



Journée des  
**REPRÉSENTANTS**  
des **USAGERS**

du système de santé  
Mardi 20 juin 2017 à Angers



# SOMMAIRE

---

- I. Synthèse de la Journée des représentants des usagers du système de santé du 20 juin 2017**
- II. Questions/réponses**
- III. Annexes**
  - a. Synthèse des réunions de concertation citoyenne (avril 2017)
  - b. Diaporama M. BLAYO
  - c. Liens vidéo proposés par Dr HUBAULT
  - d. Diaporama Mme SERAZIN
  - e. Diaporama M. DUJARDIN
  - f. Diaporama M. ALLARD
  - g. Diaporama UNAASS/URAASS
- IV. Glossaire des sigles**

# I. Synthèse de la Journée des représentants des usagers du système de santé du 20 juin 2017

V 26 juin 2017 H. Devaux

## 1. Introduction de la journée

**Dr Denis Leguay,  
Président de la CRSA**

Denis Leguay note l'importance de ce rendez-vous des représentants des usagers qui a pour but de favoriser les échanges entre tous les partenaires de la santé. Le Dr Leguay rappelle que la nouvelle loi de santé de janvier 2016, dont il sera question durant la journée, demande à tous les acteurs de réfléchir ensemble à la complémentarité de leurs actions en amont, et non plus de façon isolée et a posteriori. Dans cette nouvelle logique la fonction des usagers et de leurs représentants est précieuse, indispensable, essentielle. Les professionnels ne peuvent pas seuls penser l'organisation du système de santé.

**M. Gérard Allard,  
Président de la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU)**

M. Gérard Allard rappelle que c'est la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique de l'ARS et la Commission Spécialisée Droits des Usagers de la CRSA qui ont conçu cette journée, autour de trois lois récentes : la loi de modernisation de la santé, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et la loi sur la fin de vie.

## 2. Intervention du grand témoin

Mme Bernadette Devictor, Présidente de la Conférence Nationale de Santé explique que la Conférence Nationale de Santé (CNS) a une réelle représentativité des acteurs de santé et des territoires et une indépendance grâce à l'élection, par ses membres, de sa présidence.

Pour Mme Devictor, la démocratie sanitaire repose sur deux piliers :

- ▶ l'exercice des droits individuels et collectifs,
- ▶ et l'exercice de la concertation permanente, qui est un exercice difficile au niveau national.

La stratégie nationale de santé est en train d'être définie et la Conférence nationale de santé l'étudie pour donner son avis :

- ▶ la stratégie nationale de santé comporte comme axe majeur la prévention. Dans ce domaine la CNS a lancé un groupe de travail avec les acteurs de prévention afin de réfléchir aux attentes, aux objectifs.
- ▶ la stratégie nationale de santé évoque également l'organisation de la santé sur le territoire avec une volonté de mobiliser les acteurs et les territoires, notamment afin de permettre une lisibilité des intervenants et des dispositifs.

La CNS travaille sur cette nouvelle culture commune de transversalité, de nouvelle perception de la santé où vision des usagers et vision des professionnels de santé soient prises en compte.

Pour faire vivre la démocratie en santé, la CNS plaide pour un pilotage unifié et intégré et une meilleure prise en compte des avis des instances de démocratie en santé.

La lutte contre les inégalités de santé se trouve notamment dans l'exercice des droits des usagers et dans une plus

grande lisibilité des dispositifs. A ce titre, la mise en place de guichets uniques de recueil des plaintes et réclamations, y compris pour le domicile, est un élément important pour soutenir les usagers.

Les représentants des usagers, souvent isolés, ont un rôle majeur, ils doivent être soutenus, mieux connus et pouvoir travailler en réseau.

### 3. Table-ronde : Evolution des droits des usagers

#### 3.1 - Présentation des évolutions réglementaires relatives aux droits des usagers

M. Nicolas Blayo, responsable de la cellule juridique à l'ARS Pays de la Loire, explique une décision de juin 2017 du Conseil Constitutionnel, celui-ci a confirmé :

- que la nouvelle loi sur la fin de vie de février 2016 offre bien les garanties fondamentales et ne porte pas d'atteinte à la dignité de la personne ;
- que dans le cas d'une demande d'un arrêt des soins et traitements, la décision du médecin ne peut être prise qu'après procédure collégiale. C'est bien le médecin qui décide et l'avis collégial n'est pas contraignant mais le collège vérifie les conditions légales et médicales ;
- que la décision du médecin doit être notifiée aux proches dans les conditions leur permettant un recours en temps utile. Le juge des référés pourra être saisi, dans un délai d'urgence.

#### 3.2 - Loi Leonetti et fin de vie

Le Dr Philippe Hubault, vice-président de la Coordination pour l'Accompagnement des Soins Palliatifs Angevine (CASSPA) et responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement Soins de Support et Palliatifs (EMASSP) explique que la révolution actuelle concerne le consentement aux soins : le malade doit être d'accord pour tous les soins qui peuvent lui être prodigués.

La nouvelle loi Claeys-Léonetti vient éclairer la notion de consentement dans la fin de vie :

- le consentement va être donné par la personne elle-même qui doit pouvoir clairement comprendre les enjeux. La loi prévoit que le malade a le droit de refuser n'importe quel traitement, y compris celui qui le maintient en vie ;
- lorsque la personne ne peut s'exprimer : soit elle aura pu le faire en amont grâce aux directives anticipées, soit elle aura pu désigner une personne de confiance ;
- la procédure collégiale intervient si le patient ne peut s'exprimer et n'a pas rédigé de directives anticipées.

#### 3.3 - La 1ère mise en œuvre d'une action de groupe en matière de santé

Nicolas Blayo, précise que la possibilité de mener une action de groupe en santé a été introduite par la loi de santé de janvier 2016. Une action de groupe ne peut être introduite que par une association agréée (500 associations) quand plusieurs personnes ont un préjudice « similaire ». Le juge se prononce sur la responsabilité des mis en cause, il peut aussi nommer un médiateur, et une commission d'indemnisation ; il définit les critères selon lesquelles les personnes peuvent adhérer au groupe et il se prononce sur le montant de l'indemnisation. Le juge demande la publicité de l'affaire afin de connaître les victimes, et fixe un délai pendant lequel d'autres personnes peuvent se rattacher à l'action de groupe et bénéficier de l'indemnisation.

#### 3.4 - Le droit d'accès au dossier médical

La loi prévoit que le document de fin d'hospitalisation soit remis au patient le jour même de leur sortie mais pour M. Jean-François Babin, directeur de la Clinique Sud Vendée à Fontenay le Comte et du CSSR Villa Notre de Dame à St Gilles Croix de Vie, cela sera difficile dans les faits. Le document de sortie est désormais cadré par les recommandations de la HAS.

Le dossier médical est communicable dans son entier. Il est consultable sur place ou peut être envoyé. Dans les établissements de santé privés il y a un dossier de l'établissement et un dossier du praticien libéral ; il faut donc demander les deux dossiers.

Le dossier médical partagé (autrefois appelé Dossier médical personnel) tarde à se mettre en place. Comme pour le dossier médical il doit y avoir la possibilité de voir toutes les traces d'accès au dossier.

### 3.5 - Le droit à l'oubli

Le Dr Philippe Bergerot, vice-président du Comité 44 de la Ligue contre le Cancer explique que la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), née en 2006, a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé. Elle commence à être connue par les banques.

Le plan Cancer 3 a fait émerger une nouvelle notion : celle de droit à l'oubli, intégré à la convention AERAS depuis 2015. Cette notion regroupe deux dispositifs :

- les anciens malades du cancer ont la possibilité, passé certains délais, de ne pas le déclarer lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur.
- l'élaboration d'une [grille de référence](#) listant les pathologies pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime, ni exclusion de garantie, ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, après certains délais adaptés à chacune de ces pathologies.

### 3.6 - Le tiers-payant

M. François Dujardin, directeur adjoint à la CPAM du Maine et Loire indique que le tiers payant sera obligatoire à partir de novembre 2017 pour la partie Assurance Maladie obligatoire.

- Les enjeux :
  - pour les assurés : l'accès aux soins, la simplification des démarches
  - pour les professionnels de santé : ne plus s'interroger sur la capacité financière des patients, système simple en termes de facturation et suivi des paiements, réduction des rejets liés à la situation des patients.
  - pour l'Assurance Maladie : harmonisation inter-régimes des pratiques de gestion des rejets et des canaux de contacts.
- Les mesures pour obtenir l'adhésion des médecins : l'inscription de la garantie de paiement dans la loi, la mise en place de pénalités, l'harmonisation inter régimes des systèmes de contrôle, l'amélioration de la qualité de service, la mise en place d'une plateforme téléphonique unique tout régime confondu.

Les refus de soins : 3 cas signalés à la CPAM 49 en 2016. Pour les représentants des usagers il semble surtout que les personnes concernées n'osent pas faire de réclamation lorsqu'il y a des refus de soins.

### 3.7 – La formation des représentants des usagers

La loi de santé de janvier 2016 a apporté d'énormes progressions dans les droits des représentants des usagers (RU). Mme Véronique Pozza, Présidente du Collectif interassociatif sur la Santé des Pays de la Loire, rappelle l'importance de la formation pour les représentants des usagers.

Les représentants des usagers doivent travailler à l'amélioration des droits pour tous et à l'information de ces droits. Il reste des droits à conquérir notamment :

- l'extension du droit à l'oubli,
- la nécessité de signaler à l'HAS des dysfonctionnements et incidents,



- l'accompagnement des usagers victimes de refus de soins,
- l'information sur le consentement.

### Conclusion de la matinée par Mme Devictor

La démocratie sanitaire a 20 ans et manque encore d'expérience. Les représentants des usagers doivent être acteur de cette évolution en contribuant notamment à trois axes majeurs :

- ▶ il faut développer la capacité d'autonomie c'est-à-dire en premier lieu avoir un système de santé lisible et répondre aux interrogations des usagers,
- ▶ les instances de démocratie en santé doivent travailler à la prise en compte de la parole des personnes précaires,
- ▶ il devrait y avoir un système d'information partagé sur le respect des droits des usagers. Les données des rapports devraient être à la disposition de tous.

## 4. Présentation des commissions des usagers, des comités des usagers et des conseils territoriaux de santé.

### 4.1 Les Commissions des Usagers et les Conseils territoriaux de santé

Mme Anne-Lise Serazin, adjointe au directeur d'appui à la démocratie sanitaire et au pilotage stratégique indique que les Commissions des usagers (CDU) en Pays de la Loire connaissent un très bon dynamisme et tous les établissements de santé ont une CDU. Seulement moins de 10 % des postes de représentants des usagers restent à pourvoir.

Un Conseil territorial de santé (CTS) est installé dans chaque territoire de démocratie sanitaire (en Pays de la Loire, un CTS par département) et il est composé de cinq collèges. A ce jour, il reste des postes non pourvus dans les CTS de la région.

La loi prévoit une formation spécifique au sein des CTS pour organiser l'expression des usagers : cette formation comprend au plus 12 membres issus du collège des usagers pour moitié et pour moitié des autres collèges. La loi prévoit également une commission spécialisée en santé mentale.

### 4.2 L'installation du Conseil Territorial de Santé du Maine-et-Loire

Mme Laurence Browaeys, déléguée territoriale de l'ARS, précise que le CTS du Maine-et-Loire compte à ce jour 39 membres. Le bureau est installé ainsi que la commission en santé mentale, et le règlement intérieur a été rédigé. Les représentants des usagers ont été très présents dans l'ensemble des travaux. La mise en place d'un groupe pour l'accès aux soins des personnes handicapées a permis de faire remonter les préoccupations du terrain. Les usagers sont plus facilement mobilisés au moment des diagnostics, pour les contrats locaux de santé par exemple, moins lors de la mise en œuvre des actions.

La méthodologie de travail au sein de la formation d'expression des usagers doit être affinée : peut-être en en faisant un lieu de travail sur des sujets spécifiques avec une feuille de route comportant 2 ou 3 sujets par an.

### 4.3 Le Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie,

M. Franck Bidet et M. Roger Raud précisent que le CDCA, issu du rapprochement des CDCPH<sup>1</sup> et CODERPA<sup>2</sup>, se met progressivement en place. Il comprend plusieurs collèges dont un collège des usagers, et doit assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à la définition et à la mise en œuvre des

<sup>1</sup> Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

<sup>2</sup> Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

politiques les concernant. Son objectif principal est de faire des propositions sur la politique des personnes âgées et handicapées et de donner son avis sur les politiques et plans de santé.

Dans le Maine-et-Loire le CODERPA a souhaité participer à tous les CLIC du département pour être un lieu de synthèse et de circulation de l'information, et il a été un lieu d'échange sur le PRS2. Trois travaux ont marqué l'activité du Coderpa 49 : les transports solidaires, les aidants, des propositions pour revivifier les Conseils de la Vie Sociale.

#### 4.4 Le Conseil Territorial de Santé de la Mayenne

La 1ère piste de travail du CTS 53 concerne la démographie médicale en Mayenne.

M. Olivier Richefou, président du CTS et du Conseil départemental de la Mayenne relève l'importance de la formation d'expression des usagers et fait part de ses inquiétudes liés au nombre important de structures existant déjà dans le département et aux sollicitations dont elles font l'objet.

Pour M. Allard la formation d'expression des usagers pourrait travailler comme la CSDU de la CRSA, et permettre un travail en commun sur le rapport annuel relatif au respect des droits des usagers.

Mme Devictor souligne que le CTS n'est pas une instance consultative mais qu'il a un rôle incitatif, notamment pour que les professionnels s'organisent et pour favoriser l'émergence des actions locales.

Il faut faire dialoguer les instances entre elles pour optimiser les investissements des uns et des autres (CTS, CRSA, CDCA).

#### 4.5 Commission des Usagers dans les établissements de santé : les bonnes pratiques

**Gilles Paumier,  
Représentant des usagers  
et président de la Commission des Usagers du Centre Hospitalier du Mans**

M. Paumier fait part des bonnes pratiques dans son établissement :

- une association des usagers a été créée pour être davantage présent dans de nombreux groupes de travail,
- il a été décidé qu'un représentant des usagers soit président de CDU pour montrer l'importance de la place des usagers,
- la CDU se réunit dans les services pour une meilleure connaissance réciproque,
- la CDU se réunit tous les mois avec le médiateur pour étudier les plaintes.
- pour faire connaître la CDU des bénévoles sont présents dans l'espace des usagers qui regroupe 30 associations.

**Anne-Sophie Braire,  
secrétaire générale hôpital privé du Confluent  
et présidente de la Commission des Usagers**

Mme Braire fait part des bonnes pratiques dans son établissement :

- les RU sont sollicités pour participer à différentes commissions, pour connaître le fonctionnement des services,
- les évènements indésirables graves sont présentés à la CDU, avec les actions mises en place.

**André-Gwénaél Pors,  
directeur du Centre hospitalier de Laval**

M. Pors fait part des bonnes pratiques dans son établissement :

- la présidente de la CDU est une représentante des usagers (RU),
- les RU sont aussi membres du CVS, du comité d'éthique, du conseil de surveillance.

Pour M. Pors, il faut inciter les patients à écrire, à rencontrer les RU. Afin notamment de faire évoluer les pratiques des professionnels. Concernant la déclaration des évènements indésirables graves, M. Pors estime qu'il y a d'abord un travail à faire en interne sur la communication et la transparence.

#### 4.6 Le Comité des usagers dans les Groupements Hospitaliers de Territoire

M. Pors indique que le GHT a organisé trois réunions publiques en avril 2017 à Mayenne, Craon et Laval, sous forme d'ateliers débats sur les besoins en santé, la vision de l'hôpital, les parcours de soins etc. Le comité des usagers du GHT travaillera au projet médical partagé sur le territoire en ayant à l'esprit les préoccupations des usagers.

### 5. Présentation de l'étude « Attentes des usagers des services des urgences » et « Rapport régional annuel relatif aux droits des usagers »

Le rapport régional annuel relatif aux droits des usagers est rédigé par la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) de la CRSA. Il fait part des avancées : la bonne prise en compte des plaintes et réclamations dans les ordres professionnels et établissements de santé, la mise en place des commissions des usagers, la promotion de la bientraitance..., et des sujets de vigilance : l'accessibilité aux médecins généralistes, la dégradation des conditions financières d'accès aux soins, l'accessibilité des établissements de santé...

En 2016, la CSDU a fait mener une étude sur les attentes des usagers des services des urgences dont il ressort que : 78 % des patients sont satisfaits de la prise en charge globale, mais 19 % insatisfaits des conditions de séjour et d'attente et des informations communiquées. Les enjeux suivants ont été identifiés : l'augmentation inévitable du recours aux urgences compte tenu des attentes d'une réponse rapide et coordonnée, les évolutions nécessaires dans l'accueil des patients et leurs proches, la nécessité d'une meilleure prise en compte des populations spécifiques.

Le rapport émet des recommandations qui font l'objet d'un plan d'actions suivi par les services de l'ARS.

### 6. Mise en place de l'Union régionale des associations agréées du système de santé - URAASS

Elle est prévue par la nouvelle loi de santé et doit être constituée au plus tard le 31 janvier 2018.

L'assemblée régionale de l'URAASS sera composée des délégations d'associations nationales et des associations régionales agréées. Le comité régional de 15 à 25 membres comportera 8 collèges. Le bureau sera composé d'un membre de chaque collège.

L'Assemblée constitutive se réunira en décembre 2017, dès lors le CISS disparaît et se fond dans l'URASS.

Les URASS n'ont pas de personnalité juridique mais un statut d'établissement juridique rattaché au siège national.

### 7. Les Labels « Droits des usagers » : l'exemple de deux projets labellisés en 2016.



La région des Pays de la Loire est très dynamique : l'ARS a reçu 14 demandes de labels en 2016, elle en a labellisé 6. Mais il manque de projets venant des représentants des usagers et du secteur médico-social.

- La charte d'accueil des familles du Cesame, Catherine Derrien :

Le projet est parti d'une évaluation sur les ressentis des patients et des familles, puis d'une journée de formation. Un groupe de travail « Famille » (avec soignants et représentants de l'Unafam) s'est constitué pour travailler à un meilleur accueil et a abouti à l'idée de la Charte d'accueil. La charte est remise par l'Unafam. Le retour est très bon. Le groupe poursuit son travail sur la relation famille-patients.

- La brochure « Démarche palliative et usagers », Dr Marie-Pierre Ombredane CASSPA 49 (voir site internet) :

Elle a été élaborée par un groupe de travail pour faciliter l'information des personnes, elle est disponible sur le site internet de la CASSPA 49.

Conclusion de la journée

**Denis Leguay**  
président de la CRSA

Cette journée montre la vitalité de l'engagement associatif. M. Leguay met l'accent sur trois points :

- la complexité des sujets montre que la santé ne peut pas se résumer à une prise de position binaire. Le vrai lieu de la démocratie sanitaire est dans les instances où la parole des usagers peut être entendue,
- l'information et la formation des usagers et de leurs représentants sont très importantes. Une pause législative permettrait de mettre en place tous les organes récemment créés,
- la notion de coordination a émergé tout au long de la journée : il faut aménager une complémentarité des séquences au niveau des territoires. Cela demande sans doute de l'articulation, et aussi des moyens, et un changement d'état d'esprit pour se parler sur un territoire.

**Dr Christophe Duvaux**  
directeur général par intérim  
et directeur général adjoint de l'ARS des Pays de la Loire

Le système de santé est complexe, il doit s'organiser pour être lisible, adapté à la situation de chacun. Il faut organiser le système, coordonner les acteurs pour simplifier le parcours du patient.

La dynamique de changement du système de santé est une dynamique très longue. Il faut pouvoir acculturer un système pour le changer de fond en comble ce qui demandera une quinzaine d'années.

Le projet régional de santé 2018-2022 est en cours d'élaboration : la place de l'utilisateur y reste très forte et il faut continuer à l'écouter et améliorer son information et son « éducation ».

## II. Questions/réponses

### **1) La loi oblige-t-elle à renommer la personne de confiance à chaque hospitalisation ou une fois nommée, l'hôpital nous demandera juste s'il y a un changement ou un maintien de la personne de confiance ?**

La loi n'oblige pas à refaire des directives anticipées à chaque hospitalisation, mais il est conseillé de reposer la question à chaque nouvelle hospitalisation pour mieux s'assurer qu'il n'y ait pas eu de changements - *Dr Philippe Hubault – praticien hospitalier responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs*

L'établissement hospitalier demandera à chaque admission le nom de la personne de confiance sauf si l'établissement est le même et que le nom de la personne de confiance a été enregistré dans le dossier du patient. Il sera alors juste demandé une confirmation. -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire -*

### **2) Au sujet de la personne de confiance, il faut bien sûr demander son accord avant et c'est là la grosse difficulté parfois pour trouver quelqu'un qui accepte !**

C'est exact ! Il serait très important de demander pourquoi ? Responsabilité trop importante ? Implication émotionnelle trop forte ? (discussion à propos d'une personne proche, que l'on aime ?). Méconnaissance de la question précise et du sentiment de devoir prendre une décision grave, alors que la responsabilité (/culpabilité) est à porter par les soignants notamment médicaux, et que l'on demande « simplement » « *Vous qui connaissez cette personne, que pensez-vous qu'elle aurait choisi ?* » La personne de confiance retransmet l'éventuel choix du malade, mais sans participer directement aux décisions thérapeutiques, et n'aura donc pas à porter la responsabilité / culpabilité d'une décision (sans doute grave) *Dr Philippe Hubault – praticien hospitalier responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs*

La désignation d'une personne de confiance n'est pas obligatoire. Elle peut être modifiée ou annulée à tout moment, soit par la personne malade, soit par la personne de confiance elle-même (de préférence par écrit). Votre personne de confiance peut être très utile : pour vous accompagner et éventuellement vous aider à prendre des décisions. Dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos volontés et convictions, c'est pourquoi il faut son accord. -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire -*

### **3) Personne de confiance et directives anticipées sur la carte vitale ?**

Très bonne idée ! *Dr Philippe Hubault – praticien hospitalier responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs*

Les directives anticipées sont destinées à faire connaître à vos médecins vos volontés pour votre fin de vie, la personne de confiance doit veiller au respect de vos directives. Son avis est prioritaire sur celui de toute autre personne hors équipe médicale. Leurs places est dans votre dossier médical, et une copie papier avec votre carte vitale. Il n'est pas prévu pour l'instant d'inscription directement dans la carte vitale. Faites-les connaître à vos proches. -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire -*

### **4) Où sont enregistrées les directives anticipées ?**

Actuellement, dans le dossier des patients, ou bien les personnes les conservent avec elles, mais il est prévu de constituer un fichier national de recueil des directives anticipées, comme le registre des donneurs d'organes - *Dr Philippe Hubault – praticien hospitalier responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs*

Les directives anticipées sont conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles peuvent être déposées et conservées, sur décision de la personne qui les a rédigées, dans l'espace de son dossier médical partagé prévu à cet effet. La personne peut également

décider de n'y mentionner que l'information de l'existence de telles directives ainsi que le lieu où elles se trouvent conservées et les coordonnées de la personne qui en est dépositaire -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire* -

**5) Est-ce que l'ordre des médecins peut donner davantage d'information aux médecins généralistes et spécialistes concernant la loi Léonetti ?**

Dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti adoptée le 2 février 2016, deux décrets d'application et un arrêté ont été publiés au Journal officiel le vendredi 5 août 2016 pour préciser les droits des personnes en fin de vie. Fortement impliqué sur l'évolution de la loi sur la fin de vie, l'Ordre des médecins indique qu'il jouera pleinement son rôle dans l'organisation de la campagne d'information aux médecins généralistes et spécialistes. -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire* -

**6) Loi Léonetti – que dire de l'alimentation, de la boisson et la respiration artificielle : sont-ils considérés comme des soins ?**

L'alimentation artificielle, l'hydratation artificielle (boisson), par sonde nasogastrique (sonde par le nez), gastrostomie (sonde placée directement dans l'estomac à travers la peau), par perfusion, la respiration artificielle...ne sont pas des soins mais des traitements. Art 1110-5-1 «*La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article*». Donc le « citoyen français » a le DROIT de les refuser ou de les interrompre. (directement, lorsqu'il peut s'exprimer, ou par ses directives anticipées, ou par l'intermédiaire de la personne de confiance qui n'aura qu'à retransmettre ce que le patient a exprimé, ....donc sans avoir à décider du maintien ou non de ces traitements artificiels et de leurs conséquences sur la vie ou la mort du patient ) *Dr Philippe Hubault – praticien hospitalier responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs*

**7) La sédation terminale – N'y aurait-il pas besoin de prévoir une procédure prévoyant la façon de communiquer, voir un rite où on se dit « au revoir » ?**

Vous avez entièrement raison, il s'agit clairement d'une question « de bon sens » et surtout d'humanité ! CEPENDANT, dans de RARES situations, des patients ne veulent pas qu'on les « voit mourir » surtout pas leur famille, mais dans ce cas, nous pouvons l'expliquer à la famille qui comprend fort bien ce choix, même si ce n'est pas le leur. De plus la loi précise bien que pour une sédation profonde et continue (jusqu'au décès) il est nécessaire d'appliquer la collégialité qui implique l'entourage, donc qui doit être prévenu. - *Dr Philippe Hubault – praticien hospitalier responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs*

La décision de la sédation profonde est prise par l'équipe médicale en tenant compte des directives anticipées rédigées. Mais il n'est pas prévu par la loi une procédure « d'au revoir ». Cela reste possible au choix des familles après échange avec l'équipe médicale. -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire*-

**8) Dans le cadre de la gestion des urgences et notamment des troubles psychiques en zone rurale. Dans le 44, il y a une absence de dispositif de gestion de crise et de traitement de l'urgence psychiatrique. Les familles sont ballotées entre les pompiers, le centre 15, la police, la gendarmerie (qui se trouvent et se disent incompétents pour y répondre) où bien le service psychiatrique éloigné. Par contre, les territoires du 49 et 72 ont proposé des solutions en lien avec les acteurs de santé. Alors quand pour le 44 ? UNAFAM 44**

Ces difficultés en Loire-Atlantique nous ont été signalées et effectivement, il serait souhaitable de s'inspirer des organisations des départements cités. Dans un groupe de travail de préparation du futur plan régional de santé sur les soins non programmés, nous avons insistés pour que la santé mentale soit incluse dans les actions à mener. – *Gérard Allard Président de la Commission spécialisée relative aux Droits des usagers de la CRSA Pays de la Loire* –

**9) Le droit à l'information par l'interne au patient, ce manque de renseignement aboutissant au report d'une intervention chirurgicale. L'information ayant été demandée par le patient atteint d'une maladie rare.**

les internes ne sont pas des docteurs tant qu'ils n'ont pas leur thèse de médecine, mais sont néanmoins des médecins, assujettis au code de la santé publique, or depuis octobre 1995 les médecins ont LE DEVOIR D'INFORMATION – **« Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille,**

**une information** loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose . Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. » *Dr Philippe Hubault – praticien hospitalier responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs*

L'article L1111-2 du Code de la Santé publique prévoit que « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Il est précisé que cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus du traitement. L'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel. Elle doit être loyale, claire et appropriée et ainsi permettre de recueillir le consentement libre et éclairé du patient aux soins qui sont envisagés ultérieurement, L'absence d'information est un manquement aux obligations du médecin, le consentement ne peut être obtenu sans information. *-Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire -*

### **10) Droit d'accès au dossier de soins – un avocat – à partir d'un cas où il est mandaté peut-il élargir sa demande à des cas semblables, en se disant mandaté sans fournir de preuves ? que faut-il faire ?**

Tout patient peut demander à accéder à son dossier médical auprès d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé. Le patient peut y accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne. En dehors du patient lui-même, cette demande peut être effectuée par le titulaire de l'autorité parentale (pour les mineurs), par le tuteur (pour les personnes sous tutelle), et, sous certaines conditions, par son ayant droit (en cas de décès de l'intéressé). Mais en aucun cas un avocat ne peut obtenir un dossier médical sauf lorsqu'il est mandaté par un patient et pour ce seul patient. Donc un avocat ne peut pas élargir sa demande à des dossiers d'autres patients d'autres il n'aurait pas le mandatement. *-Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire -*

### **11) Où en est le DMP ? Aux dernières nouvelles, il était testé par certains départements... Et aujourd'hui ?**

Tous les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent avoir un DMP. Les ayants droit du régime général (majoritairement les enfants mineurs et les conjoints sans emploi inscrits sur la carte Vitale de leur conjoint en activité) ne peuvent pas encore disposer d'un DMP. En l'absence de numéro d'assuré social dans la carte Vitale le DMP ne peut pas être créé. Les travaux sont en cours pour permettre la création de DMP pour tous, courant 2017. Pour l'instant testé dans certains départements de France (Bas-Rhin, Bayonne, Côtes d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy de Dôme, Somme et Val de marne) et seront étendues sur tout le territoire courant 2017. *-Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire*

La mise en œuvre du Dossier Médical Partagée a été confiée à l'Assurance Maladie dans le cadre de la nouvelle loi de santé. – *Gérard Allard Président de la Commission spécialisée relative aux Droits des usagers de la CRSA Pays de la Loire -*

Le DMP est actuellement en phase de test dans 9 départements et ne concerne que les ouvrants droits majeurs affiliés à l'une des caisses expérimentatrices (Bas-Rhin, Bayonne, Côtes d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy de Dôme, Somme et Val de Marne). Aucun en Pays de la Loire. La généralisation du DMP est attendue pour 2018. Par ailleurs afin de faciliter le développement du DMP, l'assurance maladie accompagne les professionnels de santé pour le déploiement de la messagerie sécurisée. – *François Dujardin, Directeur Adjoint à la CPAM du Maine-et-Loire*

### **12) Comment motiver les associations à intervenir à l'Espace ? (pour M. Gilles PAUMIER)**

C'est une vieille histoire... le CH du Mans est un petit hôpital au regard des CHU de la Région mais un gros établissement pour la Sarthe (4500 salariés). Le Directeur du Centre Hospitalier du Mans est arrivé en Sarthe en 2004 après avoir travaillé à la MGEN pendant 4 ans. C'est pendant ces 4 années que nous avons travaillé ensemble. et il m'a contacté directement en me disant : « je ne connais que quelques mutualistes sarthois mais je me demande comment on peut travailler avec 2 RU titulaires et 2 RU suppléants sur ce gros établissement sarthois. Personnellement, j'étais un militant APAJH 72 et j'avais déjà

créé pour les besoins d'accompagnement des élèves handicapés, un collectif sarthois pour répondre à leurs besoins d'accompagnement (AVS) en 1986. J'avais aussi engagé les Retraités de la MGEN en 1982 dans un accompagnement des élèves sarthois malades avec une « Ecole à domicile »... Je savais donc que les Sarthois pouvaient répondre positivement aux sollicitations raisonnables. En 2005, nous avons rassemblé les 6 ou 7 associations liées au handicap (APAJH, ADAPEI, AFM, AD IMC,...) que je connaissais. Peu à peu, le nombre des associations a grandi (Actuellement, 30 asso) mais nous avons aussi « fraternisé » avec des associations de bénévoles comme les Blouses Roses, la VMEH, la Luciole. Pour autant, il convient de créer un collège d'adhérents directs et d'enrôler des bénévoles sans autre engagement. Mon expérience associative m'a démontré qu'on ne pouvait « donner beaucoup » qu'à une seule association. De ce constat, nous avons recruté beaucoup de jeunes retraités que nous avons préparé à nous rejoindre ; Ainsi, je n'ai plus que le seul engagement A.U. CHM comme mes deux vice-présidents et la secrétaire générale. Deux ou trois points non négligeables

Les statuts : Nos statuts permettent aux associations de désigner un titulaire et un suppléant afin de limiter les excuses à répétition.

Agrément régional Santé de l'Association afin de permettre à nos administrateurs l'accès aux groupes de travail de l'établissement

Le lien de confiance avec l'établissement : Il est réel depuis toujours puisque j'avais travaillé avec le Directeur des années 2003. Depuis, nous avons deux nouveaux directeurs et je crois que j'en suis à 5 ou 6 Directrices chargées des Relations avec les Usagers. Ce lien nous permet de solliciter des formations pour nos associations : formation à l'accueil pour les nouveaux accueillants de l'Espace des Usagers, la vaccination, l'hygiène, la Personne de Confiance, les directives anticipées, La demande du dossier médical, ... la semaine dernière : « Soutien et Méthodes d'Organisation du Travail » 9 personnes inscrites !

Le Journal associatif « Les Echos des Usagers » : 3 numéros par an et un 4<sup>ème</sup> pour préparer les AGO.

Par numéro, nous avons toujours un mais le plus souvent deux articles dédiés à la présentation des associations de notre collectif.

Animation de l'Espace des Usagers :

Il est situé, dans le lieu le plus « passant » de l'établissement, environ 1000 personnes/jour.

Un Conseil de l'Espace a été créé (Direction + A.U. CHM + deux autres associations (Insuffisants rénaux et VMEH) avec 3 à 4 réunions annuelles sur le fonctionnement, préparation des bilans.

- 2 accueillants de deux associations différentes chaque après-midi sauf en août (14h/17h et 14h30/17h30). Le planning est établi sur les bases de la déclaration des associations. Généralement, 1 fois par mois, mais la Ligue donne un accueillant chaque semaine et la VMEH un accueillant le mardi et un autre le jeudi. L'AUCHM a elle-même 4 accueillants réguliers et une mini-brigade de remplaçants lorsqu'une absence est annoncée.

Les accueillants ne reçoivent pas au nom de leur association mais en celui du collectif. Les thèmes et distribution de flyers de prédilection : Mission des accueillants de l'Espace, Personne de confiance, directives anticipées,

- Une salle d'accueil pour 6 à 7 personnes autour d'une table, un téléphone, un ordinateur, une imprimante.

On y fait

- quelques médiations en matinée ou après 17h00.

-Etude mensuelle des plaintes et réclamations entre les 3, 4, 5 RU disponibles et quasiment toujours la participation du médecin médiateur.

-Deux petits salons avec table basse et 4 fauteuils (Accueil de patients (café, thé, eau), rencontre possible de plaignants par les RU, préparation des accompagnements en médiation.

Les associations ont la possibilité de faire des journées ou demi-journée d'animations pour elle-même et autant que possible avec le service concerné. Chaque année, les Insuffisants Rénaux, la fibromyalgie, le diabète, l'épilepsie, France AVC 72-53, l'ADOT 72,...Tables, chaises, écran de télévision sont à disposition. Pour des temps de conférence, une salle est à disposition à l'étage au-dessus – *M. Gilles PAUMIER – représentant des usagers à la commission des usagers du Centre Hospitalier du Mans et Président de l'Association des usagers du centre Hospitalier du Mans (AUCHM)*

### **13) Distinction entre CTS et GHT ?**

CTS : Conseil Territorial de Santé - Il remplace la Conférence de territoire. Cette instance réunissant l'ensemble des financeurs, offreurs de services de santé, collectivités territoriales et bien sûr les usagers, ont vocation à devenir les parlements territoriaux de santé.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire. Il régit la coopération entre plusieurs établissements publics de santé d'un même territoire sur un projet commun. -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire* -

#### **14) Pourrions-nous avoir les questions posées lors des réunions publiques ? (pour M. André-Gwénaël PORS)**

transmis en annexe

#### **15) Le tiers payant généralisé c'est très bien mais les professionnels de santé qui appliquent les dépassements d'honoraires viennent percuter ce dispositif en matière d'accès aux soins. Quelle est l'analyse de la CNAM pour réduire ces déviances ?**

Le rapport droit des usagers établi par la CRSA s'interroge sur ce point, et malheureusement, nous disposons peu de données chiffrées. Le constat est que peu de professionnels en secteur 2 ont adhéré au dispositif mis en place pour réguler les dépassements d'honoraires et que nous enregistrons une hausse croissante des actes avec dépassements en chirurgie. – *Gérard Allard Président de la Commission spécialisée relative aux Droits des usagers de la CRSA Pays de la Loire* –

L'assurance maladie agit avec 2 leviers :

- un levier incitatif : mise en place du Contrat d'accès aux soins, remplacé par les Contrats OPTAM et OPTAM-CO par la convention médicale de 2016, vise à demander aux médecins signataires exerçants en secteur 2 (et secteur 1 sous certaines conditions) de réguler leurs tarifs moyennant des contreparties financées par l'assurance maladie (exemple : possibilité de coter certaines majorations jusque-là réservées aux médecins exerçant en secteur à tarifs opposables afin d'améliorer le remboursement des patients, ...)
- un levier coercitif : un suivi des médecins qui, en dehors de toute démarche d'adhésion aux contrats OPTAM et OPTAM-CO, ont des pratiques de tarifications qui sont jugées excessives selon les critères d'appréciation par comparaison – *François Dujardin, Directeur Adjoint à la CPAM du Maine-et-Loire*

#### **16) Pour les médecins pratiquant un dépassement, qu'en est-il pour le tiers payant ?**

Normalement, aucun dépassement d'honoraires ne doit être appliqué pour les titulaires de la CMU (couverture médicale universelle) et de l'ACS (aide complémentaire santé). – *Gérard Allard Président de la Commission spécialisée relative aux Droits des usagers de la CRSA Pays de la Loire* -

Le tiers payant s'appliquera pour la partie de tarifs dits opposables et remboursés par les organismes d'assurance maladie obligatoire dits de base. Il ne concerne pas la partie du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. Il est utile de rappeler que les dépassements d'honoraires doivent être réalisés avec « tact et mesure », c'est-à-dire, tenir compte des capacités financières du patient, de la complexité médicale du soin requis, et qu'un devis doit être remis préalablement au patient. – *François Dujardin, Directeur Adjoint à la CPAM du Maine-et-Loire*

#### **17) Dans les établissements de santé notamment dans les CHU de nombreuses associations interviennent, certaines sont sollicitées pour fournir des candidats pour la représentation des usagers. Toutes ces associations ne sont pas agréées au plan régional ni a fortiori au plan national. Qu'en est-il de la légitimité de ces représentants des usagers ?**

Réponse : L'agrément joue un rôle essentiel dans le développement de la démocratie sanitaire puisqu'il permet aux associations agréées de représenter les usagers au sein des instances hospitalières ou de santé publique. Le fait de ne pas bénéficier de cet agrément, ne remet nullement en cause l'action des associations qui ne sont pas agréées mais qui interviennent dans le système de santé, par exemple : par des actions de prévention, des activités de soutien auprès des malades, dans les services des établissements de santé ou qui s'investissent dans la gestion de structures. Dans les établissements de santé, la convention conclue avec l'association détermine les relations entre les 2 partenaires et précise les conditions et les modalités d'intervention (modèle de convention Circulaire DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004). Il est important que les établissements poursuivent la collaboration avec ces associations, notamment dans le cadre de groupes de travail ou de réflexion. Ainsi, les associations non agréées peuvent être associées à des réflexions ou travaux en raison de sa compétence dans un domaine donné. - *Sylvie Planchot & Christine Ménard – ARS Pays de la Loire – direction d'appui à la démocratie sanitaire et au pilotage stratégique – pôle Usagers*



### **18) Comment être représentant d'usagers à l'hôpital ?**

**Réponse :** Vous devez être membre d'une association agréée du système de santé soit au niveau régional, soit au niveau national. Votre association propose votre candidature auprès de l'ARS ([ars-pdl-representation-usagers@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-representation-usagers@ars.sante.fr)) et peut également transmettre la copie de la proposition à la direction de l'établissement de santé. Afin de favoriser l'interactivité de l'instance et son bon fonctionnement, l'ARS Pays de la Loire consulte l'établissement sur la candidature de l'association avant de procéder à la désignation du représentant des usagers. La liste des sièges vacants est disponibles sur le site internet de l'ARS Pays de la Loire (S'informer/Droits et démarches de l'utilisateur/Représenter les usagers – en bas de la page : Aller plus loin)  
*– Sylvie Planchot & Christine Ménard – ARS Pays de la Loire – direction d'appui à la démocratie sanitaire et au pilotage stratégique – pôle Usagers*

### **19) Il aurait été judicieux avant chaque prise de parole d'explicitier les sigles liés à chaque intervenant. Information minimum pour les usagers que nous sommes.**

Nous prenons note de votre remarque pour les prochaines journées dédiées aux représentants des usagers. En attendant, nous vous proposons en annexe un répertoire des différents acronymes utilisés lors de la journée. – *Sylvie Planchot & Christine Ménard – ARS Pays de la Loire – direction d'appui à la démocratie sanitaire et au pilotage stratégique – pôle Usagers*

### **20) Présidente du CVS à la maison de retraite, où puis-je me former sur mon rôle ?**

Plusieurs organismes tel que L'URIOPPS, Le CREAI, Le CISS organisent des formations. Vous devez pour cela vous rapprocher de ces organismes qui vous communiqueront leurs offres de formation. -*Véronique Pozza Présidente du CISS Pays de la Loire -*

### III. Annexes & Diaporamas

#### 1. Diaporama de M. BLAYO



#### 2. Liens vidéo proposés par Dr HUBAULT

En lien avec la présentation du Dr HUBAULT de la Coordination pour l'Accompagnement des Soins Palliatifs Angevine (CASSPA) 5 vidéos réalisées dans le cadre de l'UFR santé d'Angers, avec l'aide précieuse des ingénieurs pédagogiques, pour le diplôme universitaire « douleur, soins de support et palliatifs » de la faculté de médecine.

séquence 1 : <http://canal-ua.univ-angers.fr/avc/courseaccess?id=3285>

séquence 2 : <http://canal-ua.univ-angers.fr/avc/courseaccess?id=3294>

séquence 3 : <http://canal-ua.univ-angers.fr/avc/courseaccess?id=3295>

séquence 4 : <http://canal-ua.univ-angers.fr/avc/courseaccess?id=3296>

séquence 5 : <http://canal-ua.univ-angers.fr/avc/courseaccess?id=3287>

#### 3. Diaporama de M. DUJARDIN

**RENCONTRE DU 20/06/2017**

**Des travaux engagés dans le cadre du TPG**

L'article 83 de la loi de modernisation de la santé prévoit qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (possibilité), puis du 30 novembre 2017 (obligation), les professionnels de santé exerçant en ville (cf. supra § 1.1 et suivants) appliquent le tiers payant à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (le Conseil constitutionnel a invalidé la disposition visant à étendre le tiers payant à la part complémentaire).

**Le calendrier**

**2015**  
1<sup>er</sup> juillet 2016 Lancement du dispositif du Tiers Payant Intégral pour les bénéficiaires de l'Aide pour une Complémentaire Santé  
2<sup>e</sup> semestre 2016 Consolidation du TPI ACS et préparation de la Protection Universitaire Maladie (PUMA) avec une mise en œuvre progressive à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2018

**2016**  
1<sup>er</sup> Janvier 2016 Lancement du Tiers Payant Dématérialisé  
1<sup>er</sup> juillet 2016 Lancement du Tiers Payant 100% ALD Maternité  
30 Novembre 2016 Rapport de bilan sur le fonctionnement  
31 décembre 2016 Obligation de pratique du Tiers Payant 100% ALD Maternité

**2017**  
1<sup>er</sup> Janvier 2017 Lancement du Tiers Payant Généralisé  
30 septembre 2017 Rapport de bilan sur le fonctionnement  
30 novembre 2017 Obligation de pratique du Tiers Payant Généralisé

**Les enjeux**

Pour les assurés	Pour les professionnels de santé	Pour l'Assurance Maladie
<ul style="list-style-type: none"><li>Un accès aux soins facilité</li><li>La dispense d'avance de frais pour la totalité des bénéficiaires</li><li>Des démarches simplifiées et une meilleure continuité des droits notamment en cas de déménagement/ changement de régime</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ne plus s'interroger sur la capacité financière de son patient et avoir une garantie de paiement sur l'ensemble du montant facturé</li><li>Un système simple en termes de facturation et de suivi des paiements</li><li>La réduction des rejets liés à la situation du patient</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Une harmonisation inter-régimes des pratiques de gestion des rejets</li><li>Une harmonisation inter-régimes des canaux de contacts</li></ul>

## Les travaux sur les « irritants »

### 1 - La maîtrise des délais de paiement

### 2 - L'harmonisation inter-régimes

### 3 - L'amélioration de la qualité de service aux professionnels de santé



## La maîtrise des délais de paiement

L'inscription dans la loi du principe de la **garantie de paiement** sur la base des informations enregistrées en carte : principe du « zéro rejet droit » pour des FSE (flux sécurisés Sésam Vitale sans forçage) en tiers payant

- Les anomalies en lien avec les droits ne doivent plus produire de rejets ou de signalements
- La notion de droit :  
La détermination des droits (droits de base, niveaux de prise en charge, mutation)  
Le parcours de soins : Garantie de paiement même en l'absence de médecin traitant au fichier.

La garantie de paiement reste conditionnée au respect des règles de facturation et de cotation

Effectif depuis janvier 2017



## La maîtrise des délais de paiement

La mise en place de pénalités en cas de règlement au-delà de 7 jours

le non respect du délai par l'organisme d'assurance maladie entraîne le versement au professionnel de santé :

- soit d'une pénalité forfaitaire de 1€ calculée pour chaque facture payée le huitième jour ouvré ou le neuvième jour ouvré ;
- soit d'une pénalité égale à 10% de la part prise en charge par l'assurance maladie calculée pour chaque facture payée à compter du dixième jour ouvré.

Ces pénalités sont versées au cours du semestre qui suit celui au titre duquel elles sont dues.

A compter du 01/07/2016

La publication trimestrielle des indicateurs délai de paiement

Effectif depuis 09/2016



## Les travaux sur les « irritants »

### 1 - La maîtrise des délais de paiement

### 2 - L'harmonisation inter-régimes

### 3 - L'amélioration de la qualité de service aux professionnels de santé



## L'harmonisation inter régime

### • Mise en œuvre de consignes de traitement nationales

Consignes couvrant les rejets irritants et les plus fréquents

Consignes de traitement inter-régimes

Des mises en ligne régulières à compter de février 2016

67 rejets concernés à ce jour



## Les travaux sur les « irritants »

### 1 - La maîtrise des délais de paiement

### 2 - L'harmonisation inter-régimes des stratégies de contrôle de la facturation

### 3 - L'amélioration de la qualité de service



## Amélioration de la qualité de service

### • Déploiement d'un nouveau téléservice : ADRI (Acquisition des Droits Intégrés)

2 modes de fonctionnement :

- Mode ciblé :** Appel automatique par le logiciel dès lors que la carte Vitale n'est pas à jour ou en l'absence de carte Vitale et toujours un appel manuel possible à la main du professionnel de santé
- Mode systématique :** Appel automatique du logiciel dans tous les cas même avec une carte Vitale à jour.
- Aucun équipement supplémentaire nécessaire.
- Appel au service avec une carte CPS ou CPE.



## Amélioration de la qualité de service

### • Amélioration de la lisibilité des paiements

- Mise en œuvre d'une nouvelle norme NOEMIE (580)
- La référence NOEMIE 580, est plus complète et répond aux besoins de suivi et de rapprochement comptable. Elle fournit le résultat du traitement :
  - des factures télétransmises en tiers payant,
  - des factures « papier » en tiers payant saisies ou scannées par les caisses,
  - des paiements différés liés à un traitement par les Caisses
  - des paiements ponctuels divers ne correspondant pas à une facturation (remunérations, aides, forfaits de permanence des soins, etc.)
  - des régularisations de paiements.

Disponible selon les éditeurs de logiciel



### Amélioration de la qualité de service

- Amélioration des libellés de rejets PS (extension des libellés à 80 caractères)

*Ex : le rejet « divergence vitale/exo BDO absente » devient « situation d'exonération inconnue pour le bénéficiaire »*

### Amélioration de la qualité de service

#### Mise en place de Plateformes : les CESI Centre de Service Inter Régimes

Un centre de service multicanal inter-régimes et national  
Un point de contact unique pour toutes les caisses et tous les régimes

Les réponses que le CESI apporte :

- Pour les CPAM : l'information générale sur le tiers payant et sur les principaux actes de la CCAM, l'information sur les paiements et sur les rejets, le traitement des réclamations sur un paiement en tiers payant.
- Pour les autres régimes : l'information générale sur le tiers payant, l'information sur les paiements et les rejets, le traitement des réclamations mais en différé.

Les réponses que le CESI n'apporte pas :

- L'environnement conventionnel (installation, vie conventionnelle ...), les renseignements sur les domaines experts des CCAM.
- Les questions d'ordre médical.

**09 72 72 72 50** Des plages horaires adaptées

- Du lundi au vendredi : 8h-17h
- Les mercredi et jeudi matin jusqu'à 12h

Effectif en juillet 2016

## MERCI DE VOTRE ATTENTION

## 4. Diaporama de Mme SERAZIN

Journée des  
REPRÉSENTANTS  
des USAGERS du système de santé  
Mardi 20 juin 2017 à Angers

### Journée des représentants des usagers du système de santé

Mardi 20 juin 2017

*Les nouvelles représentations pour usagers*

### De la CRUQPC à la commission des usagers

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) a été instituée par décret du 2 mars 2005

Le bilan annuel a permis de confirmer un bon dynamisme existant en Pays de Loire

- 85,3 % des sièges des représentants des usagers étaient pourvus (396 désignations)
- Aucun établissement ne fonctionnait sans représentants des usagers
- Le nombre de CRUQPC avec 2 titulaires et 2 suppléants usagers est en hausse chaque année (dans 53 Etablissements en 2014 – 69 en 2016)
- L'appartenance à une association agréée : un critère d'exigence posé pour les candidatures

© 2017 Pays de Loire

### La Commission des usagers au sein des établissements sanitaires(CDU)

#### Un rôle confirmé et des missions renforcées

- Fixé par décret du 1<sup>er</sup> juin 2016
- Accès à la liste des événements indésirables graves et aux actions correctrices
- Droit d'auto-saisine et de suite sur les sujets de la qualité et sécurité des soins
- Formalisation d'un projet des usagers sur les attentes et propositions en matière d'accueil, qualité et sécurité des soins, respect du droit des usagers
- Accompagnement de l'auteur d'une plainte ou réclamation

© 2017 Pays de Loire

### Les CDU sont installées depuis le 6 décembre 2016

Renouvellement de l'ensemble des membres

La commission est obligatoirement composée

- D'un représentant de l'établissement
- De deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le Directeur d'établissement
- De deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par la directrice générale de l'ARS

- La présidence par l'utilisateur est possible.
- Mandat de 3 ans, renouvelable deux fois
- La vice-présidence est assurée par une représentation distincte du président

© 2017 Pays de Loire

## Installation des CDU dans la région Pays de la Loire : bilan à ce jour

Pas de modification de la composition par rapport à la CRUQPC mais des membres renouvelés et une présidence revue.

117 établissements concernés : 117 CDU installées

468 sièges ouverts pour la représentation des usagers

- 422 représentants des usagers/membres d'une association agréées sont désignés
- 46 postes restent à pourvoir (9,8 %)
- Parmi les représentants des usagers
  - 16 présidents (14%)
  - 62 vice-présidents (53%)

## Représentation sur les territoires Le conseil territorial de santé (CTS)

Un CTS est installé dans chaque territoire de démocratie sanitaire.

Ses missions sont définies dans le décret du 26 juillet 2016

- Il émet un avis sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale
- Il contribue à l'élaboration, mise en œuvre et évaluation du PRS
- Il est informé de la création des plateformes d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes
- Il est informé des contrats locaux de santé et contribue à leur suivi
- Il propose des améliorations pour la réponse aux besoins de la population notamment sur l'organisation du parcours

## Représentation des usagers au sein du conseil territorial de santé

Cinq collèges constituent le CTS :

- 1- Les professionnels et offreurs de service (20 à 28 représentants)
- 2- Les usagers et associations d'usagers (6 à 10 membres)
  - 6 sièges pour les représentants d'usagers et associations agréées
  - 4 sièges représentants des associations de Personnes Handicapées et Personnes âgées (propositions du Conseil Départemental pour la Citoyenneté et de l'Autonomie)
- 3- Les collectivités territoriales (4 à 7 membres)
- 4- Les représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale (2 à 3 membres)
- 5- Les personnes qualifiées (2 membres) dont un représentant de la Mutualité

- En Pays de la Loire, les CTS ont été portés à 50 membres (48 en Mayenne).
- Les arrêtés sont publiés, les instances mises en place depuis mars 2017. Des sièges restent à pourvoir.
- Election d'un président et un vice président.
- Un règlement intérieur est mis en place.

## Une formation spécifique pour organiser l'expression des usagers

Elle est prévue par la loi au sein de chaque CTS

Cette formation comprend au plus 12 membres :

- dont la moitié est issue du collège des usagers et représentants des usagers
- L'autre moitié des membres est issue des autres collèges (hormis les Personnes Qualifiées)
  - Cette formation désigne un président
  - Ce président siège au bureau du CTS
  - Un membre représentant les associations agréées pour représenter les usagers est également appelé à siéger au bureau

## Une commission spécialisée en santé mentale

Elle est prévue par la loi au sein de chaque CTS

Elle comprend au plus 21 membres dont 4 membres issus des usagers du système de santé

- La commission élit un président
- Celui-ci siège au bureau

## Un dispositif expérimental dans la loi de santé (article 158)

Il prévoit la saisie du CTS par les usagers sur des réclamations, plaintes et demandes de médiation :

Il implique dans son organisation la mise en place d'un guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations et plaintes : enregistrement et suivi.

Un groupe de travail a été mis en place au niveau national et un cahier des charges a été réalisé

L'expérimentation est fixée par l'arrêté du 5 mai 2017

L'ARS ne s'est pas positionnée pour expérimenter ce dispositif.

## 5. Diaporama de M. RAUD



### C.D.C.A.

Conseil Départemental de la  
Citoyenneté et de l'Autonomie

### C.D.C.A. : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

Il assure le rapprochement des 2 instances :

- Le CDCPH (Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées)
- Le CODERPA (Comité départemental des retraités et personnes âgées)

48 membres chacune

Il est compétent en matière :

- De prévention d'accompagnement
- D'accès aux soins et aux aides humaines et techniques
- Au logement



### C.D.C.A. : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

Il siège en formation plénière ou spécialisée

- L'une concerne les personnes âgées
- L'autre concerne les personnes relevant du handicap

Constitué de plusieurs collèges dont un collège « usagers »

### SES COMPETENCES

Il est compétent en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins, aux aides humaines ou techniques.

Il est également compétent en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

### IL DONNE UN AVIS SUR :

1. Le schéma régional de santé
2. Les moyens alloués par l'ARS, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie
3. Le plan de prévention de la conférence des financeurs
4. Les conventions signées entre le département et ses partenaires

### IL EST INFORME

- du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat
- ainsi que du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés
- et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département

## 6. Diaporama de M. ALLARD

### Rapport 2016 relatif aux droits des usagers du système de santé

Angers 20 Juin 2017



### La loi HPST

Evaluation annuelle des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés :

- Les droits des personnes malades et des usagers du système de santé,
- L'égalité d'accès aux services de santé,
- La qualité des prises en charge.

L'assemblée plénière de la CRSA rend un avis sur le rapport préparé par la commission spécialisée.

[Important: Rapport de la CSOU et non des représentants des usagers de la CRSA](#)



### Vision d'ensemble

1/3

- La **continuité des indicateurs** permet de voir l'évolution au fil de des années.
- L'**importance des études** pour porter des actions en faveur des droits des usagers :
  - Etude 2015 sur droits des usagers en fin de vie :
    - prise en compte dans programme d'actions ARS 2016
    - initiatives locales dans les projets label droits des usagers
    - des recommandations suivies par l'ARS et la CSOU
- En 2016, une étude sur les attentes des usagers des services des urgences.



### Vision d'ensemble 2/3

Une bonne prise en compte :

- des **plaintes et réclamations** dans les ordres professionnels et établissements de santé
- du renouvellement des représentants des usagers dans les **commissions des usagers** des établissements de santé
- de la **formation** des représentants des usagers
- de la **promotion de la bientraitance** dans les établissements de santé et médico-sociaux





## Vision d'ensemble <sup>3/3</sup>

### Des sujets d'attention et de vigilance :

- L'**accessibilité** aux médecins généralistes et à d'autres professions médicales
- Le sentiment des ligériens sur la **dégradation des conditions financières d'accès aux soins**
- Les **conditions de séjours dans les services des urgences** des établissements de santé
- La hausse significative des mesures de **soins psychiatriques dite « de péril imminent »**
- L'**accessibilité** des établissements de santé aux personnes en situation de handicap.



## Quelques ZOOMS



## La contribution des ordres professionnels au rapport

- Tous les ordres ont répondu à nos sollicitations
- Les processus de traitement des plaintes et réclamations fonctionnent mais sont difficilement lisibles par les usagers
- Motifs de plaintes variés: conditions de prise en charge, défauts de communication, accessibilité à un médecin traitant...
- Entretien avec Conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes : permanence des soins, fragilité d'implantation dans certains territoires, améliorer les conciliations.....



## Les commissions des usagers (CDU)

- Les CDU remplacent les CRUQPC dans les établissements de santé
- **Missions élargies** (événements indésirables graves, médiations...)
- **Renouvellement** en septembre à l'initiative de l'ARS: rapide, transparent, bon retour, pratiquement 90% des postes couverts
- Processus de **formation** en place
- Importance d'**améliorer la connaissance** de leur rôle auprès des structures d'établissement et du grand public



## Les Conseils de la Vie Sociale

- **Légère amélioration**, selon indicateur ARS, en terme de réunions mais loin des objectifs du PRS
- Questionnement, à partir des inspections, de leur **fonctionnement réel et de l'impact sur la vie des résidents**
- Dans établissements concernés nécessité de travailler **lien CDU/CVS**
- Attente de la mise en place de l'**expérimentation en 49** de l'élargissement des CVS aux représentants des usagers



## Accessibilité financière

- Collecte impossible des données Assurance Maladie et ARS
- **L'accès aux professionnels de santé libéraux** :
  - Stabilité du rapport secteur 1 et 2
  - Adhésion au **Contrat d'accès aux soins** : 30% des professionnels secteur 2.... conséquences sur le reste à charge.
  - Augmentation des séjours en cliniques privées avec **dépassements d'honoraires et hausse de ces dépassements**
- =) Un tiers des ligériens déclare avoir eu à renoncer à des soins.



## Accessibilité à un médecin généraliste

- De **nombreuses mesures mises en œuvre** : Implantation des Maisons de santé pluridisciplinaires, Pacte suivi par l'ARS, Plan d'accès à la santé suivi par Conseil régional.
- **10% des ligériens n'ont pas de médecins traitants** mais supérieur à 15,7% sur certains territoires en Sarthe et Mayenne
- 80% des ligériens déclarent un accès facile à un médecin généraliste (60% en 53, 72 et 85...)
- De nombreux indicateurs alertent (départs à la retraite, diminution de la patientèle par médecins...)
- Que faire ?



## Services des urgences

1/2

Etude 2016 de la CRSA sur attentes des usagers

### Les constats

- 78 % des patients satisfaits de la **prise en charge globale** (5,3% insatisfaits)
- 68% des patients satisfaits des **conditions de séjour et d'attente**, des **informations communiquées** sur l'ensemble de la prise en charge (19% insatisfaits)
- 41% des patients arrivent aux urgences de leur propre initiative sans contacter le 15 ou médecin traitant

## Services des urgences

2/2

### Les enjeux identifiés

- **Augmentation inévitable du recours** aux urgences compte tenu des attentes d'une réponse rapide et coordonnée
- Evolution nécessaires dans l'**accueil** des patients et leurs proches et dans la **transmission des informations** : Rôle à jouer des CDU.
- Nécessité d'une meilleure prise en compte des **populations spécifiques** (personnes âgées, handicap...)


## Et très rapidement...

- Amélioration des délais de traitement des dossiers par la **Commission de Conciliation et d'indemnisation**
- Très peu de recours aux **personnes qualifiées** dans le domaine du médico-social
- Des données sur les **évaluations externes et les inspections** des établissements médico-sociaux
- Le suivi du respect des règles sur l'**activité libérale en établissement de santé public**
- Des attentes fortes par rapport aux **aidants**
- Des interrogations sur les résultats des actions de **prévention** (dont bucco-dentaire...)




### Les recommandations du rapport

des recommandations qui peuvent être mises en oeuvre




### Les recommandations

- Améliorer la **visibilité** des dispositifs du traitement des réclamations pour le grand public
- Mettre en place une **campagne d'information sur les commissions des usagers**
- Suivre la mise en place du **document de sortie** d'hospitalisation
- Lever les freins administratifs sur **l'accessibilité aux données économiques liées aux soins**
- Faire respecter les **seuils d'activité libérale** en établissements publics




### Et demain...



### Et demain...

- Une **étude** sur un thème lié à l'expression des usagers
- Des attentes dans la prise en compte du droit des usagers dans le **PRS 2** (plusieurs pistes dans le rapport)
- Un **lien privilégié à construire avec les Conseils Territoriaux de Santé** pour la réalisation du prochain rapport
- Un **nouveau rapport 2017...**




## 7. Diaporama de UNAASS/URAASS

### UNAASS/ URAASS

*Union Nationale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé*

*Union Régionale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé*



### Un préambule

Un préambule

Qui donne le sens politique :

- « La création de l'Unaass traduit la volonté des associations adhérentes d'être rassemblées pour renforcer la place des usagers dans le système de santé et leur légitimité à être associés au fonctionnement et les décisions relatives à celui-ci. »
- « L'Unaass donne un nouvel élan à la dynamique associative : pour tous les usagers, la possibilité de promouvoir et de défendre les droits collectifs et individuels ; pour les usagers et les acteurs du système de santé, la capacité d'agir sur l'organisation et le fonctionnement de ce système, et son évolution. »

Qui précise le rôle de l'union envers les associations membres et la liberté d'action que celles-ci conservent :

- « L'Unaass accompagne chacun de ses membres mais ne gomme leurs singularités et n'agit pas à leur place dans leur champ d'intervention. »

### Gouvernance nationale

**Le Comité de séniorologie et de prévention des conflits : 7 membres**  
4 représentants de l'AG  
+ 3 personnalités qualifiées dont le président

**AG**

Assemblée générale  
Toutes les associations nationales agréées adhérentes  
+ Toutes les Unaass  
Invitation des associations associées

**Bureau : 11 membres**  
Président, Vice-président, Trésorier  
+ 1 membre de chaque collège

**CA**

Conseil d'administration :  
au plus 45 membres  
+ 7 collèges  
+ 11 Unass  
+ au plus 2 personnalités qualifiées

**7 collèges des associations nationales = les Unaass**

- Associations de défense des intérêts des personnes malades ;
- Associations de défense des intérêts des personnes âgées et des retraités ;
- Associations de défense des intérêts des personnes en situation de handicap ;
- Associations de défense des intérêts des familles, dont l'UNAF ;
- Associations de défense des intérêts des concubinaires ;
- Associations de défense des intérêts des personnes en situation de précarité ;
- Associations dont l'objet principal est la défense et la promotion de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ;
- Unaass (9 dont 2 DOM)

### Gouvernance régionale

**AR**

Assemblée régionale  
Les « Délégations »  
+ Associations nationales agréées  
Invitation des associations associées

**CR**

Comité régional  
de 11 à 25 membres  
7 collèges  
+ Collège représentant les territoires  
+ deux personnalités qualifiées

**Bureau**

Président, vice-président, trésorier  
+ 1 membre de chaque collège

**7 collèges = Collège représentant les territoires**

**Même collèges que la gouvernance nationale = Collège représentant les territoires**

**Une Unaass par région administrative**

- Les Unaass n'ont pas de personnalité juridique
- mais un statut d'établissement juridique rattaché au siège national, conformément aux dispositions du code de commerce.
- Elles peuvent conduire des actions régionales ou locales prenant en compte les spécificités des territoires en matière de santé publique.

### URAASS Pays de la Loire

Mise en œuvre sous l'impulsion de l'UNAASS (Président Alain-Michel CERETTI)

Objectif: **1 Janvier 2018**

En principe réunion d'informations courant septembre pour les associations concernées.

Assemblée Générale constitutive avant la fin de l'année.

## IV. Glossaire des sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
CASSPA	Coordination pour l'accompagnement des soins palliatifs Angevine
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des personnes handicapées
CDU	Commission des usagers
CISS	Collectif Inter associatif sur la Santé
CNS	Conférence Nationale de Santé
CODERPA	Comité Départemental des retraités et personnes âgées
CPAM	Caisse primaire d'assurance Maladie
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (devenu commission des usagers)
CSDU	Commission spécialisée Droits des usagers
CTS	Conseil territorial de santé
CVS	Conseil de la vie sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMASSP	Equipe Mobile d'accompagnement Soins de support et palliatifs
GHT	Groupement Hospitalier de Territoires
LMSS	Loi de modernisation du système de santé
Loi HPST	Loi Hôpital Patients santé territoires
PRAPS	programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet Régional de Santé
UNAASS	union Nationale des associations agréées du système de santé
URAASS	Union Régionale des associations agréées du système de santé