

Conférence Régionale de Santé

Conférence Régionale de Santé
d'Ile-de-France

Rapport approuvé par la
Conférence Régionale de Santé d' Ile-de-France
10 juin 2009

**RAPPORT DE LA FORMATION
SPECIALISEE « USAGERS »
2007- 2008**

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE

D'ILE-DE-FRANCE

Sommaire

Introduction	page 3
I - Etat d'avancement des préconisations du Rapport de la formation spécialisée « usagers » 2006-2007	pages 4 à 6
II - Synthèse des rapports annuels 2007 des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)	pages 7 à 15
III - Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	pages 16 à 18
- Glossaire	page 19
- Annexes	pages 20 à 34

Introduction

En application des dispositions réglementaires, le Rapport spécifique relatif aux conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé doit être présenté annuellement à la Conférence Régionale de Santé.

Pour sa seconde édition, ce rapport de la Formation spécialisée « usagers » (FSU) 2007-2008 de la conférence régionale de santé d'Ile-de-France¹, à la différence du précédent, se concentre sur un nombre réduit de thématiques, afin de pouvoir en suivre l'évolution dans la durée.

Ainsi après un rappel succinct des thèmes du rapport de l'année antérieure, celui-ci est centré sur deux aspects spécifiques :

- ✓ une analyse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) dans les établissements de santé franciliens.

Pour rappel, en application de l'article L. 1112-3 du Code de la Santé Publique, les CRUQPC ont un double rôle fixé par la réglementation :

- *veiller à la qualité de la relation avec les usagers, y compris le traitement des plaintes et réclamations*
- *améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge et à ce titre intervenir dans l'analyse du fonctionnement de l'hôpital*

- ✓ une analyse qualitative d'un dispositif visant à réduire les difficultés d'accès aux soins et donc les inégalités de santé : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Pour rappel, en vertu de l'article L. 6112-6 du Code de la Santé Publique, les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, 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.

Ce rapport a une ambition, celle d'associer tous les membres de la conférence à l'enjeu de la promotion des droits des usagers pour qu'ils se l'approprient et l'utilisent dans le cadre de leur activité. Il s'accompagne de recommandations en direction des établissements de santé, des institutions régionales et des organismes de recherche pour que progressent les indicateurs jugés par le présent rapport comme insuffisants que ce soit au regard de l'amélioration des droits des usagers et des malades que de la réduction des inégalités.

Il témoigne d'un travail accompli par la formation spécialisée à partir de réunions nombreuses, certaines sous la forme d'auditions d'acteurs et de partenaires du système de santé, notamment pour les PASS. A cet égard, les auteurs du présent rapport tiennent à remercier chaleureusement les personnes auditionnées qui ont témoigné par leur implication leur volonté d'agir sur le terrain des réductions des inégalités de santé. La Formation spécialisée tient également à remercier Monsieur Arnaud Blandeyrac, chargé du secrétariat de la Conférence, pour le soutien continu qu'il a apporté à ces travaux.

La diversité de ses membres, issus de différents collèges et la liberté de ton dans les échanges méritent aussi d'être soulignés. Il reste que la prochaine formation spécialisée devra se renforcer de la présence des élus qui est indispensable pour faire vivre les réflexions de santé publique en Ile-de-France.

¹ Voir composition des membres en annexe 1

I - Etat d'avancement des préconisations du Rapport 2006-2007 de la formation spécialisée « usagers »

Comme nous l'avons déjà indiqué, les points étudiés à ce stade sont ceux qui avaient été dégagés dans le premier rapport de la Conférence Régionale de Santé en 2007 et que la Formation spécialisée Usagers s'était engagée à suivre. Une synthèse présentée à la Conférence Régionale de santé en novembre 2007 se trouve en annexe (ANNEXE 2) :

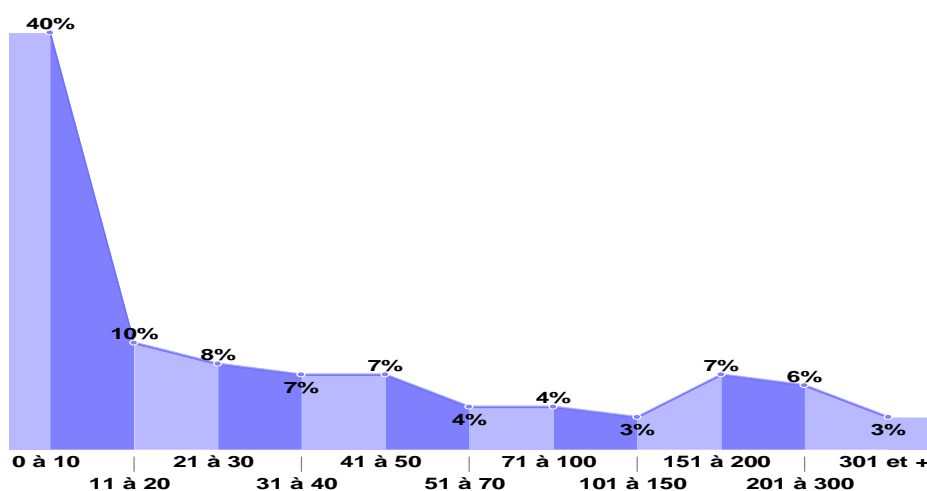
1. Axes 1, 3 et 4 – L'accès au dossier médical

Le constat effectué dans le précédent rapport de la Conférence indiquait : « *Les professionnels et les établissements ont pris en compte la loi du 4 Mars 2002 mais n'ont pas intégré le changement culturel qu'elle implique. Les organisations hospitalières ne se sont pas suffisamment adaptées pour permettre l'exercice effectif de ce droit d'accès qui reste encore perçu comme potentiellement hostile* ». Ce constat est encore d'actualité dans de nombreux établissements, comme le montrent les rapports annuel des CRUQPC examinés.

Ainsi l'exercice de ce droit est possible (il est d'ailleurs en constante augmentation comme le montre le rapport de l'AP-HP), mais il doit encore progresser.

Si on s'en tient maintenant au graphique ci-dessous, issu de l'enquête de la DHOS (voir infra page 7 les conditions de réalisation de cette enquête), dans moins de 20% des établissements de santé franciliens, le nombre de dossiers demandés par an est supérieur à 100. Il semblerait que le nombre de demandes soit proportionnel à la taille de l'établissement, ainsi qu'à certains secteurs d'activités comme l'illustre par ailleurs le rapport annuel de synthèse des CRUQPC de l'AP-HP en Médecine générale et chirurgie :

Nombre de dossiers médicaux demandés en 2007



Mais les conditions d'exercice de ce droit sont encore difficiles à apprécier. Ainsi selon l'enquête DHOS, seuls 36% mentionnent les délais de transmission. En prenant en compte les retours régionaux, les établissements qui suivent les délais de transmission ont établi un tableau de bord pour être en mesure d'adapter les moyens pour se rapprocher des délais légaux (8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 2 mois pour ceux de plus de 5 ans), quand un écart est constaté.

En conséquence, il est nécessaire d'informer l'ensemble des professionnels de santé sur le sens de ce droit fondamental et les conditions de sa mise en œuvre par des formations adaptées en association avec les représentants des usagers. Cela est rendu d'autant plus nécessaire que les travaux ont été relancés autour du dossier médical personnel au niveau national. En outre, des outils de suivi (tableaux de bord) doivent être généralisés pour permettre une analyse pertinente de l'exercice de ce droit au fil du temps (délais, coûts, organisation et motifs des demandes).

2. Axes 10 et 11 – L’accompagnement des fins de vie

Les débats autour de la loi « Léonetti » ne cessent de progresser. Pour autant, la mise en œuvre de ces droits reste un enjeu polémique, pour des raisons tant culturelles, organisationnelles que financières. Aussi les constats issus du précédent rapport gardent toujours leur acuité.

En conséquence, un débat sur ce sujet apparaît indispensable lors d’une prochaine conférence. Il pourra s’appuyer notamment sur des éléments d’analyse issus de la mise en œuvre des directives anticipées et de la désignation d’une personne de confiance. Un avis engageant toute la CRS pourra permettre de prendre la mesure des difficultés à rendre effectifs les termes de cette loi.

3. Axes 14 15 16 et 18 – L’expression, l’information et la représentation des usagers

Cette problématique a fait l’objet d’avancées en région Ile-de-France dans plusieurs domaines :

En terme de visibilité de la représentation des usagers, la mise en ligne d’un annuaire des représentants des usagers sur internet (www.ru-idf.org) permet aux différentes catégories d’utilisateurs (en particulier les établissements de soins, les usagers et les organismes de tutelle) d’accéder à une base de données : les noms des représentants d’usagers et des associations d’usagers dont ils dépendent, leurs mandats dans les différentes commissions (CRUQPC, CLIN, CLAN, Conseil de surveillance, Conseil d’administration...) et les noms des Etablissements de santé concernés. Cet outil permet également de faciliter la diffusion d’un programme de formation à destination des représentants des usagers des établissements de santé quelle que soit leur catégorie juridique.

A cet égard, l’offre de formation est large et s’adapte aux différentes catégories de mandats occupés (formation à la prise de parole, fonctionnement du système de santé francilien, échanges de pratiques au sein de groupes de pairs...). A ce jour, plus d’une centaine de représentants des usagers au total ont été formés à ces questions. Il reste qu’au regard des besoins, l’effort en matière de formation doit être prolongé en collaboration avec l’ensemble des acteurs concernés (FEHAP, FHF, URIOPSS et FHP ainsi que l’AP-HP). Il faut enfin mentionner que la maintenance de cet outil, le suivi et l’ingénierie du programme de formations sont assurés par le Collectif inter associatif sur la santé d’Ile-de-France, avec le soutien financier de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d’Ile-de-France.

La publicité des tarifs des professionnels de santé libéraux sur internet (www.ameli.fr) par la CNAMTS (info soins) qui indique le tarif de consultation pratiqué et une fourchette de tarifs pour les principaux actes techniques constitue aussi une avancée dans l’information des assurés. Mais cet excellent outil devrait être relayé par une information adaptée tant de l’Assurance Maladie que des autres acteurs concernés (professionnels de ville et établissements de santé).

Dans le cadre de l’amélioration de l’expression et l’accès à l’information des usagers, il est aussi nécessaire qu’un rapprochement avec les représentants des collectivités territoriales, comme le premier rapport l’avait mentionné, soit mis en oeuvre.

Pour ce faire a été amorcée une réflexion avec le conseil régional d’Ile de France dont on trouvera en annexe le compte rendu de réunion (ANNEXE 3). De ce rapprochement, il convient de retenir qu’une information de proximité notamment pour les personnes fragilisées ou éloignées d’internet devient indispensable : maisons des usagers de santé, Ateliers Santé Ville, agissant notamment sur les territoires de cohésion sociale (CUCS)

Cette approche autour de l’information et de l’expression des usagers franciliens aurait l’avantage de compléter les dispositifs en place, de donner une visibilité aux acteurs et de faciliter les liens avec les associations de malades et les associations qui accompagnent les personnes hospitalisées. Cette démarche permettrait également de renforcer l’information et la représentation des populations qui le sont peu : migrants et personnes âgées...

En conséquence il est nécessaire de procéder à un premier recensement des points d'information directs aux usagers de santé existants en Ile de France via les maisons d'usagers, les points d'informations spécifiques aux hôpitaux, ainsi que les points d'information développés via les ateliers santé ville, les professionnels de santé et les collectivités et d'en établir si possible une première cartographie.

4. Axes 20, 21 et 22 - Les inégalités de santé

Axe 20 : Analyser les permanences d'accès aux soins de santé (voir la IIIème Partie)

Axe 21 : Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques professionnelles (notamment ateliers santé ville et centres de santé) et l'axe 22 : Faire connaître et valoriser les savoirs faire de l'approche communautaire. Ces deux derniers axes n'ont pu être développés dans le cadre du présent rapport, mais restent une priorité d'étude d'analyse et de recommandations pour la Conférence régionale de santé.

II - Synthèse des rapports annuels des commissions des relations avec les usagers en Ile de France de l'année 2007 :

En vertu des dispositions légales rappelées par circulaire ministérielle le 1^{er} décembre 2008, la réalisation de la synthèse des rapports annuels des CRUQPC est de la responsabilité de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. C'est à partir de cette première synthèse, que la Formation spécialisée usagers rédige le rapport présenté à la Conférence Régionale de Santé. Or, l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France n'a pas effectué ce travail liminaire, c'est donc la Formation spécialisée usagers, composée de personnes volontaires et bénévoles qui a été contrainte de le faire. A l'avenir, dans le cadre de la future Agence Régionale de Santé, il faudra que ce travail soit effectué en amont comme prévu par les textes. Ainsi la Formation spécialisée usagers pourra avoir le temps de donner un avis plus précis sur l'effectivité du respect des droits des usagers.

Ceci étant dit, pour ce présent rapport, l'objectif est de donner un état des lieux du respect des droits des usagers dans les établissements de santé et dans cette perspective de fournir à la conférence régionale de santé des « marqueurs » de ces droits à suivre dans la durée pour inciter les acteurs à respecter les droits des usagers et instituer une réelle participation des usagers et de leurs représentants dans les établissements de santé.

La présente analyse se fonde sur trois outils principaux :

- **les résultats d'une enquête nationale** réalisée en juin 2008 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) portant sur **1691 réponses**, soit un taux de **60,1%** de participation des établissements au plan national ; Cette étude fondée sur un mode déclaratif, permet d'avoir une première appréciation de la mise en œuvre des commissions des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge dans les établissements hospitaliers (publics et privés).

- **L'analyse des rapports des CRUQPC franciliens** réalisée par la formation spécialisée avec l'appui du secrétariat de la CRS.

- **Le rapport de synthèse des CRUQPC de l'AP- HP**

Quels sont les principaux enseignements tirés de l'analyse de ces documents ?

A- Les enseignements généraux et quantitatifs :

1er constat : le niveau de participation des établissements franciliens aux enquêtes est inférieur au reste de la France (45% pour une moyenne nationale de 60,1%) :

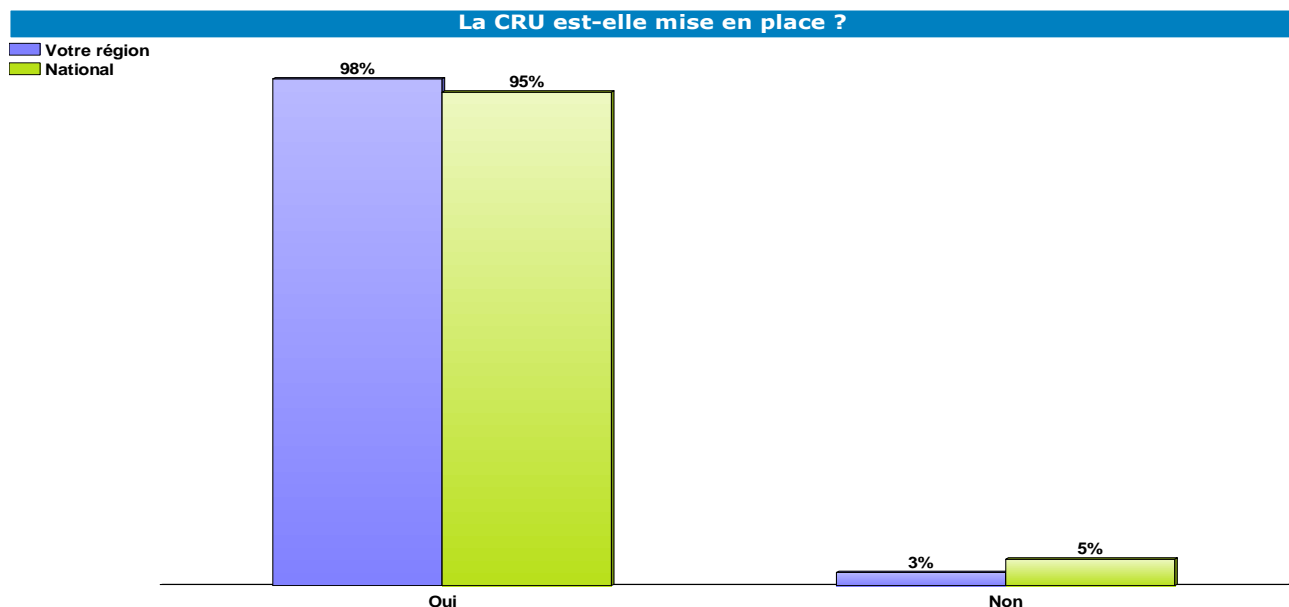
- **159 établissements franciliens sur 353 interrogés ont répondu à l'enquête de la DHOS, soit 45 % dont une majorité d'établissements privés (58%).**

- **Mais il ressort de nos propres constatations que ce ne sont que 79 établissements sur 500 qui ont renvoyé leurs documents (rapports annuels et parfois de simples comptes rendus de réunion) aux instances régionales (ARH et CRS) et départementales (DDASS) avant la fin de l'année 2008 (ce chiffre s'élevant à 95 établissements en début d'année 2009 si on comptabilise les ultimes relances effectuées auprès des DDASS), soit 16% dans le premier cas ou 19% dans le second cas.**

Cette remontée d'informations est donc encore insuffisante au plan quantitatif et constitue un premier marqueur qu'il conviendra d'observer à l'avenir, la visibilité sur l'activité des CRUQPC étant un premier signe de l'efficience de ces dernières.

2ème constat : Si seulement près de 45% des établissements franciliens ont répondu à l'enquête nationale, ces derniers ont mis en place une CRUQPC.

La situation relative à la mise en place des commissions semble s'être améliorée depuis le dernier rapport de la Formation spécialisée (si on prend en compte les déclarations des établissements) : **98%** des établissements franciliens déclarent s'être dotés d'une CRUQPC (95% au plan national) et ceci quelque soit le statut juridique des établissements. Cependant, il convient de souligner que seulement 45 % des établissements ont répondu à cette enquête. Il importe de s'interroger sur la mise en place effective des CRUQPC dans les établissements qui n'ont pas répondu.



- Toutes les données qui figurent dans les différents schémas sont des données régionales franciliennes. Quand il s'agit de données nationales, ceci est mentionné dans les commentaires .

Il importera que les instances régionales rappellent en 2009 aux établissements de santé leurs obligations en la matière conformément aux recommandations nationales de la DHOS : constitution de la commission, rédaction du rapport annuel type, recommandations, calendrier et guide.

A cet égard, au nom de la Conférence Régionale de Santé, il a été adressé en avril 2009, un courrier à l'ensemble des établissements de santé franciliens leur rappelant le calendrier du dépôt des rapports auprès de l'ARHIF et du secrétariat de la Conférence Régionale de Santé pour l'année 2009.

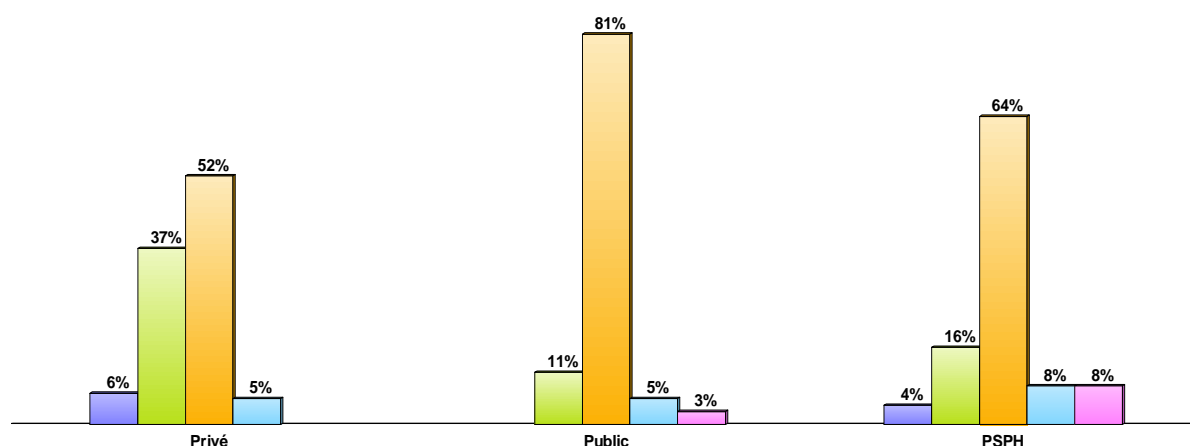
3ème constat : Une présence des représentants des usagers qui doit être renforcée

Des retards de mise en œuvre ont été constatés et 36 % des CRUQPC ont été mis en place après 2005 selon l'enquête nationale. Les établissements expliquent ces retards principalement par des difficultés de recrutement des représentants et de leurs suppléants.

Si l'on observe maintenant la situation en 2007, une forte majorité d'établissements franciliens dispose de deux représentants des usagers titulaires par établissements conformément à la réglementation, même si la proportion est plus forte dans les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier que dans les établissements privés lucratifs* :

Nombre de RU titulaires par statut d'établissement

0 1 2 Plus de 2 Je ne sais pas

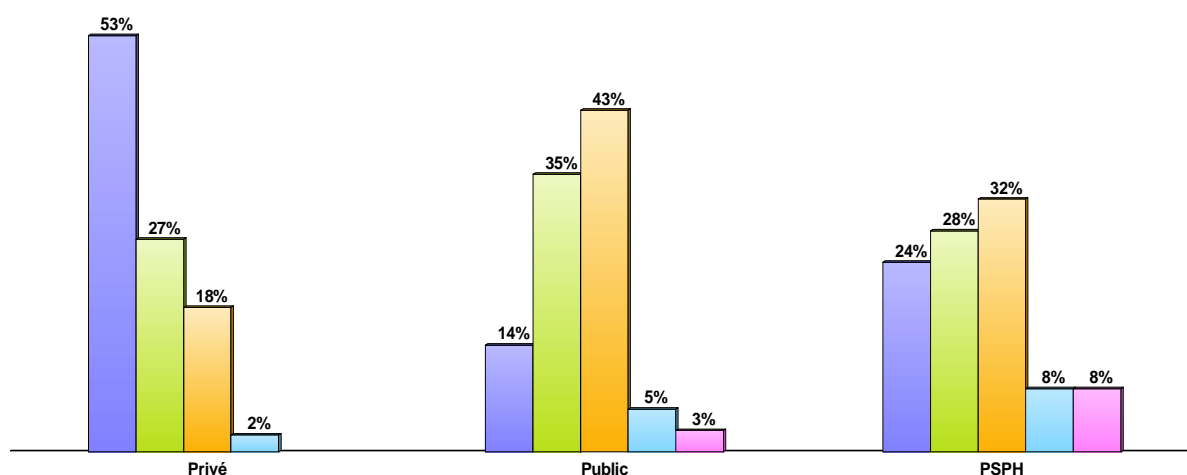


* Toutes les données qui figurent dans les différents schémas sont des données régionales franciliennes. Quand il s'agit de données nationales, ceci est mentionné dans les commentaires.

Cette tendance est encore plus nette si on regarde la représentation des usagers suppléants avec un manque plus fréquent dans les établissements privés franciliens :

Nombre de RU suppléants par statut d'établissement

0 1 2 Plus de 2 Je ne sais pas



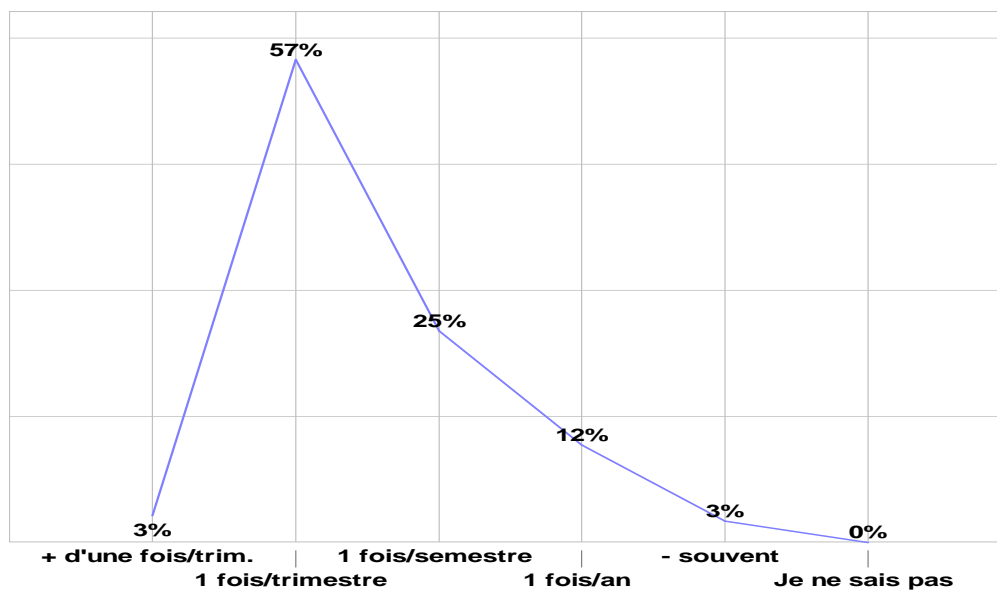
* Toutes les données qui figurent dans les différents schémas sont des données régionales franciliennes. Quand il s'agit de données nationales, ceci est mentionné dans les commentaires.

Il convient de développer la participation des usagers pour parvenir au nombre requis par la réglementation de représentants issus d'associations agréées au sein des CRUQPC (2 titulaires et 2 suppléants) dans l'ensemble des établissements de santé.

4^{ème} constat : 60% des établissements ayant répondu à l'enquête respectent strictement le rythme de réunions prévues par la réglementation

Près de 60% des établissements d'Ile-de-France déclarent s'être réunis en commission une fois par trimestre, ce qui pourrait constituer un signe de bon fonctionnement des CRUQPC. Toutefois encore près de 40% ne se sont réunis que très épisodiquement (1 fois par semestre) voire moins, notamment dans les établissements de petite taille, les établissements publics et ceux du secteur PSPH :

La commission s'est réunie :

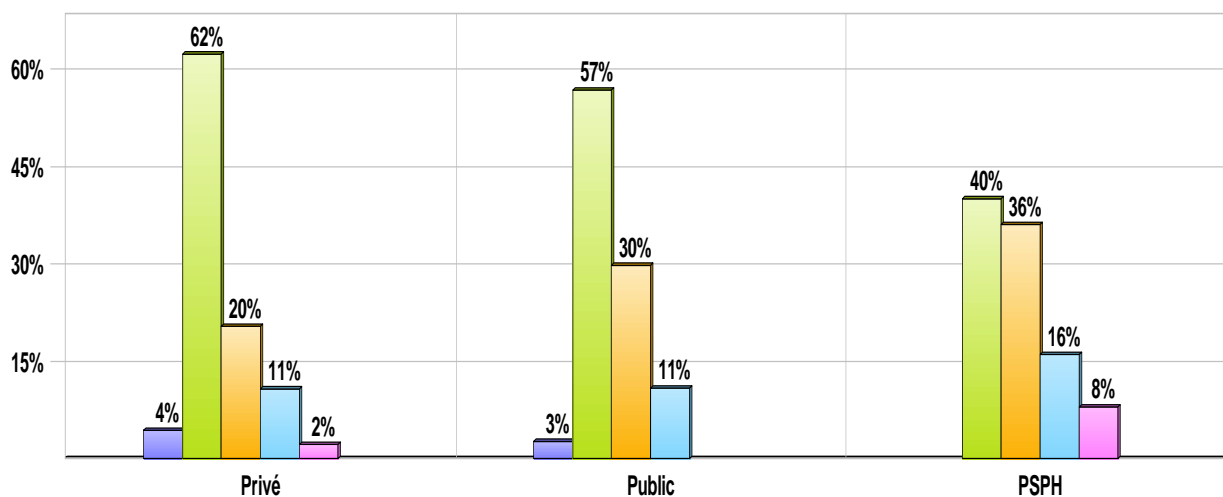


* Toutes les données qui figurent dans les différents schémas sont des données régionales franciliennes. Quand il s'agit de données nationales, ceci est mentionné dans les commentaires .

Ces chiffres sont corroborés par l'analyse détaillée des rapports transmis au secrétariat de la conférence. Il en ressort que 47% des établissements ayant répondu (soit 37 /79) ont organisé les quatre réunions prévues par les textes.

Fréquence des réunions par statut d'établissement

■ + d'une fois/trim. ■ 1 fois/trimestre ■ 1 fois/semestre ■ 1 fois/an ■ - souvent ■ Je ne sais pas



*

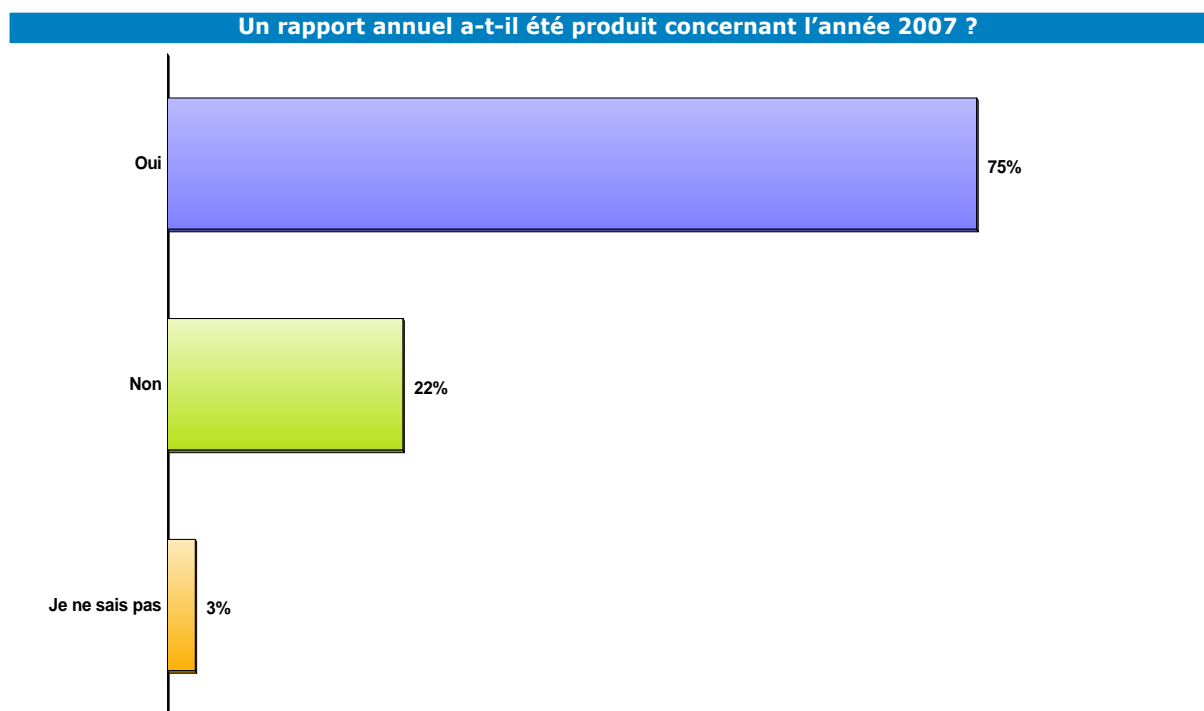
Toutes les données qui figurent dans les différents schémas sont des données régionales franciliennes. Quand il s'agit de données nationales, ceci est mentionné dans les commentaires .

Le rythme des réunions constitue un bon indicateur à observer aussi bien dans la régularité que dans la fréquence de ces réunions, et constitue une clé d'un véritable dialogue de l'établissement avec les représentants d'usagers. Le rythme de réunion francilien apparaît ainsi moins soutenu que celui observé au plan national.

Il est donc nécessaire d'inciter les établissements à respecter les dispositions applicables en la matière.

5^{ème} constat : Toutes les CRUQPC ne rédigent pas de rapports :

75% des établissements franciliens déclarent avoir rédigé un rapport, mais comme il a été mentionné supra, la totalité n'est pas remontée au niveau régional.



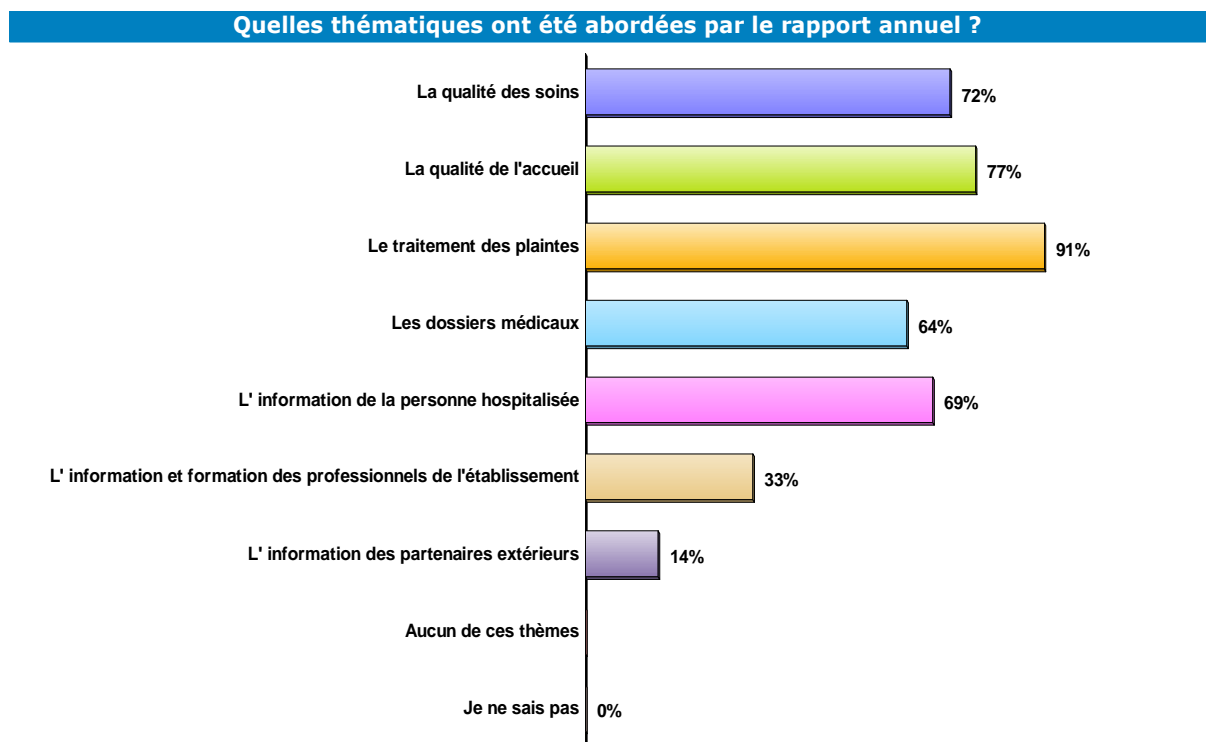
Toutes les données qui figurent dans les différents schémas sont des données régionales franciliennes. Quand il s'agit de données nationales, ceci est mentionné dans les commentaires .

Il est important d'inciter les commissions des établissements à rédiger leur rapport annuel qui seul peut témoigner d'un travail effectif de la CRUQPC dans les domaines d'actions qui lui sont assignés par la réglementation.

Cet indicateur devra être suivi avec attention, car si on cumule les données existantes, il est probable que moins d'un établissement sur deux sur le territoire francilien rédige un rapport 4 ans après la mise en œuvre de la loi. Un effort de pédagogie est donc encore absolument nécessaire.

A cet égard, une rencontre régionale pourra être utilement organisée fin 2009 par la Conférence régionale de santé à l'intention des responsables chargés d'animer les CRUQPC pour les aider à réaliser leur mission.

6^{ème} constat : Les thématiques abordées dans les rapports annuels régionaux sont cruciales pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des établissements :



Les thèmes abordés au sein des CRUQPC montrent qu'ils touchent des thèmes majeurs pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.

Ainsi la mise en place des CRUQPC est lente et doit être soutenue par les instances régionales de santé franciliennes.

B -Les enseignements généraux et qualitatifs :

Les CRUQPC seront l'un des maillons importants de la certification V2010 et doivent donc devenir de réels outils de pilotage pour l'amélioration de la qualité et de la prise en charge. Ce qu'elles ne sont pas encore.

Or les CRUQPC permettent de prendre en compte les attentes des usagers par l'analyse des réclamations et des éloges pour diffuser au sein de l'établissement les meilleures pratiques comme traiter les dysfonctionnements. Traduites en plan d'action au sein des pôles et des services des établissements, les mesures prises font l'objet d'un suivi et d'une évaluation chaque année par la CRUQPC et permettent concrètement de mettre en place une complémentarité entre soignants, administratifs et usagers au bénéfice de tous.

Ainsi, outre l'enquête DHOS, l'examen des rapports montre que la double fonction assignée aux CRUQPC (voir supra) et voulue par le législateur est diversement interprétée selon les établissements, parfois de façon restrictive. Mais il faut aussi signaler de bonnes pratiques de fonctionnement modélisables dans d'autres établissements.

1 - La CRUQPC force de proposition et de suivi :

Ainsi a minima, les CRUQPC sont informées et appelées à commenter les plaintes et les éloges, les conditions d'accès au dossier médical, le rapport d'activité et les résultats des questionnaires de satisfaction des patients. Mais elles doivent être plus que cela.

D'ors et déjà, dans un certain nombre d'établissements, elles constituent une force de propositions et d'amélioration :

- de la politique d'accueil et de la prise en charge
Participation à des groupes de travail réglementaires (commission de surveillance, certification) mais aussi à des groupes ad hoc (ex : prise en charge aux urgences).
- de la politique de l'établissement visant au respect des droits des usagers :
Tests des maquettes des livrets d'accueil par les usagers.
Mise en place d'un observatoire des droits des patients par l'établissement avec des indicateurs de qualité et de suivi déclinés avec leur progression d'une année sur l'autre.
Mise en place de rencontres avec les représentants des usagers pour faire le point sur « la dynamique qualité » entreprise et les mesures d'amélioration engagées par l'établissement.
- de l'intégration des représentants des usagers
Formation assurée par l'établissement des représentants des usagers qui participent aux travaux sur la certification.

Mais pour que les CRUQPC soient force de proposition, encore faut-il qu'elles soient connues au sein de l'établissement de santé.

2 - Une publicité de la CRUQPC qui reste à mettre en place :

En Ile-de-France, dans 67% des rapports transmis il n'est fait aucune mention de communications en direction de la communauté hospitalière. De fait, les CRUCPC apparaissent encore trop fermées sur elles mêmes.

Trois explications à ce phénomène peuvent être envisagées :

- la jeunesse d'une majeure partie des CRUCPC,
- leurs difficultés à repérer leur rôle et leur apport, et donc à valoriser leur activité auprès des personnels hospitaliers et des partenaires extérieurs.
- La faiblesse des moyens mis à leur disposition (secrétariat, locaux, affichages, supports...)

Mais il convient de noter que dans certains établissements, la réalisation de plan d'action intégré dans les contrats de pôles à partir des thématiques dégagées par la CRUQPC permet de palier cet isolement. En outre des moyens adaptés permettent à cette commission de travailler dans de bonnes conditions : réunion de la CRUQPC dans les services, espace à disposition garantissant la confidentialité, secrétariat, moyens de communication : téléphone, photocopieur, et ordinateur.

Plus généralement, il convient de relever des bonnes pratiques qui pourraient inspirer l'ensemble des établissements franciliens tant en interne qu'en direction des usagers :

- affichage dans toutes les unités de soins et dans les diverses instances de l'hôpital des missions, du fonctionnement et de la composition des CRUQPC.
- publicité dans les supports d'information interne.
- possibilité d'accéder à la composition de la commission et aux comptes-rendus sur le portail intranet de l'établissement.
- affichage des moyens pour contacter les chargés de relations avec les usagers (particularité de l'AP-HP).
- indication des noms des représentants des usagers, et du médiateur local sont indiquées dans le livret d'accueil du patient.
- affichage systématique dans les lieux d'accueil des usagers, des missions, du fonctionnement et de la composition de la CRUQPC aux côtés des autres informations sur les droits des patients (charte de la personne hospitalisée – communication du dossier médical...)

Ainsi donc la visibilité que nous cherchons à valoriser est tout aussi importante pour la communauté hospitalière ainsi que pour l'exercice même des fonctions de la CRUQPC. Cette visibilité améliorée permettra sans doute de traiter plus sereinement et efficacement les plaintes et réclamations des usagers.

3 - Une procédure de traitement des réclamations qui reste à clarifier :

La procédure de traitement des réclamations est définie en référence au décret du 2 mars 2005 instituant les CRUQPC.

a- La définition de la plainte :

Certains établissements ont souhaité s'atteler à cet exercice :

La définition du terme « plainte » a posé une difficulté pour certains établissements et l'un d'entre eux l'a d'ailleurs évacué en décrétant que le terme « remarques » était plus approprié.

Un autre établissement a fait la distinction entre la **plainte simple** (correspondant à l'expression du mécontentement du plaignant avec une demande d'explications ou d'excuses, à laquelle la direction répond directement après enquête auprès des services concernés) et la **réclamation** (qui est une plainte associée à une demande de réparation ou de préjudice).

D'autres précisent l'origine de la plainte qui enrichit aussi la définition : elle peut être l'expression du mécontentement du patient ou de sa famille, émaner d'un courrier adressé à la Direction, d'une plainte orale exprimée dans les questionnaires de satisfaction .

Ce débat illustre la nécessité de diffuser le guide méthodologique de la DHOS sur les plaintes et réclamations et surtout témoigne du fait que les établissements ont du mal à distinguer les deux approches : juridique (comment éviter les contentieux) et organisationnelle (comment éviter et résoudre les dysfonctionnements, comment prendre appui sur les éloges afin de s'en saisir comme analyseur de changement possible)

b- La procédure de traitement des réclamations :

Elle est très variable selon les établissements. Compte tenu de cette situation, il est apparu intéressant de diffuser dans le cadre de ce rapport, le processus modélisé au sein de l'AP-HP :

Le Directeur reçoit tous les courriers des plaintes et réclamations et délègue son traitement à la personne chargée des relations avec les usagers.

- Le dossier est simple et ne requiert pas l'intervention du médiateur, le chargé des relations avec les usagers apporte une réponse au demandeur.
- Le dossier est complexe et requiert l'intervention du médiateur. Le réclamant est avisé et le médiateur organise une rencontre et en présente le compte rendu à la cellule de médiation. A l'issue de cette délibération, la direction apporte une réponse avec les voies de recours et de conciliation (direction juridique des droits des patients, CRCI, tribunaux)

Cette réponse et les voies de recours sont transmises à la CRUQPC, ainsi que la plainte elle-même in extenso, les membres des CRUQPC étant astreints au respect d'une stricte confidentialité. .

Le dossier peut requérir la saisine du médiateur et la prise de décisions collégiale de la CRUQPC : Elle délibère alors et soit formule soit des recommandations et des voies de recours, soit émet un avis motivé pour le classement

De ce schéma d'ensemble ressortent plusieurs pratiques et nombre d'établissements, mais aussi d'autres établissements franciliens ont privilégié le rôle de la cellule de médiation qui se réunit toutes les semaines pour examiner les réclamations et les projets de réponse aux réclamants. Cette pratique permet de réduire les délais de traitement (moyenne de 15 jours) mais génère aussi une augmentation des interventions des médiateurs. De surcroît, ceci présente aussi l'inconvénient pour les représentants de ne pas être associés à l'enquête menée dans les services concernés et de s'en remettre aux seuls rapports des médiateurs.

Enfin pour procéder à une exploitation la plus efficiente possible, les établissements devraient à l'instar des établissements de l'APHP, regrouper les réclamations par thèmes et par secteurs, ce qui permettrait une comparaison inter établissements et par catégorie juridique. De même le fait d'indiquer les contentieux et les procédures en cours permettrait de faciliter l'analyse de la conférence régionale de santé.

Recommandations de la Conférence Régionale de santé

- La participation des citoyens usagers doit être favorisée au sein des établissements par une campagne d'information et de recrutement au niveau local et régional pour les engager à devenir représentants des usagers. Ceci implique d'assurer la publicité des associations agréées pour représenter les usagers.
- La future ARS devra inciter fortement les établissements à respecter la mise en place, les conditions de fonctionnement ainsi que les objectifs assignés aux CRUQPC en particulier l'accès des Représentants des usagers aux plaintes et réclamations ; Outre un rappel de calendrier régulier aux établissements de santé, un soutien méthodologique doit être apporté pour améliorer le fonctionnement des commissions et clarifier leur rôle au sein des établissements de santé. La FSU suivra les rapports des CRUQPC afin de les rendre visible et utile pour tous les acteurs et renforcer ainsi la reconnaissance des droits des malades et des usagers.
- A cet égard, une rencontre régionale pourra être utilement organisée fin 2009 par la conférence régionale de santé à l'intention des personnes chargées d'animer cette instance pour les aider à organiser leurs missions.
- Il apparaît enfin primordial d'encourager les établissements franciliens à développer les CRUQPC et à promouvoir les bonnes pratiques rencontrées, que ce soit en terme d'organisation, de transmission d'informations et de force de propositions

III - Les permanences d'accès aux soins de santé :

La conférence régionale de santé d'IDF a souhaité dans le cadre de sa mission de veille sur la façon dont sont appliqués et respectés les droits des usagers, se donner des éléments d'analyse sur les PASS en Ile de France régulièrement actualisés. Dès lors, sensible à la réduction des inégalités de santé, la Formation spécialisée « usagers » a souhaité mieux connaître un dispositif sensé y contribuer. Les Etablissements de santé ont en effet dans leurs missions l'accès aux soins de santé des personnes démunies et la lutte contre l'exclusion sociale.

Pour répondre à cet objectif, les établissements publics de santé, selon les textes, mettent en place les Permanences d'accès aux soins de santé, qui visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale.

Au regard de la grande diversité des moyens et des modes d'organisation de ces dispositifs, et dans le prolongement des constats relevés dans le précédent rapport sur le décalage entre l'existence de tels dispositifs juridiques et leur visibilité ou réalité sur le terrain, la formation spécialisée « usagers » a auditionné² des représentants de structures gérant des PASS et d'associations humanitaires pour faire ressortir des lignes-force et se donner les moyens d'interroger cette problématique dans la durée. Vous trouverez en annexe 4 le questionnaire support des auditions des 25 et 26/ 11 / 2008

Il faut noter qu'il ne s'agit pas ici d'un rapport de plus sur les PASS, la formation spécialisée n'ayant pas les moyens d'enquêter de manière exhaustive, mais plutôt d'une analyse à dominante qualitative sur quelques PASS significatives souhaitant ainsi contribuer à susciter l'intérêt sur ce dispositif, réel observatoire en la matière.

1- Les éléments quantitatifs sur les PASS : Quelle réalité pour les PASS en IDF ?

Plusieurs sources d'information permettent de quantifier le nombre de Pass en Ile-de-France. D'après les sources régionales, les lignes budgétaires de crédits affectés aux missions d'intérêt général (MIGAC) montrent que **26** PASS (hors AP-HP) sont identifiées.

Si, on agrège les PASS gérées par l'AP-HP, soit **27** à Paris et en banlieue, on comptabilise au total **53** PASS en Ile-de-France, ce qui représente un total de 45%³ d'établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique, voir tableau en annexe 5).

Il n'existe pas à l'heure actuelle de véritables indicateurs permettant de mesurer la couverture des besoins en IDF, à partir de bassins de santé, de bassins de vie ou d'indicateurs de précarité, même si des programmes régionaux comme le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins) dès 1998, et aujourd'hui le PRSP (programme régional de santé publique) sont des dispositifs qui en constituent les cadres d'intervention.

En effet, si on se réfère aux témoignages de certaines personnes auditionnées concernant les PASS, il y a eu d'abord des pionniers dans les années 1990, puis un développement important des PASS à la faveur de la loi de 1998 sur la lutte contre les exclusions ; Avec la création en 2000 de la CMU et le développement de l'AME (Aide Médicale Etat) il y aurait eu un frein à leur développement, jusqu'à aujourd'hui où de nouvelles modalités de financement de la précarité sont en cours.

Par ailleurs, de l'avis des personnes interviewées, la prise en compte du surcoût de la précarité à l'hôpital nécessiterait au niveau national un nouveau « rebasage » des budgets des Etablissements, voire ensuite une harmonisation régionale pour l'accueil des précaires.

² Hôpital Saint-Antoine (75) : Jacques LEBAS, responsable de la policlinique Baudelaire, Madame Annie CARON, responsable du service social. Hôpital DELAFONTAINE St Denis (93) : M François SIMON, directeur financier, Madame Catherine LESAMEDI, responsable du service social. Centre hospitalier sud francilien (91) : M Samuel PRATMARTY, directeur des affaires financières, Mme Isabelle REMY-MEHEUX, responsable du service social. COMEDE : M Didier MAILLE et Médecins du monde : M Claude MARTINE, Mme Maria MELCHIOR, Mme Jeanine ROCHEFORT.

³ Mesure du rapport entre le nombre de PASS et le nombre d'établissements MCO

Chaque établissement devrait apporter sa contribution, ceci avec des financements ad hoc prenant en compte les disparités territoriales et le poids de l'accueil.

Depuis le mois de novembre, date des entretiens, une circulaire budgétaire du 17 mars 2009 a fixé les montants de répartition d'une mission d'intérêt général précarité à partir de certains indicateurs (en fonction du nombre de bénéficiaires des dispositifs CMU et AME) et pour certains établissements de santé publics et privés.

2- Les autres enseignements des auditions sur les PASS :

A – Des fragilités organisationnelles : une organisation à parfaire avec des modalités de fonctionnement des PASS très hétérogènes :

L'étude commandée en octobre 2003 par la DHOS et menée par GRES Médiation santé en a défini trois types : celles qui sont rattachées à un service existant (service d'urgence, service social), celles qui ont une unité fonctionnelle spécifique, celles qui déclarent être un dispositif transversal.

La Formation spécialisée a identifié, à partir des témoignages des structures auditionnées, trois modalités de fonctionnement qui n'ont pas de prétention à la modélisation ou l'exhaustivité, mais qui illustrent la diversité des situations rencontrées:

- un modèle très structuré avec une « identité nominative » , une équipe dédiée avec des moyens propres et un personnel stable avec de fortes motivations de service public, le personnel social étant majoritairement représenté dans les structures étudiées.
- Un modèle de « droit commun » où les acteurs de l'hôpital prennent en compte les situations de rupture de couverture sociale, sans qu'il existe une équipe dédiée ou un lieu spécifique identifié, ceci avec des partenariats avec les structures sociales et de santé locales.
- Un dispositif en évolution, avec un traitement des situations problématiques d'accès aux droits et aux soins par un service de l'hôpital (par exemple le service des urgences) , mais sans que la reconnaissance interne de la PASS et son identification externe ne soient stabilisées.

Si dans le cadre des auditions, il n'est pas possible de proposer un modèle optimum de fonctionnement des PASS, il apparaît que celles-ci doivent être structurées selon les principes suivants :

- des instances de pilotage au niveau de la direction des établissements et des services tutélaires
- la formalisation de relations extérieures avec les autres services sociaux et de santé, le milieu associatif structurant **un travail en réseau** aidant les professionnels à penser leur travail et à trouver une plus grande efficacité de réponse
- la création de protocoles pour l'accès aux soins
- l'accès à un interprétariat
- l'évaluation à organiser avec des items simplifiés au regard des critères de la DHOS
- le soutien effectif des professionnels encore trop souvent isolés
- le travail de recherche sur un dispositif, véritable observatoire de l'accès des usagers les plus précaires à la santé

B- Un manque de concertation entre les PASS au plan régional :

Les interviews ont fait ressortir d' une part un important morcellement des dispositifs existants et une méconnaissance des pratiques professionnelles des différents acteurs entre eux.

D'autre part, certaines problématiques comme la complexité des dispositifs juridiques d'ouverture des droits et leur application difficile sont communes à de nombreux établissements, sans qu'il y ait une mise à plat des solutions. Sur ce second point, la circulaire n°2008-04 du 7 janvier 2008 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat a pu faire l'objet selon les personnes interviewées d'applications qui restreignent les droits des personnes « théoriquement » bénéficiaires. Ainsi, au delà de la difficulté réelle à obtenir une prise en charge de type AME (sous réserve de domiciliation et pour ceux qui sont éligibles à cette instruction prioritaire), la sécurité sociale exige, conformément à la circulaire sus visée, le refus de l' AME, afin d'instruire les dossiers répondant aux critères des soins urgents et vitaux.

Les principaux juridiques soulevés par le COMEDE sont développés en annexe 5.

C- Les autres tendances lourdes constatées qui impliquent un fonctionnement en réseau :

- Les usagers accueillis dans les PASS franciliennes présentent des spécificités, car la précarité a de multiples facettes qui évoluent avec l'appauvrissement de certaines personnes : on constate une progression de consultations de personnes au « seuil de pauvreté » qui ne sont pas éligibles à la CMUC et qui ont besoin de soins et de médicaments (personnes en rupture de dispositifs, personnes âgées, personnes n'utilisant pas les bilans des centres d'exams de santé...).A cet égard, compte tenu de cette augmentation de la précarité, la question de l'extension du dispositif PASS à l'ensemble des structures de santé mériterait d'être posée à la faveur de nouvelles dispositions législatives.
- Par ailleurs a été pointée la question du maintien du suivi médical en lien avec un problème social, notamment pour les SDF qui doivent suivre un traitement, ce qui entraîne une rupture dans la continuité des soins, et l'augmentation des « perdus de vue » ; Les lits halte santé mis en place sur Paris rendent possibles à la fois l'hébergement et les « petits soins de santé ».
- Enfin, l'Ile-de-France présenterait selon les associations interviewées, la caractéristique de ne pas prendre suffisamment en compte les problèmes d'accès aux soins des enfants et de leurs mères, surtout d'origine étrangère. Les questions relatives à l'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques seraient aussi peu prises en charge.

Recommandations de la Conférence régionale de Santé

La Conférence Régionale de Santé recommande :

- **que la pertinence du dispositif PASS soit mieux prise en compte par la future ARS, que les besoins en permanences d'accès aux soins soient l'objet d'une particulière attention afin que soient impulsés des travaux de recherche de niveau régional avec transfert des conclusions auprès des établissements et des professionnels concernés**
- **que les instances départementales et locales formalisent des réunions de concertation avec les structures gérant les PASS pour favoriser les échanges de pratiques permettant une meilleure connaissance des problèmes à résoudre en particulier les troubles psychiatriques graves et fréquents des populations précaires et sans domicile fixe.**
- **qu'une dynamique de soutien à l'ensemble des professionnels (sociaux et de santé) soit mise en place, de par la dureté des situations rencontrées, permettant de promouvoir des recherches de terrain.**
- **que les difficultés de facturation des soins urgents délivrés à des étrangers en situation irrégulière soient signalées aux instances décisionnelles de l' Assurance Maladie et du Ministère de la Santé et que soit encouragée en conséquence une simplification des modalités de facturation.**
- **que la situation des PASS en Ile-de-France fasse l' objet d' une information régulière de la Conférence Régionale de Santé d' Ile-de-France, notamment au regard de leur fonctionnement, leur nombre et leur répartition sur la région.**

GLOSSAIRE

AME : Aide Médicale Etat

ARH : Agence Régionale d'hospitalisation

ASV : Atelier Santé Ville

CISS : Collectif inter-associatif pour la santé

CLAN : Comité de liaison en alimentation et nutrition

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CMU : Couverture Maladie universelle

CMUC : Couverture Maladie universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

COMEDE : Comité Médical pour les exilés

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en Charge

CUCS : Contrats urbains de cohésion sociale

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

FHF : Fédération de l'hospitalisation de France

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

GRES MEDIATION : Groupe de recherche en santé publique

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

URIOPSS : Union régionale interfédérale des œuvres et des organismes privés
Sanitaires et sociaux d'Ile-de-France

ANNEXES

Annexe 1 : Membres de la Formation Spécialisée « Usagers »

Annexe 2 : Document présenté le 28 novembre 2007 sur les suites du Rapport sur le respect des droits des malades et des usagers 2006

Annexe 3 : Compte-rendu de réunion du 19 novembre 2007 au Conseil Régional d' Ile-de-France

Annexe 4 : Questionnaire support des auditions des responsables de structures gérant des PASS et d'associations des 26 et 27 novembre 2008

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des PASS en Ile-de-France

Annexe 6 : Etude du COMEDE sur la circulaire du 7 janvier 2008 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

ANNEXE 1 :Membres de la Formation Spécialisée « Usagers »

Animateur	Thomas SANNIE
Collège 1 Elus et Assurance Maladie	William GARDEY
Collège 3 Professionnels de Santé	Jacqueline MAILLARD Geneviève MARCHALOT
Collège 4 Institutions de Santé	Florence de GRAMMONT
Collège 5 Personnalités qualifiées	Jocelyne EXTRA Marc SCHOENE

Annexe 2 :

Conférence Régionale de Santé
Conférence Régionale de Santé
d'Ile-de-France

Formation Spécialisée Usagers

Les suites du rapport sur le respect des droits des malades et des usagers 2006

**Mercredi 28 novembre 2007
Jacqueline Maillard (collège 3) - Marc Schoene (collège 5)
Conférence régionale de Santé Ile de France**

Le choix de la Formation spécialisée :

Travailler sur le suivi des thèmes 2006

- Rencontre avec le Directeur de la Drassif **juillet 2007**
- Rencontre avec l'ARHIF et la Drassif sur la mise en place des Groupes de Travail **septembre 2007**
- Rencontre avec les chefs de projets **novembre 2007**
- Rencontre avec l'URML **novembre 2007**

Bâtir le rapport 2007 sur ce suivi et sur les rapports des Cruqpc

Lecture et analyse de plus de 50 rapports de Cruqpc
septembre 2007

Faire la publicité du rapport 2006

- Les Mardi de l'Institut Renaudot **septembre 2007**
- Rencontre avec la Mission Ritter chargée de proposer la mise en place des Agences Régionales de Santé **novembre 2007**
- Rencontre avec la Chef de Cabinet de Francine Bavay VP du Conseil Régional d'Ile de France en charge notamment de la Santé **novembre 2007**

Une action en 3 phases : faire connaître le rapport 2006, assurer le suivi du rapport et bâtir le rapport 2007

1. *Créer au sein de la Conférence Régionale de Santé sur la question de l'accès au dossier médical un groupe de travail entre les usagers, l'URML et les représentants du secteur médico-social.*
2. *Créer une formation initiale et continue des professionnels de santé et spécialement les médecins, à la procédure d'accès au dossier médical, à l'accès à l'information médicale, et plus généralement intégrer l'ensemble à l'évaluation des pratiques professionnelles*
3. *Créer une procédure d'accès au dossier médical qui devra se normaliser, être connue du public et accessible dans l'ensemble des établissements publics et privés et au sein de la médecine de ville pour faciliter l'accès concret au Dossier médical.*
4. *Améliorer les conditions d'information des usagers notamment par une simplification des outils d'information sur ce sujet, en collaboration avec les associations, traduite et délivrée en plusieurs langues.*
5. *Mettre en place la numérisation de l'historique patient qui faciliterait l'accès de ce dernier à son dossier médical.*
6. *Mettre en place, à l'échelon régional, des indicateurs et une évaluation permettant de suivre l'importance des demandes d'accès et créer un référentiel et un logiciel de saisie des demandes, dans le respect des règles de confidentialité applicables.*

- **Chef de projet : Thomas Sannié - Collège 2 assisté de Judith Husson de l'ARH**
- **Axe de travail choisi 1, 3 et 4**
- Axe de travail possible 6
- **Axe de travail national 2 et 5**
- Participants :
 - Geneviève Marchalot
 - Marc Schoene
 - Dominique Moulin
 -

Thème 1 : l'accès au dossier médical

7. *Valoriser dans la tarification hospitalière, le soin palliatif à sa juste portée notamment en dehors des unités spécialisées.*
8. *Mettre en œuvre une campagne d'information et de sensibilisation nationale sur la question de la fin de vie et mettre en œuvre une formation des professionnels de santé et des associations d'usagers suffisamment sur la fin de vie et ses modalités pratiques*
9. *Acquérir les bons gestes et les comportements pour être « aux côtés » : création d'un brevet aidant « fin de vie ».*
10. *Continuer le débat de société sur la reconnaissance d'une fin de vie et l'associer à la question de la « bientraitance » (lutte contre la maltraitance).*
11. *Créer au sein de la conférence un Groupe de Travail qui étudiera les modalités d'un recueil et d'une conservation des directives anticipées.*

- **Chef de projet : Geneviève Marchalot Collège 3 assisté de ...**
- **Axe de travail choisi 10 et 11**
- Axe de travail possible mais discutable 9
- **Axe de travail national 7 et 8**
- Participants :
 - Suzanne Begorre
 - Hélène Boulanger
 - ...

Thème 2 : la fin de vie

12. *Inscrire au budget de toutes les institutions et commissions en relation avec les usagers de la santé une ligne : représentation des usagers, incluant formation, indemnisation, valorisation du temps de représentation et remboursement frais transport.*
13. *Valoriser l'action des usagers dans la santé et ses impacts dans la structure et la cité.*
14. *Créer une maison/lieu des usagers en liaison avec la Cruqpc.*
15. *Organiser la publicité de l'existence de représentants des usagers et de leurs associations tant auprès des usagers que des professionnels de santé dans tous les lieux de soins.*
16. *Organiser la publicité systématique des tarifs de soins et leur mode de remboursement.*
17. *Mettre en place des indicateurs des réclamations qui soient transversaux à l'ensemble des institutions (assurance maladie, sanitaire et médico-social).*
18. *Veiller à l'équilibre des représentations des usagers au sein des instances et à l'expression des aidants.*

- **Chef de projet : William GARDEY** collège 1 assisté de Dominique Moulin (Drassif)
- **Axe de travail choisi 14, 15, 16 et 18**
- **Axe de travail possible 17**
- **Axe de travail national 12 et 13**
- **Participants :**
 - Jocelyne Extra
 - Eric Guerquin
 - Vincent Vivet
 - MC Leroux
 - Thomas Sannié...

Thème 3 : l'expression et la représentation des usagers

19. *Poursuivre la réflexion sur la question des inégalités au sein de la Formation Spécialisée Usagers et promouvoir au sein du futur 6^{ème} axe la réduction des inégalités de santé en Ile de France par la promotion de l'usager, acteur de sa santé.*
20. *Analyser les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pour mieux en comprendre les enjeux au niveau régional.*
21. *Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques professionnelles à partir des lieux existants (ateliers santé/ville et centres de santé).*
22. *Faire connaître et valoriser les savoir-faire de l'approche communautaire dans le domaine de la santé.*
23. *Former et informer **les Professionnels de santé et les Représentants des usagers** sur les enjeux des inégalités en santé, impliquer **les institutions** et Interpeller **les représentants politiques** sur les inégalités de santé : problématiques notamment tant sociale que territoriale, que liée à l'âge, qu'à l'état de santé lui-même, à la nature de la pathologie.*
24. *Associer les caisses de retraites, les fondations et mutuelles dans l'approche des inégalités de santé, concernant notamment les personnes âgées ; sensibiliser l'usager vieillissant à ses droits.*

- **Chefs de projet : Marc Schoene** collège 5 et **Jacqueline Maillard** collège 3 assistés de **Chritophe Bernard** de la Drassif
- **Axe de travail choisi 20, 21 et 22**
- **Axe de travail possible 19**
- **Axe de travail national 23 et 24**
- **Participants :**
 - Dominique Fabre
 - Richard Lopes
 - Florence de Grammont
 - Jocelyne Extra
 - Sylvie Gonnet
 - ...

Thème 4 : les inégalités de santé

Annexe 3 :



Formation spécialisée : Respect des droits des malades et des usagers

Compte rendu succinct de la réunion du 19 Novembre 2007 au Conseil régional d'Île de France

En présence de

Pour le conseil régional d'Île de France

Mme Anne- Laure Desjardins : Chargée de mission auprès de Francine Bavay, vice présidente en charge du Développement Social, de Economie Sociale et Solidaire, Santé handicap

Mme Pascale Bourrat-Housni : Directrice du Développement Social, de la Santé et de la démocratie Sociale

Mme Nathalie Goyaux : Chargée de mission, direction du Développement Social, de la Santé et de la Démocratie Sociale

Pour les élus en santé

Dr Laurent Elghozi , médecin adjoint à la santé de Nanterre, et représentant de l'association « Elus, santé, publique & territoires » et membre du GRSP

Pour la FS RDMUS

Mme Florence de Grammont : Chargée du programme de santé communautaire de l'association Emmaüs

Mme Jocelyne Extra : Sociologue, (collège 5 personne qualifiée)

Mr William Gardey : Président de l'Urcam, siège au GRSP au nom de l'Assurance maladie (Collège 1)

Mr Thomas Sannié : Vice-président du CISS IDF (Collège 2 – associations des malades et d'usagers)

Objectif de cette rencontre

- Faire connaître le travail de la formation aux élus
- Se rapprocher des élus dans le cadre des travaux de la FS e des groupes de travail thématiques

A partir de thèmes où la participation des élus est attendue

- L'expression des usagers et leur représentation (maison des usagers, petites associations)
- Les inégalités de santé (*Pass, santé communautaire, ASV, projet locaux de santé, approches de publics spécifiques : personnes âgées, précaires, santé mentales et jeunes/enfance*), ce thème a été peu développé compte tenu de la durée de la réunion.

Les points principaux abordés

1- Comment mobiliser les élus à notre démarche ? un enjeu convergent avec les intérêts du conseil régional

Après avoir présenté nos travaux et nos besoins notamment notre difficulté à mobiliser les élus dans le cadre même de notre formation et au delà dans le cadre de la CRS, il ressort un intérêt manifeste de la part des représentants territoriaux pour la thématique usagers de santé et pour un rapprochement avec la FS RDMUS . Ce d'autant qu'ils rencontrent la même difficulté quant à la mobilisation des élus sur la question de la santé publique. Pour la majorité des élus, la santé reste une affaire d'expert. Par contre se vivant comme les représentants d'usagers, la question des usagers de santé pourrait les mobiliser.

- Le Conseil régional propose que les travaux de la formation spécialisée de la CRS soit présentés au groupe d'élus siégeant à la Commission Santé du Conseil Régional créée en 2007, complété par le groupe de représentant locaux du Conseil National des Villes et de l'association Santé et Territoires, sous l'égide du Dr El Ghazi afin d'élargir l'échange et de sensibiliser ces groupes de travail aux pistes de travail soulevées par le rapport.
- Cette rencontre pourrait avoir lieu au cours du premier trimestre 2008

2- Comment améliorer l'expression et l'information des franciliens, usagers de santé à leurs droits et à l'accès aux soins ? notamment via des structures de type « maisons des usagers » ? comment dépasser un niveau de propagande, pour s'inscrire dans un objectif plus culturel et préventif ?

Cette question est corrélée aux constats issus du rapport sur des inégalités de santé en Ile de France, où il est manifeste que l'accès à l'information, à l'orientation, et aux soins n'est pas la même pour tous et amplifie cet état de fait aussi bien pour les publics que pour les professionnels.

Le développement de sites via internet, de permanence téléphoniques, d'annuaires et de guides en provenance de structures privées, institutionnelles ou associatives ne sert qu'une partie de la population.

La notion de maison implique une dimension rassurante selon Florence de Grammont, incitative pour des personnes plus fragiles ou en souffrance. Les Maisons des Usagers constituent donc une médiation matérialisée, concrète, qui facilite non seulement l'information, mais un partage culturel entre professionnels, usagers de santé, malades, familles de malades, associations, et travailleurs sociaux, ce qui constitue un vecteur de changement.

Pour la FS RDMUS, il s'agit inciter les politiques à produire / soutenir :

- Une meilleure visibilité de l'offre,
- Et faire connaître l'existence des associations d'usagers de santé et de malades

Du point de vue de la région, il existe peu de Maisons des Usagers en Ile de France, par contre il existe des Maisons d'associations, des coordinations de types Ateliers Santé ville, qui pourraient développer ce type de services. La plupart des villes ont développé les accès aux droits sociaux (Points d'accès, Maison de la justice et des droits...).

- Pour le Conseil Régional, l'incitation et le soutien à ce type de démarche, facilitant d'une part l'articulation ville-hôpital et d'autre part la connaissance des associations oeuvrant en santé en leur donnant une visibilité et un lieu de parole et d'action fédérateur, pourrait se faire par le biais du fond régional de la vie associative, en s'appuyant notamment sur l'Uriopss et le CISS
- Il s'agit d'une première piste qui pourra être approfondie dans le cadre des échanges avec la commission santé du Conseil Régional.

3- Comment réduire les inégalités de santé et veiller à ce que les droits et les accès pour les usagers soient garantis et respectés ?

Deux pistes ont été évoquées :

- La place des élus dans les futures Agences Régionales de Santé qui pourrait conduire à une meilleure implication
- La mise en place d'un groupe de travail sur la territorialisation au sein du GRSP (groupement régional de santé), dont un des objectifs est « comment remettre de la cohérence pour réduire les inégalités de santé » est annoncée par W Gardey

Pour le Dr El Ghozi, le modèle des ASV constitue une réponse adaptée, qui donnerait du sens et pourrait s'intégrer dans ce cadre ci, car ce modèle s'appuie sur une méthodologie

- Pour clore la séance, il a été évoqué la nécessité d'échanger les informations et matériaux d'études relatifs à ces questions afin de mutualiser les connaissances, tenir compte de l'existant, entre le Conseil Régional, la commission Santé et la Formation sur le respect des droits des malades et usagers de santé de la CRS.

Annexe 4 :

Questionnaire-PASS I

Les permanences d'accès aux soins de santé (Questionnaire /Etablissements de santé)

Q1 : structuration des relations en interne à l'établissement

	personnel de direction	Assistant social	cadre infirmier	médecin	autres
1-1 Quels sont les référents PASS dans votre établissement? (cocher les cases)					
1-2 Quels moyens humains sont dédiés à la PASS (en ETP)					
1-3 Existe -t-il un contrat avec une association d'interprètes (oui/non)					

	bureau des entrées	Service financier	Service social	Service des urgences	Pharmacie	Autres services de soins	Services techniques (radiologie, biologie)
Quelles relations avec les professionnels internes à l'établissement? (cocher les cases)							
Existe-t-il des protocoles formalisés? (oui/non)							

Q2 : relations avec les acteurs externes à l'établissement

2-1 Existe-t-il un comité de pilotage incluant les acteurs externes? (oui/non)	
Si oui, précisez la fréquence des réunions	
2-2 existe-t-il des conventions avec des partenaires sanitaires et/ou sociaux? (oui/non)	
2-3 Existe-t-il des protocoles formalisés ou des fiches de liaison (oui/non)?	
2-4 Existe-t-il des relations avec les autres PASS de votre environnement? (oui/non)	

Q3 : communication développée par la PASS

3-1 Existe-t-il une signalétique visible et accessible pour les patients? (oui/non)	
3-2 Existe-t-il une signalétique visible et accessible pour l'ensemble du personnel? (oui/non)	
3-3 Avez-vous informé les partenaires libéraux (médecins, dentistes, pharmaciens...) de l'existence et de la localisation de la PASS? (oui/non)	
3-3 Avez-vous informé les partenaires associatifs (115, maraudes...) de l'existence et de la localisation de la PASS? (oui/non)	
3-4 Avez-vous informé les établissements d'hébergement (CHRS, résidences sociales...) de l'existence et de la localisation de la PASS? (oui/non)	

Q4 : Profils des bénéficiaires de la PASS

4-1 personnes sans couverture sociale (ou sans mutuelle complémentaire) (oui/non)	
4-2 Personnes ayant couverture sociale, ne pouvant faire l'avance de frais (oui/non)	
4-3 étrangers en situation irrégulière (oui/non)	
4-4 personnes très isolées (oui/non)	
4-5 personnes sans domicile fixe (oui/non)	

Q5 : difficultés rencontrées pour mettre en œuvre les missions de la PASS

5-1 Accès aux consultations spécialisées (dentaires, psy, gynéco, ...)	
5-2 Accès aux examens de laboratoire	
5-3 Accès aux examens radiologiques	
5-4 Accès aux médicaments	
5-5 Autres (préciser)	

Q6 : Evaluation du processus

La PASS fait elle l'objet d'un rapport annuel (oui/non)	
Ce rapport est-il élaboré en concertation avec des partenaires externes? (oui/non)	
Ce rapport est-il présenté aux instances de l'établissement : CA CME CTE? (oui/non)	
Ce rapport est-il présenté aux instances externes : ARH et partenaires financiers? (oui/non)	

Q7 : Evaluation des résultats

Nombre de passages à la PASS en 2007	
Nombre de personnes ayant demandé une couverture sociale en 2007	

Q8 : Quels sont les points forts de la PASS de votre établissement?

--

Q9 : Quels types de difficultés rencontrez-vous dans le fonctionnement de la PASS?

--

Les permanences d'accès aux soins de santé
(Questionnaire / Associations)

Q1 : Structuration des relations et communication de la PASS

Avez-vous identifié les référents PASS des établissements avec lesquels vous êtes en relation? (oui/non)	
Avez-vous des relations formalisées avec les hôpitaux assurant des PASS (documents de liaison...)? (Oui/non)	
Participez-vous à des réunions ou des rencontres avec les professionnels hospitaliers? (oui/non)	

Q2 : Motifs d'orientation vers la PASS

Accès aux consultations spécialisées (Précisez)	
Accès aux examens radiologiques (Précisez)	
Accès aux médicaments (Précisez)	
Accès aux examens radiologiques (Précisez)	
Hospitalisation (Précisez)	
Autres (Précisez)	

Q3 : Profils des personnes que vous orientez vers la PASS

3-1 personnes sans couverture sociale (ou sans mutuelle complémentaire) (oui/non)	
3-2 Personnes ayant couverture sociale, ne pouvant faire l'absence de frais (oui/non)	
3-3 étrangers en situation irrégulière (oui/non)	
3-4 personnes très isolées (oui/non)	
3-5 personnes sans domicile fixe (oui/non)	
3-1 personnes sans couverture sociale (ou sans mutuelle complémentaire) (oui/non)	

Q4 : Quels sont les points forts des PASS avec lesquelles vous travaillez?

--

Q5 : Quels types de difficultés rencontrez-vous avec les PASS?

--

Annexe 5 :

ETABLISSEMENT	CP	COMMUNE	STATUT
GH HOTEL DIEU - COLLEGIALE	75104	PARIS	AP-HP
HOPITAL LARIBOISIERE (AP-HP)	75110	PARIS	AP-HP
HOPITAL SAINT-LOUIS (AP-HP)	75110	PARIS	AP-HP
HOPITAL ROTHSCHILD (AP-HP)	75112	PARIS	AP-HP
HOPITAL SAINT- ANTOINE (AP-HP)	75112	PARIS	AP-HP
HOPITAL LA PITIE SALPETRIERE (AP-HP)	75113	PARIS	AP-HP
HOPITAL COCHIN PORT ROYAL (GH COCHIN ST VINCENT)	75114	PARIS	AP-HP
HOPITAL BICHAT CLAUDE BERNARD (AP-HP)	75118	PARIS	AP-HP
HOPITAL TENON (AP-HP)	75120	PARIS	AP-HP
HOPITAL DES DIACONESSES	75112	PARIS	PSPH
GH BROUSSAIS - HEGP (HOP. EUROPEEN G POMPIDOU)	75115	PARIS	AP-HP
HOPITAL ROBERT DEBRE (AP-HP)	75119	PARIS	AP-HP
CH DE MONTEREAU	77305	MONTEREAU FAULT YONNE	Public hors AP-HP
CH DE NEMOURS	77333	NEMOURS	Public hors AP-HP
CH DE LAGNY / MARNE-LA-VALLEE	77243	LAGNY SUR MARNE	Public hors AP-HP
CH DE MEAUX	77284	MEAUX	Public hors AP-HP
CENTRE MEDICAL DIETETIQUE LES FORCILLES	77180	FEROLLES ATTILLY	PSPH
CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY	78361	MANTES	Public hors AP-HP
HOPITAL HENRI IV - CH DE MEULAN (CHI MEULAN LES MUREAUX)	78401	MEULAN	Public hors AP-HP
CTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET	78517	RAMBOUILLET	Public hors AP-HP
HOPITAL SAINT-GERMAIN EN LAYE (CHI POISSY ST GERMAIN)	78551	SAINT GERMAIN EN LAYE	Public hors AP-HP
CENTRE GILBERT RABY	78401	MEULAN	PSPH
CH ANDRE MIGNOT	78158	LE CHESNAY	Public hors AP-HP
CH DE LONGJUMEAU	91345	LONGJUMEAU	Public hors AP-HP
CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY	91471	ORSAY	Public hors AP-HP
HOPITAL GILLES DE CORBEIL ESSONNES (Ch Sud francilien)	91174	CORBEIL ESSONNES	Public hors AP-HP
CH DE JUVISY	91326	JUVISY SUR ORGE	Public hors AP-HP
HOPITAL MAX FOURESTIER - CASH DE NANTERRE	92050	NANTERRE	Public hors AP-HP
MAISON THERAPEUTIQUE ANTONY	92002	ANTONY	Public hors AP-HP
HOPITAL AMBROISE PARE (AP-HP)	92012	BOULOGNE BILLANCOURT	AP-HP
HOPITAL ANTOINE BECLERE (AP-HP)	92023	CLAMART	AP-HP
HOPITAL BEAUJON (AP-HP)	92024	CLICHY	AP-HP
HOPITAL LOUIS MOURIER (AP-HP)	92025	COLOMBES	AP-HP
CENTRE NATIONAL DE TRAITEMENT PSY	92063	RUEIL MALMAISON	PSPH
HOPITAL GOUIN	92024	CLICHY	PSPH
HOPITAL NORD 92	92078	VILLENEUVE LA GARENNE	PSPH

ETABLISSEMENT	CP	COMMUNE	STATUT
CHI ANDRE GREGOIRE MONTREUIL	93048	MONTREUIL	Public hors AP-HP
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS	93066	SAINT DENIS	Public hors AP-HP
CHI ROBERT BALLANGER	93005	AULNAY SOUS BOIS	Public hors AP-HP
ET. PUBLIC DE SANTE VILLE-EVRARD	93050	NEUILLY SUR MARNE	Public hors AP-HP
HOPITAL FRANCO-MUSULMAN AVICENNE (AP-HP)	93008	BOBIGNY	AP-HP
HOPITAL JEAN VERDIER (AP-HP)	93010	BONDY	AP-HP
CHI DE CRETEIL	94028	CRETEIL	Public hors AP-HP
CHI DE VILLENEUVE SAINT GEORGES	94078	VILLENEUVE SAINT GEORGES	Public hors AP-HP
HOPITAL SAINT-CAMILLE	94015	BRY SUR MARNE	PSPH
CHU BICETRE (AP-HP)	94043	LE KREMLIN BICETRE	AP-HP
HOPITAL PAUL BROUSSE (AP-HP)	94076	VILLEJUIF	AP-HP
CH VICTOR DUPOUY	95018	ARGENTEUIL	Public hors AP-HP
CHI DES PORTES DE L'OISE	95052	BEAUMONT SUR OISE	Public hors AP-HP
CH DE GONESSE	95277	GONESSE	Public hors AP-HP
CH EAUBONNE - MONTMORENCY SITE DE MONTMORENCY (HOPITAL SIMONE WEIL)	95428	MONTMORENCY	Public hors AP-HP
CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS	95500	PONTOISE	Public hors AP-HP
HOPITAL DE LA ROCHE GUYON (AP-HP)	95523	LA ROCHE GUYON	AP-HP

Annexe 6 :

Etude du COMEDE- membre du groupe de travail sur les inégalités de santé-CRS-FDMU (17/02/2009)

Fonds pour les soins urgents et vitaux

La procédure de facturation exigée par les pouvoirs publics pénalise les hôpitaux et leurs patients

Le cadre légal et réglementaire

Le fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) a été créé par la loi de finance rectificative pour 2003⁴ qui a créé l'actuel article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Ce fond a été établi concomitamment à l'exigence d'un délai d'ancienneté de présence en France de 3 mois pour accéder à l'Aide médicale État (AME). Il a pour objectif d'instaurer un financement de l'obligation déontologique des établissements de santé de délivrer des soins aux personnes démunies et dépourvues de droit à l'AME. Il vise donc à partiellement compenser l'exclusion de l'AME des étrangers nouvellement arrivés en France.

Type de soins couverts :

Définitions des soins urgents et vitaux voir :

Dispositions légales : voir L254-1 CASF(Code de l' action sociale et des familles)

Dispositions réglementaires : voir circulaire du 16 mars 2005⁵

Population couverte :

Le fonds ne couvre pas l'ensemble des étrangers nouvellement arrivés en France et exclus ceux qui résident en « séjour régulier » (au sens de l'assurance maladie). En pratique sont donc exclus les titulaires de visa en cours de validité au moment des soins.

Dispositions légales : voir L254-1 CASF

Dispositions réglementaires : voir circulaire du 16 mars 2005⁶ et du 7 janvier 2008⁷

Services gestionnaires

Par délégation de l'Etat les Cnam (métropole dont IDF) et Cgss (outre-mer).

Analyse du problème dans le circuit de facturation

En imposant la justification d'un refus explicite d'AME pour présenter une demande de remboursement au titre du FSUV, les ministères de la Santé et du Travail ont considérablement embolisé le système.

En effet, la circulaire ministérielle du 7 janvier 2008 indique :

III. - FACTURATION PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des soins urgents, les établissements doivent présenter une demande d'AME à la CPAM et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux qui relèvent de cette catégorie et pour lesquels la demande d'AME a été rejetée. Cette mesure permet à la CPAM de vérifier que le patient ne bénéficie pas de droits ouverts au titre d'un autre dispositif.

La procédure est inappropriée du point de vue de la gestion du dispositif comme du point de vu de la situation des populations concernées.

Du point de vue de la gestion du dispositif, le fonds concerne les personnes exclues du dispositif AME. Les deux systèmes sont parfaitement disjoints puisque le FSUV ne peut couvrir que des personnes non-éligibles à l'AME.

⁴ Article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 n°2003-1312 du 30 décembre 2003 – NOR : ECOX 0300167L (J.O n°302 du 31 décembre 2003 page 22594)

⁵ Circulaire du 16 mars 2005 n°DGAS/DSS/DHOS 141 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat NOR : SANH0530112C)

⁶ Circulaire du 16 mars 2005 n°DGAS/DSS/DHOS 141 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat NOR : SANH0530112C)

⁷ Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

En exigeant un refus écrit d'AME comme condition de recevabilité d'une demande de FSUV, la circulaire multiplie par deux le travail de la chaîne administrative sans obtenir le résultat recherché. Elle impose un travail d'instruction d'une prestation pour une population cible expressément exclue du dispositif. Elle invite à systématiser des demandes infondées.

En outre, la CPAM est précisément en charge pour le compte de l'Etat, tant du dispositif AME que du dispositif FSUV. Il lui est donc demandé d'instruire une fois la demande irrecevable d'AME, de notifier la décision, sans se préoccuper d'instruire une éventuelle prise en charge au titre du FSUV. Il appartient à l'hôpital de saisir une 2^{ème} fois la Caisse, laquelle doit d'instruire le dossier au titre du FSUV. La procédure semble donc dilatoire, chronophage et encourage le cloisonnement déjà délétère des différents services au sein des Caisses.

Cette procédure est par ailleurs inappropriée pour les populations concernées. Les personnes sont en effet nouvellement arrivées en France, possiblement non francophones, en situation d'exclusion sociale, croulant sous les difficultés financières, sans hébergement stable voire sans abris, sans lieu ou stocker affaires personnelles et papiers, et englués dans les démarches administratives liées à l'arrivée en France. Les dysfonctionnements de boîtes aux lettres/domiciliation pour ces personnes sont notoires et sources de perte de courrier aux conséquences graves et connues.

Dés lors, il est constant que la notification du refus d'AME (qui est adressée à la personne) ne parviendra pas aux services financiers des hôpitaux. En effet, la personne concernée ne pourra pas faire le lien entre une décision de refus de l'AME et le bénéfice supposé d'une autre couverture (FSUV). L'expérience démontre que les personnes ne signalent pas à l'hôpital le refus AME. Les hôpitaux sont alors dans l'impossibilité de saisir le FSUV d'une demande, et facture donc les soins au patient concerné.

Préconisation

Il est préconisé une simplification du mode de facturation des soins au titre du FSUV de la façon suivante :

- **Fin de l'exigence de refus explicite d'AME comme condition de recevabilité d'une demande de FSUV (abrogation de la partie contestée de la circulaire du 7 janvier 2008) ;**
- **Facturation directe des hôpitaux vers les Caisses au titre du FSUV mais en donnant à la Caisse les éléments pour vérification :**
 - 1) **que les soins sont délivrés à une personne qui n'est pas déjà bénéficiaire d'une protection maladie intégrale (AME ou Assurance maladie + couverture complémentaire)**
 - 2) **que la personne n'est pas éligible à l'AME (date d'entrée en France trop récente ou autre motif)**