pour les médiateurs, représentants des usagers et représentants du personnel de l'établissement).

La commission se réunit sur convocation de son président (représentant légal de l'établissement) au moins une fois par trimestre.

Chaque établissement met à la disposition de la commission les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

La formation spécialisée a réalisé une enquête durant le mois de mai 2007 destinée aux représentants des usagers qui siègent dans les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) des différents établissements de santé de la région Centre.

Les représentants des usagers ont pu être contactés à partir des fichiers des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) des six départements de la région.

Les échanges entre les membres de la formation spécialisée avaient mis en lumière la nécessité :

- de valoriser le rôle et les missions des représentants d'usagers,
- de favoriser la pertinence et la reconnaissance de leur présence dans les différentes instances (hospitalières, de santé publique ou caisses de sécurité sociale),
- de compléter leurs connaissances et leur expertise du domaine de la santé en général.

L'enquête régionale a ainsi été adressée à 64 associations.

Ce questionnaire, joint en annexe n°3, avait pour objectif de recenser les interrogations et les besoins des représentants des usagers afin de les aider à réaliser leur mission.

Le questionnaire visait à identifier différents éléments :

- le nombre de réunions auxquelles les représentants d'usagers avaient été invités, ainsi que leur participation à ces réunions ; les textes prévoient que la CRUQ se réunit au moins une fois par trimestre (Article R1112-88 du code de la santé publique) ;

- l'adéquation entre les thèmes abordés lors des réunions des CRUQ, et les thèmes que les représentants d'usagers auraient souhaité y voir traités ;
- la proportion des représentants d'usagers ayant bénéficié d'une formation dans le domaine du droit des usagers du système de santé ;
- de manière générale, les besoins et les difficultés rencontrées par les représentants d'usagers dans le cadre de leur mission.

Les résultats de cette enquête ont en outre permis de préparer la journée d'échanges et de formation sur le respect des droits des usagers qui s'est tenue le 12 novembre 2007 à Blois.

I. Exploitation de l'enquête

La commission a exploité 48 questionnaires, qui ont été renseignés par des représentants d'usagers issus de 28 associations, sur l'ensemble de la région Centre. Le taux de réponse à l'enquête est donc de 44%.

La répartition des réponses par département se présente comme suit :

DEPARTEMENT	NOMBRE D'ASSOCIATIONS SOLLICITEES	TAUX DE REPONSE
Cher	2	0%
Eure et Loir	7	71%
Indre	10	40%
Indre et Loire	16	44%
Loir et Cher	12	58%
Loiret	17	29%
TOTAL	64	44%

II. Les représentants des usagers

A la lecture des questionnaires, il apparaît que la répartition hommes – femmes des représentants des usagers est globalement homogène (55% d'hommes pour 45% de femmes).

S'agissant de l'âge des représentants d'usagers, la majorité (70%) a plus de 60 ans, tandis que 30% ont entre 40 et 60 ans ; un seul représentant déclarait avoir moins de 40 ans.

Cela pose la question de l'engagement militant et associatif, de la quasi-professionnalisation de la vie associative, ainsi que des limites et des difficultés du bénévolat pour les actifs.

Il convient également de s'interroger sur une éventuelle extension du congé de représentation afin que des représentants d'usagers non- retraités puissent siéger dans les différentes commissions auxquelles ils sont appelés à participer.

III. Les établissements de santé

La répartition des établissements de santé dans lesquels siègent les représentants d'usagers est la suivante :

- 57% sont des établissements privés
- 29% sont des établissements publics
- 14% sont des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

IV. Les réunions de la CRUQ

La disparité des réponses à la question relative au nombre de réunions de la CRUQ ne permet pas d'en avoir une analyse fiable : ce nombre varie de 0 à 9. La majorité des questionnaires indiquent que la CRUQ se réunit environ 3 à 4 fois par an. Il semble cependant que 20% des CRUQ, bien que constituées, ne se réunissent jamais.

L'exploitation de l'enquête laisse apparaître que les thèmes abordés lors des réunions de la CRUQ concernent généralement :

- la présentation du règlement intérieur et des règles de fonctionnement de la CRUQ,
- l'étude des résultats des enquêtes de satisfaction,
- l'examen des plaintes et des réclamations des patients,
- la réflexion sur l'amélioration de l'accueil des patients, sur la place du patient et de son entourage ainsi que sur les droits et la dignité du malade.

Environ 85% des représentants d'usagers déclarent pouvoir évoquer lors des réunions de la CRUQ les thèmes qu'il leur semble utile d'aborder.

V. La formation des représentants des usagers

Environ 80% des représentants d'usagers indiquent ne pas avoir bénéficié d'une formation spécifique pour siéger dans la CRUQ ; en outre, la majorité d'entre eux se déclarent intéressés par une telle formation.

Lorsque ces formations ont été organisées, elles l'ont été par les fédérations d'associations ou le Collectif inter associatif sur la santé (CISS), et de manière exceptionnelle, par les établissements de santé.

S'agissant des besoins en matière de formation, les questionnaires laissent apparaître une quinzaine de thématiques différentes.

La majorité de celles-ci ont pu être regroupées par catégorie, ce qui a permis de déterminer les cinq ateliers formations organisés le 12 novembre :

- le rôle et les missions du représentant des usagers,
- les droits et les devoirs des usagers / les obligations des établissements de santé,
- les CRUQ : missions et fonctionnement,

- l'organisation du système de santé et des établissements y concourant,
- les textes relatifs au respect des droits des usagers.

Les autres thématiques, dont les sujets pouvaient donner lieu à débat avec l'ensemble des participants, ont été évoquées lors de deux tables rondes, animées par un journaliste :

- l'une sur la prise en charge de la douleur et la qualité du système de santé ;
- la seconde sur le rôle des associations de santé, de consommateurs et familiales.

VI. Les difficultés rencontrées par les représentants des usagers

Par ailleurs, le questionnaire interrogeait les représentants d'usagers sur les difficultés auxquelles ils étaient confrontés dans le cadre de leur mission.

Certains représentants des usagers indiquent ne pas bénéficier du remboursement de leur frais de déplacement par l'établissement de santé. Le décret du 2 mars 2005 prévoit que « les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission ».

Deux types de réponses ont pu être identifiés :

- le manque d'importance qui est accordée aux représentants des usagers dans les établissements de santé et le sentiment de ne pas être considéré comme « partenaire du corps médical » ;
- la difficulté pour comprendre le vocabulaire médical et pour dialoguer avec les professionnels de santé.

Ainsi, outre la formation des représentants d'usagers, la journée régionale du 12 novembre 2007 avait pour objectif de favoriser la connaissance, la reconnaissance et le dialogue entre les établissements, les professionnels de santé et les acteurs associatifs.

**JOURNEE RÉGIONALE DE FORMATION ET D'ÉCHANGES
RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTÉ
LUNDI 12 NOVEMBRE 2007 (BLOIS)**

Une journée de formation et d'échanges sur le respect des droits des usagers du système de santé s'est tenue le 12 novembre 2007 à Blois, organisée en partenariat avec le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) région Centre et la formation spécialisée « Droits des usagers ».

La formation spécialisée s'était attachée à favoriser la représentation des malades et des usagers dans les différentes instances hospitalières ou de santé publique afin qu'ils bénéficient d'une formation qui leur permette de participer et d'intervenir de manière éclairée et constructive.

Ces deux instances, dont les missions s'adressent aux représentants des usagers du système de santé, sont toutes deux présidées par Mme Danièle DESCLERC-DULAC.

S'agissant de la CRS, il avait été décidé à l'issue de la réunion plénière du 13 février de placer l'année 2007 sous le signe du « respect des droits des usagers ».

Le CISS région Centre a, quant à lui, pour démarche prioritaire d'étudier, de mettre en place et de réaliser les actions nécessaires à la formation des représentants des usagers dans les diverses instances liées à la santé, ainsi qu'à la mise en commun d'informations des usagers dans ce domaine.

Environ 110 personnes ont participé à cette journée partenariale CISS / CRS, qui a été organisée pour la première fois en France avec les deux instances.

I. Objectifs

La journée du 12 novembre visait, d'une part, à favoriser la formation des représentants d'usagers afin qu'ils disposent de tous les éléments nécessaires pour que leur présence et leurs observations soient pertinentes dans les instances de santé et, d'autre part, à mettre en commun les informations relatives aux droits et aux devoirs des usagers.

Elle avait également pour objectif de favoriser le dialogue et la compréhension entre les établissements, les professionnels de santé et les acteurs associatifs.

L'ensemble des associations de la région, et particulièrement les représentants d'usagers siégeant dans les instances hospitalières, de santé publique ou des caisses de Sécurité sociale, ont été conviés à cette journée.

La dimension pédagogique a également été l'un des objectifs de cette journée, notamment par :

- la rédaction de « fiches techniques » sur le respect du droit des usagers (fiches jointes en annexe n°4)
- l'exposition de stands consacrés à différents thèmes :
 - la présentation du CISS et de la CRS
 - l'organisation générale du système de santé

- les instances dans lesquelles la présence de représentants des usagers est prévue par des textes législatifs et réglementaires
- la participation des malades et des usagers aux politiques de santé, à la politique des établissements, à la qualité générale des soins, à la réparation des préjudices ou à l'indemnisation des handicaps.

II. Déroulement de la journée

La matinée de la journée était consacrée dans un premier temps à une **information détaillée** sur la **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** puis, dans un second temps, à des **ateliers - formations**, dont les thématiques sont présentées ci-dessous.

- **Atelier A :** Le rôle et les missions du représentant des usagers animé par :
 - Monsieur Philippe LAMBERT, Président de la section d'Orléans de la FNATH (Association des accidentés de la vie)
 - Monsieur Stéphane LAVERGNE, Formateur au CISS national
- **Atelier B :** Les droits et les devoirs des usagers (notamment des patients) et des établissements de santé, animé par :
 - Madame le Docteur Anne FAVRE, Médiateur médecin au CHR d'Orléans
 - Madame Jocelyne GOUGEON, Vice-Présidente du Bureau de l'URIOPSS
- **Atelier C :** Les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) : missions et fonctionnement, animé par :
 - Monsieur René LEFORT, Vice-président du CISS région Centre
 - Monsieur Antoine GASPARI, Directeur du centre de la Menaudière à Chissay en Touraine
- **Atelier D :** L'organisation sanitaire et des établissements de santé, animé par :

Messieurs les Docteurs :

 - Robert CHARLON, Médecin conseil retraité et membre de la formation spécialisée,
 - Christian FLEURY, Président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHR d'Orléans
 - François MARTIN, Président de la Conférence régionale de santé (CRS).
- **Atelier E :** Les textes relatifs au respect des droits des usagers, animé par :
 - Madame Danièle DESCLERC-DULAC, Présidente du CISS région Centre,
 - Monsieur Michel PONCHEL, Médiateur non médecin au CHR d'Orléans
 - Madame Nadia DREUX, Attachée d'administration aux affaires juridiques du CHR d'Orléans.

Enfin, l'après-midi de cette journée, animé par le journaliste Monsieur Jacques HUGUENIN, était réservé aux débats et aux questions.

La première demi-heure en séance plénière était consacrée à la restitution des ateliers formations qui s'étaient tenus le matin ; l'intérêt de cette restitution était d'une part, de porter à la connaissance de l'ensemble des participants les travaux de la matinée et d'autre part, d'alimenter les échanges.

Le but des tables rondes était de permettre aux acteurs associatifs, aux représentants des établissements et aux professionnels de santé d'approfondir une thématique, d'échanger et éventuellement, de faire émerger des recommandations.

La première table ronde s'intitulait **l'accompagnement du malade et de son entourage dans les soins de support et la prise en charge de la douleur**. Elle visait notamment à aborder l'accompagnement du malade en fin de vie, les soins palliatifs et la qualité du système de santé, pour les malades et ceux qui les entourent.

✓ **L'accompagnement du malade et de son entourage dans les soins de support et la prise en charge de la douleur**

- Monsieur Gérard BAUCHET, Pharmacien d'officine
- Professeur Philippe COLOMBAT, Cancérologue Centre Hospitalier régional Universitaire de Tours
- Monsieur Emmanuel GUESDON, Directeur du Service d'aide à domicile du Loiret
- Monsieur Jean ORTHEAU, Président de l'Association France Alzheimer
- Docteur Jean-Michel LE MAUFF, Président du Comité de la Ligue contre le cancer (41)

La seconde était consacrée au **rôle des associations représentant les malades, les familles et les consommateurs**.

✓ **Le rôle des associations de santé, de consommateurs et des associations familiales**

- Madame Marie-France BERDAT-DELLIER, Chargée de mission à l'ORGEKO Touraine
- Madame Danièle DESCLERC-DULAC, Présidente du CISS régional et de la formation spécialisée
- Monsieur Marc GRENNAN, Président de l'Union interdépartementale des UDAF du Centre (URAF)
- Madame Sylvia LACOMBE, Responsable de la formation au CISS national
- Docteur François MARTIN, Président de la Conférence régionale de santé
- Professeur Emmanuel RUSCH, Président de la Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (FRAPS).

Cette table ronde visait à échanger notamment autour des droits et des devoirs des associations, de la désignation des représentants d'usagers du système de santé, des règles de la vie associative et de la nécessité de la formation pour une plus grande professionnalisation des acteurs associatifs.

Une retranscription intégrale des échanges qui se sont tenus lors des tables-rondes a été réalisée ; l'ensemble des participants qui ont assisté à la journée ont été destinataires des Actes de la journée du 12 novembre, qui présentent également une synthèse de chaque atelier formation.

III. Bilan de la journée : synthèse des questionnaires d'évaluation

Cette journée a rencontré un réel succès, comme en témoignent les intervenants, les participants et l'évaluation réalisée à l'issue de la journée.

Une centaine de personnes ont assisté à la journée du 12 novembre ; 61 questionnaires ont été exploités. Le taux de réponse au questionnaire d'évaluation est d'environ 60 %.

La première rubrique du questionnaire d'évaluation concernait les renseignements signalétiques des participants inscrits à cette journée.

La répartition des participants par département se présente comme suit :

- Cher : 7 %
- Eure et Loir : 14 %
- Indre : 15 %
- Indre et Loire : 21%
- Loir et Cher : 14 %
- Loiret : 25 %

La majorité des inscrits participaient à la journée en qualité d'acteur associatif (90%). Les autres participants représentaient les établissements de santé ou les professionnels de santé.

A. Thèmes abordés

S'agissant des ateliers formations, 85% des participants déclarent que les ateliers formations ont permis d'actualiser leurs connaissances sur le respect des droits des usagers.

80% des participants ont apprécié l'utilité pratique des enseignements de la journée pour leur activité.

73 % indiquent que cette journée d'échanges et de formation a constitué une opportunité pour les rencontres et les échanges informels. Certains acteurs associatifs ont d'ailleurs manifesté le souhait de connaître la liste et les coordonnées des personnes présentes mais également d'adhérer au CISS régional.

Le choix des thèmes des tables rondes a été apprécié par 92% des participants.

Le temps alloué aux échanges avec la salle a été jugé satisfaisant par 88% des participants. Certains commentaires indiquent cependant que ce temps aurait pu être plus important afin de permettre aux associations de s'exprimer davantage, notamment durant la matinée.

La qualité des débats a été appréciée par 95 % des participants.

90% des participants se déclarent intéressés par une nouvelle journée de formation.

Les thèmes proposés sont divers mais reprennent en grande partie ceux évoqués le 12 novembre ; de nombreuses associations regrettent de n'avoir pas pu participer à l'ensemble des ateliers-formation :

- Actualisation des connaissances médicales (SIDA, etc...)
- CRUQ : missions et fonctionnement (3 réponses)
- Les droits des malades
- Les textes de loi

- La coopération entre les usagers et les professionnels de santé
- Coordination entre les professionnels de santé et les professionnels de l'action sociale, accès aux soins des personnes en situation de précarité
- Le rôle du représentant des usagers et la formation (4 réponses)
- Le dossier médical personnalisé
- Les nouveaux moyens d'intervention et d'évaluation des nouvelles pratiques
- L'amélioration de la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, la fin de vie à l'hôpital ou en maison de retraite
- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- La certification des établissements de santé
- La nouvelle gouvernance hospitalière, l'évolution des CRUQ

B. Organisation et logistique de la journée

Tous les participants ont apprécié la clarté et la précision de l'invitation et du programme.

S'agissant du lieu, 97% des participants ont jugé l'accessibilité de la salle satisfaisante et tous les participants ont apprécié la convivialité des espaces.

L'accueil et la documentation remise (stands d'exposition et dossiers) ont été appréciés par 98% des participants.

De manière générale, les questionnaires d'évaluation sont très positifs, les remerciements nombreux notamment quant à l'organisation, l'enrichissement des connaissances, la qualité des débats de cette journée.

En conclusion, cette initiative régionale et partenariale entre le CISS régional et la CRS a répondu aux attentes des participants et a été largement valorisée.

La commission souhaite que cette manifestation puisse être renouvelée, eu égard aux véritables besoins de formation exprimés par les représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières ou de santé publique.

LES COMMISSIONS DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (CRUQ)

ANALYSE DES BILANS D'ACTIVITE 2006

Les textes

Créée par la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge s'est substituée, au sein de chaque établissement de santé, à la commission de conciliation existante (article L 1112-3 du CSP).

Le **décret n° 2005-213 du 2 mars 2005** relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique précise la composition et les missions des CRUQ.

Les missions de la CRUQ

La CRUQ contribue à l'amélioration de la qualité d'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle est en effet destinataire de toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions (article R 1112-80 du CSP).

La CRUQ est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

Dans le cadre de l'élaboration de son premier rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, la formation spécialisée a étudié l'ensemble des bilans d'activité 2006 des CRUQ.

Le décret du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge prévoit que le rapport d'activité de la CRUQ est transmis à la Conférence régionale de santé et à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

I. Exploitation des rapports d'activité 2006

La formation spécialisée a reçu 32 bilans d'activité des CRUQ pour l'année 2006, pour l'ensemble des 120 établissements de santé de la région Centre.

Il apparaît que le taux de retour des bilans d'activité pour l'année 2006 est d'environ 25% ; ce taux est largement inférieur à celui enregistré en 2005, et ce, malgré une relance de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) durant le mois de février 2008.

La répartition des réponses par département et par type d'établissement est la suivante :

Département	Taux de réponse 2006	Répartition des réponses entre établissements publics et privés	Taux de réponse 2005
Cher	20%	<u>Dont :</u> Publics : 100% Privés : 0%	30%
Eure et Loir	50%	<u>Dont :</u> Publics : 60% Privés : 40%	60%
Indre	31%	<u>Dont :</u> Publics : 85% Privés : 15%	38%
Indre et Loire	14%	<u>Dont :</u> Publics : 75% Privés : 25%	54%
Loir et Cher	6%	<u>Dont :</u> Publics : 3% Privés : 17%	44%
Loiret	27%	<u>Dont :</u> Publics : 85% Privés : 15%	47%

Certains documents prennent la forme de procès-verbaux de réunions de la CRUQ, ce qui rend difficile leur exploitation.

Les rapports 2006 des CRUQ sont pour la plupart issus d'établissements publics.

II. Les thèmes de référence

Afin d'avoir une lecture commune des différents rapports, les éléments suivants ont été plus particulièrement analysés :

- le nombre de réunions de la CRUQ
- la composition (sièges réservés aux représentants des usagers, en conformité avec les textes)
- le nombre et les motifs des plaintes et des réclamations, les demandes d'accès aux dossiers médicaux
- la formulation de propositions et de recommandations de la CRUQ en matière de prise en charge des malades et de respect des droits des usagers.

La majorité des bilans transmis par les établissements sont très incomplets et ne rendent pas compte des missions de la CRUQ, prévues par le décret du 2 mars 2005.

En effet, la plupart des documents ne précisent pas le nombre de réunions de la CRUQ, ni le nombre de plaintes, l'existence d'un questionnaire de sortie ou l'enregistrement des demandes d'accès au dossier médical.

Les bilans d'activité indiquent que dans deux tiers des établissements de santé, la CRUQ s'est réunie moins d'une fois par trimestre durant l'année 2006 ; les CRUQ se réunissent généralement deux à trois fois par an. Ainsi, seul un tiers des commissions respectent les dispositions prévues par les textes réglementaires, en se réunissant une fois par trimestre.

A. Les plaintes et réclamations

Environ 40% des bilans indiquent que les CRUQ ont été saisies pour des plaintes ou des réclamations, sans que pour autant les motifs soient systématiquement précisés.

Les plaintes et les réclamations évoquées concernent essentiellement :

- la prise en charge médicale, la qualité des soins
- les problèmes administratifs, et plus particulièrement les problèmes de facturation
- les problèmes relationnels soignants-soignés et notamment, le défaut ou l'insuffisance d'information
- la vie quotidienne (restauration...), l'environnement (chambre...).

Il apparaît que les problèmes relationnels soient plus fréquemment évoqués dans les grands établissements de santé.

B. Les suites données

Certains établissements ont formalisé les procédures de gestion des plaintes. Conformément aux textes, les délais de réponses apportées aux plaintes sont relativement courts (moins de 8 jours, pour la plupart).

Afin de garantir la preuve juridique, la gestion de ces plaintes se fait essentiellement par courrier, émanant du Directeur, du médecin, du responsable du service concerné. Certaines réclamations sont clôturées à l'issue d'un entretien avec le médiateur médecin ou le médiateur non médecin notamment.

C. L'accès au dossier médical

Le nombre de demande d'accès au dossier médical, institué par la loi du 4 mars 2002, est globalement stable depuis 2004 et varie en fonction de la taille de l'établissement.

D. Les perspectives et recommandations relatives au respect des droits des usagers

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) rappelle que l'objet essentiel du rapport de la CRUQ est de faire des propositions pour améliorer l'accueil et la prise en charge des usagers et de leurs proches. Il doit prendre en compte également les éléments permettant de déterminer les points forts et les points d'amélioration de l'établissement au regard du respect des droits des usagers et de la facilitation de leurs démarches.

Sur l'ensemble des bilans d'activité des CRUQ exploités, seuls 50% formulent des recommandations relatives au respect des droits des usagers pour l'année suivante.

Les objectifs généraux d'amélioration concernent généralement :

- la mise en place des questionnaires de sortie ou l'amélioration de leur taux de retour,
- le respect des textes des CRUQ,
- l'étude de la satisfaction des patients et parfois, la création d'enquêtes de satisfaction pour y parvenir.

Il apparaît que l'enquête de satisfaction existe rarement et reste souvent confondue avec l'analyse des questionnaires de sortie.

Deux bilans de CRUQ précisent que certains objectifs sont à développer en lien avec la Conférence régionale de santé :

- la réalisation d'un état des lieux relatif à l'application de la réglementation afférente à la transmission directe des informations médicales
- l'information juridique actualisée des représentants d'usagers sur les droits des patients à l'hôpital
- la réactualisation du livret d'accueil du patient
- la sensibilisation des soignants et la rédaction du protocole relatif à la désignation de la personne de confiance
- la réalisation d'une enquête sur la prévention des chutes des patients notamment pour les personnes âgées.

E Les cas particuliers

- Les informations figurant dans un bilan de CRUQ ne sont pas anonymisées ; ce bilan ne correspond cependant pas à celui qui avait été pointé en 2005.
- De manière générale, les bilans des CRUQ des établissements spécialisés (HAD, dépendance alcoolique, nutrition, établissements psychiatriques...) sont à analyser de manière différente, eu égard à la proximité avec le personnel soignant, la particularité des problèmes de santé ou psychologiques, etc...

III. Les recommandations de la formation spécialisée

La commission propose les recommandations suivantes :

- l'hétérogénéité des rapports transmis a montré la nécessité d'harmoniser la présentation de ces documents. Ainsi, il serait opportun que chaque établissement puisse s'approprier les recommandations et modèle type du rapport annuel de la CRUQ élaborés par la DHOS en novembre 2007, en pointant notamment les 10 points clés qui ont été retenus. Le sommaire de ce document est joint en annexe n° 5¹.

¹ Document DHOS/IM/Guideconcert/Rapport°CRU15112007

LA RÉDACTION DU RAPPORT ANNUEL DE LA CRU EN 10 POINTS CLÉS

1. Les membres de la CRU devront *être associés* à la rédaction du rapport.
2. Les rédacteurs du rapport doivent garder à l'esprit *non seulement les missions de la commission* (veille concernant le respect des droits des usagers et contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge) *mais encore l'utilisation ultérieure du rapport*, notamment par les agences régionales de l'hospitalisation (dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens, notamment) et par la conférence régionale de santé (pour son rapport annuel spécifique sur le respect des droits des usagers du système de santé).
3. Les établissements sont invités à *respecter la structuration du modèle de rapport*.
4. Afin de ne pas omettre d'engager une réflexion dans un domaine donné, les rédacteurs du rapport *sont invités à porter leur attention sur chacun des items du modèle du rapport*.
5. Il n'y a pas lieu de développer tous les items, conçus comme des points de repère, mais il est recommandé de *s'efforcer de déterminer des priorités*.
6. Le rapport ne doit pas se réduire à un bilan d'activités annuel : il doit également *comporter une analyse des pratiques de l'établissement, des propositions soumises au CA ou à l'organe habilité qui en tient lieu et une évaluation des propositions retenues*.
7. Un *travail en synergie* avec les autres instances concernées de l'établissement est souhaitable.
8. La qualité du rapport dépendra pour partie de la politique de l'établissement en matière de *sensibilisation et de formation* sur ces sujets à destination de tous les acteurs concernés.
9. Les *informations portées au rapport doivent être anonymisées*.
10. Le rapport doit être rédigé de telle sorte *qu'il ne puisse être assimilé à une reconnaissance de responsabilité* en cas de recours contre l'établissement.

La commission s'interroge sur :

- la démarche d'accréditation mise en œuvre par les établissements de santé, compte tenu de l'insuffisance de renseignements contenus dans ces bilans d'activité.
- ce faible taux de retour des bilans d'activité des CRUQ pour l'année 2006 et propose de favoriser la communication sur ce point.

LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS) PRESENTATION DU DISPOSITIF

Introduction

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, créées dans les établissements de santé en application de l'article L 6112-6 du code de la santé publique (CSP). Leur mission est de faciliter l'accès et la prise en charge des personnes démunies à l'hôpital, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

L'article L.6112-6 du CSP a prévu la mise en place de PASS par les établissements de santé.

« Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »

Il incombe en outre aux établissements de santé, selon les articles L6112-1 et L.6112-2 du CSP, la mission de service public de contribuer « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux ».

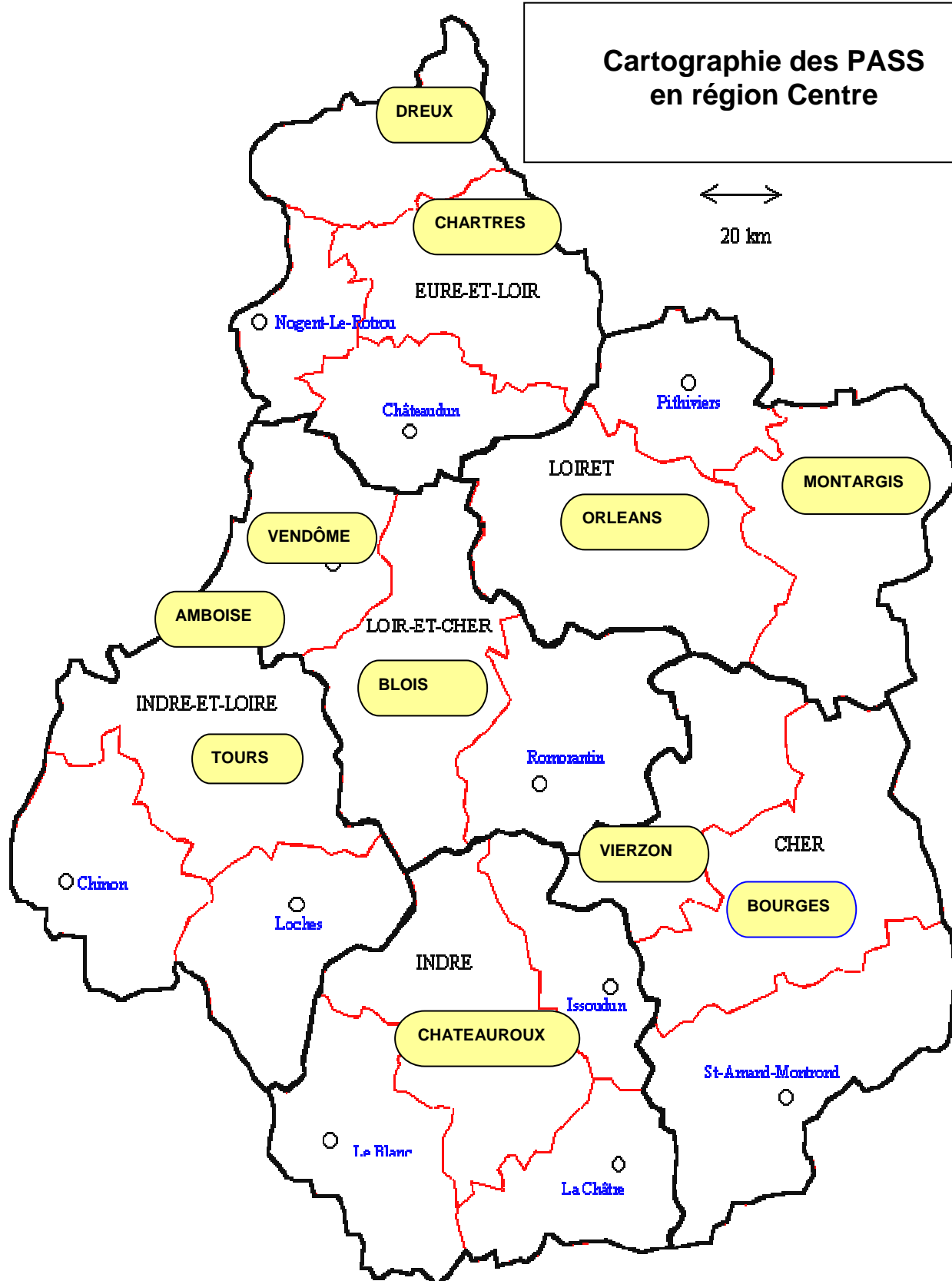
Le rôle de la PASS qui favorise l'accès à la santé et l'ouverture des droits pour les publics les plus en difficulté s'articule avec celui des professionnels chargés du suivi sanitaire, social, administratif des patients : équipes de soins, service social de l'hôpital, assistant de service social affecté à la structure des urgences, bureau des entrées, etc.

Par ailleurs, l'article L1411-11 du CSP prévoit que le Plan régional de santé publique (PRSP) compte parmi des programmes et actions, « un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ».

Il existe actuellement 12 PASS en région Centre :

- Cher : CH Vierzon et CH de Bourges
- Eure et Loir : CH de Chartres et CH de Dreux (dispositif classique et de périnatalité)
- Indre : CH de Châteauroux
- Indre et Loire : CHRU de Tours, CH d'Amboise
- Loir et Cher : CH de Romorantin, CH de Vendôme, CH de Blois,
- Loiret : CH de Montargis, CHR d'Orléans (projet d'installation d'une PASS périnatalité).

Cartographie des PASS en région Centre



➤ Travaux menés en 2006

Dans le cadre des travaux menés pour la réalisation de son premier rapport, la formation spécialisée « Respect des droits des usagers » avait réalisé une enquête spécifique sur le dispositif PASS en 2006. La formation spécialisée avait suggéré de mener une évaluation régionale des PASS, au moyen d'un document unique annuel, permettant de suivre avec méthode l'activité déployée en partenariat avec l'ARH. L'objectif serait de bien comprendre les points essentiels des interventions médicales et/ou sociales.

Par ailleurs, l'une des préconisations formulée par la commission était de « développer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les zones à populations fragilisées en lien avec l'Agence régionale de l'hospitalisation ».

➤ Travaux réalisés en 2007

La commission a élaboré au mois de février 2008 un questionnaire, joint en annexe n°6, qui a été adressé à l'ensemble des PASS de la région.

Huit établissements de santé ont transmis le questionnaire en retour, accompagné dans la majorité des cas des rapports d'activité 2006 et 2007 des PASS :

- Cher : CH Vierzon et CH de Bourges
- Indre : CH de Châteauroux
- Indre et Loire : CHRU de Tours, CH d'Amboise-Château-Renault
- Loir et Cher : CH de Vendôme, CH de Blois,
- Loiret : CH de Montargis, CHR d'Orléans (projet d'installation d'une PASS périnatalité).

I. Fonctionnement des PASS

90% des PASS de la région ont été créées durant l'année 2000.

S'agissant du personnel mis à disposition, 75% des établissements de santé disposent d'une assistante de service social rattachée à la PASS à temps plein.

Afin d'assurer la prise en charge hospitalière et médico-sociale des patients, deux établissements mettent à disposition de la PASS à la fois un professionnel de l'action sociale (une assistante de service social à mi-temps) et un professionnel de santé (un médecin pour 0,2 équivalent temps plein).

Ainsi, la quasi-totalité des PASS de la région restent accessibles du lundi au vendredi, sur une amplitude horaire de 9H à 17H.

Trois types de fonctionnement et d'organisation des PASS peuvent être repérés :

- la PASS existe en tant qu'unité fonctionnelle au sein de l'établissement
- la PASS est rattachée au service social
- la PASS est rattachée aux services des urgences.

II. Activités des PASS et publics rencontrés

Le nombre de consultations dans les PASS varie en fonction de la taille de l'établissement de santé.

Les PASS des établissements de taille importante, tels que Bourges, Orléans, Tours, Châteauroux, Blois, ont accueilli en moyenne 290 personnes durant l'année 2007. Une centaine de dossiers ont été traités dans les PASS des hôpitaux de taille moyenne, comme Vendôme, Montargis.

Le transport demeure un problème pour les établissements se situant en milieu rural. Il convient de s'interroger sur l'accès aux soins des personnes les plus démunies dans certains territoires.

De manière générale, le nombre de personnes accueillies dans les PASS depuis leur création est en constante augmentation ; face à ce constat, les assistantes sociales soulignent la précarisation des conditions d'existence ainsi que l'exclusion du système de soins et du droit commun.

Certains bilans d'activité précisent que la proportion de personnes nées sur le territoire français est en augmentation, tandis que la fréquentation de la PASS par des personnes nées à l'étranger est en diminution.

Les recours à la consultation PASS viennent souvent pallier aux difficultés d'accès aux soins en matière de médecine de ville, de soins dentaires ou optiques.

Le questionnaire distinguait 3 motifs de consultation des PASS :

- motif sanitaire (soins, pathologies...)
- motif administratif (ouverture de droits, couverture maladie...)
- motif social (aide à domicile, logement ...).

Trois établissements indiquent ne pas pouvoir renseigner précisément les différents motifs de consultation de la PASS, faute de moyens pour effectuer le recensement statistique de ces données.

S'agissant du nombre de consultations, environ 45 % des patients ont consulté une seule fois la PASS durant l'année 2007 ; 40% des patients ont bénéficié de 2 à 3 consultations. Enfin, 15% des patients ont consulté la PASS plus de 3 fois.

L'exploitation des questionnaires et des rapports d'activité permet d'avoir une analyse plus fine de l'activité des PASS ; 2 catégories d'établissements et de publics accueillis peuvent être distingués :

- *établissements situés en zone plus rurale : Vendôme, Bourges, Amboise-Château-Renault.*

Les personnes accueillies dans la PASS sont essentiellement des personnes âgées, disposant de faibles ressources financières venant consulter :

- pour un motif médical : médecine générale, et dans une moindre mesure, hospitalisation ;
- pour un motif social (absence de couverture complémentaire, bilan social gérontologie...).

La part de femmes dans les consultations PASS est supérieure (60%) à celles des hommes. Les assistantes sociales précisent que ces populations sont principalement confrontées à deux problèmes spécifiques : les conduites addictives (alcoologie) et le maintien à domicile.

Le retour à domicile et la continuité des soins pour ces personnes âgées restent très problématiques, à l'issue d'une hospitalisation.

- *établissements situés en zone plus urbaine : Orléans, Tours, Châteauroux, Montargis, Blois.*

En moyenne, 70% de la population venant consulter la PASS est de nationalité étrangère, en majorité masculine ; ce taux atteint les 90% dans certains établissements de santé.

Ce public, relativement jeune (l'âge moyen étant d'une quarantaine d'années), vit souvent dans des conditions extrêmes de précarité liées au logement et à l'hébergement d'urgence (structures d'accueil, famille) ainsi qu'à l'isolement.

La consultation médicale (soins primaires) représente le principal motif de consultation de la PASS.

La prise en charge médicale concerne essentiellement :

- la médecine générale
- la santé mentale et la souffrance psychique, les problèmes traumatologiques liés à l'exil et à l'exclusion de ces publics. Ces pathologies nécessitent une prise en charge particulière, notamment pour les personnes ayant vécu des violences particulières telles que la guerre, la torture...

Les problèmes sociaux représentent également un motif majeur de consultation de la PASS.

Compte tenu des problèmes évoqués ci-dessus, certaines assistantes sociales précisent que les consultations sociales des PASS s'orientent de plus en plus vers des consultations psychologiques.

Environ 60% des personnes accueillies dans les PASS ne bénéficient d'aucune couverture sociale ; les démarches administratives (Aide médicale d'Etat, CMU...) sont alors engagées par les assistantes sociales.

Les femmes consultent les PASS pour des problèmes gynécologiques-obstétriques et de santé périnatale, qui représentent environ 10% de l'ensemble des consultations médicales ; les recours à l'IVG restent également un motif important de consultation de la PASS.

III. Les partenariats développés par les PASS

Les PASS sont généralement bien identifiées par les partenaires extérieurs comme un lieu d'accès aux soins et de consultation médicale pour les personnes étrangères ou les personnes sans couverture sociale.

L'ensemble des établissements développent des **partenariats externes** pour faciliter l'accès aux soins des plus démunis : il convient de souligner tout particulièrement le travail des associations locales (action sociale, caritative, humanitaire...) qui agissent en faveur des personnes étrangères ou en situation de précarité.

De manière générale, les travailleurs sociaux des PASS travaillent également en lien avec les structures d'hébergement d'urgence et les acteurs institutionnels, tels que les CPAM et les Unités territoriales de solidarité (UTS).

Ces partenariats représentent une condition nécessaire au bon déroulement et à la continuité des soins.

S'agissant des **partenariats internes** à l'établissement, pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis, seuls 2 établissements indiquent que ceux-ci sont formalisés dans le cadre d'un projet d'action médico-sociale.

Ces partenariats se traduisent notamment par la formalisation :

- d'un protocole de prise en charge d'un patient dans le cadre de la PASS et de l'orientation du patient vers l'offre de soins existante ;
- d'une procédure relative à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (identification des critères de précarité).

De manière plus générale, le problème d'accès aux soins des personnes en situation de précarité fait l'objet d'une sensibilisation du personnel, soignant, paramédical ou administratif, de l'établissement de santé ; lorsqu'ils existent, les comités de pilotage des PASS, auxquels sont associés la direction de l'établissement et les services médicaux, peuvent faciliter cette transmission d'informations.

**COMMISSION RÉGIONALE DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS
MÉDICAUX DES AFFECTIONS IATROGENES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
(CRCI)**

Le régime légal de responsabilité applicable à l'indemnisation des risques sanitaires, issu de **la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**, est énoncé aux articles **L 1142-1 et suivants du code de la santé publique (CSP)**.

Il est étroitement lié à l'institution d'une procédure de **règlement amiable** des conséquences des risques sanitaires gérée par les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI), la Commission nationale des accidents médicaux (CNAM) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Cette nouvelle procédure a pour objectif d'éviter pour le patient victime d'un dommage le recours à la justice.

Rappel :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) ont été créées par un décret du 3 mai 2002 en application des articles L.1142-6 et L. 1143-1 du code de la santé publique.

I. Les missions de la C.R.C.I

A) Favoriser la résolution des conflits par la conciliation

Les Commissions, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé. Cette fonction de la commission se substitue aux anciennes commissions de conciliation installées dans les établissements de santé.

B) Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux

L'accès à la Commission est possible pour toute personne qui estime avoir été victime d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale et qui souhaite obtenir l'indemnisation des dommages consécutifs à cet accident médical :

- si l'acte médical à l'origine de l'accident a été réalisé à compter du 5 septembre 2001 et a entraîné un dommage grave, c'est-à-dire une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24%, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois, ou à titre exceptionnel, lorsque la personne a été déclarée inapte à exercer une activité professionnelle ou lorsque elle subit des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence (décret n° 2002-314 du 4 avril 2003).

Qu'il y ait faute ou absence de faute, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte de thérapeutique, toutes les victimes d'un accident peuvent bénéficier de ce dispositif.

Cet avis est rendu lors d'une réunion de la Commission au cours de laquelle la personne peut demander à être présente, représentée ou assistée par un conseil de son choix.

L'ONIAM ou l'assureur du professionnel de santé en cause (selon qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique ou d'une faute) a **4 mois** à compter de l'avis pour faire une offre d'indemnisation et 1 mois pour payer si la personne accepte l'offre.

Si la personne a déjà saisi un tribunal, elle peut quand même saisir la Commission régionale compétente en informant le tribunal et la commission de ses démarches parallèles en cours. De même, si la personne n'est pas satisfaite de l'avis rendu par la Commission ou de l'offre d'indemnisation proposée par l'assureur du professionnel de santé en cause ou l'ONIAM, elle peut les contester à l'occasion d'une demande d'indemnisation formée devant le tribunal compétent (Tribunal Administratif ou Tribunal de Grande Instance).

II. La saisine de la commission

La commission régionale peut être saisie d'une demande de conciliation :

- si la personne n'est pas satisfaite des soins qui lui ont été dispensés,
- si elle est en désaccord avec un professionnel de santé ou un établissement de santé,
- si elle a été victime d'un dommage dont la gravité est supérieure au seuil prévu par le décret du 4 avril 2003.

Par ailleurs, pour être recevable devant la commission de conciliation, le litige doit avoir pour origine un fait survenu à compter du 5 septembre 2001. La commission compétente est celle dans laquelle exerce le professionnel de santé ou celle où se situe l'établissement de santé concerné.

III. La composition de la CRCI

Article R 1142-5 du code de la santé publique

Chaque CRCI comprend **20 membres**, outre son président.

Elle est composée de :

- **6** représentants des usagers proposés par les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément,
- **3** représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral dont un médecin,
- **1** praticien hospitalier,
- **1** responsable d'établissement public de santé,
- **2** responsables d'établissements de santé privés, dont un représentant des organisations d'hospitalisation privée à but non lucratif participant au service public hospitalier,
- **2** représentants de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM),
- **2** représentants des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale,
- **4** personnalités qualifiées.

Cf. Annexe n°7: composition de la CRCI du Centre

IV. Les domaines de compétences de la CRCI

- Anesthésie – réanimation
- Cancérologie, radiothérapie
- Cardiologie & maladies des vaisseaux
- Chirurgie cardiovasculaire & thoracique
- Chirurgie générale & digestive
- Chirurgie ophtalmologique
- Chirurgie orthopédique & traumatologique
- Médecine légale
- Neurochirurgie
- Obstétrique
- ORL & chirurgie maxillo-faciale
- Pédiatrie
- Radiologie
- Réanimation
- Urologie

V. L'organisation des CRCI

La loi permet la constitution de commissions inter régionales.

Ces commissions sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire.

Ce magistrat peut être placé en position de détachement et être ainsi entièrement dédié au dispositif.

Les présidents des commissions sont assistés de collaborateurs juristes et administratifs qui forment le Secrétariat de la commission.

Les commissions n'ayant pas la personnalité juridique, les personnels sont mis à la disposition des commissions par l'ONIAM

Les moyens des commissions, notamment les présidents et leur secrétariat, sont regroupés sur quatre pôles régionaux :

- **BAGNOLET** (Seine-Saint-Denis) pour les régions Ile-de-France, Centre, Pays de la Loire, Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, La Réunion, Guyane ;
- **LYON** pour les régions Bourgogne, Rhône-Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Auvergne, Corse ;

- **BORDEAUX** pour les régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin, Poitou-Charentes ;
- **NANCY** pour les régions Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté.

Les réunions des Commissions se tiennent généralement dans les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Ce sont donc les présidents et leurs collaborateurs qui se déplacent dans les régions afin de tenir les réunions. Les dossiers doivent cependant être envoyés aux adresses des pôles inter régionaux.



**ETUDE DU RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA
COMMISSION RÉGIONALE DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION
DES ACCIDENTS MEDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGENES
ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CRCI)
DE LA REGION CENTRE**

POUR LA PERIODE DU 1^{er} MAI 2006 AU 30 AVRIL 2007

L'analyse de la formation spécialisée a porté sur le rapport d'activité de la CRCI du Centre, établi pour la période du 1^{er} mai 2006 au 30 avril 2007.

I. Les réunions et travaux de la CRCI

La commission s'est réunie à 4 reprises entre le 1^{er} mai 2006 et le 30 avril 2007.

➤ **Nombre de dossiers reçus** (données annuelles)

- Au titre de l'indemnisation d'un accident médical par voie de règlement amiable : **89 dossiers reçus**
- Par voie de conciliation : **2 dossiers reçus**
- Nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une double saisine de la commission et du juge : **3 dossiers**

Le délai moyen entre le premier enregistrement de la demande et celui de la demande complète (au titre de l'indemnisation) est de **40 jours**.

➤ **Nombre de dossiers traités en séance**

- **84** dossiers de demandes d'indemnisation
- **6** dossiers de conciliation ont été présentés en séance.

➤ **Nombre moyen de membres présents en séance**

En moyenne, **13,4 membres** participaient aux réunions de la CRCI.

II. Les expertises de la CRCI

L'expertise préalable est destinée à apprécier si la victime atteint les seuils de recevabilité exigés par la loi pour être indemnisé par l'ONIAM ou l'assureur du médecin ou hôpital, dans le cadre de la procédure devant la CRCI.

L'expertise au fond est destinée à évaluer les postes de préjudice et définir la frontière entre aléas, faute et état antérieur ou pathologique en cours.

A. Les expertises préalables (article R.1142-14 du Code de la santé publique)

- 5 demandes ont fait l'objet d'une expertise préalable
- 9 dossiers ont fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond

Motif :

- Désistement : 3
- Date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001 : 4
- Seuil de gravité non atteint : 12 (IPP < 25 %)

Le délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative sans expertise au fond est de **3,6 mois**.

B. Les expertises au fond

- Le nombre d'expertise au fond (toutes disciplines confondues et hors dossiers nécessitant une réouverture) est de **91**.

❖ **Les délais de restitution d'expertise**

- Délai demandé = 3 mois
- Délai de réponse = 4,3 mois

❖ **Les suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond**

26 demandes ont abouti à une conclusion négative après **expertise au fond**.

Motif du rejet :

- Abandon : 1 dossier

- Seuil de gravité non atteint : **10 dossiers**
- Absence de lien avec l'acte en cause : **12 dossiers**
- Accident médical non indemnisable (ni fautes ni aléas) : **3 dossiers.**

Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond : **10,7 Mois**

34 demandes ont abouti à une **conclusion positive** après **expertise au fond**.

- Les critères de gravité pris en compte sont les suivants :
- Décès : **6 dossiers**
- Taux IPP > 24 % : **12 dossiers**
- Incapacité temporaire de travail : **10 dossiers**
- Troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence : **6 dossiers.**

C. Les délais

- Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion positive après expertises au fond : **12,2 Mois**

La commission régionale a **6 mois**, à compter de la réception d'un dossier complet pour rendre son avis, au vu du rapport d'expertise, sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis par l'utilisateur, ainsi que le régime d'indemnisation applicable.

Pour la région, le délai moyen entre le premier enregistrement de la demande et celui de la demande complète (au titre de l'indemnisation) est de **40 jours** ; le délai moyen entre la demande complète et l'avis est de **10,2 mois**, soit un délai moyen entre le dépôt du dossier et l'avis de **11,5 mois**.

III. Conciliation

- dossier ayant abouti à une conciliation : 6
- dossier ayant abouti à une non-conciliation : 4.

Suivi des avis

Les CRCI ont pour tâche d'émettre un avis sur les causes, les circonstances, la nature, l'étendue des dommages et sur le régime d'indemnisation applicable (faute ou aléa thérapeutique).

L'avis est ensuite transmis :

- o soit à l'ONIAM pour les cas d'aléas thérapeutique ou d'infections nosocomiales ayant entraîné le décès ou un taux d'IPP supérieur à 25% ;

- soit à l'assureur du professionnel mis en cause.

Le rapport d'activité ne contient pas d'informations relatives au suivi des avis rendus par la CRCI ; ce point doit cependant être renseigné par l'ONIAM.

IV. Synthèse

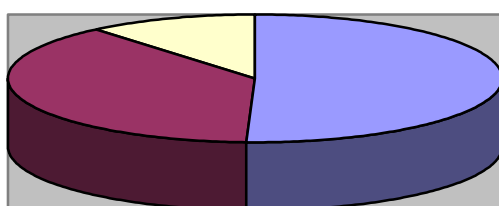
A) Bilan d'activité

La CRCI a reçu 91 dossiers, dont 3 doubles saisines.

La répartition du nombre de dossiers traités ou présentés en séance est la suivante :

Conclusion négative	45
Conclusion positive	34
Renvoyé vers conciliation	10
Nombre total de dossiers traités	89

Nombre de dossiers traités ou présentés en séance



- Conclusion négative
- Conclusion positive
- Renvoyé vers conciliation

Les délais :

La commission a 6 mois, à compter de la réception du dossier complet, pour rendre un avis.

Délais	A la date de réception du dossier complet	A la date de dépôt du dossier
Conclusion négative sans expertise au fond	3,6 mois	4,9 mois
Conclusion négative après expertise au fond	10,7 mois	12 mois
Conclusion positive après expertise au fond	12,2 mois	13,5 mois

Durée moyenne entre la réception du dossier complet et l'avis : **10,2 mois**

Durée moyenne entre la date de dépôt du dossier et l'avis : **11,5 mois** (10,2 + 40 jours)

Différents éléments d'explication de ce retard sont invoqués dans le rapport :

- la **pénurie d'experts**, en raison de la proximité avec Paris,
- les difficultés dans certains cas pour obtenir une expertise dans les montants légaux de rétribution,
- les difficultés pour trouver des experts dans certains domaines de compétences (cancérologie, neurochirurgie, bactériologie)

Par conséquent, les délais de restitution des expertises sont considérablement allongés.

- délai demandé : **3 mois**
- délai de restitution effectif : **4,3 mois**

B. Les problèmes de personnel

La difficulté majeure à laquelle se heurte la CRCI est celle du secrétariat. Deux juristes et deux secrétaires ont été attribués aux pôles de Nancy et Bordeaux, tandis qu'un seul juriste et une seule secrétaire ont été attribués au pôle de Bagnolet.

Le Président de la Commission indique, dans le bilan d'activité, que l'augmentation de l'activité nécessite le recrutement pérenne d'un/une secrétaire supplémentaire.

Par ailleurs, le Président de la CRCI précise, notamment si l'on tient compte de l'assouplissement des conditions de recevabilité, que le fonctionnement des commissions ne pourra plus être conforme aux objectifs du législateur et aux attentes des demandeurs comme des professionnels de santé.

C. L'augmentation du nombre de dossiers

Durant la période de référence, il est possible de constater pour les 3 régions dont le Président de la CRCI région Centre a la charge (Centre, Picardie, Nord Pas de Calais) :

- Une augmentation du nombre de demandes : 348 contre 284 pour la période équivalente de l'année précédente, soit une hausse de 22,5% ; la progression est encore plus forte pour les avis rendus : 33,4%.
- Cette augmentation peut s'expliquer notamment par une meilleure connaissance et compréhension du dispositif (choix de la voie amiable).

D. L'analyse des expertises

L'interprétation des textes reste un problème juridique majeur. En effet, certaines questions restent encore sans réponse.

En matière d'infection nosocomiale, la présence d'un germe dont le plaignant est déjà porteur peut-il être considéré, au moins partiellement, comme un état antérieur ?

Cela entraîne des difficultés pour certains experts (1/3 des cas) dans l'appréciation pour chaque pathologie ou dommage, à attribuer la part de préjudice qui revient à l'état antérieur et celle qui revient à la faute ou à l'aléa.

V. Observations de la formation spécialisée

Points négatifs :

- la lecture du rapport d'activité est difficile à appréhender
- la durée de traitement des dossiers reste supérieure à celle prévue par les textes.

Points positifs :

- les délais de traitement des dossiers sont très largement inférieurs à ceux des autres juridictions
- la réparation intégrale des préjudices : indemnisation de tous les chefs de préjudice, totale ou partielle
- la procédure est gratuite (hors frais de conseil)
- le requérant a la possibilité de se faire assister par un conseiller de son choix (avocat, juriste, association)
- Les 6 représentants des usagers au sein de la commission ont voix délibérative.
- Les dossiers sont transmis aux membres de la commission avec tous les éléments nécessaires à l'appréciation des dossiers présentés en séance.

Proposition de la commission

Il est proposé d'utiliser un document de synthèse pour faciliter l'analyse des dossiers présentés en séance.

Un modèle type de ce document de synthèse, réalisé par la FNATH, figure en annexe n° 8.

CONCLUSION

I. RECOMMANDATIONS DE LA FORMATION SPECIALISEE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

➤ **Le rôle de la formation spécialisée sur le respect des droits des usagers du système de santé**

L'une des missions de la formation spécialisée est de rester attentive à la diffusion permanente des droits des usagers. Elle souhaite également avoir une fonction d' « alerte » au sein de la CRS.

➤ **Les associations de malades et d'usagers du système de santé**

La commission souligne le rôle indispensable des associations de malades qui agissent en faveur de l'intérêt général.

La procédure d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique valorise le rôle et la démarche des associations.

Elles doivent se positionner en complémentarité des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers et non en opposition, valorisant ainsi la légitimité des représentants d'usagers.

L'acquisition de compétences par les bénévoles devient indispensable pour leur permettre d'être des interlocuteurs à part entière dans le système de santé.

La commission souligne le rôle fondamental des associations de malades notamment pour les maladies chroniques, en matière d'éducation thérapeutique ou d'observance du traitement ; les groupes de parole peuvent en être acteurs.

➤ **Le respect des droits des usagers**

La commission rappelle que le respect du droit des usagers participe de l'amélioration générale du système de santé.

S'agissant du parcours de soins, de nombreuses réformes s'orientent vers la prise en compte du droit des usagers. Il convient de permettre à la culture médicale d'évoluer vers le respect des droits des usagers et d'orienter davantage les actions de santé vers les individus, plutôt que vers les pathologies. L'éducation thérapeutique privilégie cette démarche.

➤ **Les instances sanitaires**

La commission souligne la multiplicité des instances mises en place par des textes réglementaires (CRUQ, CORUDES, CRS, CISS) et la confusion entre leurs champs de compétences respectifs. Il convient de favoriser le lien entre ces différentes instances et d'améliorer la lisibilité de leurs missions.

II. CONCLUSION DE LA PRESIDENTE DE LA COMMISSION

Lors du premier rapport de la commission, plusieurs observations avaient été mises en exergue et ont servi de fil conducteur aux travaux de cette deuxième année de rencontre.

Ceux-ci ont donc permis de mieux appréhender trois instances où l'utilisateur est au cœur des problématiques sanitaires :

- les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) dans les établissements de santé,
- la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI),
- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui touchent plus particulièrement des publics fragilisés et qui, bien souvent, n'ont pas d'autres possibilités d'être pris en charge.

La formation spécialisée ne peut négliger la vulnérabilité médicale qui est deux fois supérieure chez ces populations, d'où la nécessité d'un regard « social », ajouté à celui des souffrances du corps. Mais ces difficultés se sont élargies à des populations dont les revenus se situent à la limite des seuils ouvrant droit à un certain nombre de prise en charge...

Le présent document rend également compte d'une réunion de formation et d'échanges qui a touché un nombre important d'acteurs dans le champ sanitaire et qui a montré la nécessité de poursuivre de telles initiatives.

Il paraît indispensable dans le cadre du respect du droit des usagers de dépasser le texte fondateur du 4 mars 2002, notamment avec les mutations envisagées dans le cadre des Agences régionales de santé.

Aussi, la connaissance de toute personne sur ses droits implique celle de ses responsabilités. Mais cela doit également aller de pair avec un droit collectif, tel que voulu par la Conférence nationale de santé.

Ce volet devrait être clairement identifié dans le champ de la démocratie sanitaire, afin que chacun ou chaque représentant d'utilisateur assume au mieux ses possibilités d'être force de proposition, au même titre que tous les responsables du système de santé.

Former les usagers à cette démarche doit être le véritable enjeu à prendre en compte dans l'avenir.

Qu'il me soit permis de remercier les membres de la commission, pour leur assiduité aux réunions et pour leur implication dans les travaux présentés, sans oublier tous ceux qui ont accepté d'apporter leur contribution aux diverses enquêtes réalisées.

Sans leur participation et l'appui permanent de Florence Guerrier, ce rapport n'aurait pu être élaboré.

La Présidente de la formation spécialisée sur le respect des droits des usagers du système de santé,

Danièle DESCLERC-DULAC