



RAPPORT

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

2008



SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
LES COMMISSIONS DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (CRUQ)	5
I. Exploitation des rapports d'activité 2007	5
II. Les thèmes de référence	6
III. Les recommandations de la formation spécialisée.....	9
LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)	10
I. Exploitation des questionnaires concernant l'activité 2008 des PASS.....	12
II. Fonctionnement de la PASS de Vendôme	15
III. Fonctionnement de la PASS d'Orléans	16
LA COMMISSION REGIONALE DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX DES AFFECTIONS IATROGENES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CRCI)	18
I. Les missions de la C.R.C.I	18
II. La saisine de la commission.....	19
III. La composition de la CRCI	19
IV. Les domaines de compétences de la CRCI	20
ETUDE DU RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA CRCI POUR LA PERIODE DU 1^{er} MAI 2007 AU 30 AVRIL 2008	22
I. Les réunions et travaux de la CRCI.....	22
II. Les expertises de la CRCI	23
III. Conclusions données aux dossiers traités en séance.....	24
IV. Conciliation	26
V. Les délais	26
VI. Suivi des avis	26
VII. Comparaison de l'activité de la CRCI et des délais de traitement des dossiers pour les périodes du 1 ^{er} mai 2006 au 30 avril 2007 et du 1 ^{er} mai 2007 au 30 avril 2008	27
VIII. Observations de la formation spécialisée	28
JOURNEE RÉGIONALE DE FORMATION ET D'ÉCHANGES SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTÉ A BLOIS	30
I. Objectifs	30
II. Déroulement de la journée	30
III. Bilan de la journée par la Présidente du CISS et Présidente de la commission « Droit des usagers »	32
CONCLUSION	33
ANNEXES	35

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.

En octobre 2008, la Conférence nationale de santé, et plus particulièrement la commission spécialisée dédiée aux droits des usagers du système de santé, a publié, dans le cadre de la collection « *Droits et accueil des usagers* », son premier rapport annuel sur le respect du droit des usagers du système de santé. Ce rapport met en avant **neuf propositions** pour une action résolue des pouvoirs publics dans la promotion et la défense des usagers.

Dans le domaine des droits individuels, la Conférence nationale de santé propose de :

- promouvoir un meilleur accès à la santé des personnes les plus vulnérables,
- réduire l'asymétrie de l'information entre les acteurs et les usagers,
- mieux promouvoir, protéger et accompagner l'exercice de certains droits.

Dans le domaine des droits collectifs, elle demande la création d'un véritable statut du représentant des usagers.

Enfin, s'agissant de la promotion des droits, la Conférence nationale de santé recommande :

- de doter les conférences régionales de santé de budgets suffisants pour conduire leurs missions,
- d'inscrire dans la réforme prévoyant les agences régionales de santé qu'une mission relative au respect du droit des usagers du système de santé figure à l'organigramme de ces agences,
- de conférer clairement aux formations spécialisées le rôle d'observatoire de ces droits,

- d'améliorer la connaissance des droits,
- de faire de la journée européenne des droits des patients un rendez-vous national sous l'égide des conférences régionales de santé.

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 5 fois durant l'année 2008.

Celle-ci comprend 23 membres répartis comme suit :

- collège 1 : représentant les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire : **5 personnes**
- collège 2 : représentant les malades et les usagers du système de santé : **4 personnes**
- collège 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 : **4 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 : **5 personnes**
- collège 5 : composé de personnalités qualifiées : **3 personnes**
- collège 6 : représentant le Conseil économique et social régional : **2 personnes.**

(cf. annexe n°1)

Cette commission rend régulièrement compte de ses travaux au bureau de la conférence.

Taux de participation des membres à ces réunions

Date des réunions	Taux de participation
29 janvier 2008	50%
21 mars 2008	50%
10 juin 2008	13%
15 septembre 2008	27%
27 novembre 2008	31%

Le taux moyen de participation des membres de la commission « Respect des droits des usagers » aux réunions est de 34 %.

Ce taux de participation, relativement bas, est à nuancer par le fait qu'un certain nombre de membres de la commission ont cessé leur participation en cours d'année du fait de contraintes professionnelles et n'ont pas pu proposer d'autres personnes pour les remplacer.

II. Rappel des travaux menés par la commission en 2007

Les travaux menés en 2007 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 2007.

Les travaux de la commission portaient sur :

- 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'activité 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).

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

- sur l'augmentation des dépassements d'honoraires abusifs,
- sur la santé au travail,
- sur la visite d'une ou deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et l'élaboration d'un rapport annuel type à remplir par chaque PASS de la région.

III. Les travaux menés en 2008 par la commission

Le présent rapport synthétise l'ensemble des travaux réalisés en 2008 par la formation spécialisée :

- l'analyse des bilans d'activité 2007 des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (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),
- la synthèse de journée de formation et d'échanges organisée le 5 décembre 2008 à Blois.

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

ANALYSE DES BILANS D'ACTIVITE 2007

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.

Le guide proposé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins **en mars 2008** :
« **Rédiger le rapport annuel de la CRU - Recommandations et modèle type** »

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 troisième rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, la formation spécialisée a étudié l'ensemble des bilans d'activité 2007 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 2007

La formation spécialisée a reçu 69 bilans d'activité des CRUQ pour l'année 2007, pour l'ensemble des 108 établissements de santé de la région Centre.

Il apparaît que le taux de retour des bilans d'activité pour l'année 2007 est d'environ 64 % (à la date du 5 mai 2009).

Il convient cependant de nuancer ce résultat positif par le fait qu'en premier lieu, au mois d'avril 2009, seuls 36 % des rapports d'activité étaient parvenus à l'ARH et au secrétariat de la formation spécialisée. Face à ce constat et dans le but de faire une exploitation la plus complète possible de l'activité des CRUQ, il a été décidé d'inviter M. SICARD, Secrétaire Général de l'ARH du Centre à une réunion de la

formation spécialisée. A la suite de cette réunion, une relance de l'ARH a été faite aux établissements n'ayant pas transmis leur rapport d'activité.

Malgré cette relance, face au constat d'un taux de retour encore faible, la formation spécialisée a pris la décision de relancer une dernière fois les établissements n'ayant pas répondu en leur envoyant un questionnaire simplifié, pour permettre aux établissements qui n'auraient pas élaboré de rapport de répondre.

C'est donc la volonté de la formation spécialisée de réaliser une analyse la plus exhaustive possible de la représentation des usagers du système de santé au sein des établissements de santé qui a permis d'aboutir à un taux de retour de 64 %.

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

Département	Taux de réponse 2007	Répartition des réponses entre établissements publics et privés	Taux de réponse 2006
Cher	44%	Publics : 80% Privés : 0%	20%
Eure et Loir	82%	Publics : 57% Privés : 100%	55%
Indre	69%	Publics : 70% Privés : 67%	46%
Indre et Loire	56%	Publics : 69% Privés : 42%	18%
Loir et Cher	50%	Publics : 55% Privés : 43%	17%
Loiret	73%	Publics : 71% Privés : 75%	38%

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

67% des rapports 2007 des CRUQ sont issus d'établissements publics et 60% d'établissements privés.

Il faut ajouter que la très grande majorité des établissements de référence a transmis son rapport d'activité de la CRUQ.

II. Les thèmes de référence

Pour l'exploitation des rapports d'activité des CRUQ, un groupe de travail issu de la commission a été mis en place et, afin d'avoir une lecture commune des différents rapports, les éléments suivants ont été plus particulièrement analysés (**cf. annexe n°2**) :

- 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 réponse au questionnaire de sortie,
- 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.

Les bilans transmis par les établissements sont très hétérogènes et certains sont très incomplets ; ils ne rendent pas compte des missions de la CRUQ, prévues par le décret du 2 mars 2005, ce qui rend difficile l'exploitation.

En effet, certains 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.

A. Nombre de réunions de la CRUQ

Les deux tiers des établissements indiquent dans le rapport le nombre de réunions de la CRUQ.

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 2007 ; les CRUQ se réunissent généralement 2 à 3 fois par an. Ainsi, un tiers seulement des établissements respectent les dispositions prévues par les textes réglementaires, en se réunissant une fois par trimestre.

B. La composition

Les trois quart des établissements étudiés ont indiqué dans le rapport de leur CRUQ le nombre de représentants des usagers qui siègent à la CRUQ et parmi eux, la grande majorité comporte deux titulaires, conformément à la réglementation.

C. Les plaintes et réclamations

Environ 80% 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.

D. 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.

E. La réponse au questionnaire de sortie

Près de 40 % des rapports exploités ne comportent pas d'éléments relatifs au taux de réponse aux questionnaires de sortie. Lorsque celui-ci est mentionné dans le rapport, il est très variable en fonction de la taille de l'établissement. En effet, il semble que plus l'établissement réalise de séjours, plus le taux de réponse au questionnaire de sortie baisse.

Certains rapports se sont attachés à faire une exploitation complète des questionnaires de sortie.

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

F. 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,
- 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 formalisation du processus de traitement des plaintes et des réclamations,
- la participation des représentants des usagers aux travaux dans le cadre de la certification,
- l'ouverture d'un espace dédié aux usagers.

G. Les cas particuliers

- Les informations figurant dans un bilan de CRUQ ne sont pas anonymisées.
- 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 s'interroge sur :

- la participation des usagers à 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,
- le faible taux de retour des bilans d'activité qui a entraîné la nécessité de deux relances successives,
- la disparité du nombre de réunions de la CRUQ entre les établissements. La commission n'a pas les moyens de savoir quelle est la représentation des usagers dans les établissements qui n'ont pas transmis leur rapport : la CRUQ a-t-elle été mise en place ? Des représentants des usagers y siègent-ils ?

La commission recommande :

- de travailler avec l'ARH pour améliorer le taux de retour des bilans d'activité des CRUQ,
- que les établissements se saisissent du guide élaboré par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et utilisent le rapport-type, afin d'éviter l'hétérogénéité constatée entre les rapports et notamment que, conformément à ce guide, apparaisse dans tous les rapports une évaluation annuelle des recommandations de la CRUQ (au regard des droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge).

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

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 L. 6112-1 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 ».

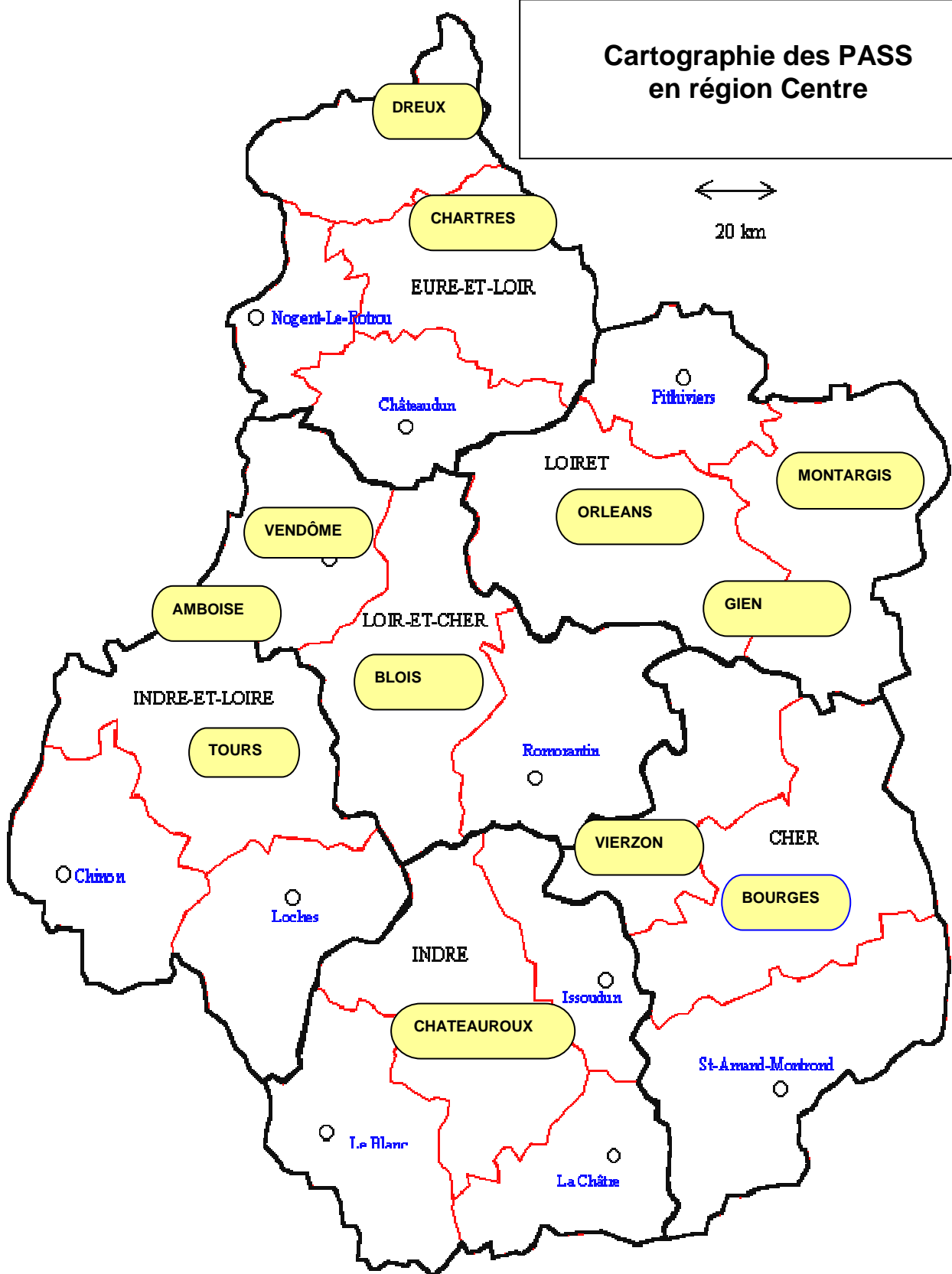
Le rôle de la PASS, qui favorise l'accès à la santé et l'ouverture des droits pour les publics les plus en difficulté, s'articule avec celui des professionnels chargés du suivi sanitaire, social, administratif des patients : équipes de soins, service social de l'hôpital, assistant de service social affecté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

Par ailleurs, l'article L. 1411-11 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 » (PRAPS).

Il existe actuellement 12 PASS en région Centre (plus une PASS périnatalité) :

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

Cartographie des PASS en région Centre



➤ Travaux menés en 2007-2008

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 commission a élaboré au mois de février 2008 un questionnaire, qui a été adressé à l'ensemble des PASS de la région. Huit établissements de santé avaient 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.

➤ Travaux réalisés en 2008-2009

La commission a repris, au mois de mars 2009 le même questionnaire qu'en 2008, qui a été adressé à l'ensemble des PASS de la région (**cf. annexe n°3**).

Neuf établissements de santé sur les 12 qui ont une PASS ont transmis le questionnaire en retour :

- Cher : CH Vierzon et CH de Bourges,
- Eure et Loir : CH de Dreux,
- 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.

Par ailleurs, la formation spécialisée avait émis le souhait d'aller rencontrer plusieurs acteurs des PASS et de visiter certaines de ces structures afin d'approfondir leur fonctionnement, ce qui a été fait :

- le 19 mars 2009 : à la PASS du Centre Hospitalier de Vendôme,
- le 8 avril 2009 : à la PASS du Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

Ainsi, le fonctionnement de deux PASS, l'une avec un public plutôt urbain (Orléans), l'autre avec un public plutôt rural (Vendôme) a pu être approfondi.

I. Exploitation des questionnaires concernant l'activité 2008 des PASS

A. Fonctionnement des PASS

La grande majorité des PASS de la région a été créée en 2000 ou 2001.

S'agissant du personnel mis à disposition, 60% des établissements de santé disposent d'une assistante de service social à temps plein rattachée à la PASS.

Afin d'assurer la prise en charge hospitalière et médico-sociale des patients, quatre 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 0,1 à 0,5 équivalent temps plein).

Ainsi, la majorité des PASS de la région restent accessibles du lundi au vendredi, sur une amplitude horaire de 9 heures à 17 heures.

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 au service des urgences.

B. Activité des PASS et publics rencontrés

Le nombre de consultations dans les PASS varie en fonction de la taille de l'établissement de santé et semble en augmentation par rapport à 2007.

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...) : 44%
- motif administratif (ouverture de droits, couverture maladie...) : 39%
- motif social (aide à domicile, logement ...) : 17 %.

Le motif sanitaire est donc le motif principal de consultation des PASS qui ont répondu, suivi de près par le motif administratif, en particulier pour des problèmes d'ouverture de droits ou de couverture maladie.

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 distinguées :

❖ *établissements situés en zone plus rurale : Vendôme, Bourges, Vierzon, 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 celle 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, Dreux, 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...

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.

C. 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, telles 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, 4 établissements indiquent que ceux-ci sont formalisés dans le cadre d'un projet d'action médico-sociale.

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.

II. Fonctionnement de la PASS de Vendôme

Le 19 mars 2009, plusieurs membres de la formation spécialisée « Droits des usagers » se sont rendus au Centre hospitalier de Vendôme, où ils ont été reçus par le directeur de l'établissement, ainsi que par les deux assistantes sociales qui interviennent à la PASS.

- Fonctionnement de la PASS

La PASS existe depuis avril 2001 et deux assistantes sociales sont mises à disposition, pour un total d'un équivalent temps plein. Une des deux assistantes sociales est plus spécialisée pour l'accueil de public en difficulté psychiatrique. En termes de personnel médical, 0,1 équivalent temps plein est mis à disposition de la permanence.

La PASS est rattachée au service de médecine d'urgence et se réfère à une procédure de coordination réalisée en 2002.

L'assistante sociale de la PASS reçoit de préférence sur rendez-vous les patients qui lui sont adressés par les partenaires extérieurs. Elle les oriente ensuite vers un médecin urgentiste ou un médecin coordonnateur suivant le problème médical posé.

- Activité et public rencontré

Au total, la PASS a accueilli 190 personnes en 2008 et 234 entretiens ont été réalisés. Sur ces 190 personnes, 163 patients ont été orientés lors d'une hospitalisation, principalement pour des problèmes d'absence de couverture sociale ou de couverture complémentaire. Par exemple, de nombreuses personnes se retrouvent sans couverture complémentaire alors qu'elles ont un emploi mais des ressources faibles.

Les personnes sont des patients en situation de très grande précarité, dont les ressources sont souvent en dessous du seuil de pauvreté et qui vivent dans des logements insalubres ou inexistant. Les assistantes sociales rencontrent des difficultés d'orientation pour ces personnes, souvent âgées et isolées qui sont confrontées à des problèmes médicaux graves.

Dans le cadre de la PASS, en dehors des problèmes organiques ou d'addictologie, les assistantes sociales ont rencontré 80 personnes sur 90 en situation de mal-être, souvent des jeunes de moins de 25 ans qui sont sortis du système scolaire sans diplôme, qui n'ont pas d'emploi, pas de couverture sociale et ne font aucune démarche administrative pour améliorer leur situation.

Les assistantes sociales voient également de plus en plus de femmes avec des enfants grands ou placés, en situation de grande précarité.

- Partenariats mis en place

La PASS a développé un partenariat externe avec l'association « Osons nous soigner », sur le bassin de vie du Vendômois, pour les problèmes de transport notamment. Elle travaille également en partenariat avec la Caisse primaire d'assurance maladie, l'association « Addiction 41 », le Réseau de prévention du suicide.

La PASS souhaite poursuivre et améliorer le partenariat avec les associations, notamment « Osons nous soigner » qui sert de lien accompagnateur dans le labyrinthe des soins. Elle souhaite également repenser la prévention avec les acteurs de terrain (les travailleurs sociaux de proximité) et souhaiterait trouver du temps pour présenter le dispositif aux nouveaux arrivants sur ces professions.

En termes de partenariat interne, la PASS a signé une procédure écrite de coordination avec plusieurs services dont les urgences, le centre de dépistage anonyme et gratuit, la pharmacie, le laboratoire ou la psychiatrie.

III. Fonctionnement de la PASS d'Orléans

Le 8 avril 2009, plusieurs membres de la formation spécialisée « Droits des usagers » se sont rendus au Centre hospitalier d'Orléans, où ils ont été reçus par le médecin rattaché à la PASS, ainsi que par l'assistante sociale qui y intervient.

- Fonctionnement de la PASS

La PASS existe depuis 2000 et elle emploie 0,5 équivalent temps plein d'assistante sociale et 0,2 équivalent temps plein de médecin.

Elle est ouverte le mardi après-midi sans rendez-vous et le jeudi matin sur rendez-vous.

Une procédure est mise en place en interne permettant aux patients qui passent par ce dispositif d'avoir accès au plateau technique de l'hôpital et à la pharmacie.

L'assistante sociale reçoit le patient et fait une évaluation globale de sa situation, notamment au regard de sa couverture sociale.

La PASS se situe actuellement exclusivement sur le site de la Source et une implantation sur le site Porte Madeleine est prévu prochainement.

- Activité et public rencontré

La PASS note globalement une recrudescence des personnes vues en 2008. En effet, 584 personnes ont été reçues en 2008 contre 366 en 2007. Le public accueilli est essentiellement un public étranger ou d'origine étrangère et parmi eux, une part importante est en situation irrégulière. La part des femmes est la plus importante.

Par ailleurs, plus de 17 % du public accueilli a plus de 60 ans et ce sont majoritairement des personnes étrangères.

Une personne sur 10 accueillie n'a pas de protection complémentaire, il s'agit souvent de personnes en situation de surendettement ou de personnes ayant une méconnaissance du système.

L'assistante sociale ne relève pas de problème de médecins refusant la couverture maladie universelle ou l'aide médicale d'Etat, mais des refus de soins chez les chirurgiens dentistes. Le motif essentiel de consultation de la PASS est un motif médical et la majorité du public accueilli est passé par les urgences.

Parmi les problématiques médicales rencontrées, on note des problèmes d'alcoolisme surtout dans la population française. Il est proposé systématiquement un dépistage du VIH et de l'hépatite, ainsi que de la tuberculose mais de manière plus ciblée. La PASS étant située à côté du service des vaccinations, un point est également fait sur la couverture vaccinale des personnes.

- Partenariats mis en place

Un partenariat interne a été mis en place au sein de l'hôpital pour favoriser l'orientation vers la PASS. Ainsi, 4 items au sein du logiciel interne Actipidos permettent le signalement à l'assistante sociale.

Parallèlement, lorsqu'un patient est envoyé vers un service de l'hôpital, l'assistante sociale fait le lien, ce qui permet un accompagnement en aval. Le personnel attaché à la PASS insiste d'ailleurs sur le fait que le passage à la PASS n'est que temporaire et que le but est de mettre les personnes dans le droit commun.

La PASS a développé également des partenariats extérieurs en particulier avec les associations qui œuvrent dans le domaine social, dans l'aide aux personnes démunies et aux personnes étrangères.

Ces deux rencontres ont permis aux membres de la formation spécialisée de mieux appréhender le fonctionnement d'une PASS, les problématiques rencontrées et le travail primordial accompli par les équipes qui y travaillent.

Dans les deux structures, le personnel a fait part d'une grande disponibilité pour l'accueil des membres de la commission qui ont pu ainsi remarquer leur forte implication et leur professionnalisme au service d'une population très fragilisée et en grande difficulté sociale.

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 lorsqu'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.

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°4** : 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.

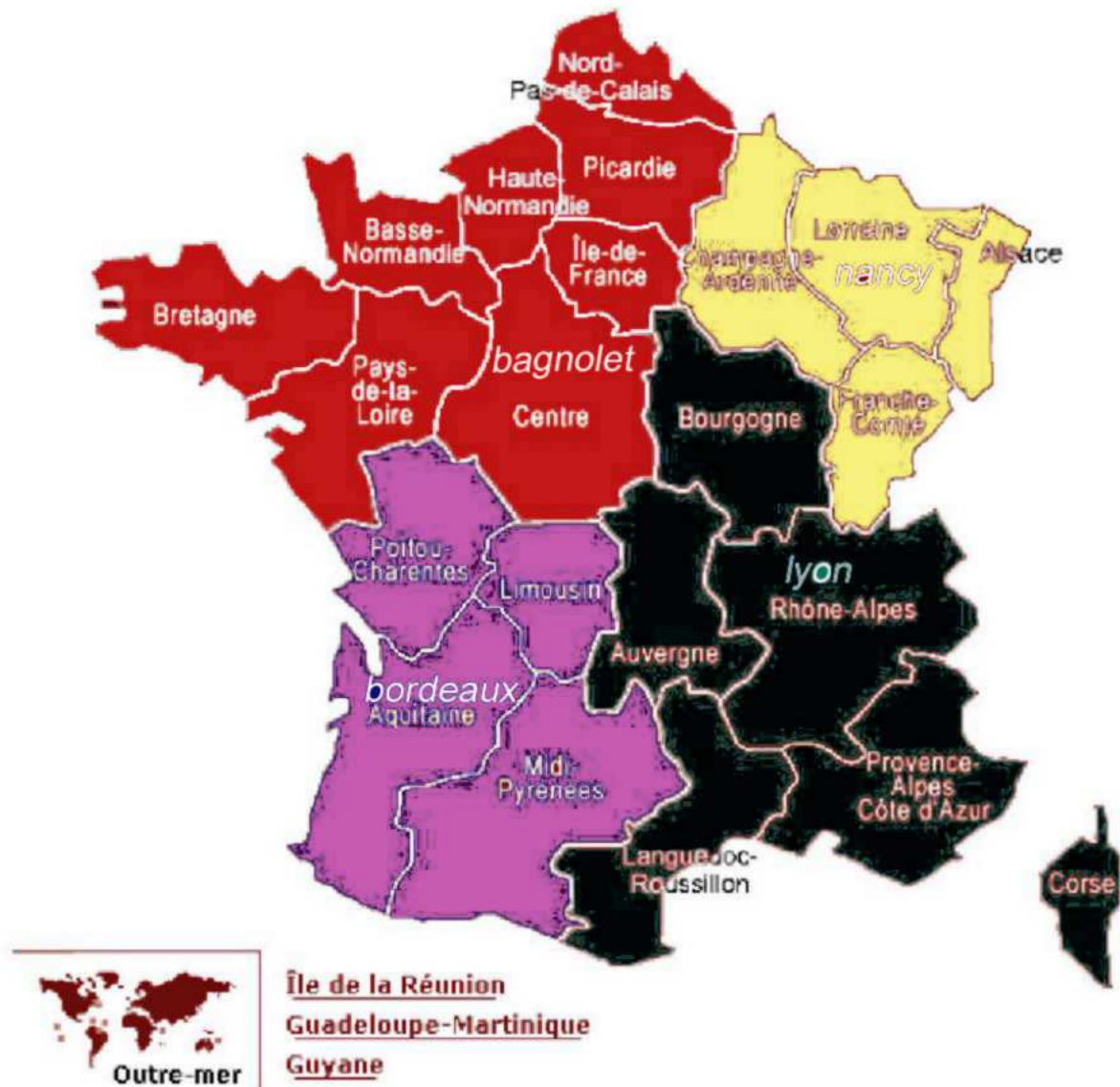
Les commissions n'ayant pas la personnalité juridique, les personnels sont mis à la disposition des commissions par l'ONIAM.

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 2007 AU 30 AVRIL 2008**

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 2007 au 30 avril 2008.

I. Les réunions et travaux de la CRCI

a) Nombre de dossiers reçus (données annuelles) :

- ⇒ Au titre de l'indemnisation d'un accident médical par voie de règlement amiable :
110 dossiers reçus
- ⇒ Par voie de conciliation : **0**
- ⇒ Nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une double saisine de la commission et du juge : **7 dossiers**.

Le délai moyen entre le premier enregistrement de la demande et celui de la demande complète (au titre de l'indemnisation) est de **39 jours**.

b) Nombre de dossiers traités en séance :

- **144** dossiers de demandes d'indemnisation
- **0** dossiers de conciliation ont été présentés en séance.

c) Nombre de réunions de la commission :

La commission s'est réunie à **8 reprises** entre le 1^{er} mai 2007 et le 30 avril 2008.

d) Nombre moyen de membres présents en séance :

En moyenne, **12,5 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)

- **9 demandes** ont fait l'objet d'une expertise préalable ;
- **37 dossiers** ont fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond (au vu des pièces ou du résultat de l'expertise préalable).

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 **2 mois**.

B. Les expertises au fond

- ❖ **Le nombre d'expertise au fond** (toutes disciplines confondues et hors dossiers nécessitant une réouverture) est de **99**.
 - Nombre avec collègue d'experts (hors sapiteurs) : **36**
 - Nombre avec expert unique (hors sapiteurs) : **63**
 - Nombre d'expertises réalisées (hors sapiteurs) : **135**.
- ❖ **Domaine de compétence des experts missionnés :**
 - Cancérologie et radiothérapie : 6
 - Cardiologie et maladies vasculaires : 12
 - Chirurgie cardiovasculaire et thoracique : 3
 - Chirurgie dentaire : 1
 - Chirurgie générale et digestive : 15
 - Chirurgie gynécologique : 1
 - Chirurgie orthopédique et traumatologique : 26
 - Disciplines biologiques : 1
 - Hépatogastroentérologie : 1
 - Maladies infectieuses : 16
 - Médecine interne : 4
 - Médecine légale : 9
 - Neurochirurgie : 8
 - Neurologie : 3
 - Obstétrique : 9
 - Ophtalmologie médicale : 2
 - ORL et chirurgie maxillo-faciale : 4
 - Pédiatrie : 1
 - Réanimation : 10
 - Rhumatologie : 1
 - Urologie : 1.

❖ **Domaine de compétence des sapiteurs¹ :**

- Chirurgie générale et digestive : 2
- Maladies infectieuses : 1
- Neurochirurgie : 1
- Pédiatrie : 2
- Radiologie : 1.

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

- Délai demandé = **3 mois** (4 en juin, juillet et août)
- Délai de réponse effectif = **3,7 mois**.

III. Conclusions données aux dossiers traités en séance

⇒ **37** demandes ont abouti à une **conclusion négative** sans **expertise au fond**.

⇒ **60** demandes ont abouti à une **conclusion négative** après **expertise au fond** :

- Motif de la conclusion négative après expertise au fond :
 - Abandon (implicite) : **0**
 - Désistement (explicite) : **2**
- Irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic : **0**
- Incompétence due à :
 - Date du fait générateur antérieur au 5 septembre 2001 : **0**
 - Seuil de gravité non atteint : **23**
- Rejet après expertise au fond pour :
 - Absence de lien avec l'acte en cause : **26**
 - Accident médical non indemnisable (ni faute, ni aléa) : **9**.

⇒ **45** demandes ont abouti à une **conclusion positive** après **expertise au fond**.

- Critères de gravité pris en compte :
 - Décès : **12**
 - Taux d'IPP : **8**
 - Incapacité temporaire de travail : **16**
 - Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle : **0**
 - Inaptitude définitive à l'emploi précédent (article D.1142-1, 1^o) : **1**
 - Troubles dans les conditions d'existence (article D.1142-1, 2^o) : **8**.
- Part indemnisable (des 45 dossiers ayant abouti à une conclusion positive) :
 - Nombre d'avis d'indemnisation totale : **29**
 - Nombre d'avis d'indemnisation partielle : **16**.

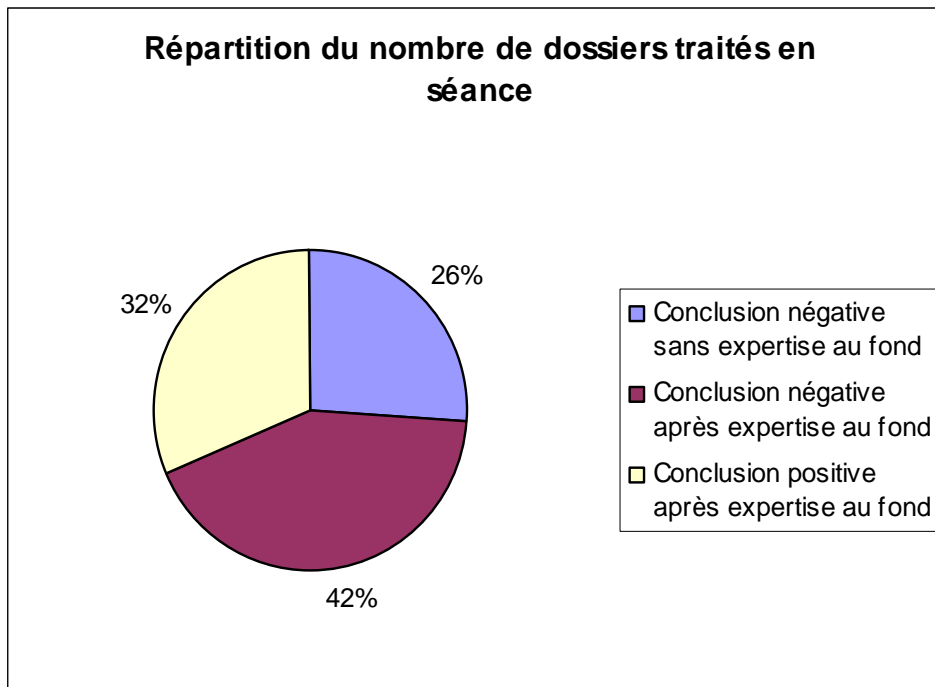
⇒ **Ensemble des dossiers ayant donné lieu à une conclusion : 142.**

¹ Nom donné à un technicien ou à un expert, un consultant, un constatant qui permet à un expert déjà désigné de recueillir des informations orales ou écrites dans une catégorie technique qui n'est pas la sienne.

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

Conclusions	Nombre de dossiers	Pourcentage représenté
Conclusion négative sans expertise au fond	37	26%
Conclusion négative après expertise au fond	60	42,25%
Conclusion positive après expertise au fond	45	31,75%

Au total :
- **68,25 %** des dossiers ont donné lieu à une conclusion négative,
- **31,75 %** des dossiers ont donné lieu à une conclusion positive.



IV. Conciliation

- a) Nombre de demandes de conciliation concernant une indemnisation² : **7**
- Demandes transmises à un autre organisme : **0**
 - Demandes traitées par l'ensemble de la commission : **0**
 - Demandes traitées par un ou plusieurs membres de la commission : **0**
 - Demandes traitées par un ou plusieurs médiateurs extérieurs : **7**.
- b) Nombre de procédures de conciliation closes : **3**
- Non-conciliations : **3**
 - Conciliations partielles : **0**
 - Conciliations totales : **0**.

V. Les délais

- ❖ Délai moyen entre le premier enregistrement de la demande et celui de la demande complète (au titre de l'indemnisation) : **39 jours** ;
- ❖ 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 : **2 mois** ;
- ❖ 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 : **7,3 mois** ;
- ❖ Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond : **8 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.

- ❖ Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion positive ou négative et, dans ce dernier cas, sans expertise au fond ou après celle-ci : **6 mois**.

VI. 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 :

- soit à l'ONIAM pour les cas d'aléas thérapeutiques 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.

² succédant à la conclusion négative d'une demande formulée au titre de l'indemnisation.

VII. Comparaison de l'activité de la CRCI et des délais de traitement des dossiers pour les périodes du 1^{er} mai 2006 au 30 avril 2007 et du 1^{er} mai 2007 au 30 avril 2008

a) Nombre de dossiers reçus :

Nombre de dossiers reçus	2006 – 2007	2007 – 2008	Evolution en %
par voie de règlement amiable	89	110	23,6 %
pour conciliation	2	0	-
ayant fait l'objet d'une double saisine	3	7	133 %

La double saisine : le requérant s'estimant victime d'un dommage a la possibilité de saisir parallèlement la CRCI et un tribunal compétent (tribunal administratif, tribunal de grande instance, conseil départemental de l'Ordre des médecins...).

b) les expertises :

Expertises	2006 – 2007	2007 – 2008	Evolution en %
expertises préalables	5	9	80 %
expertises au fond	91	99	8,7 %
rejets sans expertise au fond	19	37	94,7 %

c) les dossiers traités en séance :

2006 – 2007	2007 – 2008	Evolution en %
84 + 6	144	60 %

d) les délais de traitement :

Délais	2006 – 2007	2007 – 2008	Evolution en %
Délai moyen entre le premier enregistrement et la demande complète	40 jours	39 jours	- 1 jour
Délai moyen entre la demande complète et une conclusion négative sans expertise au fond	3,6 mois	2 mois	- 1,6 mois
Délai moyen entre la demande complète et une conclusion négative après expertise au fond	10,7 mois	7,3 mois	- 3,4 mois
Délai moyen entre la demande complète et une conclusion positive après expertise au fond	12,2 mois	8 mois	- 4,2 mois
Délai moyen entre la demande complète et une conclusion négative ou positive	10,2 mois	6 mois	- 4 mois

VIII. Observations de la formation spécialisée

Points susceptibles d'être améliorés :

- ⇒ bien que les seuils de gravité aient été définis par le législateur, le taux d'IPP (incapacité permanente partielle) fixé à 25% nous semble trop élevé et mériterait d'être revu à la baisse ;
- ⇒ le volet conciliation reste le parent pauvre de l'activité de la CRCI (aucune demande de conciliation en première intention et seulement **7 demandes** suite à une conclusion négative après expertise au fond) ;
- ⇒ des difficultés persistent dans l'appréciation pour chaque pathologie ou dommage, à attribuer la part de préjudice qui revient à l'état antérieur, ainsi que celle qui revient à la faute ou à l'aléa.

Points positifs :

- ⇒ les délais de traitement des dossiers se sont très largement améliorés et restent très inférieurs à ceux des autres juridictions ;
- ⇒ la réparation intégrale des préjudices : indemnisation de tous les chefs de préjudice, totale ou partielle ;
- ⇒ l'adoption par les CRCI de la nomenclature DINTILHAC (**cf. annexe n°5**) ;
- ⇒ 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) ;
- ⇒ pour les dossiers ayant abouti à une conclusion positive ; une dotation (plafonnée à 700 €) est prévue, destinée à couvrir en partie les frais de conseil engagés par la victime ;
- ⇒ les 6 représentants des usagers au sein de la commission ont voix délibérative et sont fortement impliqués dans la vie de la CRCI ;

⇒ 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 :

Afin de faciliter l'analyse des expertises, il serait utile que celle-ci soit assortie d'un commémoratif relatant : les circonstances dans lesquelles le dommage est intervenu, les causes et nature des dommages imputables, l'étendue du dommage (IPP, ITT, troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence, inaptitude à exercer la profession antérieure), ainsi qu'un état exhaustif des postes de préjudices extrapatrimoniaux ou personnels (pretium doloris, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice sexuel, préjudice d'établissement).

Il est proposé d'utiliser un document de synthèse pour faciliter l'analyse des dossiers présentés en séance. Un modèle type de document, réalisé par la FNATH, figure en **annexe n°6**.

<p style="text-align:center">JOURNEE RÉGIONALE DE FORMATION ET D'ÉCHANGES RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTÉ VENDREDI 5 DECEMBRE 2008 A BLOIS</p>
--

Une journée de formation et d'échanges sur le respect des droits des usagers du système de santé s'est tenue le 5 décembre 2008 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.

Environ 70 personnes ont participé à cette journée partenariale CISS / CRS, qui a été organisée pour la deuxième fois avec les deux instances.

I. Objectifs

La journée du 5 décembre 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.

L'objectif de cette journée est d'impulser une dynamique collective autour du droit des usagers. Le CISS a également pour projet la formation de groupes de pairs (sorte de tutorat) pour accompagner les représentants d'usagers.

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 :

- 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 handicapés.

II. Déroulement de la journée

La journée a été introduite par M. GUILLOU, Inspecteur principal, représentant le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales, qui a rendu hommage à tous les bénévoles qui s'impliquent pour faire entendre la voix de l'usager au niveau individuel comme au niveau collectif (cf. annexe n°7).

Il a également insisté sur le fait qu'aucun acteur ne peut, mieux que les associations d'usagers et de patients, servir de nécessaire aiguillon pour que les professionnels n'oublie jamais que la finalité de leur action est une prise en charge de qualité pour chaque patient.

Une présentation de la place du mouvement associatif et du collectif dans la région Centre a ensuite été effectuée par Mme DESCLERC-DULAC (cf. annexe n°8).

Plusieurs membres de la formation spécialisée de la CRS ont par ailleurs présenté le rapport d'activité 2007 de la commission.

La matinée de la journée était consacrée à des **ateliers - formations**, dont les thématiques sont présentées ci-dessous.

- **Atelier A :** Le rôle et les responsabilités des maisons et/ou espaces des usagers, animé par :
 - Madame Monique CLEMENT, CISS région Centre, Association « Jusqu'à la mort, accompagner la vie » (JALMALV)
 - Madame Véronique GHALDI, Sociologue, Chargée de mission au CISS national

- **Atelier B :** Le rôle et les responsabilités des CRUCQ, animé par :
 - Madame Elisabeth LEVET, CISS région Centre, Association régionale des diabétiques du Centre
 - Monsieur Jean WILS, Chargé du Droit des usagers – Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP)

- **Atelier C :** Le rôle et les responsabilités des associations, animé par :
 - Madame Chantal DESCHAMP, CISS région Centre, Association des familles victimes du saturnisme
 - Madame Chantal POLLIN, CISS région Centre, Association Passerelle Santé 45.

Enfin, l'après-midi de cette journée, animé par le journaliste M. Jacques HUGUENIN, était réservée à une table ronde prenant appui sur la restitution des travaux des ateliers :

Cette table ronde portait sur les questionnements suivants :

- Quelles articulations entre l'action individuelle du représentant des usagers et l'action collective menée par des associations ?
- Comment évaluer les actions des représentants des usagers et les porter à la connaissance de chacun ?
- Comment les travaux de la Conférence régionale de santé peuvent-ils être pris en compte pour gérer des actions locales ?
- Comment peut-on essayer d'envisager un programme d'actions pour 2009 ?

Par ailleurs, une présentation du référentiel du représentant des usagers – outils et perspectives a été faite par Mmes Véronique GHALDI, Chargée de mission au CISS national et Sylvia LACOMBE, Responsable de la formation au CISS national.

III. Bilan de la journée par la Présidente du CISS et Présidente de la commission « Droits des usagers »

Cette journée, riche des expériences de chacun, avec l'appui de professionnels a permis de prendre, encore une fois, pleinement conscience du rôle que chacun nous devons avoir dans les diverses représentations qui nous sont dévolues.

Il devient indispensable de construire la légitimité d'un bénévole en acquérant des compétences pour véritablement contribuer au fonctionnement du système de santé.

Notre expérience propre n'est pas suffisante. Il faut pouvoir s'inscrire dans un processus décisionnel qui nécessite une connaissance objective des structures et des modalités des diverses procédures, pour mieux construire ensemble des solutions appropriées.

Le CISS région Centre souhaite apporter à ses adhérents les formations, en appui avec le CISS national, qui leur permettront d'être des « individus éclairés », afin d'amener des éléments pertinents pour améliorer concrètement le système de santé.

L'année 2009 devrait voir la mise en œuvre d'un plan de formation pour mieux répondre à toutes ces préoccupations.

Je tiens à remercier tous les intervenants ainsi que tous les représentants des usagers. Ensemble, nous pourrons être un levier, dans cette période de mise en œuvre des Agences régionales de santé, afin que des améliorations puissent être prises en compte au service de la population sur le plan sanitaire.

CONCLUSION DE LA PRESIDENTE DE LA COMMISSION

S'agissant du 3^{ème} rapport de cette instance, il a semblé souhaitable de reprendre les principaux points évoqués lors des années précédentes.

Les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans les établissements de santé (CRUQ)

Les diverses sollicitations auprès des établissements, tant par la Commission que par l'Agence régionale de l'hospitalisation ont permis d'obtenir un taux de résultat supérieur aux années précédentes.

Mais plusieurs questions se posent encore :

- les CRUQ se sont-elles mises en place dans tous les établissements en conformité avec les textes ?
- se réunissent-elles régulièrement ?
- les représentants des usagers y sont-ils désignés ?
- les sujets évoqués sont-ils suivis de modifications ?

Les recommandations émises dans le modèle type du rapport, qui doit être élaboré, devraient permettre de pouvoir répondre à ces préoccupations.

Dans la préface de ce document, Annie PODEUR, Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au Ministère, précise que :

« remarquable outil de médiation entre l'établissement de santé et les usagers, la CRUQ peut contribuer grandement à l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des personnes hospitalisées et de leurs proches ».

Les permanences d'accès aux soins (PASS)

Cette année, la commission a souhaité visiter 2 structures afin de mieux appréhender leur fonctionnement.

Un point important est à souligner :

- le travail en commun d'une assistante sociale et d'un médecin permettant de mieux cerner les difficultés rencontrées par les personnes qui se présentent.

Plusieurs questions restent posées :

- la connaissance de l'implantation des PASS par la population,
- les divers relais pouvant permettre d'établir un suivi médico-social des usagers,
- les jours et heures de permanences correspondent-elles aux besoins identifiés ?
- serait-il du rôle de la commission d'envisager une réflexion avec les associations qui rencontrent des personnes, afin d'essayer de mieux adapter la réponse à leurs difficultés et dans un véritable souci de complémentarité ?

La commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI)

Il faut à nouveau souligner :

- que les délais de traitement se sont très largement améliorés et restent très inférieurs à ceux des autres juridictions,
- que les 6 représentants des usagers ont voix délibérative et sont très impliqués dans les décisions prises par cette instance.

Compte tenu de la complexité de celle-ci, une formation est indispensable pour les usagers qui y siègent. La commission suggère, dans la mesure des possibilités et de la réglementation, que les suppléants puissent (sans voix délibérative) participer à un rythme à définir et y siéger avec le titulaire. Pour bien appréhender les données à intégrer avant de pouvoir prendre une décision, cette acquisition ne peut se faire qu'en y assistant plus régulièrement.

Pour conclure, il reste très souhaitable que les représentants des usagers se professionnalisent afin d'acquérir les compétences nécessaires pour remplir au mieux les missions qui deviennent les leurs.

Dans cette région, un véritable lien s'est instauré avec le Collectif inter associatif sur la santé (CISS région Centre) afin d'apporter cette aide à tous ceux qui, dans leur vie associative, participent à une représentation.

Une commission « formation » s'est d'ailleurs créée au sein du CISS, pour identifier les besoins et y répondre dans les meilleurs délais.

Les mutations qui sont actuellement mises en œuvre au travers de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et des Agences régionales de santé, nous incitent à bien comprendre et à mieux appréhender le rôle du représentant des usagers.

Qu'il me soit permis de remercier les membres de la commission pour leur présence aux réunions et pour leur participation active dans les travaux présentés.

Mes remerciements seront également pour la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, notamment pour Aurélie GUILLOUT pour son accompagnement permanent auprès de notre commission.

La Présidente de la Formation spécialisée
« Droits des usagers du système de santé »

Danièle DESCLERC-DULAC

ANNEXES

- Annexe n°1** : Liste des membres de la formation spécialisée « Droit des usagers du système de santé ».
- Annexe n°2** : Exploitation des rapports d'activité des CRUQ.
- Annexe n°3** : Questionnaire sur le dispositif « Permanence d'Accès aux Soins et Santé » (PASS) pour l'année 2008.
- Annexe n°4** : Composition de la CRCI région Centre.
- Annexe n°5** : La nomenclature DINTILHAC.
- Annexe n°6** : Documents de synthèse de la CRCI.
- Annexe n°7** : Les enjeux de la représentation des usagers et du partenariat avec le CISS.
- Annexe n°8** : La place du Mouvement associatif et du Collectif dans la région Centre.

**Liste des membres de la Formation spécialisée
« Droits des usagers du système de santé »**

Présidente : Madame Danièle DESCLERC-DULAC, Présidente de l'Association SOS Hépatites Val de Loire (2^{ème} collège)

Collège	Nom - Prénom	Titre
n°1	BIBANOW Michel	Conseiller général du Cher
n°1	CHARTON Annie	Adjointe au Maire de Saint-Jean de la Ruelle
n°1	DAUDIN Véronique	Conseillère régionale du Centre
n°1	FONDRILLON Annie	Conseillère municipale de Blois
n°1	PORTE Dominique	Président de la Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret
n°2	ADAM Jacques	Vice-Président de l'Union fédérale des consommateurs UFC Que Choisir
n°2	GRENAN Marc	Président de l'Union interdépartementale des UDAF du Centre
n°2	LAMBERT Philippe	Président de la section locale d'Orléans de la Fédération des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)
n°2	LE MAUFF Jean-Michel	Président de la Ligue contre le cancer du Loir et Cher
n°3	BAUCHET Michel †	Président du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens
n°3	FLEURY Christian	Président de la Commission médicale d'établissement du Centre hospitalier régional d'Orléans
n°3	LAGRANGE Christelle	Présidente de la Fédération nationale des infirmiers du Loiret
n°3	SCHUCHT Guy	Président de l'Union régionale des médecins libéraux du Centre (URML)
n°4	COURVOISIER Alain	Fédération des Associations de réinsertion sociale de la région Centre (FNARS)
n°4	GUERNI Grégory	Vice-Président du Syndicat de l'hospitalisation privée de la région Centre
n°4	GOUGEON Jocelyne	Vice-Présidente du Bureau de l'Union régionale inter fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS)
n°4	FOUQUET Manon	Directrice du Centre de réadaptation cardio-vasculaire de Bois Gibert
n°4	TELLIER Christine	Déléguée régionale de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie
n°5	ALBOUY Josiane	Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre
n°5	CHARLON Robert	Retraité, Ancien directeur régional du service médical de la région Centre
n°5		Poste vacant
n°6	BEFFARA Jacques	Membre du Conseil économique et social régional
n°6	COHU Michel	Membre du Conseil économique et social régional

EXPLOITATION DES RAPPORTS 2007 DES CRUQ

Département	Nombre d'établissements publics + privés	2007		
		Nombre réponses établissements publics	Nombre de réponses établissements privés	% de réponse
Cher	9	4	0	44 %
Eure et Loir	17	4	10	82 %
Indre	13	7	2	69 %
Indre et Loire	25	9	5	56 %
Loir et Cher	18	6	3	50 %
Loiret	26	10	9	73 %
Total	108	40	29	64 %
TAUX REPONSE	100%	67 %	60 %	64 %

cf. tableaux d'exploitation ci-dessous

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
Département du Cher (18)						
CH Georges Sand à Bourges	3	73	non communiqué	58	2	
CH Jacques Cœur à Bourges	4	158	10,2 %	318	2	
CH St Amand Montrond	non communiqué	40	non communiqué	non communiqué	non communiqué	
CH de Vierzon	1	26	161	82	2 titulaires 1 suppléant	3 membres de la CRUQ ont bénéficié de formations
Département d'Eure-et-Loir (28)						
CH Louis Pasteur à Chartres	non communiqué	58	1723 dont 18 lettres de remerciement	18 demandes par mois, soit 212 (a doublé depuis 2004)	2 titulaires 2 suppléants	17 procédures contentieuses Perspectives 2008 : - en lien avec le comité de coordination des vigilances - en lien avec le comité de pilotage et de la qualité - en lien avec la CRS : transmission du RA de la CRUQ et échanges des pratiques entre établissements - formation en 2007 des représentants des usagers relative aux droits des usagers
Clinique Notre Dame du Bon Secours à Chartres	3	0	non communiqué	non communiqué	pas précisé	
HAD 28 Chartres	2	1 + 2 autres n'ayant pas fait l'objet de plainte auprès de la CRUQ	non communiqué	non communiqué	1 titulaire 1 suppléant	

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
CH Châteaudun	3	43	11 %	72	2 titulaires 2 suppléants	Pour les réclamations : - qualité du demandeur - service concerné - motif. Pour la demande d'accès au dossier : - qualité du demandeur - service concerné - motif (le suivi médical est majoritaire). Perspectives 2008 : - formalisation du processus de traitement des plaintes et réclamations - communication
Clinique Les Sorbiers à Châteaudun	4	2	71 %	2	2 titulaires 2 suppléants	
Centre de convalescence Le Clos du Roy à Dreux	2	0	non communiqué	non communiqué	non communiqué	- participation des usagers à la V2 - lors des 2 réunions, visite de l'établissement, présentation des instances - grille évaluation de l'information faite au patient
CH Victor Jousselin à Dreux	18	80	oui mais non chiffré	non communiqué	non communiqué	prendre bilan des réclamations de la CRUQ
Clinique cardiologique de Gasville	4	2	oui mais non chiffré	non communiqué	2 titulaires 2 suppléants	Améliorations pour 2008 : - poursuivre participation des représentants des usagers aux groupes d'auto-évaluation dans le cadre de la certification - formation externe prévue « Droits et information du patient » - motiver les patients au remplissage des questionnaires d'appréciation de séjour - reconduire l'enquête de satisfaction sur la restauration
CALME à Illiers-Combray	52	0	85 %	0	2 titulaires 2 suppléants	- suivi des recommandations 2007 - recommandations 2008

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
Centre de réadaptation fonctionnelle de Beaurouvre à Illiers-Combray	4	5	61 % avec taux de satisfaction de 87 %	10	2 titulaires 2 suppléants Participant aux réunions d'accréditation	Information des patients : - affichage liste non nominative des membres CRUQ - annexe au livret d'accueil - affichage des jours et heures de permanences d'accueil des médiateurs et note au livret d'accueil
Hôpital local La Loupe	2	2 dont la suite a été développée dans le rapport	2 types de questionnaire : - sur le repos : 79 réponses - sur l'accueil, le personnel : 66 réponses	1	2	Mise en place dans le dernier trimestre 2007 d'un comité de vigilance « Maltraitance - Bientraitance »
Clinique St François à Mainvilliers	non communiqué	20 incidents déclarés	12 %	30	2	- CRUQ mise en place en 2007 - nouveaux livrets d'accueil
SSR La Boissière à Nogent le Phaye	3	23	non communiqué 6 satisfactions et remerciements	53	2 titulaires 2 suppléants	Des permanences sont tenues par le cadre de santé et une secrétaire médicale
Clinique cardiologique de la Maison Blanche à Vernouillet	3	2	25 % cardiologie 77 % SSR	4	non communiqué	-
Département de l'Indre (36)						
Clinique du Haut Cluzeau à Chasseneuil	3	1	8 %	non communiqué	non communiqué	
CH de Châteauroux	non communiqué	60	2,84 %	357	non communiqué	
Centre psychothérapique de Gireugne à Châteauroux	3	10 plaintes	non communiqué	non communiqué	1 titulaire 2 suppléants	
Clinique St François à Châteauroux	non communiqué	29	21,5 %	28	non communiqué	

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
Hôpital local de Chatillon-sur-Indre	non communiqué	1	non communiqué	1	non communiqué	
CH La Tour Blanche à Issoudun	4	6 (sur registre des réclamations)	9,4 %	non communiqué	2	
CH La Châtre	non communiqué	36	38 % SSR 14 % médecine 19,8 Psy	5	2	
CH Le Blanc	1	9	non communiqué	21	2	
Hôpital local Saint-Charles à Valencay	0	non communiqué	non communiqué	non communiqué	non communiqué	- CRUQ mise en place en 2008 - 2 titulaires et 2 suppléants pour les représentants d'usagers
Département d'Indre-et -Loire (37)						
CHIC d' Amboise	2	- 9 examinées en commission - La CRUQ a connaissance des demandes traitées par le Directeur ou le médecin médiateur	non communiqué	non communiqué	2 titulaires	
Centre de soins en alcoologie Malvau à Amboise	3 réunions (permanence tous les lundis)	99 mécontentements mais pas de plaintes	- 118 sur 346, soit 34 % de réponses - taux de satisfaction : 94 %	non communiqué	1	
Centre Bois-Gibert à Ballan-Miré	3	0	82 %	non communiqué	2	- suivi des recommandations de la CRUQ 2006 - participation des représentants des usagers à la certification V2

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'utilisateurs	Remarques
CH du Chinonais	4	31	non communiqué	26	2	- nature des plaintes : facturation, soins, comportement soignants, divers - plaintes détaillées par services, suite données, délai de réponse - demandes dossier médical, détaillé par service, devenir de la demande - élaboration d'un programme de travail pour 2008
Clinique Jeanne d'Arc à Chinon	2	12	non communiqué (graphique taux de retour par mois)	28	2	
CRF Le Clos St Victor à Joué les Tours	4	0	38 % de retour	rare car patient quitte l'établissement avec le compte-rendu médical de son séjour	2 titulaires 2 suppléants	Liste des membres CRUQ dans le livret d'accueil + résumé de la Charte du patient hospitalisé
Maison de réadaptation Bel Air à La Membrolle sur Choisille	4	non communiqué	non communiqué	7	non communiqué	
CH de Loches	1	21 courriers de mécontentement	26 % de retour	17	2 titulaires 2 suppléants	Mise en place d'outils : - progiciel SIGNAL qui permet de signaler les événements indésirables - enquêtes de satisfaction - registre des plaintes - formation annuelle du personnel sur le secret professionnel et les droits du patient
Clinique de l'Alliance à St Cyr sur Loire	4	77 réclamations 4 réunions de médiation	28 % de retour	33 demandes	2 titulaires 2 suppléants	suivi des recommandations CRUQ en cours d'année 2007
HAD Pierre Larmande à St Cyr sur Loire	4	27	non communiqué	non communiqué	3	La suite donnée aux réclamations est indiquée
Hôpital local de Ste Maure de Touraine	1	2	non communiqué	4	2	

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
CHRU de Tours	3 et 22 médiations	301 remarques et réclamations sur le registre Objet : - activité médicale : 37 % - conditions de séjour : 21 % - dommage matériel : 16 % - accueil et organisation : 12 %	390 questionnaires de satisfaction note moyenne : Soins : 80 % Logistique : 67 % Sortie : 57 %	491 dont 2 qui posent problème	2 titulaires 2 suppléants	- sont indiqués les délais de réponse aux plaignants - organisation d'un forum des associations d'usagers - motifs d'insatisfaction : participation aux décisions médicales, information à la sortie, information sur effets de certains examens, information sur l'état de santé du patient - motifs de satisfaction : politesse - amabilité, comportement des médecins et des soignants, compréhension sur les actes opératoires
Clinique St Gatien à Tours	4	- 76 plaintes - 6 rendez-vous de médiation - 3 dossiers en CRCI	Résultats enquête de satisfaction	27	non communiqué	
Clinique Velpeau à Tours	1	- 5 - 43 feuilles de dysfonctionnement - 1 saisine CRCI	9,5 %	14	2	- à noter que dans le rapport, les représentants des usagers sont signalés comme ayant une voix consultative - information sur la CRUQ dans le livret d'accueil
Département du Loir-et-Cher (41)						
CH de Blois	2 CRUQ 4 médiations	- 85 réclamations, dont 65 lettres - griefs : prise en charge médicale : 57 prise en charge paramédicale : 21 - 3 dossiers en CRCI	taux de retour : 5,27 %	180	2	Attentes exprimées par les patients : - améliorer la confidentialité à l'accueil, - création WC handicapés dans le hall, - information du médecin traitant, - étude des réclamations par service
Clinique diététique Claude de France à Blois						Pas de rapport en 2007
Polyclinique de Blois à La Chaussée St-Victor	4	annexe non transmise	51,23 %	non communiqué	1	16 remerciements

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
Hôpital local Hess de Marchenoir	2	1 plainte	non communiqué	0	2	réponse questionnaire
Hôpital local de Montrichard	3	6	non communiqué	0	2 titulaires 1 suppléant	- la CRUQ a émis des souhaits sur des actions d'amélioration - un « espace des usagers » a été créé en novembre 2007
Hôpital local de Saint-Aignan	4 CRUQ	25 identifiées par thème et service	11 %	3	2	Suivi des actions 2007 d'amélioration de la qualité Propositions d'actions pour 2008 : - optimiser la gestion des plaintes - aménager 1 WC et une salle de bains pour handicapés - formation sur la bientraitance Participation des usagers à la procédure de certification En 2007, ouverture d'un espace dédié aux usagers
Hôpital local de Selles sur Cher	1	non communiqué	non communiqué	1	2	
CH de Vendôme	non communiqué	26 dont 16 venant des urgences	774 sur 6 587 entrées	30	2	- Réponses : délai moyen de 9 à 45 jours - Points négatifs : confort des chambres, information sur les visites médicales et examens, problèmes d'hôtellerie - Points positifs : compétence et gentillesse du personnel
Clinique de Freschines à Villefrancoeur	3	0	94 % de patients satisfaits	0	4	

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
Département du Loiret (45)						
CHAM à Amilly	non communiqué	108 (73 %) liées à un problème médical	1724 questionnaires de sortie soit 9 %	non communiqué	non communiqué	- pas de rapport mais compte-rendu d'une réunion de la CRUQ : + bilan des réclamations 2007 + analyse des questionnaires de sortie
Centre de réadaptation fonctionnelle Le Coteau à Beaugency	2	4 dont 1 a saisi la CRU	50 %	1	1 représentant association agréée	- représentant des usagers associés à la certification - liste des membres des CRUQ dans le livret d'accueil + résumé Charte du patient hospitalisé
Hôpital local Lour Picou à Beaugency	non communiqué	0	26	non communiqué	2	
Hôpital St Jean à Briare	2	9 plaintes 9 éloges	33	1	2 titulaires 1 suppléant	Participation des usagers à la certification V2
Clinique Belle Allée à Chaingy	1	2	81 %	4	1 UNAFAM	
Centre de convalescence Les Sablons à Chécy	3	- la commission a assuré le suivi de 5 réclamations - la CRU a connaissance des autres plaintes	non communiqué	non communiqué	1	la CRU a émis 10 recommandations
CH Georges Daumezon à Fleury les Aubrais	2	non communiqué	3 %	non communiqué	2 titulaires 1 suppléant	
Clinique de la Présentation à Fleury les Aubrais	3	non communiqué	non communiqué	non communiqué	3	
Domaine de Longuève à Fleury les Aubrais	2	5	non communiqué	non communiqué	2	

ETABLISSEMENT	Nombre de réunions en 2007	Plaintes et réclamations	Questionnaires de sortie	Demandes d'accès au dossier médical	Nombre de représentants d'usagers	Remarques
Clinique de Montargis	4	non communiqué	non communiqué	non communiqué	non communiqué	Suivi du plan d'actions 2007
Hôpital Pierre Lebrun à Neuville-aux-Bois	3	5	6 %	0	2	CRU mise en place en 2007
Clinique de l'Archette à Olivet	1	20	42,41 %	59	non communiqué	- liste des motifs de plaintes : défaut de prise en charge, services annexes, pertes d'objets personnels...
SARL Les Buissonnets à Olivet	3	10 plaintes 4 conciliations	38 %		2	Analyse des questionnaires de sortie
CHR d' Orléans	3 réunions plénières	- 220 réclamations non contentieuses - 11 médiations médicales - 15 incidents indemnisés - 24 nouveaux dossiers contentieux	7,7 %	391	2 titulaires 1 suppléant	10 recommandations formulées pour 2008, dont l'ouverture d'un lieu de regroupement des associations d'usagers
Soins de suites La Cigogne à Orléans	4	4	30 %	6	1	- motifs des réclamations : prise en charge, remboursement... - synthèse des questionnaires de satisfaction et commentaires
Clinique de la Reine Blanche à Orléans	0	29	non communiqué	20	2 titulaires 2 suppléants	
CH de Pithiviers	4	19	non communiqué	42	non communiqué	- propositions d'actions d'amélioration - suivi des actions d'amélioration inscrites au plan d'amélioration de la qualité
Clinique des Longues Allées à St Jean de Braye	non communiqué	15	non communiqué	18	non communiqué	- pas de CRU en 2007 - en cours de mise en place en 2009
Hôpital local de Sully sur Loire	non communiqué	3	non communiqué	non communiqué	non communiqué	- pas de réel bilan mais seulement compte rendu de réunions - évocation d'un dossier personnel, la personne concernée étant citée

<p align="center">QUESTIONNAIRE SUR LE DISPOSITIF « PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE » (PASS) POUR L'ANNEE 2008</p>

- **Établissement de santé :**

- **Date de création de la PASS :**

- **Personnel mis à disposition de la PASS :**

- **Jours et horaires d'ouverture :**

- **Activités :**
 - ✓ Nombre de suivis (sociaux et médicaux), file active pour l'année 2008 :
 - Vus : 1 fois
 - Vus : 2 à 3 fois
 - Vus : plus de 3 fois

 - ✓ Nombre de dossiers ouverts en 2008 :

- **Sociologie du public rencontré :**
 - Enfants (- de 16 ans)
 - Jeunes (entre 16 et 25 ans) en situation de vulnérabilité
 - Personnes de + de 60 ans
 - Etrangers
 dont étrangers en situation irrégulière :
 - Gens du voyage
 - « Grands exclus » (sans domicile fixe)
 - Autres :

- **Proportion Hommes / Femmes :**

- Les partenariats internes à l'établissement sont-ils formalisés dans un projet d'action médico-sociale pour cet accès aux soins ?

- Seriez-vous intéressé(e) par une réflexion sur une meilleure valorisation du dispositif PASS mis en place dans votre établissement auprès des publics vulnérables ?

Commentaires :

COMPOSITION DE LA CRCI REGION CENTRE

Les membres de la Commission jusqu'au 22 octobre 2007 :

Président : M. Serge FEDERBUSCH (magistrat).

> 6 représentants des usagers proposés par les Associations d'usagers :

- **M. Daniel RENAUD**, Association Française des Diabétiques de l'Indre ;
(suppléante : **Mme Edith SALADIN**, Association Française des Diabétiques de l'Indre) ;
- **M. Jean-Louis GIRAULT**, Association des Insuffisants Rénaux (AIR) ;
(suppléante : **Mme Claudine RENO**, Association d'Aide aux Insuffisants Rénaux) ;
- **Mme Mona FOURNIER**, Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC) ;
(suppléant : **M. Jean-François DUPORT**, Association Française des Hémophiles) ;
- **M. Pierre GIBAUT**, Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales (Le Lien) ;
(suppléante : **Mme Christine BATAILLER**, Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales – Le Lien) ;
- **M. Philippe LAMBERT**, Association des Accidentés de la Vie (FNATH) ;
(suppléante : **Mme Vanina GAUDRE**, Association des Accidentés de la Vie) ;
- **Mme Marie-Françoise AUBOURG**, Union Régionale des Associations Familiales (URAF) ;
(suppléante : **Mme Françoise VALLET**, Union Régionale des Associations Familiales) ;

> 3 représentants des professionnels de santé (deux professionnels exerçant à titre libéral et un praticien hospitalier) :

- **Dr Patrick CARUEL**, Syndicat des Médecins Libéraux du Centre ;
(suppléant : **Dr Claude DABIR**, CSMF) ;
- **Mme Catherine LAYMA**, Syndicat Interdépartemental des Sages-Femmes ;
(suppléante : **Mme Marie-Aude GHADRI**, Syndicat Interdépartemental des Sages-Femmes) ;
- **Dr Thierry DUFOUR**, CMH ;
(suppléant : **Dr Didier REA**, INPH) ;

> 3 représentants des institutions et établissements publics et privés de santé :

- **M. Jean-Pierre GUSCHING**, Union Hospitalière du Centre ;
(suppléante : **Mme Dolores TRUEBA**, Union Hospitalière du Centre) ;
- **M. Christophe ALFANDARI**, Syndicat Hospitalisation Privée ;
(suppléant : **M. Olivier RENAUDEAU**, Syndicat Hospitalisation Privée) ;
- **Mme Manon FOUQUET**, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP) ;
(suppléant : **M. Dominique de COURCEL**, FEHAP) ;

> 2 représentants de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux,

> 2 représentants des entreprises régies par le Code des assurances :

- **Mme Brigitte SICAUD**, MACSF ;
(suppléant : **M. Frédéric GUIBOUT**, Médicale de France) ;

- **M. Jean-Marie LANCHES**, Groupe AZUR ;
(suppléant : **M. Joseph YVANES**, MAIF Assurances) ;

> 4 personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels :

- **M. Laurent NEYRET**, ATER ;
(suppléant : **M. LESEIGNEUR**, ancien Médecin inspecteur régional) ;

- **M. Pierre BETTEVY**, Conseil Régional de l'Ordre des Médecins ;
(suppléant : **M. Jacques DELHOMMAIS**, Avocat honoraire) ;

- **M. Jacques ADAM** ;
(suppléant : **M. Louis DUTHIL**) ;

- **Mlle Stéphanie MOUTRILLE**, Etablissement Français du Sang ;
(suppléante : **Mme Céline WASMER**, Centre Hospitalier Régional d'Orléans) ;

Par courrier du 23 octobre 2007, la Préfecture de la région Centre et du Loiret a informé la Commission que Mme Céline WASMER, venant d'être mutée en région ne pouvait plus assumer son mandat de membre suppléant.

Par arrêté du Préfet de la région Centre et du Loiret du 18 décembre 2007, M. Michel LAURENT, représentant l'amicale des diabétiques de Touraine, a été désignée membre titulaire de la Commission en qualité de représentant des usagers du système de santé, en remplacement de M. Daniel RENAUD, démissionnaire.

Par arrêté du Préfet de la région Centre et du Loiret du 27 février 2008, Mlle Pauline LOISEAU, étudiante en droit social-droit de la santé, a été désignée membre titulaire de la Commission au titre des personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels, en remplacement de Mme Céline WASMER.

Par arrêté du Préfet de la région Centre et du Loiret du 3 mars 2008, Mme Anne OULES, directeur de la coopération du CHU de Tours, appartenant à la Fédération Hospitalière de France, a été désignée membre suppléante au titre des responsables des institutions et établissements publics et privés de santé, en remplacement de Mme Dolores TRUEBA, démissionnaire.

Les membres de la Commission à partir du 3 mars 2008 :

Président : M. Serge FEDERBUSCH (magistrat).

> 6 représentants des usagers proposés par les Associations d'usagers :

- **M. Michel LAURENT**, représentant l'amicale des diabétiques de Touraine ;
(suppléante : **Mme Edith SALADIN**, Association Française des Diabétiques de l'Indre) ;

- **M. Jean-Louis GIRAULT**, Association des Insuffisants Rénaux (AIR) ;
(suppléante : **Mme Claudine RENO**, Association d'Aide aux Insuffisants Rénaux) ;

- **Mme Mona FOURNIER**, Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC) ;
(suppléant : **M. Jean-François DUPORT**, Association Française des Hémophiles) ;

- **M. Pierre GIBAUT**, Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales (Le Lien) ;
(suppléante : **Mme Christine BATAILLER**, Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales) ;
- **M. Philippe LAMBERT**, Association des Accidentés de la Vie (FNATH) ;
(suppléante : **Mme Vanina GAUDRE**, Association des Accidentés de la Vie) ;
- **Mme Marie-Françoise AUBOURG**, Union Régionale des Associations Familiales (URAF) ;
(suppléante : **Mme Françoise VALLET**, Union Régionale des Associations Familiales) ;
- > *3 représentants des professionnels de santé (deux professionnels exerçant à titre libéral et un praticien hospitalier) :*
- **Dr Patrick CARUEL**, Syndicat des Médecins Libéraux du Centre ;
(suppléant : **Dr Claude DABIR**, CSMF) ;
- **Mme Catherine LAYMA**, Syndicat Interdépartemental des Sages-Femmes ;
(suppléante : **Mme Marie-Aude GHADRI**, Syndicat Interdépartemental des Sages-Femmes) ;
- **Dr Thierry DUFOUR**, CMH ;
(suppléant : **Dr Didier REA**, INPH) ;
- > *3 représentants des institutions et établissements publics et privés de santé :*
- **M. Jean-Pierre GUSCHING**, Union Hospitalière du Centre ;
(suppléante : **Mme Anne OULES**, appartenant à la Fédération Hospitalière de France) ;
- **M. Christophe ALFANDARI**, Syndicat Hospitalisation Privée ;
(suppléant : **M. Olivier RENAUDEAU**, Syndicat Hospitalisation Privée) ;
- **Mme Manon FOUQUET**, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP) ;
(suppléant : **M. Dominique de COURCEL**, FEHAP) ;
- > *2 représentants de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux,*
- > *2 représentants des entreprises régies par le Code des assurances :*
- **Mme Brigitte SICAUD**, MACSF ;
(suppléant : **M. Frédéric GUIBOUT**, Médicale de France) ;
- **M. Jean-Marie LANCHES**, Groupe AZUR ;
(suppléant : **M. Joseph YVANES**, MAIF Assurances) ;
- > *4 personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels :*
- **M. Laurent NEYRET**, ATER ;
(suppléant : **M. LESEIGNEUR**, ancien Médecin inspecteur régional) ;
- **M. Pierre BETTEVY**, Conseil Régional de l'Ordre des Médecins ;
(suppléant : **M. Jacques DELHOMMAIS**, Avocat honoraire) ;
- **M. Jacques ADAM** ;
suppléant : **Monsieur Louis DUTHIL** ;
- **Mlle Stéphanie MOUTRILLE**, Etablissement Français du Sang ;
(suppléante : **Mlle Pauline LOISEAU**, étudiante en droit social-droit de la santé) ;

LA NOMENCLATURE DINTILHAC, OUTIL D'UNIFORMISATION DE L'INDEMNISATION DU DOMMAGE CORPOREL

Dans un souci d'améliorer l'indemnisation des victimes, un groupe de travail présidé par le Président de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation, J.P. DINTILHAC s'est vu chargé par les pouvoirs publics d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. Ses travaux ont abouti au dépôt d'un rapport qui propose :

- une nomenclature actualisée et unifiée des préjudices corporels,
- la mise en place d'une indemnisation calculée poste par poste de préjudices.

La nouvelle nomenclature, qui a vocation à s'appliquer tant devant les juridictions de l'ordre judiciaire que devant celles de l'ordre administratif, comporte une classification méthodique des différents chefs de préjudices corporels. Sur le plan terminologique, la définition poste de préjudices indemnifiables se traduit par l'emploi d'un vocabulaire nouveau et de nombreux sigles que les spécialistes de la réparation du dommage corporel devront s'approprier.

La nomenclature proposée reprend les distinctions classiques :

- préjudices de la victime directe et préjudices des victimes par ricochet,
- préjudices patrimoniaux et préjudices extrapatrimoniaux,
- préjudices temporaires et préjudices permanents, la ligne de partage restant la date de consolidation, c'est-à-dire la date de stabilisation des conséquences des lésions organiques et physiologiques.

Ce rapport marque la volonté de mieux refléter la nature des préjudices indemnisés en supprimant l'ambiguïté de certains postes de préjudices qui réparaient à la fois des préjudices d'ordre physiologique et professionnel.

Cet effort de clarification se traduit par l'abandon des notions d'Incapacité Temporaire de Travail (I.T.T.) et d'Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.) au profit, pour chacune de ces catégories, de deux nouveaux postes de préjudices distincts : l'un réparant *les pertes de gains professionnels* de la victime (préjudice patrimonial), l'autre réparant **le déficit fonctionnel** (préjudice extrapatrimonial).

Le rapport consacre par ailleurs la création de trois postes de préjudices extrapatrimoniaux nouveaux issus de la jurisprudence :

- **le préjudice esthétique temporaire** qui concerne plus particulièrement les grands brûlés et les traumatisés de la face durant leur période de consolidation, et ayant pour objet de réparer le préjudice subi par la victime « du fait d'une altération de son apparence physique, certes temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré aux yeux de tiers » ;
- **les préjudices permanents exceptionnels** qui constituent un préjudice extrapatrimonial permanent particulier, non indemnifiable par un autre biais. A titre d'exemple, le rapport évoque les préjudices extrapatrimoniaux qui prennent une résonance particulière en raison de la nature des victimes ou encore des circonstances ou de la nature de l'accident à l'origine des dommages ;
- **le préjudice lié à des pathologies évolutives** visant spécifiquement les affections résultant de la contamination par virus de l'hépatite C ou du VIH, ou encore la maladie de Creutzfeldt Jacob, dont la particularité réside dans le fait qu'il existe en dehors de toute consolidation.

En pratique, les travaux de la commission Dintilhac se sont d'ores et déjà traduits par l'instauration d'un recours des tiers payeurs, non plus global, mais poste par poste de préjudices et d'un paiement préférentiel de la victime par rapport aux tiers payeurs.

Si l'indemnisation des préjudices corporels des victimes sur la base de la nouvelle nomenclature n'est pas obligatoire, le ministère de la Justice recommande de s'y référer et certains tribunaux l'appliquent déjà. En matière d'expertise médicale, avocats, magistrats et assureurs ont pour la plupart déjà intégré ces recommandations et les missions d'expertise demandées par le C.R.C.I.

En conclusion :

Du point de vue des acteurs de l'indemnisation, et notamment des assureurs, la nomenclature Dintilhac constitue incontestablement un *outil de clarification* qui répond à la volonté de tous de favoriser une **indemnisation plus juste et plus transparente des victimes.**

Néanmoins, en l'absence de barème ou de référentiel commun d'indemnisation, la mise en place de la nomenclature ne supprimera pas les différences d'évaluation des préjudices entre les victimes et selon les juridictions qui sont tenues d'appliquer le principe de la réparation intégrale.



DOCUMENT DE SYNTHESE

CRCI du

...../.....

Nom Prénom	
Date de Naissance	
Situation de Famille	
Profession	
Régime de Protection	
Date des Faits	
1 - Description de l'Etat Antérieur au Dommage	
2 - Circonstances dans lesquelles le dommage est intervenu	
3 - Niveau des moyens en personnel et matériels mis en œuvre	
4 - Comportement Equipe Médicale	

8 - Etendue du dommage	Taux	Oui	Non	Taux imputable
Anormalité du dommage au regard de l'état antérieur				
Aptitude à exercer la profession antérieure				
Consolidation à la date de l'expertise				

**« LES ENJEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS ET DU
PARTENARIAT AVEC LE CISS »**

Discours de M. GUILLOU, Inspecteur principal à la DRASS

Je représente le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales dans sa double fonction de représentant d'un service de l'Etat et de directeur du Groupement régional de santé publique (GRSP). Pris au niveau national par une réunion relative aux liens entre les territoires et politique de santé, il m'a demandé de le représenter pour vous affirmer toute l'importance qu'il accorde à vos travaux.

Ma présence aujourd'hui me donne aussi l'occasion de rendre hommage à la forte implication de votre présidente dans les actions de santé en région Centre et, à travers elle, à tous les bénévoles qui s'impliquent notamment au travers du Collectif inter associatif sur la santé pour faire entendre la voix de l'utilisateur au niveau individuel comme au niveau collectif. Vous contribuez à ce que notre système de santé, au sens large du terme, réponde le mieux possible aux attentes de nos concitoyens.

La représentation des usagers dans les instances délibératives des établissements de santé date de 1996 et le concept de démocratie sanitaire a été initié à la fin des années 90 lors des Etats Généraux de la Santé et repris par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Depuis le décret du 31 mars 2005 d'application des lois de mars 2002 et août 2004, les associations représentant les usagers dans les Instances de santé font l'objet d'une procédure d'agrément, ce qui accentue encore la qualité de leur reconnaissance.

Par ailleurs, la formation spécialisée de la Conférence Régionale de Santé sur le respect des droits des usagers du système de santé est une instance importante et ses travaux qui vous seront présentés tout à l'heure apportant des constats et des recommandations qui ne manqueront pas d'être pris en compte par les différentes institutions dans le cadre de l'exercice de leurs compétences.

Pour terminer, je citerai le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui conforte la Conférence régionale de santé comme instance de démocratie sanitaire : en effet pour renforcer les principes démocratiques sur lesquels est fondé notre système de santé et associer plus étroitement les acteurs concernés par les politiques de santé à leur conception et à leur mise en œuvre, l'Agence Régionale de Santé, qui fait l'objet du titre IV de ce projet de loi, s'appuiera sur une Conférence régionale de santé aux missions élargies. Un décret déterminera les modalités précises de son rôle.

Des travaux sont actuellement en cours au niveau national au sein des groupes de travail pour contribuer à l'élaboration de ce décret. La DRASS de la région Centre participe à l'un de ces groupes chargés de réfléchir sur les principes de la démocratie sanitaire.

Pour cette réflexion, les travaux menés au niveau national par le Collectif inter associatif sur la santé sont une aide particulièrement précieuse ; aussi, je conclurai en affirmant que votre très grande implication continuera, dans cette nouvelle étape de l'organisation de notre système de santé, à nous faire collectivement progresser comme elle l'a très largement fait dans le passé.

Aucun acteur ne peut, mieux que les associations d'utilisateurs et de patients, servir de nécessaire aiguillon pour que les professionnels (institutionnels comme soignants) n'oublient jamais que la finalité de leur action est une prise en charge de qualité pour chaque patient.



**« La place du Mouvement associatif et du Collectif dans la région Centre :
son engagement, ses actions, ses réussites pour la défense et le respect des
droits des usagers »**

**par Danièle DESCLERC-DULAC,
Présidente du CISS région Centre,
Présidente de la Commission « Formation spécialisée » :
« Respect du droit des usagers du système de santé »**

I. Historique : quelques dates :

- **1980** : plusieurs crises sanitaires, dont « le sang contaminé », ont favorisé l'évolution des associations de malades.
- **Loi du 31 juillet 1991** : les droits des patients accueillis dans un établissement de santé sont inscrits dans le Code de Santé Publique.
- **6 mai 1995** : la charte du patient hospitalisé.
- **Ordonnance du 24 avril 1996** crée les Conférences Régionales de Santé avec un collège d'associations d'usagers.
- **Décret du 17 avril 1997** : il a élargi cette représentation aux « citoyens engagés ».
- **Loi du 9 juin 1999** renforce le rôle pour l'utilisateur et son entourage.
- **1998 – 1999** : les Etats Généraux de la Santé avec le rapport Caniard.
- **Loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
 - droit de la personne,
 - droit et responsabilité des usagers,
 - participation des usagers au fonctionnement du système de santé.
- **Loi du 9 août 2004** relative à la loi de Santé Publique
- **Décret du 31 mars 2005** définit les conditions à remplir pour qu'une association soit agréée.
- **2 mars 2006** : nouvelle charte du patient hospitalisé.

II. Le Collectif inter associatif sur la santé région Centre

- **Création en 2005** sur le modèle du Collectif inter associatif sur la santé national (CISS)
- **2007** : constitution en association loi 1901
- **6 novembre 2007** : agrément pour représenter les usagers dans les Instances hospitalières ou de santé publique

Principes de notre action :

- veiller à la reconnaissance et à la mise en œuvre des droits des malades,
- assurer en lien avec le CISS national des formations pour remplir au mieux notre mission dans la représentation des usagers.

III. Comment faire vivre cette démocratie sanitaire ? Quelques principes fondamentaux dans un inventaire à la Prévert

Bénévolat : spécificité associative qui définit une activité libre et non rémunérée.

Engagement volontaire : qui nécessite de se sentir responsable.

Légitimité du bénévole : notamment dans les représentations dans le système de santé.

« **Individu éclairé** » : avoir une information sur des connaissances objectives concernant le système de santé.

Représentation : pour intervenir efficacement dans une démarche décisionnelle avec une réflexion pertinente.

Disponibilité : à intégrer avec sa vie personnelle, sociale ou professionnelle.

Formation : pour que l'utilisateur devienne un représentant, porteur d'une parole dans les diverses instances.

IV. Des mots pour le dire :

Aider

Soutenir

Suggérer

Orienter

Connaître

Intéresser

Accompagner

Tempérer

Initier

Favoriser

Bonheur

Engagement

Neutralité

Echange

Volontaire

Oubli de soi

Liberté

Ethique

Militant

Implication

Lien

Identification

Temps

Actions

Non discrimination

Tissu social

**« Avoir dépassé sa propre histoire
pour accompagner l'autre dans une démarche positive ».**



Directeur de rédaction :	Danièle DESCLERC-DULAC
Directeur de publication :	Pierre-Marie DETOUR
Rédaction :	DRASS du Centre
ISBN :	978-2-11-098431-9
Publication :	Mai 2009

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Centre
Cité administrative Coligny – 131, faubourg Bannier
BP 74409– 45044 ORLEANS Cedex 1
Tél. : 02 38 77 47 00 – Fax : 0238 54 46 03
www.centre.sante.gouv.fr