



csa
de La Réunion

**RAPPORT ANNUEL 2013 DE LA COMMISSION
SPECIALISEE DES DROITS DES USAGERS SUR
L'EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES
USAGERS**

SOMMAIRE

INTRODUCTION-----	3
Orientation I : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS-----	4
Objectif 1 : Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers-----	4
1-1) Secteur ambulatoire -----	4
1-2) Secteur Sanitaire-----	4
1-3) Secteur Médico-social-----	4
Objectif 2 : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers-----	5
2-1) Secteur ambulatoire -----	5
2-2) Secteur Sanitaire-----	6
2-3) Secteur Médico-social-----	8
Objectif 3 : Droit au respect de la dignité de la personne – promouvoir la bienveillance-----	9
3-1) Secteur ambulatoire -----	9
3-2) Secteur Sanitaire-----	9
3-3) Secteur Médico-social-----	9
Objectif 4 : Droit au respect de la dignité de la personne – prendre en charge la douleur-----	10
4-1) Secteur ambulatoire -----	10
4-2) Secteur Sanitaire-----	10
4-3) Secteur Médico-social-----	10
Objectif 5 : Droit au respect de la dignité de la personne – encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie-----	11
5-1) Secteur ambulatoire -----	11
5-2) Secteur Sanitaire-----	11
5-3) Secteur Médico-social-----	11
Objectif 6 : Droit à l'information – permettre l'accès au dossier médical-----	11
6-1) Secteur ambulatoire -----	11
6-2) Secteur Sanitaire-----	11
6-3) Secteur Médico-social-----	11
Objectif 7 : Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté-----	12
Objectif 8 : Droits des personnes détenues – assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical-----	13
Objectif 9 : Santé mentale – veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques-----	13
Orientation II : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS-----	15
Objectif 10 : Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux-----	15
Objectif 11 : Assurer financièrement l'accès aux soins-----	15
Objectif 12 : Assurer l'accès aux structures de prévention-----	16
Objectif 13 : Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires-----	16
Orientation III : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE-----	17
Objectif 14 : Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé -----	17
Orientation IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE-----	18
Objectif 15 : Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire-----	18
CONCLUSION -----	19

INTRODUCTION

Conformément à l'article D 1432-42 du Code de la Santé Publique, la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers du système de santé est chargée chaque année, de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

Ce rapport, établi sur la base du cahier des charges paru au Journal Officiel du 10 mai 2012 (arrêté du 05 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé), sera transmis avec les recommandations qu'il formule, à la Directrice Générale de l'ARS OI et à la Conférence Nationale de Santé.

A cet effet, un groupe de travail constitué des membres de la Commission Spécialisée des Droits des Usagers a été mis en place ; il a repris les éléments d'enquête dont disposait l'ARS.

La trame 2012 du rapport est conservée en 2013 ; le rapport 2013 comporte donc 4 parties :

- 1) Promouvoir et faire respecter les droits des usagers
- 2) Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous
- 3) Conforter la représentation des usagers du système de santé
- 4) Renforcer la démocratie sanitaire

Cette trame méritera d'être revue en 2014 pour mettre en exergue davantage les points d'attention de la CSDU, et les différencier du suivi régulier des autres indicateurs. Le respect des droits des usagers est approché au travers des secteurs sanitaires médico-sociaux, et ambulatoires.

Trois actions méritent d'être signalées en préambule :

- l'organisation d'une journée des usagers du système de santé Réunion-Mayotte
- la tenue d'un débat sur la Stratégie Nationale de Santé, en présence de la Mme Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé
- la signature des annexes « droits des usagers » des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé, qui donneront lieu à restitution dans le rapport 2014.

ORIENTATION I : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

1-1) Secteur Ambulatoire

Un questionnaire a été adressé aux Unions régionales des professionnels de santé libéraux le 1^{er} avril 2014 :

Catégorie de professionnels de santé relevant de votre URPS :

1 - Au titre des dispositifs de formation continue, des formations ont-elles été organisées en 2013, à La Réunion, à destination des professionnels de santé, relatives aux droits des usagers ?

Si oui, combien de sessions au total:

Si oui, combien de professionnels concernés au total:

Si oui, précisez les thématiques (droits des usagers, prise en charge de la douleur, accompagnement fin de vie....) avec au regard le nombre de sessions et de participants:

2 - Avez-vous connaissance de formations organisées ou programmées sur ces thématiques en 2014 ?

Si oui combien de sessions ? :

Si oui, précisez les thématiques (droits des usagers, lutte contre la douleur, accompagnement fin de vie...) :

3 - Votre URPS a-t-elle conduit des travaux ou réflexions en 2013 relatifs aux droits des usagers ?

Si oui, merci de détailler en quelques lignes

4 - votre URPS a-t-elle programmé la conduite de travaux et réflexions en 2014 relatifs aux droits des usagers ?

Si oui, merci de détailler en quelques lignes

5 - Votre URPS a-t-elle organisé une procédure de réception des plaintes et réclamations des usagers du système de santé ?

Si oui, merci de joindre la procédure.

6 - Votre URPS a-t-elle reçu en 2013 des plaintes ou réclamations des usagers ?

Si oui, combien ?

Sur les plaintes ou réclamations reçues en 2013, combien ont fait l'objet d'une réponse à l'utilisateur concerné au 31/01/2014

Au 5 mai 2014, six URPS (sur neuf) ont répondu : sages femmes, podologues, IDE, orthoptistes, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens.

Seule l'URPS des orthoptistes recense une formation en 2013 sur les troubles des apprentissages et ayant touché 19 professionnels.

Il ressort globalement que la thématique des droits des usagers du système de santé n'est pas encore une préoccupation des unions régionales des professionnels de santé libéraux, tant en matière de formations, que de réflexions et travaux.

1-2) Secteur Sanitaire

Sur la base des informations communiquées par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), la CSDU constate que des sessions de formation en lien direct, ont été organisées au cours de l'année 2013 selon les thèmes suivants :

- Informer le patient sur les dommages liés aux soins (9 personnels soignants concernés)
- Prendre en charge les usagers (14 personnes soignants concernés)

Les données relatives à la formation des professionnels de santé des établissements privés d'hospitalisation devront être recherchées pour le prochain rapport annuel.

Treize établissements de santé (sur 27) ont répondu aux questionnaires de l'ARS, et rendent compte de la formation sur les droits des usagers pour 93 personnels médicaux et 224 personnels non-médicaux, sur des thématiques diverses : droits et informations des usagers, accompagnement en fin de vie, éthique, bienveillance, gestion des plaintes et qualité des soins, soins palliatifs, soins psychiatriques sans consentement, prise en charge de la douleur, information du patient et annonce du dommage, secret professionnel et confidentialité...

1-3) Secteur Médico-Social

L'activité de formation de l'UNIFAF sur les droits des usagers à destination des personnels du secteur médico-social associatif n'a pas été renseignée cette année.

AVIS CSDU (OBJECTIF 1) :

La CSDU souhaite que la formation des professionnels de santé aux droits des usagers, quel que soit le cadre d'exercice de ces derniers (libéral, hospitalier public et privé, médioc-social), tant en formation initiale que formation continue, soit une préoccupation davantage prise en compte par les acteurs de la santé.

A ce titre, elle souhaite que :

- les URPS engagent une réflexion en 2014 sur ces sujets
- les données relatives aux formations délivrées sur cette thématique pour les professionnels de l'hospitalisation publique, mais également privée, soient mises à disposition et collectées en 2014
- les données relatives aux formations initiales soient mises à disposition et collectées.

La CSDU souhaite également que des informations soient collectées auprès de l'IRTS, l'IFSI et de l'EMAP

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

2-1) Secteur Ambulatoire

Il s'agit de repérer l'existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation.

Pour ce faire, les ordres nationaux des professionnels de santé ont été interrogés le 20 décembre 2012 par la Direction Générale de l'Offre de Soins.

Les données sont en cours d'exploitation au niveau national sans retour encore à cette date auprès des ARS.

Au niveau régional, l'ARS a adressé un questionnaire aux conseils de l'ordre le 4 avril 2014 :

Nom du Conseil de l'Ordre :

1 - Votre conseil a-t-il organisé une procédure de réception et traitement des plaintes et réclamations des usagers du système de santé ?

Si oui, merci de joindre la procédure.

2 - Votre conseil a-t-il reçu en 2013 des plaintes ou réclamations des usagers ?

Si oui, combien ?

Sur les plaintes ou réclamations reçues en 2013, combien ont fait l'objet d'une réponse à l'utilisateur concerné au 31/01/2014

3 - Au sein des plaintes reçues par votre conseil en 2013 de la part d'usagers du système de santé, combien concernaient l'accès au dossier médical (uniquement pour les conseils de l'ordre des médecins) ?

4 - Au sein des plaintes reçues par votre conseil en 2013 de la part d'usagers du système de santé, combien concernaient des refus de soins pour des patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME ?

Le conseil départemental de l'ordre des médecins a indiqué mettre en œuvre la procédure prévue au code de la santé publique, et avoir reçu 21 plaintes de patients en 2013, toutes ayant fait l'objet d'une réponse au 31/01/2014.

La délégation départementale du conseil de l'ordre des pharmaciens a indiqué disposer d'une procédure de traitement des plaintes des usagers, et n'avoir enregistré aucune plainte en 2013 de la part des patients.

Le Conseil de l'Ordre des Infirmiers de La Réunion-Mayotte a déclaré ne pas disposer encore d'une procédure, mais ce sujet sera présenté au Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. Aucune plainte de patients n'a été enregistrée.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes de la Réunion a organisé une procédure de réception et traitement des plaintes et réclamations selon la procédure édictée par le Code de la Santé Publique.

Une plainte d'un patient a été réceptionnée courant 2013, et a été suivie d'une réponse au 31/01/2014.

L'Ordre des chirurgiens-dentistes n'a pas apporté de réponse.

Les URPS n'ont pas pour mission de traiter des plaintes ou réclamations individuelles d'usagers du système de santé, néanmoins leur rôle de représentation régionale des professionnels libéraux peut les amener à être saisis par des patients. Le questionnaire adressé par l'ARS (cf. supra) aborde cette thématique ; les six URPS répondantes ont déclaré n'avoir mis en place aucune procédure de traitement et n'avoir enregistré aucune plainte ou réclamation en 2013.

2-2) Secteur sanitaire

Il convient d'analyser les rapports annuels réceptionnés par l'ARS OI afin de mesurer le fonctionnement effectif des CRUQPC. Du fait du décalage annuel, les données ci-dessous sont relatives au fonctionnement 2012 des CRUQPC ; les données 2013 seront traitées dans le rapport 2014 à paraître en 2015. L'informatisation des rapports des CRUQPC pourraient permettre à l'avenir une exploitation plus proche.

Fonctionnement des CRUQPC

La loi du 04 mars 2002 et le décret du 02 mars 2005 ont instauré la création d'une CRUQPC dans chaque établissement de santé (public ou privé).

La vocation de la CRUQPC est non seulement de prendre en considération les usagers sur le plan individuel (veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches), mais aussi de jouer un rôle de levier pour améliorer les conditions d'accueil et de prises en charge de l'ensemble des usagers et de leurs proches. Cette commission a obligation de rédiger un rapport annuel qui s'appuyant sur les pratiques existantes, propose des recommandations et évalue leur impact d'une année sur l'autre. Conformément au cahier des charges du 05 avril 2012, le fonctionnement effectif des CRUQPC se mesure sur la base des données suivantes :

- proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC;
- proportion des rapports de CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA;
- nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement);
- composition et qualité des membres de la CRUQPC ;
- existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPC (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres).

Mise en place des CRUQPC en 2012

Sur les 27 établissements de santé en fonctionnement, un établissement ne disposait pas d'une CRUQPC en 2012. Il y a lieu de souligner l'ouverture de cet établissement au cours du second semestre 2012.

Nous soulignons que nous avons considéré pour l'année 2012, que tous les établissements d'un même groupe disposent d'une CRUQPC même si cette dernière est quelque fois commune à l'ensemble des structures du groupe.

Les CRUQPC étaient pour la plupart installées. Toutefois, des ajustements sont nécessaires pour une application stricte des textes. Les CRUQPC créées au sein des groupes d'établissements ne doivent plus être communes.

En effet, l'article R. 1112-79 du CSP stipule que la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Retour des rapports annuels 2012 des CRUQPC

Parmi les 27 établissements de santé, l'ARS a réceptionné au total 18 rapports, soit un taux de transmission de rapport de 67%.

Les motifs de non transmission des rapports ne sont pas connus.

Nombre de réunions dans l'année

L'article R 1112-88 du CSP stipule que la CRUQPC doit se réunir au moins une fois par trimestre.

Sur la base des rapports 2012 des CRUQPC, il est constaté que 4 établissements respectent la réglementation (organisation de 4 réunions dans l'année).

La CRUQPC d'un établissement ne s'est pas réunie en 2012.

Le nombre médian de réunions organisées par les établissements est de 3 par an.

Composition des CRUQPC des établissements de santé à la Réunion

La CRUQPC doit être au moins composée :

- du représentant légal de l'établissement
- de deux médiateurs (un médiateur médical et un non médical) et de leurs suppléants, désignés par le directeur de l'établissement
- de deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par la Directrice Générale de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées pour la représentation des usagers.

En 2012, 4 commissions ont fonctionné avec une composition conforme aux textes.

Au regard des rapports des CRUQPC, il est observé que des suppléants de médiateur ne sont pas nommés pour 6 établissements de santé.

L'obligation de désigner 4 représentants des usagers (titulaires et suppléants) par commission n'est pas respectée en 2012 dans un bon nombre de structures compte tenu du faible nombre de membres mandatés par les associations agréées.

Formations des membres des CRUQPC

Pour 2012

Un établissement a organisé une session de formation sur la gestion des plaintes, en 2012 pour les membres de sa CRUQPC.

A noter qu'une structure mentionne la formation à la gestion des plaintes d'une de ses secrétaires.

Pour 2013 et 2014

Un questionnaire a été adressé aux établissements de santé le 4 avril 2014 :

Nom de l'établissement de santé :

1 - Des personnels de votre établissements ont-ils participé, en 2013, à des formations sur les droits des usagers ?

Si oui, combien de personnels médicaux :

Si oui combien de personnels non-médicaux :

Si oui, précisez les thématiques (droits des usagers, prise en charge de la douleur, accompagnement fin de vie....) avec au regard le nombre de sessions et de participants:

2 - Avez-vous inscrit à votre plan de formation 2014 des formations sur cette thématique?

Si oui, précisez les thématiques (droits des usagers, lutte contre la douleur, accompagnement fin de vie...) :

3 - Avez-vous organisé des formations en 2013 à destination des membres de la CRUQPC ?

Si oui, nombre de sessions et thématiques des sessions :

Si oui, nombre de participants :

Sur les 13 répondants, sept structures ont mis en place des formations pour les membres de leur CRUQPC

2-3) Secteur médico-social

Pour le rapport 2014, il a été retenu de ne pas reconduire le travail d'analyse précédent portant sur les conseils de la vie sociale, et donc de s'en tenir aux données des années précédentes.

La mise en œuvre effective de l'évaluation interne et externe, avec communication des premiers rapports cette année, et dans un nombre plus significatif dès début 2015, permettra de conduire une analyse régionale plus approfondie lors du prochain rapport.

Commentaires de la CSDU :

- * L'ensemble des CRUQPC est installé
- * Les rapports sont hétérogènes
- * Hormis les représentants des usagers (RU) d'un établissement, l'ensemble des RU ne sont pas associés à la rédaction du rapport annuel des CRUQPC
- * Des permanences hebdomadaires sont assurées par les RU sur le site de certaines structures
- * Certains RU ne sont pas au courant de la pratique des établissements (existence ou pas de la traçabilité des réclamations orales, cahier des doléances...)
- * L'existence de la CRUQPC n'est pas toujours communiquée aux patients.

Dans l'ensemble, une volonté des structures de mettre en œuvre des organisations afin d'améliorer le respect des droits des usagers.

Recommandations de la CSDU :

La CSDU recommande à l'ARS de rappeler aux établissements de santé le caractère obligatoire du rapport et de sa transmission (annexe 9 du CPOM des établissements de santé).

La CSDU souhaite que la mise en place d'un rapport standardisé, fasse augmenter le nombre de retours des rapports CRUQPC.

Objectif 3 : Droit au respect de la dignité de la personne – promouvoir la bientraitance

3-1) Secteur Ambulatoire

Pour ces données, se référer au point « rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers ».

3-2) Secteur sanitaire

Les résultats de certification V2010 (dernière en date) ont été récupérés sur le site de la HAS et concernent 13 établissements.

Pour le critère 10.a « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance » :

- 1 établissement a une cotation en A

- 12 établissements ont un cotation en B

Le critère 10.a prend en compte les items suivants :

- « l'intégration de la promotion de la bientraitance dans les projets d'établissements »,
- « les actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance mises en œuvre »,
- « les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance mises en œuvre, suivies et évaluées ».

Pour rappel :

- *la cotation en A correspond à un établissement satisfaisant pleinement au critère,*
- *la cotation B correspond à un établissement satisfaisant en grande partie au critère*
- *la cotation C correspond à un établissement satisfaisant partiellement au critère*
- *la cotation D correspond à un établissement ne satisfaisant pas au critère.*

3-3) Secteur médico-social

Il n'a pas été possible de déterminer la proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent.

Ce point pourra être approfondi dans le rapport 2014, avec l'examen des conclusions des évaluations internes et externes des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Objectif 4 : Droit au respect de la dignité de la personne – prendre en charge la douleur

L'article L1112-4 du CSP stipule que les établissements de santé, publics ou privés et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.

4-1) Secteur Ambulatoire

Les données issues des questionnaires aux URPS (cf. supra) n'ont pas permis d'identifier de formations sur la thématique de la prise en charge de la douleurs mises en œuvre en 2013 pour les professionnels de santé libéraux.

4-2) Secteur sanitaire

Pour le critère 12.a « prise en charge de la douleur » (HAS, V2010) :

- 3 établissements ont une cotation A
- 9 établissements ont une cotation B
- 1 établissement a une cotation C.

Le critère 12.a prend en compte entre autres :

- « la formalisation de la stratégie de prise en charge de la douleur dans les différents secteurs en concertation avec les comité de lutte contre la douleur »,
- « la mise en œuvre des formations/actions »,
- « l'éducation des patients à la prise en charge de la douleur »,
- « la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier ».

L'ARS a labellisé une nouvelle consultation douleur, au CH Gabriel MARTIN, en 2013, finalisant ainsi la couverture territoriale.

4-3) Secteur médico-social

Données non disponibles pour l'année 2013.

Ce point pourra être approfondi dans le rapport 2014, avec l'examen des conclusions des évaluations internes et externes des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

COMMENTAIRES (OBJECTIF 4) :

La labellisation d'une consultation Douleur au CH Gabriel MARTIN constitue la principale avancée sur le sujet en 2013, les données de formation/sensibilisation des professionnels de santé libéraux, hospitaliers, et médico-sociaux, restant encore très lacunaires cette année.

Objectif 5 : Droit au respect de la dignité de la personne – encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

5-1) Secteur Ambulatoire

Les données issues des questionnaires aux URPS (cf. supra) n'ont pas permis d'identifier de formations sur la thématique des directives anticipées mises en œuvre en 2013 pour les professionnels de santé libéraux.

5-2) Secteur sanitaire

Pour le critère 13.a « prise en charge et droits des patients en fin de vie » (HAS, V2010) :

- 7 établissements ont une cotation en A
- 4 établissements ont une cotation en B
- 1 établissement est hors champ.

Le critère 13.a prend en compte entre autres :

- « la mise en place d'une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie »,

▫ « la transmission des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées aux patients adultes ».

5-3) Secteur médico-social

La formation des équipes et la sensibilisation des usagers du secteur médico-social aux directives anticipées de fin de vie demanderaient, pour être analysés, de disposer d'un outil d'enquête qui reste à construire.

AVIS DE LA CSDU (OBJECTIF 5) :

A ce stade, seules les données de certification des établissements de santé sont exploitables. Il est observé les bons résultats des structures.

Objectif 6 : Droit à l'information – permettre l'accès au dossier médical

6-1) Secteur Ambulatoire

Des retours du conseil départemental de l'ordre des médecins (cf. questionnaire supra), aucune plainte n'a été déposée pour une difficulté d'accès au dossier médical

6-2) Secteur sanitaire

Le critère 14.b regroupe « l'organisation de l'accès du patient à son dossier », « l'information du patient sur les droits d'accès à son dossier », « l'information de la CRUQPC du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre ».

Pour ce critère :

- 7 établissements ont une cotation en A
- 6 établissements ont une cotation en B

6-3) Secteur Médico-social

La CSDU n'est pas en mesure de connaître le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical dans le secteur médico-social.

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

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle

affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté.

Les conditions de scolarisation des élèves handicapés, quel que soit le handicap et à travers les différentes formes d'accueil sont la scolarisation individuelle en classe ordinaire, la scolarisation collective en classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) dans les écoles ou en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) en collège ou en lycée, la scolarisation en établissement médico-social.

A la Réunion, on assiste à une progression des effectifs depuis 2006.

	Accueil collectif			Accueil individuel			Total
	en CLIS	en ULIS Collège	En ULIS LP	dans le 1 ^{er} degré	en collège	en lycée	
2006/2007	1092	215		627	335	167	2436
2007/2008	1072	252		813	472	210	2819
2008/2009	1052	301		920	585	215	3073
2009/2010	1067	371		950	590	229	3207
2010/2011	1096	416	17	905	666	230	3313
2011/2012	1122	446	19	1156	797	237	3777
2012/2013	1158 dont 65 notifiés IME	482 dont 93 notifiés IME	44 dont 5 notifiés IME	1231 dont 65 notifiés IME	813 dont 30 notifiés IME	265	3993

Source : Données transmises par le Rectorat de la Réunion dans le cadre des enquêtes annuelles menées par le Ministère de l'Education Nationale

Pour 2012/2013, 4 940 ont été scolarisés dont 3 993 en milieu ordinaire et 947 dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers.

Selon le Rectorat, les besoins restent considérables. Pour 2013, 85 élèves sont en liste d'attente en ULIS collège et en ULIS lycée.

RECOMMANDATION DE LA CSDU

La CSDU recommande que la problématique des transports soit étudiée pour une augmentation du nombre d'enfants scolarisés en établissements classiques.

Objectif 8 : Droits des personnes détenues – assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical

Les données des rapports d'activité des unités de soins rendent toujours compte d'un accès assuré aux soins et la prévention.

L'ouverture d'une unité de 6 chambres sécurisées, fin 2013, sur le site Nord du CHU a dû faciliter le recours aux hospitalisations.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS (OBJECTIF 8) :

Des développements sont attendus sur la structuration d'une offre de soins psychiatriques graduée en détention, et sur l'accès à l'hospitalisation psychiatrique en l'absence d'UHSA à La Réunion.

De même, la question du handicap, ou de la perte d'autonomie, en détention devra faire l'objet d'une attention spécifique de la CSDU.

Objectif 9 : Santé mentale – veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) est devenue, avec la loi du 5 juillet 2011, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) avec un rôle accru et des pouvoirs étendus.

La CDSP a 8 missions principales :

- elle doit être informée, selon les cas, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de toute décision de maintien de ces soins et des levées de ces mesures;
- elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, ou de leur conseil et examine leur situation;
- elle est chargée d'examiner, en tant que de besoin, la situation de ces personnes et obligatoirement, sous certaines conditions :
 - # celle de toutes les personnes admises en cas de péril imminent
 - # celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an
- elle saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ;
- elle visite les établissements habilités, vérifie les informations figurant sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;
- elle adresse, chaque année, son rapport d'activité, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- elle peut proposer au juge des libertés et de détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sous contrainte, d'ordonner, dans les conditions relatives à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

▫ elle statue sur les modalités d'accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

La CDSP est composée de :

- **2 psychiatres**, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet ;
- **un magistrat** désigné par le premier président de la cour d'appel ;
- **2 représentants** d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;
- **un médecin généraliste** désigné par le préfet.

Situation à la Réunion

La CDSP dont la composition est conforme aux dispositions prévues par la loi, s'est réunie 2 fois en 2013.

La CSDU constate que le nombre de réunions requis par la loi (une réunion par trimestre) n'est pas respecté (empêchement conjoncturel lié aux contraintes liées à la mise en place de la loi du 05 juillet 2011).

En ce qui concerne les visites des établissements, les 2 établissements assurant les missions de service public ont fait l'objet de 2 visites au cours de l'année 2011.

Le fonctionnement de la CDSP respecte la loi qui requiert 1 visite par semestre, par établissement.

Pour 2013, la CDSP n'a enregistré aucune plainte.

31 patients ont souhaité être entendus par des membres de la CDSP, et l'ont été. L'examen de leurs dossiers n'a pas relevé d'anomalie administrative.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS (OBJECTIF 9) :

La CSDU constate qu'une CDSP a été mise en place et fonctionne globalement selon les prescriptions réglementaires.

ORIENTATION II : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

Objectif 10 : Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

- **Libéraux**

Il convient de rechercher la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale.

Pour la région Réunion, le taux est de 0%, ce qui est satisfaisant sans pour autant refléter les difficultés d'accès liées aux contraintes géographiques (cirques, écarts, « les Hauts »).

- **Urgences**

En revanche, à la Réunion, près de 140 000 personnes sont à plus de 30 minutes d'un site de prise en charge des urgences.

Cette situation a motivé l'élaboration en 2013 d'un plan d'action régional sur les urgences, par l'ARS Océan indien, qui prévoit notamment la mise en place d'un transport sanitaire hélicoptéré (hélismur) à court terme.

AVIS DE LA CSDU (OBJECTIF 10) :

La CSDU souhaite être tenue informée de l'avancement des travaux sur ces sujets.

Objectif 11 : Assurer financièrement l'accès aux soins

A La Réunion, 41% de la population est bénéficiaire de la CMU-C.

Aucune plainte n'a été enregistrée pour des refus de soins.

La difficulté d'accès pourrait d'avantage être liée aux insuffisance de la démographie des spécialistes médicaux. L'ARS pilote actuellement une étude sur le recours aux soins qui permettra d'éclairer cette question.

AVIS DE LA CSDU (OBJECTIF 11) :

Report de l'étude pour le prochain rapport.

Objectif 12 : Assurer l'accès aux structures de prévention

L'appréciation de l'accès aux structures de prévention se fera au travers de 4 indicateurs (2011) :

- 1) Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle
- 2) Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : 59% (valeur nationale : 52,3%)
- 3) Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans : 35% (valeur nationale : 32,1%)
- 4) Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : 80%

Le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal constitue la principale mesure de prévention pour lutter contre ces maladies.

Les taux de participation régionaux restent légèrement supérieurs aux taux nationaux.

AVIS DE LA CSDU (OBJECTIF 12) :

La CSDU souhaite mener un travail en commun avec la commission spécialisée de la prévention sur cet item.

Objectif 13 : Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires

L'appréciation de cet objectif s'apprécie à partir de :

- 1) Nombre de contrats locaux de santé signés au titre de l'art L 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)
- 2) Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique

A la Réunion, plusieurs communes sont désormais couvertes par une démarche de contrat local de santé (Le Port, Saint Paul, et Saint Joseph)

AVIS DE LA CSDU (OBJECTIF 13) :

La CSDU souhaite mener un travail en commun avec la commission spécialisée de la prévention et la commission spécialisée médico-sociale sur cet item.

ORIENTATION III : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Objectif 14 : Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

Au cours de l'année 2013, ont été organisées par le CISS OI, les formations suivantes :

- Formation régionale sur la gestion des risques dans les établissements de santé (19 avril 2013)
- Formation régionale sur la bientraitance (14 juin 2013)
- Formation et présentation du CISS aux membres de la Fnair (30 Juin 2013)
- Formation « Représenter les usagers en CRUQPC » (26 et 27 septembre 2013)

Le nombre de représentants ou futurs représentants d'usagers formés en 2013 est de 70 personnes pour Réunion et Mayotte

Par ailleurs, certains membres du CISS OI ont participé à des rencontres et à des formations dans l'hexagone :

- RU et qualité à l'hôpital au CISS à Paris : 2 personnes
- Journée des représentants des usagers en établissements de santé (24 octobre 2013) : 3 personnes
- Journée Assurance maladie CISS- FNATH-UNAF (15 novembre 2013) sur la prévention : 1 personne
- Réunions de correspondants « Formations » en Juin et Décembre 2013.

- Réunions de coordination des présidents des CISS régionaux en vue d'une nouvelle politique du CISS : 1 personne (la présidente du CISS OI)

- Une « **journée des usagers** », co-organisée par le CISS OI et l'ARS OI le 22 novembre dernier, a permis d'aborder les enjeux liés à la place de l'utilisateur en vue de pérenniser le « bien travailler » ensemble.

Ce temps d'échange entre les représentants des usagers, les membres des instances de santé publique, les membres des instances hospitalières et médico-sociales, les représentants des établissements (de santé et médico-sociaux), les élus, les professionnels de santé de la Réunion et de Mayotte et le personnel de l'ARS, a remporté un énorme succès : plus de 150 personnes, dont la Présidente Nationale du CISS, ont répondu présents.

Au cours de cette journée, un point a été fait, par le biais d'exposés sur différentes expériences de parcours, (diabète, Alzheimer, néphrologie...) sur les réussites mais aussi, sur les difficultés rencontrées pour faire vivre au quotidien la démocratie sanitaire par les associations d'utilisateurs.

Les travaux ont permis :

- de réfléchir sur les moyens de renforcer la démocratie sanitaire et d'assurer une participation accrue des usagers
- d'identifier les leviers et les freins spécifiques à nos territoires pour accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution de notre système de santé
- de définir ensemble des stratégies et des outils concrets au service du droit des usagers
- d'envisager, les mesures qui vont aider les associations à favoriser l'exercice du droit des usagers: le « bien travailler ensemble »

ORIENTATION IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Objectif 15 : Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire

Le taux de participation des associations aux instances régionales de santé hospitalière est de 50% en 2013 (conseils de surveillance, CRUQPC, ...)

Le taux de participation des associations aux instances régionales de santé publique est de 59,65% en 2013 (Conférence régionale de santé et de l'autonomie, ...)

Le faible nombre de représentants des usagers siégeant dans les instances explique la difficulté pour une mobilisation fréquente de ces personnes

CONCLUSIONS DE LA CSDU

Evolutions de la CSDU et faits marquants de l'année 2013 :

La CSDU remercie le partenariat avec l'ARS Océan Indien qui a permis de répondre à notre demande de renforcement de son organisation et de sa légitimité en lui proposant l'aide du Pôle Offre de Soins, afin de faciliter le recueil des données exigé par le cahier des charges du rapport.

Il nous semble cohérent d'intégrer dans le champ très large des compétences de l'ARS les préoccupations portées par la CSDU : le respect des droits des usagers et la satisfaction des usagers dans les trois secteurs, hospitalier, ambulatoire et médico-social, mais également dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, traduise l'aboutissement d'une politique de santé bien menée.

Les remerciements vont également à l'accueil du Directeur général du CHU de La Réunion, qui donne dans ses travaux et réflexions, une place particulière à la satisfaction et à la participation des usagers.

Enfin, le CISS Océan Indien est un partenaire incontournable grâce aux formations qu'il propose et à l'adhésion d'une trentaine d'associations de patients, où le médico-social est représenté par le collectif d'associations de familles de personnes handicapées regroupées sous le sigle d'AVEC.

Au-delà de ces améliorations du fonctionnement de la CSDU et plus globalement des conditions de prise en compte des droits des usagers, il convient de noter deux événements marquants de l'année 2013 :

- l'organisation de la première journée des usagers Réunion-Mayotte, par le CISS Océan Indien et l'ARS, initiative qui devra être renouvelée sur chacune des deux îles ;
- le débat sur la stratégie nationale de santé, mené à La Réunion en la présence de Mme Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, où un atelier a été dédié à la démocratie sanitaire. Le suivi de la traduction législative de la stratégie nationale de santé devra fortement mobiliser la conférence de santé et de l'autonomie et en son sein le CSDU.

Principales observations au sujet du rapport 2013 de la CSDU

A la lecture de ce rapport, il apparaît que le médico-social est le plus absent, les indicateurs utilisés étant plus facilement exploitables dans un cadre hospitalier (bien-être, accès au dossier, accompagnement fin de vie, lutte contre la douleur), en considération de patients, que dans le cadre d'un accompagnement individualisé à l'autonomie ou de la compensation du handicap et de la dépendance.

Ce constat appelle à la conduite d'une réflexion, prenant en compte le déploiement en cours de l'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sur les outils d'analyse du respect des droits des usagers dans le champ médico-social.

Grâce au rapprochement avec le Pôle Offre de Soins, de nombreuses données du rapport 2013 proviennent de l'analyse des rapports de certification des établissements de santé.

Les annexes CPOM sur les droits des usagers, les questionnaires envoyés en avril sur les items "formation, évaluation", et les enquêtes à venir sur la satisfaction des patients sont autant d'outils mis en place pour évaluer le respect des droits des usagers.

Une réflexion devra cependant être menée avec le champ ambulatoire qui, sans nier la préoccupation sincère de chacun de professionnels de santé, individuellement, a peu appréhendé encore ces questions au travers de ses instances représentatives (URPS).

Axes de travail et recommandations pour 2014 :

En 2014, le chantier de l'accès à la santé des personnes handicapées devrait fortement progresser, avec la signature le 16 juin 2014 de la Charte régionale impulsée par Pascal JACOB, chargé d'une mission nationale sur le sujet. Cette démarche devra associer, autour des représentants des usagers, l'ensemble des acteurs de la santé, avec un souci d'évaluation annuelle des avancées.

Plus généralement, la CSDU souhaite que soit revue la trame du rapport annuel, pour mieux distinguer le suivi régulier des indicateurs, des réflexions spécifiques portées au sein de cette instance. Les champs médico-sociaux et ambulatoires appellent une approche renouvelée de l'examen des droits des usagers, encore trop suivi aux travers d'indicateurs du seul champ hospitalier. Des échanges devront être conduits avec le secteur médico-social et les URPS.

Dans le champ médico-social, le travail engagé avec la FEHAP de recensement des conseils de la vie sociale (CVS) doit être poursuivi pour disposer d'une observation du respect des droits des usagers (enfants, adultes, personnes âgées) au moins aussi outillée que celle qui devrait être disponible pour les établissements de santé avec le déploiement attendu du rapport d'activité informatisé des CRUQPC.

Une formation, par le directeur général de l'ANESM, en septembre 2014, à l'attention des représentants des usagers au sein des CVS, aidera à cette structuration régionale de la réflexion sur l'exercice des droits des usagers dans le champ médico-social ; la CSDU devra faire également, en lien avec le CISS Océan Indien, des propositions de formation.

La CSDU souhaite que les personnels des établissements de santé suivent également les formations dispensées aux représentants des usagers, afin de partager une culture commune, et de faciliter l'exercice par ces derniers de leurs missions. Les dysfonctionnements signalés, via les associations d'usagers ou les proches, sont encore importants, et soulignent l'utilité des CRUQPC et de la CSDU.

En 2014, la CSDU souhaite également développer les échanges avec les autres commissions spécialisées de la Conférence de Santé et de l'Autonomie :

- avec la commission en charge de la prévention, sur les questions d'accès à la prévention
- avec la commission des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, sur les inégalités territoriales d'accès.

Deux chantiers menés par l'ARS devront également faire l'objet d'une attention particulière de la CSDU, et nécessitent des présentations en commission :

- le plan d'action régional Urgences, avec les questions d'accès aux soins urgents à moins de 30 minutes
- l'étude sur le recours aux soins, qui éclairera la situation particulière de La Réunion, au regard de son retard d'équipement et du niveau des ressources des patients.

Pour que la participation et la représentation des usagers soient efficaces et pérennes, la réflexion doit se poursuivre sur la reconnaissance d'un vrai statut de représentant des usagers.

Les associations ont beaucoup milité, donné d'énergie, afin qu'aboutissement les textes sur la participation des usagers dans les instances qui décident de leurs parcours de santé.

Les représentants des usagers ne souhaitent pas être victimes de ce qu'ils ont réclamé, en n'étant finalement pas suffisamment nombreux et disponibles pour répondre aux fréquentes sollicitations de leurs multiples mandats.

Il est urgent, à la veille du renouvellement de la CSA, et en considération de la priorité nationale affirmée pour la démocratie sanitaire, d'apporter des réponses à la problématique de la disponibilité des représentants des usagers.