

# Conférence nationale de santé

Avis du 7 février 2012

portant sur « le cahier des charges pour le rapport sur les droits des usagers de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.) »

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

# Conférence nationale de santé

## Avis du 7 février 2012

portant sur « le cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D.1432-42 du code de santé publique »

Le Directeur général de la santé a demandé à la Conférence nationale de santé (C.N.S.), par une [lettre de saisine du 1<sup>er</sup> décembre 2011](#), de lui donner son avis sur « le projet de cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article [D. 1432-42](#) du code de la santé publique ». [accès possible aux projets -présentés à la C.N.S.- d'arrêté, de cahier des charges et de tableau annexé dans le dossier en ligne : [Programme de travail de la C.N.S. \(2011-2014\)](#)]

### 1. Modalités d'élaboration de l'avis :

Le projet de cahier des charges a fait l'objet d'examen en Commission spécialisée « droits des usagers » les 10 janvier et 7 février 2012, et en Commission permanente à ces mêmes dates. C'est à la suite de ces travaux, que la Commission permanente de la Conférence nationale de santé a adopté, le 7 février 2012, sur la base du pré-avis préparé par la Commission spécialisée, l'avis dont la teneur suit.

### 2. La saisine de la C.N.S. sur le cahier des charges est une très bonne démarche :

- la consultation de la C.N.S. sur le cahier des charges des rapports des C.R.S.A. va permettre sans aucun doute une meilleure articulation des travaux entre la C.N.S. et les C.R.S.A. ;
- le cahier des charges, tel qu'il est proposé, traduit une préoccupation d'approche globale de la santé, c'est une avancée. La C.N.S. propose que cette approche globale soit confortée notamment pour tout ce qui concerne le secteur de la prévention ;
- le descriptif des sources et des données à recueillir va également dans le sens d'une meilleure harmonisation des contenus ;
- le maintien d'une partie adaptée aux spécificités de la région est tout à fait essentiel.

### 3. Propositions de la C.N.S. :

**31. Faire référence dans le texte de l'arrêté au tableau qui précise les données attendues et les sources ;**

**32. Rappeler les rôles respectifs des Agences régionales de santé (A.R.S.) et des C.R.S.A. dans l'élaboration du rapport sur le respect des droits des usagers :** aux A.R.S. de rassembler et/ou produire les données et d'en faire la synthèse, aux C.R.S.A. d'en faire une analyse et/ou une évaluation.

Il y a lieu de rappeler aux A.R.S. qu'elles doivent donner les moyens aux C.R.S.A. de remplir leurs missions. Dans beaucoup de régions, le travail relatif au rapport de la Commission spécialisée « droits

des usagers (C.S.D.U.) repose sur de très nombreuses heures de bénévolat de membres de la C.R.S.A., généralement représentants d'usagers. Ceux-ci ont déjà exprimé leur incapacité à répondre à un tel projet de cahier des charges si les conditions de réalisation des rapports ne sont pas améliorées.

L'évaluation du système de santé sous l'angle du respect des droits des usagers, de la qualité et de l'égalité d'accès est la mission confiée par la loi à la C.R.S.A. au travers de sa C.S.D.U. Cette mission présente un intérêt majeur dans le cadre des objectifs fixés aux A.R.S., en particulier celui de la réduction des inégalités de santé. L'allocation de moyens devrait donc aller de soi, ce n'est pourtant pas le cas, bien souvent.

### **33. Conforter le rôle des A.R.S. de consolidation des connaissances sur la santé et le fonctionnement du système de santé en région :**

La C.N.S. propose (voir le §35) de compléter les thématiques proposées ; cela suppose l'obtention de données dont disposent soit les Caisses primaires d'assurance maladie (C.P.A.M.), soit l'Education nationale, soit les conseils généraux, ... L'objectif est le développement d'une approche décloisonnée de la santé, permettant l'évaluation dont la C.R.S.A. est chargée.

La C.N.S. attend que les A.R.S. soient incitées à davantage jouer ce rôle de consolidation des connaissances.

### **34. Dans son rapport 2011, la C.N.S. a retenu 5 grands objectifs :**

- **promouvoir et faire respecter les droits des usagers ;**
- **renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ;**
- **conforter la représentation des usagers ;**
- **renforcer la démocratie sanitaire** : financement, autonomisation.
- **faire converger les droits des usagers** entre les secteurs sanitaire hospitalier ou ambulatoire, médicosocial, « domicile » ;

La C.N.S. propose que le cahier des charges des rapports sur les droits des usagers des C.R.S.A. soit organisé de façon à pouvoir suivre les avancées selon ces différents axes. Ce qui conduit à **ordonner les axes de travail** inclus dans le projet de cahier des charges selon les grands objectifs retenus par la C.N.S., avec quelques propositions d'ajouts (en italiques) comme indiqué ci-dessous :

- **promouvoir et faire respecter les droits des usagers :**
  - mobilisation des professionnels en faveur des droits des usagers :
    - formation des professionnels de la santé sur les droits des usagers ;
  - évaluation des droits :
    - effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers (noter qu'il s'agit d'évaluer le respect des droits et non les droits eux-mêmes) :
  - droits au respect de la dignité de la personne :
    - promotion de la « *bientraitance* » ;
    - prise en charge de la douleur ;
    - directives anticipées ;
  - droit à l'information :
    - information de la personne sur son état de santé ;
    - accès au dossier médical ;
  - droit à la scolarisation :
    - scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté ;

- droits des personnes détenues :
  - confidentialité et accès aux dossiers médicaux ;
- santé mentale :
  - existence et fonctionnement des [Commissions départementales des soins psychiatriques](#) (C.D.S.P.) ; disposer du non recours à la Couverture maladie universelle (C.M.U.) et à l'Aide complémentaire santé (A.C.S.) ;
- **renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous :**
  - accessibilité territoriale :
    - accès aux professionnels de santé libéraux ;
  - accessibilité aux droits :
    - *non recours à la C.M.U., la C.M.U. Complémentaire, à l'A.C.S. ;*
  - accessibilité financière :
    - refus de soins pour personnes en C.M.U. et Aide médicale d'Etat (A.M.E.) ;
    - *observatoire des dépassements d'honoraires ;*
  - accès aux structures de prévention ;
  - accès des personnes en situation de handicap ou de dépendance aux structures de santé ;
  - réduction des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale dans tous les territoires ;
- **conforter la représentation des usagers :**
  - représentation des usagers du système de santé :
    - formation des usagers siégeant dans les instances du système de santé ;
- **renforcer la démocratie sanitaire :**
  - participation des différents acteurs aux C.R.S.A. et aux Conférences de territoire.

**Pour compléter la partie relative à l'égalité d'accès à la santé, la C.N.S. propose l'ajout de 4 items :**

- l'accès aux structures de prévention ;
- l'accès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et de dépendance aux structures de santé ;
- le droit à la scolarisation des enfants hospitalisés ;
- la réduction des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale dans tous les territoires.

### **35. Préciser les données à recueillir pour certains items :**

Pour certaines actions à évaluer, la Conférence nationale de santé propose de compléter les données à recueillir comme suit. Elle précise que ces données existent et qu'elles peuvent être recueillies auprès d'autres administrations :

- formation des professionnels : considérer également ce qui est fait en **formation initiale**, les A.R.S. pouvant désormais ajouter des thèmes au développement professionnel continu (D.P.C.) ;
- effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers :
  - ajouter la nomination effective par l'A.R.S., les préfets et les Conseils généraux des personnes qualifiées et le taux de recours à ces personnes ;

- aller vers un observatoire des plaintes et réclamations en région : au-delà des plaintes parvenant aux établissements sanitaires ou médicosociaux, tenir compte des recours à la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (C.R.C.I.), des plaintes adressées aux ordres, ainsi que de celles recueillies par les associations, etc. ;
- information de la personne sur son état de santé :
  - parler de questionnaire de satisfaction dans les établissements de santé et dans les centres de prévention et de santé ;
- représentation des usagers du système de santé :
  - ajouter le pourcentage d'associations agréées dans la région ;
  - tenir compte des formations assurées par le Collectif interassociatif sur la santé (C.I.S.S.) et les C.I.S.S. régionaux et les faire connaître aux associations non membres du C.I.S.S. ;
  - rapporter le pourcentage de personnes formées au pourcentage de représentants issus d'associations agréés identifiés ;
- fonctionnement des C.R.S.A. et des Conférences de territoires (C.T.) :
  - recueillir le taux de participation globale et par collègue ;
- santé mentale :
  - évaluer l'existence et le fonctionnement des Conseils locaux de santé mentale ainsi que des Commissions départementales des soins psychiatriques ;
- accessibilité territoriale :
  - synthèse de l'avis de la C.R.S.A. sur le Schéma régional d'organisation des soins (S.R.O.S.) – volet ambulatoire ;
  - accès aux données de la C.P.A.M. sur le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) sur un territoire ;
  - observatoire des dépassements d'honoraires (données C.P.A.M.) en ville et à l'hôpital ;
  - offre de places en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.) par rapport à la population cible, ainsi que leur tarification (source : les Conseils généraux) ; + proportion de la capacité habilitée à l'aide sociale, (les 2 items précédents ont pour objectif la création d'un observatoire territorialisé du reste à charge) ;
  - fonds dévolus aux Centres communaux d'action sociale (C.C.A.S.) de la région (aides connexes ou extra-légales) – données à recueillir auprès des communes ou de [l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale](#) (U.N.C.A.S.S.) ;
- refus de soins C.M.U. et A.M.E. :
  - parler des ordres des **professionnels de santé** ;
  - peu de plaintes sont formulées par les personnes en C.M.U. ou A.M.E. ; il y aurait lieu d'accéder aux indicateurs des C.P.A.M. :
    - nombre de médecins généralistes ayant un taux de personnes bénéficiaires de la C.M.U. < de 30 % au taux de C.M.U. dans le territoire de santé et par territoire de santé ;
    - nombre de médecins généralistes ayant un taux de patients bénéficiaires de la C.M.U.-C < de 30 % au taux de C.M.U. dans le territoire de santé et par territoire de santé ;

- nombre de médecins spécialistes ayant un taux de patients « C.M.U. » < de 30 % au taux de C.M.U. dans le territoire de santé et par territoire de santé ;
- nombre de médecins spécialistes ayant un taux de patients « C.M.U.-C » < de 30 % au taux de C.M.U. dans le territoire de santé et par territoire de santé ;
- taux de personnes « C.M.U. » vues en bilan de santé et n'ayant pas consulté lors un médecin généraliste lors des 2 années précédentes et par territoire de santé ;
- taux de personnes « C.M.U.-C » vues en bilan de santé et n'ayant pas consulté un médecin généraliste lors des 2 années précédentes et par territoire de santé ;
- taux de femmes « C.M.U. » vues en bilan de santé et n'ayant pas eu de suivi gynécologique depuis 1 an et par territoire de santé ;
- taux de femmes « C.M.U.-C » vues en bilan de santé et n'ayant pas eu de suivi gynécologique depuis 1 an et par territoire de santé ;
- taux de personnes « A.M.E. » vues en bilan de santé et n'ayant pas consulté un médecin généraliste lors des 2 années précédentes et par territoire de santé ;
- taux de personnes « A.M.E.-C » vues en bilan de santé et n'ayant pas consulté un médecin généraliste lors des 2 années précédentes et par territoire de santé ;
- taux de femmes « A.M.E. » vues en bilan de santé et n'ayant pas eu de suivi gynécologique depuis 1 an et par territoire de santé ;
- taux de femmes « A.M.E.-C » vues en bilan de santé et n'ayant pas eu de suivi gynécologique depuis 1 an et par territoire de santé ;
- accès aux structures de prévention :
  - auprès des C.P.A.M., des centres d'examen de santé et du [Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé](#) (C.E.T.A.F.) :
    - nombre de bilans de santé ;
    - nombre de bilans de santé parmi les personnes précaires ;
  - auprès du Rectorat (service de santé scolaire) et du ministère de l'Education nationale :
    - nombre d'élèves par médecin scolaire et par secteur scolaire ;
    - nombre d'élèves par Infirmière diplômée d'Etat (I.D.E.) scolaire et par secteur scolaire ;
    - nombre de bilans de santé réalisés à 5-6 ans / nombre d'enfants de 5-6 ans par secteur scolaire ;
  - auprès du [Pôle de recherche et d'enseignement supérieur](#) (P.R.E.S.), de la Conférence des Présidentes d'universités et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche :
    - nombre de consultations / nombre d'étudiants ;
    - convention d'accès des [Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé](#) (S.U.M.P.P.S.) pour les étudiants en B.T.S. et en formation post baccalauréat en dehors des universités ;
    - nombre d'aménagement d'examen et d'études/ nombre d'étudiants ;
  - auprès des [Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail](#) (C.A.R.S.A.T.) - Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (M.I.R.T.M.O.) :
    - nombre de consultations de médecine du travail / nombre de personnes salariées par secteur d'activité ([code N.A.F.](#) niveau 2) ;
  - auprès des Agences régionales de santé :
    - nombre de dépistages V.I.H. / Hépatites (C.D.G., Centres de dépistage anonyme et gratuit – C.D.A.G.- et autres dispositifs) / population par territoire de santé ;

- nombre de dépistages des cancers du sein/nombre de femmes de 50 à 74 ans et par territoire de santé ;
- nombre de dépistages des cancers colorectaux/nombre de personnes de 50 à 74 ans et par territoire de santé ;
- nombre de vaccins (effectués par les centres de vaccination) / habitant et par territoire de santé ;
- nombre de consultations d'addictologie par structure agréée ([Centres de soins spécialisés aux toxicomanes](#) - C.S.S.T.-, [Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie](#) - A.N.P.A.A.-, Soins accompagnement thérapies information et substitution - S.A.T.I.S. - et S.A.T.I.S. mobile) / habitant / territoire de santé ;
- auprès des conseils généraux :
  - nombre de consultations en services de la promotion maternelle et infantile (P.M.I.) / enfant de moins de 6 ans et par territoire de santé ;
- auprès des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (I.R.E.P.S.) :
  - nombre d'actions d'accompagnement (appui méthodologique, accompagnement de projet, formation d'acteurs) / territoire de santé ;
  - nombre d'interventions (actions en direction du public cible) / territoire de santé.

**36. Inciter les C.R.S.A. à faire part des difficultés éventuellement rencontrées pour l'obtention des données**, notamment en ce qui concerne les plaintes et réclamations.

**37. Le rapport des C.R.S.A. doit contenir le suivi des recommandations des années précédentes**, ce qui doit favoriser un dialogue C.R.S.A. / A.R.S. autour de ces recommandations.

#### **4. Attentes de la C.N.S. :**

La Conférence nationale de santé a souhaité étendre le champ du cahier des charges pour que soit inscrite dans celui-ci l'étendue du champ sur lequel doit porter l'évaluation des C.R.S.A.

La mission dévolue aux Conférences régionales et nationale est ambitieuse. Pour pouvoir la remplir il est nécessaire de :

↳ stabiliser un certain nombre d'indicateurs pour disposer d'éléments de comparaison au cours du temps et entre les régions ;

↳ inscrire comme perspective la constitution d'un système d'information sur les droits des usagers du système de santé (incluant l'égalité d'accès et la qualité) ;

↳ donner les moyens aux instances de démocratie sanitaire (C.N.S. et C.R.S.A.), pour avoir la possibilité de réaliser ce rapport conformément au cahier des charges et aux missions qui leur sont dévolues.

La C.N.S. a conscience de l'ampleur du cahier des charges, mais il lui paraît important de fixer un objectif conforme à la mission dévolue. Une montée en charge progressive pourrait être proposée.

*Avis du 7 février 2012 portant sur  
« le cahier des charges relatif à l'élaboration  
du rapport de la Conférence régionale de la  
santé et de l'autonomie sur les droits des  
usagers du système de santé mentionné à  
l'article D. 1432-42 du code de la santé  
publique »*



**Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Direction générale de la santé - Secrétariat général de la  
Conférence nationale de santé - 14 av Duquesne –  
75350 Paris Cedex 07 S.P. - Tél : 01.40.56.53.72  
Mél : [cns@sante.gouv.fr](mailto:cns@sante.gouv.fr)  
[www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html](http://www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html)**