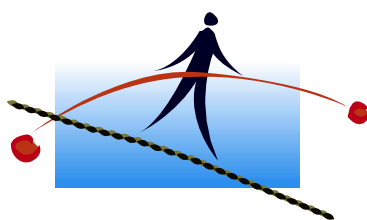


CONFERENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE

26 MARS 2007

Formation Spécialisée des Usagers du Système de Santé Rapport relatif au respect des droits des usagers du système de santé



FORMATION SPECIALISEE

➤ **Présidente : Noëlle Caroline SOUDAN** - 2^{ème} collège
Fédération SEPANSO - FRANCE NATURE ENVIRONNEMENT - AQUITAINE

➤ **Secrétaire : Michel JACQUEMOUD** - 2^{ème} collège
Association SOS Amitié Bordeaux AQUITAINE

SOMMAIRE

I - Le cadre général du rapport : le cadre réglementaire	4
- Présentation et analyse de la circulaire n° DGS /SD1B/2006/355 du 10 juillet 2006	4
- Les outils d'accompagnement pour l'élaboration du rapport	5
- Le calendrier 2006- 2009	6
II - Les modalités d'élaboration du rapport définies par la formation spécialisée	7
- Analyse systémique	7
- Réflexion stratégique	7
- Méthodologie	7
III - Réalisation d'un état des lieux	8
- Elaboration d'une grille d'analyse	9
- Historique de la certification des établissements de santé	10
- Etat des lieux	12
• Approche généraliste concernant les 175 résultats des certifications des établissements de santé d'Aquitaine	12
• Approche spécifique de territoire de santé concernant les 56 résultats des certifications des établissements de santé des territoires de recours de Pau et Bayonne- département des Pyrénées Atlantiques	13
• Approche transversale de partenariat entre la formation spécialisée et les directions des établissements de santé d' Aquitaine	15
• Identifier l'expression collective et la participation des usagers du système de santé élargie à la représentation de la société civile	17
IV- Perspectives 2007 – 2009	17
IV – Conclusions	18
Glossaire des définitions employées	20
Bibliographie	23

ANNEXES

- I - Composition de la formation spécialisée « Droits des Usagers »
- II - Les territoires de recours en Aquitaine : arrêté du 6 juin 2005
- III - Grille de recueil des données
- IV - Trois exemples de certifications
- V - Listes de représentants des usagers
- VI - Lettres d'accréditation auprès des établissements publics et privés et lettre circulaire du 18 janvier 2007
- VII - Circulaire du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil

Préambule

➤ CONTEXTE DE MISE EN PLACE ET DE FONCTIONNEMENT DE LA FORMATION SPECIALISEE

Le 5 juillet 2006 en séance plénière de la Conférence Régionale de Santé, le Président J.F Dartigues initie la création de la formation spécialisée des usagers du système de santé dont la composition est jointe en annexe 1.

Ce n'est que le 30 novembre 2006, que la formation spécialisée se réunira pour la première fois et sera chargée de préparer le rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé, conformément à la circulaire N° DGS /SD1B/2006/355 du 10 juillet 2006.

◆ MISE EN PLACE

La mise en place tardive de la formation spécialisée n'a pas permis la réalisation d'un rapport selon les objectifs définis par la circulaire. Nous présentons **un rapport d'étape** selon une méthodologie interne à la formation après définition d'objectifs prioritaires et de champs d'actions ciblés.

La citation de Paul Eluard se décline au quotidien *« la tyrannie de l'instant, interdit toute vision à long terme »*

◆ FONCTIONNEMENT

D'emblée, le fonctionnement de la formation a été confronté à de multiples contraintes allant de l'existence (installation tardive) voire à la limite de situation de rupture et d'échec compte tenu des enjeux (inadéquation de moyens et de logistique au départ, changement de présidence le 14 décembre 2006).

En l'absence de partenariat et de portage de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale, la formation ne pouvait assurer seule sa mission sans légitimité structurelle et fonctionnelle.

Dans ce contexte de vulnérabilité, la réactivité s'imposait, la mission déléguée s'est structurée en binôme Présidente-Secrétaire pour engager une synergie et une dynamique de travail avec les membres qui ont contractualisé leur engagement initial afin de relever ce challenge.

➤ LA FORMATION SPECIALISEE TIENT A EXPRIMER SA RECONNAISSANCE

◆ au Président de la Conférence Régionale de Santé, le Professeur Jean François Dartigues qui a fédéré les partenaires autour de ce projet collégial

◆ au Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale, Monsieur Jacques Cartiaux pour son engagement et son partenariat dans la promotion et le développement de la formation spécialisée

◆ Mesdames les Directrices et Messieurs les Directeurs d'établissements qui ont collaboré à l'étude transversale sur l'information et la représentation des usagers.

Ce parcours initié partagé avec la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale, nous a permis d'être réactifs et opérationnels dans la conduite de *notre mission qui s'est réalisée en toute indépendance.*

Aussi, nous exprimons nos sincères remerciements à :

◆ Madame Joséphine TAMARIT chef du service Actions de Santé,

◆ Madame Françoise Dubois chef du service Offre de Soins,

◆ Madame Alix Lacassagne Secrétaire Administratif, service Actions de Santé

qui ont favorisé la collaboration permanente dans la mise en place d'une coordination performante, d'un soutien indéfectible et d'un portage remarquable.

PRESENTATION ET ANALYSE DE LA CIRCULAIRE

Circulaire n° DGS /SD1B/2006/355 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'objet de cette circulaire est de :

- préciser les modalités d'élaboration du rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé ;
- proposer les outils d'accompagnement pour l'élaboration de ce rapport ;
- prévoir le calendrier pour les trois prochaines années.

◆ Les modalités d'élaboration du rapport

I – 1 - Les principes d'élaboration du rapport

3 principes sont posés pour concevoir le premier rapport :

- s'appuyer essentiellement sur les **données déjà existantes** dans les régions, tant **quantitatives** que **qualitatives** même si elles ne sont pas exhaustives, et **prenant en compte l'expression des usagers**.
- Il est légitime que ce **rapport ne soit pas limité aux seuls droits envisagés dans leur dimension formelle** et qu'il prenne en compte des **éléments de satisfaction des besoins de la population**.
- un minimum de **thématiques communes** sur le respect des droits des usagers devra être traité par l'ensemble des conférences régionales de santé pour permettre une synthèse transversale pour le rapport annuel de la Conférence nationale de santé.

I – 2 - Le champ du rapport

- **droits de chaque personne prise individuellement**
- **l'expression collective des usagers et des personnes malades**
définis notamment dans la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et dans la **loi du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie.

I - 3. La démarche d'élaboration du rapport

I-3.1. La formation spécialisée :

prépare le rapport spécifique avant son adoption par la CRS en formation plénière.

Une grande liberté est laissée à la Conférence pour composer cette formation spécialisée, qui peut comprendre non seulement :

- **des représentants des usagers et des professionnels,**
- **mais aussi des acteurs et des institutions ayant des sources d'information** sur le respect des droits des usagers.

Il convient de veiller à ce que **les différents collèges soient représentés**.

I-3.2. Le contenu du rapport : une démarche progressive et évolutive :

Le modèle de rapport annexé à l'arrêté couvre l'ensemble du champ mentionné au paragraphe 1-2. Toutefois compte tenu de l'ampleur de ce champ et de la complexité des sources à mobiliser, il vous est proposé de **procéder par étapes et de vous limiter, la première année, à certains aspects**.

Une première étape de la démarche est de faire un **état des lieux des données existantes** sur le respect des droits des usagers :

1. existence de données, disponibilité et fiabilité des données, compatibilité entre les différentes sources de données, modalités d'analyse et de diffusion,
2. champs des droits couverts,
3. institutions mobilisées ou à mobiliser,...) et de s'appuyer sur les **rapports existants ou à établir** :
4. les **plaintes et réclamations** reçues par les établissements de santé, la Commission des relations avec les usagers et de la qualité du système de santé (CRU),
5. le rapport de synthèse de l'ARH sur les CRU,
6. les rapports d'accréditation des établissements de santé,

7. les comptes-rendus d'accréditation,
8. le bilan annuel et le rapport triennal d'évaluation des réseaux,
9. le rapport d'activité de l'Espace de réflexion d'éthique régional ou interrégional, quand il sera installé,
10. les plaintes et réclamations arrivées aux conseils départementaux de l'ordre des médecins,
11. les données sur la médecine extra-hospitalière (consultations de médecine libérale, consultations de prévention...),
12. les demandes ou plaintes exprimées auprès des associations d'usagers ou de bénévoles,
13. les rapports d'activité de certains services téléphoniques ou d'associations,
14. le rapport de l'observatoire régional des plaintes pour les régions qui en disposent,
15. le rapport d'activité de certaines associations ou groupements régionaux d'associations,
16. les rapports ou études produits par certaines instances régionales ou départementales (URCAM, MRS, URML, Conseil régional ou départemental de l'Ordre des Médecins, CRAM, DRASS, DDASS, Conseil général, villes, ...)
17. les données régionales apparaissant dans le rapport annuel de la CNAM (accessible sur internet)

Outre cet état des lieux, **quelques thématiques communes** pour l'ensemble des régions seront abordées :

1 - **privilégier pour la première année, les thématiques suivantes :**

- **l'accès au dossier médical** (article L.1111-7 du CSP – accès par la personne aux informations concernant sa santé) ;
- **l'application de la loi du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie au travers de la **prise en compte de la volonté de la personne** (directives anticipées, personne de confiance) et de la **mise en œuvre de la procédure collégiale** (information sur les droits, dispositifs de mise en œuvre, application au chevet de la personne malade) ;

2- ainsi que **l'expression collective des droits des usagers** et des personnes malades, qui couvre deux notions :

- **la représentation des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique**, par des associations agréées, telle qu'elle est prévue par la loi ;
- **présence de représentants d'usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique**
- **effectivité de la représentation**
par exemple : désignation de représentants d'usagers dans les instances hospitalières et de santé publique, taux de participation des représentants d'usagers dans les instances prévues par la loi, mise en place d'actions d'information ou de formation, prise en compte du point de vue des usagers;
- **la participation des usagers** : participation à des débats publics sur la santé (diverses modalités existantes de participation à la politique de santé publique, à travers des forums, des consultations ou concertations de toute sorte) et niveaux de participation (communication, consultation, concertation, co-décision)

Le rapport annuel de la Conférence nationale de santé comprendra

- **la synthèse des rapports de chaque CRS**,
- ainsi que **les données existantes au niveau national**, comme par exemple, le rapport annuel de la CNAM (Commission nationale des accidents médicaux), les rapports semestriels de l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux), les données de certains services téléphoniques au niveau national.

LES OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'ELABORATION DU RAPPORT

1 - Des outils sont mis à disposition, en cas de besoin, **sur l'Intranet du Ministère, rubrique « santé »**

Ils sont de plusieurs ordres :

- un **outil de recensement des informations** sur le respect des droits des usagers,
- un **glossaire** des définitions employées ;
- une **documentation** comportant
 1. une bibliographie sur les textes législatifs et réglementaires en vigueur au 1er janvier 2006,
 2. une bibliographie thématique en lien avec le sommaire du modèle de rapport,

3. des documents de travail synthétisant le code de la santé publique dans ses parties législative et réglementaire à partir de la thématique « Droits des patients »
4. des documents recensés en régions, illustrant sous forme d'exemples, des actions de mise en œuvre du respect des droits des usagers du système de santé.

2. **L'outil de recensement des informations** sous forme d'un tableau Excel, mis à disposition sur intranet, rubrique « santé »

Conçu comme un support qui peut être utilisé par les membres de la formation spécialisée, pour préparer le rapport, au fur et à mesure des besoins, il est structuré sous forme de classeur comportant **les onze thématiques sur les droits** et **le sommaire** des thématiques des droits en première page.

Le tableau Excel se présente selon quatre colonnes :

- 1^{ère} colonne propose **l'ensemble des thématiques des droits des usagers du système de santé et leurs déclinaisons réglementaires** ;
- 2^{ème} colonne propose **des traceurs** (mesures permettant d'indiquer en quoi un droit est respecté ou non) classés selon trois catégories :
 - **Action(s) mise(s) en place pour informer sur le droit** (par exemple : l'affichage de la charte de la personne hospitalisée, la distribution du livret d'accueil en plusieurs langues, l'existence de dépliants d'information sur les droits produits par les associations, distribués en pharmacie, dans des centres de santé ou en salle de consultation) ;
 - **Procédure(s) mise(s) en place pour respecter le droit** (par exemple : modalités d'accès au dossier médical, modalités de communication) ;
 - **Situations de non respect du droit** (peuvent être mesurées à partir des réclamations ou des plaintes)
- La 3^{ème} colonne indique **les sources d'information qui peuvent exister en région**, sans préjuger de la qualité des données produites ;
- La 4^{ème} colonne est **réservée à la région et aux travaux de la CRS** pour faire figurer des **observations** au fur et à mesure des travaux de la formation spécialisée.

Il s'agit d'un document d'étape qui pourra être amendé à partir des travaux dans les régions.

LE CALENDRIER 2006- 2009

1. Première étape 2006 – 2007 : 1^{er} rapport : fin mars 2007

Il convient d'adresser deux exemplaires du rapport annuel à la Sous-direction Politiques de santé et stratégies – Bureau SD1B - bureau Démocratie sanitaire, selon le modèle prévu par l'arrêté, en renseignant au minimum, les thématiques communes à toutes les régions,

2. Les perspectives 2007 – 2009 : référentiel partagé

Compte tenu de l'état des connaissances sur les données relatives aux droits des usagers, il sera opportun d'élaborer, à moyen terme, un **référentiel partagé** visant à recueillir et à analyser de façon homogène les données sur le respect des droits des usagers du système de santé. L'objectif sera d'améliorer la compatibilité des données et leur analyse sur la région et/ou au niveau national. Une réflexion, dans ce sens, sera lancée à partir des remontées des rapports des régions élaborés en 2007.

① ANALYSE SYSTEMIQUE

- ✓ Contrainte primaire liée à la publication et aux modalités d'application de la circulaire N° DGS /SD1B/2006/355 du 10 juillet 2006
- ✓ Contrainte de temps pour l'élaboration et la restitution du rapport (3 mois)
- ✓ Logistique à mettre en œuvre pour la réalisation de la mission – infrastructure et adéquation de moyens
- ✓ Définition de priorités : objectifs et champs d'actions préfigurant un rapport analytique d'étape
- ✓ Etat des lieux des données existantes- exploitation et transposition de ces données
- ✓ Etude de faisabilité dans l'utilisation du rapport GRAPHOS comme outil d'accompagnement.
- ✓ Participation et synergie du groupe, contractualisation d'engagement au sein de la formation - chargés de mission – coordination
- ✓ Pilotage des actions avec évaluation permanente et appui technique et logistique de la DRASS selon échéancier

② REFLEXION STRATEGIQUE

Etude de faisabilité :

- Le rapport GRAPHOS est utilisé en qualité de référentiel en fonction des thématiques et définitions, des traceurs et des organismes sources d'informations. La complexité de son utilisation n'est pas transposable à notre formation mais relève d'un concept d'ingénierie. La redondance des informations, leur décryptage, les données croisées, les affectations de parcours ne sont pas en cohérence de nos actions d'usagers et ont nécessité un travail titanesque pour synthétiser les recueils de données. Cette inadéquation de la démarche a mis en difficulté la formation. A l'avenir, nous proposons nos retours d'expériences pour optimiser les moyens et valider nos objectifs.
Par ailleurs, nous nous sommes heurté à des difficultés d'ordre technique dans l'exploitation des tableaux excel qui étaient mis en ligne.
- Définition d'une méthodologie selon la déclinaison de postulats simples que la formation doit s'approprier pour une opérationnalité immédiate.
Rappel de la circulaire sur la forme et le fond
 - ✓ S'appuyer essentiellement sur *les données déjà existantes dans les régions, tant quantitatives que qualitatives* mêmes si elles ne sont pas exhaustives et prenant en compte l'expression des usagers.
 - ✓ Il est légitime que ce rapport ne soit pas limité aux seuls droits envisagés dans leur dimension formelle et qu'il prenne en compte des éléments de satisfaction des besoins de populations
 - ✓ Un minimum de thématiques communes sur le respect des droits des usagers devra être traité par l'ensemble conférence régionale de santé.

③ METHODOLOGIE

⇒ Nous proposons de partir de quatre postulats :

- Comment l'utilisateur peut-il identifier la traçabilité des informations et la transversalité pratiquée au sein de l'établissement pour assurer la qualité de sa prise en charge et le respect de ses droits ?
- Quelles sont les incidences de la certification des établissements auprès des directions et des professionnels de santé : points à améliorer et points forts ?
- Comment affirmer que les pré-requis, garants du respect des droits de l'utilisateur selon la loi du 4 mars 2002, sont traduits concrètement dans sa réalité ?
- Quelles sont les participations des représentants des usagers ?

⇒ Prospection méthodologique

- A partir de l'étude GRAPHOS : recenser, identifier l'utilisateur, le droit et le respect de ses droits dans son parcours formalisé selon la traçabilité des informations, des communications, des actes professionnels, des prestations.
- **Conceptualiser le rapport d'étude** pour en assurer sa crédibilité, sa validation et sa pérennité selon deux axes de prospection : **la traçabilité et la transversalité** de l'exploitation de données expertes existantes et certifiées au regard des référentiels imposés afin de transposer les retours d'expériences.
- Déterminer une porte d'entrée de l'étude en exploitant les données expertes des **168 certifications des établissements de santé en Aquitaine** ce qui correspond ainsi aux principes d'exigence du rapport sur le fond et la forme.
- **Champ d'actions de l'étude et périmètre :**
 - les 168 établissements de santé certifiés en Aquitaine par la Haute Autorité de Santé
 - périmètre de l'étude de la région aquitaine comprenant 6 territoires de recours répartis sur 5 départements (voir annexe 2)
- **Programmer une interface de consultation experte** selon la demande exprimée par la formation avec
Le Directeur de l'Agence Régionale d'hospitalisation, la demande formulée à plusieurs reprises n'a pu aboutir auprès du secrétariat.
Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, la demande formulée à plusieurs reprises n'a pu aboutir.
Le Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale a reçu la Présidente et le Secrétaire le 1^{er} février 2007.
- **Echanger les retours d'expériences auprès des directions d'établissements certifiés** pour :
 - identifier la traçabilité des informations et des procédures selon la transversalité pratiquée,
 - analyser la pertinence des critères des informations renseignés pour l'utilisateur selon le respect du droit
 - évaluer le rôle et la représentation des usagers *dans les instances hospitalières ou de santé publique*, par des associations agréées, telle qu'elle est prévue par la loi, formuler des propositions.
- **Identifier l'expression collective et la participation des usagers du système de santé** élargie à la représentation de la société civile
 - **présence de représentants** d'usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique
 - **effectivité de la représentation** par exemple : désignation de représentants d'usagers dans les instances hospitalières et de santé publique, taux de participation des représentants d'usagers dans les instances prévues par la loi, mise en place d'actions d'information ou de formation, prise en compte du point de vue des usagers;
 - **la participation des usagers** : les diverses modalités existantes de participation à la politique de santé publique dont le plan régional santé-environnement, à travers des forums, des consultations ou concertations de toute sorte) et niveaux de participation (communication, consultation, concertation, co-décision)

III - REALISATION D'UN ETAT DES LIEUX

INTRODUCTION

Il convient de préciser qui est *l'utilisateur du système de santé**, en effet pourquoi parler d'utilisateur plutôt que de malade, patient, consommateur, citoyen ou assuré social ? Pour le comprendre, il est nécessaire de préciser ce que chacun de ces termes désigne :

- **Le malade** est une personne dont la santé est altérée;
- **Le patient** est une personne qui reçoit des soins;
- **Le consommateur** est une personne qui utilise des marchandises, des richesses, pour satisfaire des besoins personnels ;

- L'**assuré social** est une personne bénéficiant de droits sociaux ;
- Le **client** achète un bien ou un service délivré par un prestataire ou un fournisseur ;
- Le **citoyen** est membre de la société civile ce qui contractualise ses droits et ses devoirs vis-à-vis de celle-ci.

★ Référence au guide « représentants des usagers du système de santé » réalisé par le Ministère de la santé - édition Août 2004 et définition du citoyen selon la société civile.

Postulats émis par la formation :

- Identifier la traçabilité des informations et la transversalité pratiquée au sein de l'établissement pour assurer la qualité de la prise en charge de l'utilisateur.
- Objectiver les incidences de la certification des établissements auprès des directions et des professionnels de santé : points faibles et points forts.
- Exprimer les pré-requis garants du respect des droits de l'utilisateur selon la loi du 4 mars 2002.
- Décliner les perspectives et les réalités de participation des usagers et des représentants des usagers

1 – ELABORATION D'UNE GRILLE D'ANALYSE

A partir de l'étude GRAPHOS comportant l'ensemble des thématiques des droits des usagers du système de santé et leurs déclinaisons réglementaires, nous avons consulté les 175 résultats de certifications des établissements de santé d'Aquitaine afin d'identifier le parcours formalisé de l'utilisateur selon la traçabilité des informations, des communications, des actes professionnels, des prestations et leur transposition pour l'utilisateur.

En effet, le droit doit être compréhensible pour l'utilisateur. Pour assurer une exploitation des données, nous avons dû créer nos propres outils.

Nous avons élaboré une grille d'analyse comprenant les 10 référentiels de certification:

1. Droits et informations du patient
2. Dossier du patient
3. Organisation de la prise en charge
4. Management de l'établissement et des secteurs
5. Gestion des ressources humaines
6. Gestion des fonctions logistiques
7. Gestion du système de l'information
8. Gestion de la qualité et prévention des risques
9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
10. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

et retenu les traceurs et les sources d'informations renseignées selon 2 variables identifiant les usagers et les représentants des usagers afin de faciliter l'exploitation des recueils de données :

- ◆ Livret d'accueil
- ◆ Charte du malade
- ◆ Questionnaire de sortie
- ◆ Etude de satisfaction
- ◆ Projet d'établissement
- ◆ Contrat d'objectifs et de moyens
- ◆ Dossier patient
 - ◆ Dossier médical
 - ◆ Dossier de soins
- ◆ CR d'hospitalisation
- ◆ CR de consultation
- ◆ Fiche de liaison de sortie – commissions

- ◆ Commission de relations avec les usagers et la qualité (CRUQ)
- ◆ Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- ◆ Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN)
- ◆ Comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Présentation de la « grille de recueils de données expertes de certification des établissements de santé »

Voir annexe 3.

- ◆ Ainsi nous avons déterminé une porte d'entrée de l'étude en exploitant les données expertes des **168 certifications des établissements de santé en Aquitaine** ce qui correspond ainsi aux principes d'exigence du rapport sur le fond et la forme.

Tout d'abord, il convient de faire un peu d'historique sur la démarche de certification des établissements de santé. Cette présentation reprend les descriptifs fournis par la Haute Autorité de Santé dans les comptes rendus de certifications des établissements, nous les rapportons afin de maintenir la cohérence initiée et de faciliter la lisibilité de nos synthèses.

2 - HISTORIQUE DE LA CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La certification des établissements de santé est une démarche qui a pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques sur l'ensemble du territoire français.

Elle consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable.

La certification des établissements n'est pas un examen ou un concours que passe chaque établissement mais plutôt un travail de fond mobilisant l'ensemble de ses personnels autour d'un objectif commun : mieux travailler ensemble pour assurer une prise en charge de qualité.

La prise en charge satisfaisante du patient implique l'action coordonnée de nombreux services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. C'est pourquoi, l'évaluation porte sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et intègre les éléments relatifs à l'information et à la participation du patient à sa prise en charge. La procédure de certification est naturellement en constante évolution de façon à s'adapter en permanence aux exigences des citoyens en matière de qualité et de sécurité des soins.

La certification des établissements étant encore peu connue du grand public, la Haute Autorité de Santé met à votre disposition sur son site : www.has-sante.fr des informations concrètes et simples sur ce dispositif.

A titre de démonstration, vous trouverez en annexe 4, trois exemples de certifications graduant le niveau de décision de cette instance.

La dénomination « accréditation des établissements de santé » n'existe plus depuis la loi 13 août 2004,. Elle est remplacée par « la certification des établissements de santé ». Le terme « accréditation » est désormais réservé à une autre procédure concernant les médecins et les équipes médicales.

Actuellement deux versions de la procédure de certification sont conduites parallèlement par la Haute Autorité de Santé. D'ici le début de l'année 2007, l'ensemble des établissements de santé aura reçu une première visite de certification (V1). Par ailleurs, le deuxième cycle de visites de certification a commencé depuis mai 2005 et se poursuivra jusqu'en 2010.

Présentation de la certification version 1 par la Haute Autorité de Santé

CE QUE N'EST PAS LA CERTIFICATION

- Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.
- Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.
- Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.

⇒ COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »

Le « compte-rendu de certification » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

Ce compte-rendu présente les résultats de la procédure engagée par l'établissement. Pour en faciliter la lecture quelques informations vous sont proposées ci dessous.

⇒ QU'EST-CE QUE LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

La certification est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure de certification est obligatoire et intervient périodiquement.

⇒ QU'APPORTE LA PROCEDURE DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée.

Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires;
- faire évoluer leur façon de travailler

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins et des autres services (accueil, hôtellerie, information..)

⇒ COMMENT EST ETABLI LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel de certification proposé par la Haute Autorité de santé. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

Après l'auto-évaluation, la Haute Autorité de santé organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'«experts - visiteurs» (médecins, directeurs, soignants) formés par la Haute Autorité de santé. Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé établit un «rapport de certification» qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation).

Le compte-rendu de certification est élaboré à partir du rapport de certification.

LES REFERENTIELS DE CERTIFICATION :

- 1. Droits et information du patient**
- 2. Dossier du patient**
- 3. Organisation de la prise en charge du patient**
- 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité**
- 5. Gestion des ressources humaines**
- 6. Gestion des fonctions logistiques**
- 7. Gestion du système d'information**
- 8. Qualité et prévention des risques**
- 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle**
- 10. Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux**

DEROULEMENT D'UNE PROCEDURE DE CERTIFICATION

- Entrée de l'établissement de santé dans la procédure
- Réalisation d'une auto-évaluation par l'établissement de santé
- Visite de l'établissement et rédaction d'un rapport par des experts-visiteurs
- Formulation d'observations par l'établissement de santé sur le rapport des experts-visiteurs
- Étude du rapport des experts-visiteurs et des observations de l'établissement.
- Élaboration du rapport de certification par la HAS.
- Élaboration du compte-rendu de certification

⇒ QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

Le compte-rendu de certification contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure de certification,
- les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, la HAS peut émettre :

- **des recommandations** : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- **des réserves** : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- **des réserves majeures** : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

⇒ LES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE PEUVENT SE RESUMER DE LA FAÇON SUIVANTE :

APPRECIATIONS MODALITES DE SUIVI

- ① **Sans recommandation** : La HAS encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.
- ② **Avec recommandations** : L'établissement de santé met en oeuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par la HAS en vue de la prochaine procédure.
- ③ **Avec réserves** : L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par la HAS.
- ④ **Avec réserves majeures** : L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par la HAS.

3 – ETAT DES LIEUX

3-1 ETAT DES LIEUX DANS UNE APPROCHE GENERALISTE concernant les 175 résultats des certifications des établissements de santé d'Aquitaine

THEMATIQUE : Management qualité et Management des risques

En Aquitaine, au 21 décembre 2006, la Haute Autorité de Santé a transmis 175 résultats de certifications d'établissements de santé dont 166 réalisés en V1 et 9 en V2.

Pour information, un établissement peut bénéficier de 2 certifications en fonction des décisions de la Haute autorité de santé selon les réserves émises ou pour changer de version 1 à version 2. Nous n'exploiterons pas les données selon cette approche qui ne relève pas de notre compétence et pourrait prêter à jugement de valeurs. Nous n'allons pas réécrire l'histoire et conservons une référence par établissement.

Nous avons étudié les 166 certifications en V1 soit 94,85% de l'ensemble des certifications ce qui représente un échantillon représentatif et testé notre grille de recueils de données qui a permis une bonne lisibilité des niveaux de qualité des établissements en définissant les contours identitaires de chacun.

Les recueils d'observations serviront de bases de données pour l'avenir et seront archivés selon les choix et orientations de la formation spécialisée. Cette démarche a permis de recenser le parcours de prise en charge de l'utilisateur selon sa perception et sa compréhension, lequel est souvent en décalage des procédures des professionnels de santé et nécessite une période d'adaptation pour chacun. Toutefois comment concilier, le temps nécessaire à la relation des professionnels de santé et des usagers alors que la contrainte administrative s'accroît, ce besoin est clairement exprimé avec réciprocity. Il convient d'être vigilant dans cette relation relevant de l'éthique professionnelle pour laquelle la procédure et la norme ne doivent pas se substituer ou l'altérer.

Constats sur le fond et la forme :

- Les certifications ont engagé une prise de conscience des enjeux stratégiques du management d'établissement : projet d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens, de la gestion des risques et de l'interface en transversalité avec les professionnels de santé. Cette conduite de changement introduit la traçabilité des informations selon des procédures écrites qui formalisent un contrat entre l'utilisateur, l'établissement et les professionnels.
- Les retours d'expériences de la première procédure de certifications ont montré que le dossier patient a fait l'objet du plus grand nombre de réserves et de recommandations.
- Globalement de nombreuses actions sont en cours ou mises en place pour informer sur le droit des usagers, elles contractualisent les devoirs des établissements. En l'état, les évaluations réalisées auprès des usagers dans le cadre de la satisfaction de la qualité ne sont pas objectives parce que peu utilisées et récentes dans leur application.
- Les délais de mise en œuvre des procédures internes à l'établissement s'échelonnent sur plusieurs années selon des contraintes financières et logistiques ce qui ne permet pas une appréciation réelle de situation pour l'utilisateur entre ces périodes et créent certaines « zones d'ombre ».
- **La participation et la représentativité de l'utilisateur ne semblent pas être la priorité malgré les bonnes intentions et les contraintes réglementaires et législatives dont l'agrément de santé des associations risquent de renforcer le clivage usagers/professionnels et usagers/citoyens.** La voie reste ouverte à la participation de la société civile à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques régionales sinon l'incohérence traduirait une dérive voire un dysfonctionnement. (cf. annexe 5)
- Nous émettons **un rapport d'étonnement** concernant :
 - la surveillance, la prévention et le contrôle du risque infectieux
 - la gestion de la qualité et la prévention des risques
 - la permanence et la continuité des soins non assurées par les professionnels titulaires font craindre la délégation de missions et d'actes professionnels à du personnel non habilité. Ce constat pourrait traduire une situation de non respect du droit de personnels qui exerceraient en mission décalée d'un exercice professionnel.

CONCLUSION : Etude partielle compte tenu des contraintes de temps. L'étude doit être conduite à son terme pour être pertinente et validée, elle est reportée au calendrier 2007 -2008.

3-2 ETAT DES LIEUX DANS UNE APPROCHE SPECIFIQUE DE TERRITOIRE DE SANTE concernant les 56 résultats des certifications des établissements de santé des territoires de recours de Pau et Bayonne – département des Pyrénées Atlantiques

THEMATIQUE: Identifier la place et la représentation de l'utilisateur dans les comptes-rendus de certifications des établissements.

Certifications des établissements de santé et place de l'utilisateur

Date de l'étude, 4 janvier 2007.

Démarche

➤ Identifier la place et la représentation de l'utilisateur dans les comptes rendus de certification des Etablissements de Santé

Période d'observation des certifications d'établissements de 2001 à 2006.

Analyse des 56 résultats de certifications délivrées de 2001 à 2006 par la Haute Autorité en Santé.

Au cours de sa mission, la Haute Autorité en Santé a émis des réserves concernant 5 établissements (9,09%), dans le cadre de leur suivi, ces réserves ont toutes été levées au 31 décembre 2006.

Postulats

- L'utilisateur est-il consulté ? a-t-il un rôle ? est-il partenaire ? analyse de l'existant au regard des phases d'audit des certifications.
- Corréler la démarche selon une approche populationnelle de territoire de santé selon les indicateurs du diagnostic régional partagé sur l'état de santé de la population et l'offre de soins en Aquitaine Mars 2006. Ce postulat n'a pas pu être testé.
- L'Aquitaine est découpée en 6 territoires de recours dits de niveau 2 – Arrêté ARH du 6 / 06 / 2005.
- Sélectionner les territoires de façon pertinente et homogène, critères de choix : les territoires de Pau et de Bayonne représentant le département des Pyrénées Atlantiques.

La population en Aquitaine

Annexes DRP mars 2006

	Estimation de la population en 2002	Structure	Superficie	Densité en population Nbre hbts au km2
Dordogne	391 514	13%	9 060	43
Gironde	1 319 310	45%	10 000	132
Landes	337 012	11%	9 243	36
Lot et Garonne	308 447	10%	5361	58
Pyrénées Atlantiques	610 273	21%	7645	80
AQUITAINE	2 966 556	100%	41 309	72
FRANCE	59 342 121	-	543 963	109

La densité de population est inférieure à celle de la France métropolitaine : 72/km2 contre 109/km2 France entière .
On observe de grandes inégalités intra-régionales avec des extrêmes en Gironde (132) et dans les Landes(36)

Présentation

Certifications des établissements des Pyrénées Atlantiques						
Nombre de résultats de certifications réalisées	56					
Nombre d'établissements certifiés	55					
Nombre de certifications délivrées - V1	53					
Nombre de certifications délivrées - V2	2					
Répartition annuelle des certifications	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de certifications délivrées - V1	1	1	10	12	18	12
Nombre de certifications délivrées- V2			1			1

Pour information certification en V2 : 2003 Hôpital marin d'Hendaye
2006 Clinique médicale et cardiologique d'Aressy

Constats

Les données des certifications font apparaître un déficit très net de consultation et de concertation de l'utilisateur ou du représentant de **l'utilisateur que l'on retrouve cantonné dans sa mission de médiation ou de conciliation**.
Cet état des lieux permet de valider le vécu des usagers à une période donnée qui servira de référentiel à la formation.

Les certifications ont engagé une prise de conscience des enjeux stratégiques du management d'établissement : projet d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens, de la gestion des risques et de l'interface avec les professionnels de santé, le patient et les usagers.

Nous avons retenu quelques établissements dont les projets d'établissements finalisés ont favorisé la mise en place de commissions avec les usagers. Leurs certifications vont nous servir de supports pédagogiques internes à la formation.

Nous avons constaté que certains profils de prise en charge dont les soins palliatifs ou protocoles spécifiques dans l'accompagnement de pathologies ciblées attestent de démarches qualité anticipées avant la certification, ce qui n'est pas anodin et peut préfigurer l'expression stratégique d'une anticipation de management.

Les actions engagées par les établissements depuis les certifications sont un gage dans la conduite du changement pour un management entrepreneurial et participatif.

La version 2 de la certification confirmera cette volonté d'associer l'utilisateur à un réel partenariat.

PROPOSITION :

- **Force de proposition :** Promouvoir la place et le rôle de l'utilisateur et du représentant de l'utilisateur en qualité d'acteur au sein des établissements.

CONCLUSION : Etude partielle compte tenu des contraintes de temps. L'étude doit être conduite à son terme pour être pertinente et validée, elle est reportée au calendrier 2007 -2008.

3-3 ETAT DES LIEUX DANS UNE APPROCHE TRANSVERSALE de partenariat entre la formation spécialisée et les directions des établissements de santé d' Aquitaine

THEMATIQUE : objectiver des retours d'expériences et de communication avec les directions d'établissements, transmission de livrets d'accueil et communication d'actions initiées avec les représentants des usagers.

Méthodologie :

- Contacter par courrier (cf annexe 5) les directeurs des 168 établissements certifiés d'Aquitaine pour demander la communication du livret d'accueil comprenant les informations écrites transmises à l'admission du patient, une synthèse des actions initiées avec les représentants d'usagers au sein de l'établissement.
- Réaliser une lettre circulaire expliquant notre démarche et l'adresser avec le courrier référencé de Monsieur Jacques Cartiaux (cf annexe 6) , Directeur Régional de l'action sanitaire et sociale. 168 envois réalisés le 25 janvier 2007.
- Analyser les différents éléments de dossiers communiqués
- Répondre individuellement à chaque directeur pour engager un partenariat

Tableau récapitulatif des établissements certifiés contactés et participations réalisées

Départements	Nombre d'établissements certifiés	Courriers du 18 /01 /2007	Réponses à courriers	Taux de participation
<i>33 -Gironde</i>	61	61	27	44,26 %
<i>47 -Lot et Garonne</i>	14	14	8	57,14 %
<i>24 - Dordogne</i>	20	20	9	45 %
<i>40 - Landes</i>	18	18	9	50 %
<i>64 - Pyrénées Atlantiques</i>	55	55	19	34,54 %
<i>Région Aquitaine</i>	168	168	72	42,85%

Réponses

72 courriers ont été adressés

69 Livrets d'accueils ont été transmis
Etudes de satisfaction : 2
32 comptes rendus ou rapport d'activités de CRU, CLIN et CRUCQ

Exploitation des données selon la circulaire

- Les 72 directions d'établissements qui ont répondu à notre lettre circulaire, se sont engagés à transmettre avec authenticité une analyse de la situation complétée de leurs réalisations.
 - Ce partenariat doit être fidélisé dans le partage de retours d'expériences.
- ◆ **Contenu des livrets sur le fond:** on constate une volonté manifeste de répondre à l'optimisation des informations transmises à l'usager appelé patient. Les obligations légales qui en découlent sont formalisées et compréhensibles par l'usager. La traduction d'apporter la preuve du respect de pratiques professionnelles devient un devoir.
- ◆ Des fiches sont rédigées pour renseigner certaines thématiques : droits du patient, règlement intérieur, instances de l'établissement (CLIN, CLUD, CRUQPC) la douleur, questionnaire de satisfaction l'équipe médicale, la charte du patient hospitalisé, « qu'est ce que l'accréditation », la douleur, les soins, les tarifs.....
- ◆ **Contenu des livrets sur la forme :**
- 60% des livrets d'accueil sont réalisés selon une présentation identitaire de l'établissement avec supports élaborés et recherches ciblées d'informations pour le patient prenant en compte l'annexe indicative de la circulaire.
 - 20% des livrets d'accueil sont au premier stade de réalisation renseignant une information de base répondant aux critères exigés de la circulaire, conçus selon un schéma d'économie d'échelle; ils peuvent être considérés en phase de test.
 - 20% des livrets d'accueil ont intégré une approche publicitaire qui s'argumente selon une démarche commerciale auprès des annonceurs ; les informations ciblées prennent en compte l'annexe indicative de la circulaire.

Toutefois, des maladresses ou erreurs d'appréciation dans le repérage des annonceurs interpellent : ambulances et pompes funèbres se côtoient en page de couverture ou en pavé sur la plaquette de dossier.

Vous trouverez en annexe 7, la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

La participation des usagers et la représentation des usagers

La lecture attentive des livrets fait apparaître des conceptions diverses de l'usager selon les établissements. En pratique à la lecture des comptes-rendus transmis, la participation des représentants des usagers correspond à l'application de la loi, elle semble être appréciée, reconnue comme légitime voire utile dans les CA et les CRUCQ.

Il est vrai que le cadre même semble parfois difficile selon des règlements intérieurs précisant le rôle du représentant dans sa dimension humaine relevant du jugement de valeurs.

Leur implication paraît plus concrète dans la prise en compte de la gestion des risques où la notoriété de l'établissement est remise en question et favorise l'expression d'un contre pouvoir.

Au cours d'échanges téléphoniques (20), des directeurs d'établissements ont exprimé leur interrogation concernant l'application de la nouvelle législation de l'agrément des associations. Le fonctionnement de la représentation des usagers semble compliquer l'existant et relever de la contrainte et de la norme.

Nous avons apprécié la qualité des dossiers transmis par les directions d'établissements, une réponse personnalisée sera adressée individuellement.

Notre démarche de consultation a été accueillie favorablement selon la participation réalisée de **42,85% des établissements** mais elle doit être continuée pour être validée.

CONCLUSION : Etude partielle compte tenu des contraintes de temps. L'étude doit être conduite à son terme pour être pertinente et validée, elle est reportée au calendrier 2007 -2008.

3 - 4 IDENTIFIER L'EXPRESSION COLLECTIVE ET LA PARTICIPATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE ELARGIE A LA REPRESENTATION DE LA SOCIETE CIVILE

- **Présence de représentants** d'usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique
- **Effectivité de la représentation** : par exemple : désignation de représentants d'usagers dans les instances hospitalières et de santé publique, taux de participation des représentants d'usagers dans les instances prévues par la loi, mise en place d'actions d'information ou de formation, prise en compte du point de vue des usagers;
- **Participation des usagers** à diverses modalités existantes de participation à la politique de santé publique dont le **plan régional santé-environnement**, à travers des forums, des consultations ou concertations de toute sorte) et niveaux de participation (communication, consultation, concertation, co-décision).
Le Plan Régional Santé-Environnement intégré au PRSP traite de la thématique santé – environnement, l'ambition d'un tel plan nécessite une large implication des associations agréées d'usagers siégeant dans les différentes commissions départementales et régionales dont CODERST et CLIC.

CONCLUSION : Etude commencée mais non réalisée compte tenu des contraintes de temps. L'étude doit être conduite à son terme pour être pertinente et validée, elle est reportée au calendrier 2007 - 2008.

3- 5 REALISATION DE L'INTERFACE DE CONSULTATION EXPERTE selon la demande exprimée par la formation spécialisée avec :

- Le Directeur de l'Agence Régionale d'hospitalisation,
- Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie,

En effet, pour des raisons de planning, seul le Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale a pu recevoir la Présidente et le Secrétaire le 1^{er} février 2007.

CONCLUSION : Les deux demandes doivent être reformulées et reportées au calendrier 2007 - 2008.

IV - PERSPECTIVES 2007 - 2009

1. **Poursuivre la mission** initiée en décembre 2006 afin d'atteindre les objectifs fixés qui n'ont pu être réalisés dans le temps imparti. Finaliser les dossiers d'études sur les thématiques en cours pour maintenir la cohérence du rapport, étape indispensable qui valide le travail réalisé et conditionne le bon fonctionnement de la formation spécialisée.
2. **Concevoir et élaborer un référentiel partagé** visant à recueillir et à analyser de façon homogène les données sur le respect des droits des usagers du système de santé.
3. **L'expression et la participation des usagers du système de santé** dans le champ d'action de la prévention en santé publique. Objectifs de la circulaire pour 2007– 2009.
4. **Approche territoriale en santé publique** – champs d'actions explorés en 2006 par la formation spécialisée à définir pour 2007.
5. **Perspective d'ordonnement du dossier médical personnel (DMP)**. Respect des droits des usagers et retours d'expériences. Qu'a prévu le législateur ? Quelle nouvelle donne dans l'application du droit dans le respect des droits des usagers.

V - CONCLUSIONS

La formation spécialisée a conduit sa mission du 30 novembre 2006 au 26 mars 2007.

Mission et participation

La mission conduite sur une courte période a été l'objet de contraintes permanentes qui n'ont pas permis la réalisation de toutes les potentialités.

La démarche novatrice de fonctionnement s'est inscrite dans la transversalité de tous les acteurs et partenaires des collèges: représentants des usagers, professionnels, institutions se révélant un atout remarquable dans le débat d'idées et la participation de personnes ressources. Elles ont restitué des retours d'expériences qui apportent un éclairage de vécu de territoires et constituent une dimension de valeur ajoutée qui ne pourra être complètement explorée faute de temps.

A noter, une certaine incompréhension pour des membres de la formation concernant le niveau de participation de certains et leurs défections non justifiées alors qu'une synergie était engagée. Le non respect de leur engagement initial a interpellé et obligé à réflexion pour l'avenir.

« S'inscrire pour assurer une mission, c'est contractualiser un engagement, s'engager pour participer et devenir acteur de la démocratie sanitaire ».

Afin d'anticiper sur le fonctionnement d'avenir de cette formation, **nous proposons des objectifs** dans la conduite du projet :

En aval,

définir une planification stratégique d'ordonnement et de fonctionnement avec un suivi et une évaluation de rapports d'étape, qualifier et quantifier l'adéquation de moyens, programmer la logistique, identifier les ressources humaines et objectiver le financement pour pérenniser l'accompagnement.

En amont,

évaluer et valider la réalisation des objectifs, identifier les points forts et les vulnérabilités, en formaliser le bilan, valider le compte d'exploitation peut être sous l'approche de rapport d'activités et de rapport financier, anticiper sur la conduite de projets. Prévoir un temps de restitution an-1 pour transmettre le relais à la nouvelle équipe.

Mission de planification opérationnelle :

Réunions : 4 réunions de groupe - transmissions de supports - réalisation de dossiers – comptes rendus de réunions
10 réunions de travail, Présidente – Secrétaire
Coordination permanente DRASS – Présidente- Secrétaire- Membres.

Pilotage et coordination Présidente - Secrétaire :

Phoning – secrétariat administratif : 410 courriers

Valorisation des heures réalisées par la Présidente et le Secrétaire pour conduire la mission : 780 heures

Pour conclure, nous suggérons une reconnaissance formelle de la formation spécialisée afin de lui permettre de conduire à bien sa mission selon des objectifs raisonnables quantifiés.

Actuellement nous nous trouvons face à un dilemme quant au devenir du 2^{ème} collège de la CRS dont les membres ont été nommés pour 1 an. En effet, seules les associations d'usagers agréées pourront siéger dans les instances de santé publique.

Dans l'attente des futurs agréments, des mesures transitoires sont-elles envisagées ?

Quel est le devenir pur et simple du 2^{ème} collège ?

LA DEMOCRATIE SANITAIRE NE SE DECRETE PAS MAIS SE DECLINE SELON DES TEMPS D'ACTIONS ET DE VIE EN PARTENARIAT ET EN TRANSVERSALITE AVEC TOUS LES ACTEURS DE LA SOCIETE CIVILE.

* * *

ANNEXE 1

COMPOSITION DE LA FORMATION SPECIALISEE DROIT DES USAGERS

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE

FORMATION SPECIALISEE DROIT DES USAGERS

<p>PRESIDENTE : Madame Noëlle-Caroline SOUDAN Fédération SEPANSO FRANCE NATURE ENVIRONNEMENT AQUITAINE (collège 2)</p>	<p>Fédération SEPANSO France Nature Environnement Aquitaine 1 et 3, Rue de Tausia 33800 BORDEAUX SOUDAN.NOELLE.C@wanadoo.fr</p>
<p>SECRETAIRE : Monsieur MICHEL JACQUEMOUD Président de l'association SOS Amitié Bordeaux Aquitaine (collège 2)</p>	<p>Les Rosiers 8 Le Peuy 33133 GALGON sosamitiebordeaux@wanadoo.fr</p>
<p>M. le Professeur Jean-François DARTIGUES Président de la CRS</p>	<p>jfd@isped.u-bordeaux2.fr</p>
<p>Mme Marie-Pierre LECLERC Directrice régionale adjointe – Délégation régionale d'AIDES Aquitaine (collège 2)</p>	<p>mp.leclerc.perso@wanadoo.fr</p>
<p>Mme DUBOIS Danièle Directrice de la Délégation départementale de l'Association des Paralysés de France (collège 2)</p>	<p>49 Rue Marceau 33110 LE BOUSCAT marie-danielle.dubois@apf.asso.fr</p>
<p>Monsieur Maurice TESTEMALE Président de l'Union Régionale des Associations Familiales (collège 2)</p>	<p>Près le Moulin 40400 MEILHAN maurice.testemale@wanadoo.fr</p>
<p>Monsieur Lucien ROUGIER CAMAH – CISSA Président de l'association des malades et transplantés hépatiques d'Aquitaine (collège 2)</p>	<p>1, rue Jean Burguet 33075 BORDEAUX association.amathso@laposte.net</p>

<p>Madame Françoise TISSOT CAMAHA – CISSA Déléguée Aquitaine Alliance maladies rares en Aquitaine (collège 2)</p>	<p>9, Place des Cèdres 33000 BORDEAUX alantissot@yahoo.fr</p>
<p>Monsieur Jean Louis DOMERGUE CAMAHA – CISSA Ligue Contre le Cancer (collège 2)</p>	<p>8 Rue Albert 1^{er} 64100 BAYONNE cd64@ligue-cancer.net</p>
<p>Madame DASPAS La Ligue contre le cancer Comité de la Gironde (collège 2)</p>	<p>6 rue Terrasson 33800 BORDEAUX cd33@ligue-cancer.net</p>
<p>Monsieur Rodolphe KARAM Directeur de Maison de Retraite (collège 4)</p>	<p>Villa Pia 52 rue des Treuils 33000 BORDEAUX cos.Karam@free.fr</p>
<p>Madame Monique NICOLAS Fédération régionale Aquitaine du Mouvement français pour le planning familial (collège 4)</p>	<p>1 Route de Peylahon 33770 SALLES monique.nicolas@sante.gouv.fr</p>
<p>Madame Véronique GARGUIL Présidente du GRITTA (collège 4)</p>	<p>24 Rue du Parlement St-Pierre 33000 BORDEAUX vgarguil@perrens.aquisante.fr</p>
<p>Madame le Dr. Françoise HARAMBURU Responsable du Centre Régional de Pharmacovigilance de Bordeaux (collège 5)</p>	<p>HOPITAL PELLEGRIN Place Amélie Raba-Léon 33076 BORDEAUX CEDEX françoise.haramburu@u-bordeaux2.fr</p>
<p>Monsieur Jacques MAS Membre du Conseil Economique et Social Régional Chambre régionale des professions libérales (collège 6)</p>	<p>jacquesmas2@wanadoo.fr</p>

ANNEXE 2

LES TERRITOIRES DE RECOURS EN AQUITAINE : ARRETE DU 6 JUIN 2005



Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
Ministère de la parité et de l'égalité professionnelle

Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales
d'Aquitaine

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU l'article L 6121-2 du Code de la Santé Publique,

VU l'avis des conférences sanitaires de secteur,

VU l'avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale, section sanitaire, dans sa séance du 25 avril 2005,

VU l'avis de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine, dans sa séance du 5 avril 2005,

ARRETE

ARTICLE PREMIER –

L'Aquitaine est découpée en six territoires de recours dits de niveau 2 :

- territoire de Périgueux,
- territoire de Bordeaux-Libourne
- territoire des Landes,
- territoire du Lot et Garonne,
- territoire de Pau,
- territoire de Bayonne.

ARTICLE 2 –

Chaque territoire de recours est composé de l'agrégation de territoires intermédiaires dits de niveau 1, de la manière suivante :

- le territoire de recours de Périgueux est composé des territoires intermédiaires de Périgueux, de Bergerac et de Sarlat,
- le territoire de recours de Bordeaux-Libourne est composé des territoires intermédiaires de Bordeaux, de Libourne, de Blaye, de Lesparre, d'Arès, d'Arcachon et de Langon,
- le territoire de recours des Landes est composé des territoires intermédiaires de Mont de Marsan et de Dax,
- le territoire de recours du Lot et Garonne est composé des territoires intermédiaires d'Agen, de Marmande et de Villeneuve sur Lot,
- le territoire de recours de Pau est composé des territoires intermédiaires de Pau, d'Oloron Sainte-Marie et d'Orthez,
- le territoire de recours de Bayonne est composé des territoires intermédiaires de Bayonne et de Saint-Palais.

ARTICLE 3 –

Chaque territoire intermédiaire est composé de l'agrégation de territoires de proximité. La composition communale des territoires figure en annexe du présent arrêté.

ARTICLE 4 –

Les territoires de santé sont ainsi définis à titre provisoire pour toutes les activités et tous les équipements relevant du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire [SROS], pour servir de base aux travaux préparatoires au dit SROS. Le territoire de recours constitue le territoire de planification. Leur définition pourra faire l'objet d'une révision au moment où sera arrêté le SROS.

ARTICLE 5 –

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 6 juin 2005

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine,

Alain GARCIA

ANNEXE 3

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

Objectifs :

- Synthèse de données expertes recensées dans les comptes rendus de certification des Etablissements de Santé des Pyrénées Atlantique
- Etudier ces données selon leur traçabilité et leur transversalité pour permettre une meilleure lisibilité des procédures pour l'usager
- Formuler des propositions pour renforcer la fonction d'observation et de vigilance sur le respect des droits des usagers.

SPECIMEN

Certification Etablissement : Version 1 / version 2

I - Appréciation de la Haute Autorité de Santé

Référentiels	◆ Livret d'accueil <input type="checkbox"/>	◆ Charte du malade <input type="checkbox"/>	◆ 1 Questionnaire de sortie ◆ 2 Etude de satisfaction	◆ 1 Projet d'établissement ◆ 2 Contrat d'objectifs et de moyens	◆ 1 Dossier du patient ◆ 2 Dossier médical	◆ Dossier de soins <input type="checkbox"/>	◆ 1 CR d'hospitalisation ◆ 2 CR de consultation	◆ Fiche de liaison <input type="checkbox"/>	◆ CRU ◆ CLIN ◆ CLAN ◆ CLUD ◆ autre <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> légende des supports à affecter aux référentiels									
◆1- 1 Droits et informations du patient									
◆1- 2 Dossier du patient									
◆1- 3 Organisation de la prise en charge									
◆1- 4 Management de l'établissement et des secteurs									
◆1- 5 Gestion des ressources humaines									
◆1- 6 Gestion des fonctions logistiques									
◆1- 7 Gestion du système de l'information									
◆1- 8 Gestion de la qualité et prévention des risques									
◆1- 9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle									
◆1- 10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux									

II décisions de la Haute Autorité de santé

◆II - 1 Recommandations	
◆II- 2 Modalités de suivi	

O Légende décision point II- 1, résumer pour faciliter l'exploitation : Traçabilité des informations, des procédures, des actes – règles de bonnes pratiques professionnelles - sécurité – risques – etc..

ANNEXE 4

TROIS EXEMPLES DE CERTIFICATIONS

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Formaliser un programme de gestion des risques incluant notamment les accidents d'exposition au sang.

II.2 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, la Haute Autorité de santé décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

L'établissement met en oeuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure d'accréditation.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Généraliser la traçabilité des informations concernant le patient, notamment le recueil de son consentement, la réflexion bénéfice risque et celles relatives au processus transfusionnel ;
- Assurer le respect systématique des règles de bonnes pratiques en matière de prescriptions médicales ;
- S'assurer de l'appropriation par les professionnels du dispositif d'appel en cas d'urgence vitale ;
- Définir et mettre en oeuvre une politique de gestion des ressources humaines.

II.2 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, la Haute Autorité de santé décide que l'établissement a satisfait à la procédure de certification.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

L'établissement met en oeuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure de certification.

II DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Sécuriser l'archivage des dossiers,
- Formaliser le projet d'établissement et ses différentes composantes en associant les professionnels et les instances,
- Poursuivre les aménagements pour faciliter l'accueil des personnes à mobilité réduites,
- Définir, structurer, coordonner, mettre en oeuvre et évaluer une politique de gestion des risques incluant les vigilances sanitaires et le risque infectieux.

Réserve formulée par la Haute Autorité de santé

- Sécuriser le circuit du médicament dans les deux bâtiments.

Réserves Majeures formulées par la Haute Autorité de santé

- Garantir la sécurité et la continuité des soins,
- Garantir la sécurité des personnes, notamment la nuit.

II.2 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, la Haute Autorité de santé décide que l'établissement a satisfait à la procédure de certification.

Cependant, la Haute Autorité de santé ayant émis deux réserves majeures et une réserve sur les points mentionnés ci-dessus, **une visite ciblée** aura lieu sur les sujets concernés **dans un délai d'un an** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport des experts consécutif à la visite ciblée, la Haute Autorité de santé procédera à un réexamen de la situation de l'établissement.

ANNEXE 5

REPRESENTANTS DES USAGERS aux :

- Conseil d'établissement de l'établissement français du sang Aquitaine Limousin
- Conseil d'administration du Centre de lutte contre le cancer Fondation Bergonié à Bordeaux
- Conseils d'administration des établissements publics de santé d'Aquitaine
- Comité régional d'organisation sanitaire d'Aquitaine

CONSEIL D'ETABLISSEMENT
de l'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG AQUITAINE LIMOUSIN
(art. 668-4 du code de la santé publique , décret 99-1143 du 29/12/1999)

Prévu par la loi du 1^{er} juillet 1998	Organismes sollicités	Personne désignée	Fonction de la personne désignée
3 à 7 représentants des associations de donneurs	Comité d'Entente Régional des ADSB d'Aquitaine	M. Edmond LISSALDE	Président UD ADSB des Pyrénées Atlantiques (64)
		Mme Jacqueline LESTAGE	Présidente UD ADSB des Landes (40)
		M. Hubert HERITEAU	Président UD ADSB de la Gironde (33)
		M. Alain DARCOS	Président UD ADSB de la Dordogne (24)
		M. Michel VIGUIÉ	Président UD ADSB de Lot-et-Garonne (47)
	Union Régionale des ADSB du Limousin	Mme Lucienne FAURIE	Présidente de l'UD ADSB de la Corrèze (19)
		M. Jean CLEMENT	Président UD ADSB de la Haute-Vienne (87)
2 représentants associations de malades transfusés	Association des Malades et Transplantés Hépatiques du Sud-Ouest	M. Lucien ROUGIER	Président A.MA.T.H.S.O.
	Le Nouveau Souffle (greffés cardiaques)	M. Michel BENOIT	Président
3 représentants du personnel de l'EFSAL	Comité d'entreprise + Comité d'établissement	Mme Dominique FORMENT	EFSAL Bordeaux
		Mme Colette LARRONDE	EFSAL Biarritz
		Mme Martine BAYRES	EFSAL Bordeaux
3 à 5 représentants des établissements publics de santé	Fédération Hospitalière de France (Union Hospitalière du Sud-Ouest)	M. Christophe GAUTIER	Directeur du CH de Pau Délégué départemental UHSO
		M. Alain HERIAUD	Directeur du CHU de Bordeaux, secrétaire général de l'UHSO
	Fédération Hospitalière de France (Union Hospitalière du Centre)	Mme Valérie ARSOUZE-FADAT	Directeur adjoint du CHU de Limoges
		M. Laurent VAUBOURGEIX	Directeur du CH de Brive
2 représentants des établissements privés de santé	Fédération de l'hospitalisation privée	M. Yves NOEL	Directeur clinique Bordeaux Nord Fédération de l'Hospitalisation Privée
	UHP du Limousin	Pas de réponse	
2 représentants de l'Assurance Maladie	URCAM d'Aquitaine	M. Bernard CAUMONT	1 ^{er} Vice-président
	URCAM du Limousin	M. Guy AUDEVART	Président

Région Aquitaine

**Représentants des usagers
au Conseil d'administration
du Centre de lutte contre le cancer
Fondation Bergonié à Bordeaux**



Représentants des usagers	Association	Observations
Marie DESPAS	La Ligue - Comité de Gironde	
Nathalie DELATTRE	VMEH Gironde	

Région Aquitaine

**Représentants des usagers
aux Conseils d'administration
des établissements publics de santé**



DORDOGNE

Etablissement	Représentants des usagers	Association	Observations
CH BERGERAC	Francis BELLOT	Secours aux Familles en Difficulté - SAFED	
	Christian PINAULT	Union Fédérale des Consommateurs	
	Louis REY	Association des Stomisés de Dordogne - ASD	
CH PERIGUEUX	Guy BESSON	Visiteurs de Malades - VMEH	
	Pierre FARCY	Ligue Nationale contre le Cancer	
	Daniel RENAUDIE		
CH SARLAT	Marguerite SARLAT	ADAPEI Périgord Noir	
	Hélène SENILLON	Ligue nationale contre le cancer	
CH Vauclaire MONTPON	Gérard BONNAMY	UNAFAM	
	Alain FAURE	UDAPEI	
	Jean-Philippe LAVAL	Association d'Aide à la Santé Mentale	
Hopital local BELVES	Michèle ROUGIER	UDAF	2 sièges à pourvoir
Hôpital local DOMME	Henri BOUCHAR	UDAF	
	M. FIGARELLA	Fédération départementale club des aînés ruraux	
	Max GAYOU	CODERPA	
Hôpital local EXCIDEUIL	Mme GOURVAT	CODERPA	
	Mme JACQUOT	Club du 3 ^{ème} âge	
	M. RENAUDIE	UFC Que choisir Périgueux	
Hôpital local NONTRON	Françoise CHOTTE	Association Alzheimer Dordogne	
	Pierre Bernard LEBRIAT	CODERPA	
	Michel TORALBA	UDAF Dordogne	
Hôpital local RIBERAC	Albert DUMAZEAU	Association Alzheimer Dordogne	
	Bernard ORDUNA	UDAF	
	Mauricette PERROIS	Représentant les usagers en ULSD	
Hôpital local SAINT-ASTIER	Michèle DESMOULINS	SAFED	1 siège à pourvoir
Hôpital local SAINT-AULAYE	Micheline BLANGUERIN	Fédération départementale Clubs des aînés ruraux	1 siège à pourvoir
	André FERNANDEZ	UDAF	

GIRONDE

Etablissement	Représentants des usagers	Association	Observations
CH ARCACHON	Claude CHASSAGNE	Mutualité de la Gironde	
	Jean-Pierre GIBOIN	CAMHA	
	Claudie LE BRUCHEC	UDAF	
CH BAZAS	Michel FAU	Fédération départementale du Club des Aînés de la Gironde	
	Pierre GACHASSIN	Association des malades et transplantés hépatiques d'Aquitaine	
	Daniel SAINT-MARC	MSA	
CH BLAYE	Jacqueline BLANC	Aînés ruraux	
	Jacques BOSSUET	Club Cœur et Santé	
	François TRIAS	UDAF	
CHU BORDEAUX	Mme DELATTRE	VMRH - Association de visiteurs de malades	
	M. MARTIN	Union départementale Mutualité Française Gironde	
	Mme TISSOT	Association maladies mitochondriales	
CH Charles Perrens BORDEAUX	Mme BIELLE	Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde	
	M. GILLOT	ADAPEI	
	Mme MOUGNERES	UNAFAM	
CH CADILLAC	Marie-France MARCOS	Association de défense Hépatite C	
	Anne PASSEVANT	UNAFAM	
	Françoise PIALLOUX	Association tutélaire des inadaptés	
CH LANGON	Jeanine LACOURT	Club des aînés ruraux Bordeaux	
	Ginette ORIOU	Association VMEH Bordeaux	
CH LA REOLE	Lucien CORRADIN	CTRC - Centre Technique Régional de la Consommation	
	Angèle GARRIGOU	UDAF	
	André VARYSE	Association girondine des Infirmes Moteurs Cérébraux - IMC	

GIRONDE (suite)

Etablissement	Représentants des usagers	Association	Observations
CH LIBOURNE			1 siège à pourvoir
	Susie GASPAROUX	CLCV (Consommation Logement Cadre de Vie)	
	Jeanne JEANSON	VMEH (Visites des Malades dans les Etablissements Hospitaliers)	
CH SAINTE FOY LA GRANDE	Rosy BRISSONA	Croix Rouge	
	Nicole GAUTHIER	VMEH	
	Josette GERTHOFER	Rep les Familles dans les USLD	
	Pierre MEDARD	Association Croix Bleue	
Hôpital local MONSEGUR	Liliane CONQUERET	UNAFAM	
	Inès DAUNIS	Les Aînés ruraux	
	Hubert HERITEAU	UDAF	

LANDES

Etablissement	Représentants des usagers	Association	Observations
CH DAX	Dr Jean DAVERAT	Comité départemental de lutte contre le cancer	
	Madeleine COURTEIX	Secours Catholique	
	Marie-Pierre LECLERC	AIDES délégation Landes (Coordination des Associations de Malades et Handicapés d'Aquitaine - CAMHA)	
CH MONT-de-MARSAN	Dr Dominique BARDET	Ligue contre le cancer	
	Marie-Rose RASOTTO	UDAF Landes	
	Arlette VERGEZ	UNAFAM Landes	
CH SAINT-SEVER	Mme COMMENAY	UDAF	
	Mme LALANNE	Union landaise des associations de retraités et personnes âgées	
	M. MARTIN	Les Aînés ruraux	

LOT et GARONNE

Etablissement	Représentants des usagers	Association	Observations
CH AGEN	Michel CHARTIER	CAMAH	
	Annick GUILLERMET	VMEH	
	Georges GRAS	UDAF	
CH La Candélie AGEN	Robert ALBIN	ADAPEI	
	Yves BORIE	UNAFAM	
	Christian DUFFIEUX	UNAFAM	
CHIC MARMANDE/TONNEINS	Mme DILLET-VILA	UDAF	
	M. REAU	CAMAH	
	Mme ROUAN	Les Aînés ruraux	
CH NERAC	Josiane CHRISTOPHE	VMEH (Visiteurs de Malades)	
	Marie-Line FABRE	Fédération départementale des Familles rurales	
	Simone MEYERE	Association des Paralysés de France	
CH VILLENEUVE-SUR-LOT	Cyrille ALBANA	UDAF	
	Anne-Marie HARTMANN	ASSAD	
	Jacqueline MEZZANATTO	Association Nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde	
Hôpital local CASTELJALOUX	Marcel BOYENVAL	-	
	Viviane LEBERON	Association Castel Santé	
	Marie-Claire TEISSEIRE	Association ASSAD	
Hôpital local FUMEL	Annette COMPTE	Association Familles Laïques	
	Solange DESTIEU	ADMR	
	Michel RABOT	UDAF 47	
Hôpital local PENNE d'AGENAIS	Odette BAILLARGUES	ADMR 47	
	Henriette CHEZE	FASSAD 47	
	Jacqueline MEZZANATTO	CAMAH	

PYRENEES-ATLANTIQUES

Etablissement	Représentants des usagers	Association	Observations
CHIC BAYONNE	Armand HERNANDEZ	Union Départementale Force Ouvrière	
	Colette LANUSSE	Ligue Nationale contre le cancer - Pyrénées Atlantiques	
	Jean-Pierre PICAUD	Association des Amis et Usagers de l'Hôpital	
CH OLORON SAINTE-MARIE	Jean-Louis BROYER	Association des Donneurs de sang	
	Christian LATAILLADE	UDAF	
	Sophie MIALOCQ	Association ALLIANCE	
CH ORTHEZ	Mme CURUTCHET	UDAF	
	Mme LASSERRE-DANCOISNE	Ligue contre le cancer	
	Mme PACHEBAT	Association ALLIANCE	
CH PAU	Josette COLINMAIRE	Visiteuse de Malades (VMEH)	
	Christian LAINE	Groupe associatif "Participe" Béarn toxicomanie	
	Colette TAVERNE	UDAF - représentant des familles au titre de l'USLD	
	Geneviève VERDENAL	Association "Bibliothèque des malades du Centre hospitalier"	
CH des Pyrénées PAU	Jean-Claude ETCHEPARRE	UDAF	
	Guy PLATEAUX	UNAFAM	
	Nicole TERCQ	APAVIM	
Hôpital local MAULEON	Pierre CLAVERIE	(//)	
	André ETCHEVERRY	Visiteurs de malades	
	Jeanne LARAN	Béarn Alzheimer	
	Gratianne LATCHERE	Familles accueillies dans les USLD	

LEGENDE SIGLES

ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
ANAR	Association Nationale de défense contre l'Arthrite Rhumatoïde
APAVIM	Association Paloise d'Aide aux Victimes d'Infractions
ASD	Association des Stomisés de Dordogne
ASSAD	Association Soins et Services d'Aide à Domicile
CAMHA	Coordination des Associations de Malades et Handicapés d'Aquitaine
CLCV	Consommation Logement Cadre de Vie
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
CTRC	Centre Technique Régional de la Consommation
IMC	Infirmes Moteurs Cérébraux
MSA	Mutualité Sociale Agricole
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux
UFC	Union Fédérale des Consommateurs
URAF	Union Régionale des Associations Familiales
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
SAFED	Secours Aux Familles en Difficultés
VMEH	Visiteurs de Malades en Etablissements Hospitaliers

Région Aquitaine

Représentants des usagers au Comité Régional d'Organisation Sanitaire



Représentants des usagers	Association	Observations
TITULAIRES		
Arlette CAHAGNE	CTRC	
Michel MALET	UNAFAM	
Lucien ROUGIER	CAMHA	
SUPPLEANTS		
Nadine PRUE-PESSOTO	UFC 33	
Henri ROUSTAN	UNAFAM	
Paul VEERSE	CAMAHA	

ANNEXE 6

- **LETTRES D'ACCREDITATION
auprès des établissements publics et privés**
- **LETTRE CIRCULAIRE DU 18 JANVIER 2007**



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Bordeaux, le 8 décembre 2006

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales
d'Aquitaine

Conférence régionale de santé

Service : Actions de santé
Affaire suivie par A. Lacassagne
Tel : 05 57 01 96 31
Fax : 05 57 01 96 83
E-mail : DR33-ACTIONS-DE-SANTE@sante.gouv.fr

Mesdames les Directrices et Messieurs les
Directeurs
des établissements privés de santé
De la Région Aquitaine

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

La conférence régionale de santé d'Aquitaine a constitué conformément aux dispositions réglementaires, une formation spécialisée relative aux droits des usagers du système de santé. Cette instance a pour mission de préparer un rapport annuel précisant les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé dans notre région.

Ce rapport sera soumis pour adoption à la conférence régionale de santé réunie en formation plénière, puis transmis à la conférence nationale de santé. Cette dernière quant à elle, élaborera sur la base des rapports établis par les conférences régionales, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé (article L. 1411-3 du Code de la santé publique).

En ce qui concerne notre région, je vous informe que les membres de la formation spécialisée, émanation de la Conférence régionale de santé d'Aquitaine, vont prochainement prendre contact avec vos services.

Je vous remercie par avance de l'accueil et de l'aide que vous voudrez bien leur réserver afin qu'ils puissent mener à bien la mission qui leur est confiée.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur régional
Des Affaires sanitaires et sociales

Jacques CARTIAUX



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Bordeaux, le 8 décembre 2006

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales
d'Aquitaine

Conférence régionale de santé

Service : Actions de santé
Affaire suivie par A. Lacassagne
Tel : 05 57 01 96 31
Fax : 05 57 01 96 83
E-mail : DR33-ACTIONS-DE-SANTE@sante.gouv.fr

Mesdames les Directrices et Messieurs les
Directeurs
des établissements publics de santé
De la Région Aquitaine

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

La conférence régionale de santé d'Aquitaine a constitué conformément aux dispositions réglementaires, une formation spécialisée relative aux droits des usagers du système de santé. Cette instance a pour mission de préparer un rapport annuel précisant les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé dans notre région.

Ce rapport sera soumis pour adoption à la conférence régionale de santé réunie en formation plénière, puis transmis à la conférence nationale de santé. Cette dernière quant à elle, élaborera sur la base des rapports établis par les conférences régionales, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé (article L. 1411-3 du Code de la santé publique).

En ce qui concerne notre région, je vous informe que les membres de la formation spécialisée, émanation de la Conférence régionale de santé d'Aquitaine, vont prochainement prendre contact avec vos services.

Je vous remercie par avance de l'accueil et de l'aide que vous voudrez bien leur réserver afin qu'ils puissent mener à bien la mission qui leur est confiée.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur régional
Des Affaires sanitaires et sociales

Jacques CARTIAUX



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Bordeaux, le 18 janvier 2007

Direction Régionale
des Affaires Sanitaires et Sociales
d'Aquitaine
Conférence Régionale de Santé

- Formation spécialisée
des usagers du système de santé

Madame Le Directrice, Monsieur Le Directeur,

Dans l'action conjuguée de la Conférence Régionale de Santé, la formation spécialisée des usagers du système de santé assure une mission ponctuelle dans l'élaboration d'un rapport qui a pour champ d'action les droits individuels et l'expression collective des droits des usagers et des personnes malades.

Parmi les démarches réalisées à ce jour, nous avons pris connaissance du compte rendu de certification de votre établissement émis par la Haute Autorité de Santé sur le portail Internet, dédié à consultation publique. Nous retenons les actions QUALITE entreprises dans la prise en charge globale du patient/usager au cours de son séjour.

Afin de compléter notre dossier d'étape, nous sollicitons votre partenariat.
Nous souhaitons :

- la communication de votre livret d'accueil comprenant les informations écrites transmises à l'admission du patient,
- une synthèse de vos actions initiées avec les représentants d'usagers au sein de votre établissement.

Nous vous remercions pour l'intérêt partagé dans la réalisation de cet échange favorisant la transversalité de communication et relation avec notre formation.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur l'expression de notre considération distinguée.

N.C Soudan
Présidente de la formation spécialisée

PS : Courrier référencé de Monsieur Jacques Cartiaux
Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

ANNEXE 7

Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004

**relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4
du code de l'action sociale et des familles**

Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

NOR : SANA0430132C
(Texte non paru au *Journal officiel*)

Référence : articles L. 311-3 à L. 311-9 du code de l'action sociale et des familles.

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; direction de la solidarité et de la santé de la Corse et de la Corse-du-Sud ; direction de la santé et du développement social de la Guadeloupe ; direction de la santé et du développement social de la Martinique ; direction de la santé et du développement social de la Guyane Pour l'application de l'article L. 311-4 et III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dans chaque établissement, service, social ou médico-social et lieu de vie et d'accueil, un livret d'accueil doit être remis à la personne prise en charge ou à son représentant légal lors de l'accueil. Ce livret comporte les documents que cite l'article L. 311-4 : la charte des droits et libertés des personnes accueillies et le règlement de fonctionnement.

Les établissements ou services et lieux de vie et d'accueil adaptent le contenu, la forme et les modalités de communication du livret d'accueil en tenant compte, notamment, de leur organisation générale, de leur accessibilité et de la nature de leur activité sociale ou médico-sociale ainsi que de la catégorie de personnes prises en charge.

Afin de renforcer l'égal accès des bénéficiaires à l'information, la présente circulaire précise à titre indicatif la nature des renseignements qui pourraient utilement figurer dans ces livrets d'accueil. Elles résultent de la concertation effectuée en 2002 avec les représentants des gestionnaires des secteurs associatif et public, les professionnels et les services déconcentrés de l'Etat (correspondants DRASS et DDASS).

Vous voudrez bien transmettre la présente circulaire au président du conseil général ainsi qu'aux établissements et services concernés et me tenir informé des éventuelles difficultés d'application des articles précités du code de l'action sociale et des familles.

Le ministre des affaires sociales,
du travail et de la solidarité,
Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,
Pour les ministres et par délégation :
Le directeur général de l'action sociale,
J.-J. Trégoat

ANNEXE INDICATIVE RELATIVE AU CONTENU DU LIVRET D'ACCUEIL

Peuvent figurer au livret d'accueil, s'il y a lieu sous forme d'annexes pour permettre une actualisation plus aisée :

I. - Des éléments d'information concernant l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil sur :

- a) La situation géographique de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil et les différents sites qui le composent, leurs voies et moyens d'accès.
- b) Les noms du directeur ou de son représentant et, le cas échéant, du ou des responsables des différentes annexes ou sites concernés, du président du conseil d'administration ou de l'instance délibérante de l'organisme gestionnaire.
- c) Le cas échéant, des éléments d'information sur les conditions de facturation des prestations.
- d) L'organisation générale de l'établissement, du service ou lieu de vie et d'accueil, ou son organigramme. Le cas échéant, les coordonnées et les missions du service social de l'établissement ou service, notamment celles relatives aux démarches administratives et à l'accès à certaines aides financières.

e) Les garanties souscrites en matière d'assurance contractées par l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil ainsi que celles qui relèvent de la personne accueillie ou bénéficiaire de prestations ou services, ou de ses représentants légaux.

f) La liste des personnes qualifiées remplissant la mission mentionnée à l'article L. 311-5, les modalités pratiques de leur saisine et les numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique, adaptés aux besoins de prise en charge, ainsi que le cas échéant, les coordonnées de l'autorité judiciaire à l'origine de la mesure éducative dont bénéficie l'usager.

II. - Des éléments d'information concernant les personnes prises en charge et leurs représentants légaux sur :

a) Les principales formalités administratives d'admission, de prise en charge, d'accompagnement pour les services à domicile ou sans hébergement et de sortie à accomplir, notamment celles concernant le règlement des frais y afférents de séjour et de transports s'il y a lieu ainsi que les principales dispositions relatives aux dépôts d'argent, de valeurs et objets personnels.

b) Les possibilités et conditions d'accueil et d'hébergement, éventuellement proposées par l'institution aux proches ou aux représentants légaux.

c) Les formes de participation des personnes accueillies et de leurs familles ou représentants légaux.

d) Outre la charte prévue à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, les chartes de même nature spécifiques à certaines catégories de personnes prises en charge.

e) Le livret d'accueil peut également préciser que :

- les données concernant la personne peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- la personne prise en charge a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives la concernant, dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978 précitée ;
- les données médicales sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement ou service et sont protégées par le secret médical et que les données autres sont protégées par le secret professionnel auquel sont tenus les personnels sociaux ou soignants autres que ceux relevant du corps médical précité ainsi que le personnel administratif ou représentant des autorités habilitées en vertu de dispositions propres ;
- la communication des documents et données s'effectue également dans le respect des lois et réglementations en vigueur, des préconisations prévues par la charte des droits et libertés de la personne et selon le cas, dans le respect des mesures prises par l'autorité judiciaire ;
- en cas de contestation ou de réclamation, la possibilité lui est donnée de contacter les personnes habilitées susmentionnées.

f) Peuvent également être mentionnées, s'il y a lieu, les dispositions applicables aux activités exercées à titre libéral, et notamment :

- la faculté de bénéficier de soins au titre de l'activité libérale du praticien de son choix, exprimée par écrit ;
- le droit à une information complète et précise des conséquences de ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires qui pourront être demandés.