



**RAPPORT ANNUEL RELATIF  
AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS  
DU SYSTÈME DE SANTÉ**

**2013-2014**

*(portant sur les données 2012-2013)*

## Introduction et méthodologie de l'élaboration du rapport

<b>I. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</b> .....	<b>5</b>
<b>A. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)</b> .....	<b>5</b>
1. Ambulatoire .....	5
2. Sanitaire .....	5
3. Médico-social .....	5
<b>B. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers (obj.2)</b> .....	<b>6</b>
1. Ambulatoire (obj. 2a) .....	6
2. Sanitaire (obj.2b).....	7
3. Bilan quantitatif des réponses par établissement .....	8
4. Informations en rapport avec les plaintes et réclamations .....	13
5. Demandes de communication d'informations médicales .....	18
6. Conseil de vie sociale (CVS) .....	28
7. Personnes qualifiées .....	32
<b>C. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance et prendre en charge la douleur (obj.3 &amp; 4)</b> .....	<b>32</b>
1. Sur la certification V2010 (obj.3b).....	33
2. Rappel du dispositif national des indicateurs IPAQSS .....	33
3. Promouvoir la bientraitance (obj.3b).....	34
4. Prendre en charge la douleur (obj.4) .....	35
<b>D. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à respecter des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie</b> .....	<b>35</b>
1. Secteur sanitaire .....	35
2. Secteur médico-social .....	36
<b>E. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical (obj.6)</b> .....	<b>36</b>
1. Rappel des textes .....	36
2. Ambulatoire .....	36
3. Secteur sanitaire .....	36
4. Secteur médico-social .....	38
<b>F. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté (obj.7)</b> ..	<b>38</b>
<b>G. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical (obj.8)</b> .....	<b>41</b>
<b>H. Santé mentale (obj.9)</b> .....	<b>42</b>
<b>I. Label 2012 et 2013 « droits des patients »</b> .....	<b>44</b>
<b>II. Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous,</b> .....	<b>45</b>
<b>A. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux (obj.10)</b> .....	<b>45</b>
1. Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité .....	45
2. Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale .....	46
3. Taux de satisfaction de la permanence des soins.....	47
<b>B. Assurer financièrement l'accès aux soins</b> .....	<b>48</b>

<b>C. Assurer l'accès aux structures de prévention (obj.12)</b> .....	<b>48</b>
1. Dépistage du cancer du sein .....	48
2. Dépistage du cancer colorectal .....	49
3. La prévention des cancers.....	51
4. Vaccination .....	51
5. Prévalence de l'obésité.....	52
<b>D. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico- sociale sur tous les territoires (obj. 13)</b> .....	<b>54</b>
1. Les contrats locaux de santé .....	54
2. Les écarts interrégionaux d'équipements médico-sociaux.....	55
3. Le nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité .....	56
<b>III. Conforter la représentation des usagers du système de santé</b> .....	<b>60</b>
<b>A. Former les représentants des usagers des instances du système de santé</b> .....	<b>60</b>
<b>IV. Renforcer la démocratie sanitaire</b> .....	<b>61</b>
<b>A. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système         de santé dans la CRSA</b> .....	<b>61</b>
1. La participation aux instances de la CRSA .....	61
2. La commission des droits des usagers de la CRSA.....	63
<b>V. Recommandations</b> .....	<b>67</b>

## ***Introduction et méthodologie de l'élaboration du rapport***

Le rapport 2012-2013 sur les droits des usagers du système de santé en Poitou-Charentes, contient plusieurs nouveautés répondant ainsi aux préconisations des pouvoirs publics qui ont diffusé cette année un nouveau cadre d'élaboration de ce document fondamental.

Il intègre des indicateurs esquissant un état des lieux du respect de certains droits fondamentaux, touchant à la qualité de vie de la personne (prise en compte de la douleur, veille sur le thème de la bientraitance), ou au droit à l'information. Il est important de souligner qu'il est plus facile de recueillir ces éléments en secteur sanitaire que dans le champ médico-social.

Globalement, ce rapport témoigne du bon fonctionnement, dans notre région, des différentes instances de démocratie sanitaire consacrées aux droits des usagers.

Cette dynamique participative, cette place des usagers, leur parole, est aujourd'hui davantage qu'hier considérée et prise en compte. Elle l'est dans les établissements, elle l'est dans les instances, elle l'est dans la société et cette évolution est positive. Ce mouvement ne peut être que collectif. Au sein de la CRSA il est porté par la commission « Droits des Usagers ». Il doit l'être, elles en sont conscientes, par les autres commissions spécialisées, et l'Assemblée Plénière.

Ce rapport sur le droit des usagers a été réalisé dans le cadre des organisations et instances définies par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi HPST) du 21 juillet 2009.

Cette loi confère aux Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie la mission de procéder chaque année à « *l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge* » (art. L 1432-4 CSP).

Le décret du 31 mars 2010 relatif à la Conférence Régionale Santé et de l'Autonomie (CRSA) précise que « *ce rapport est établi selon un cahier des charges fixé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie* » (art. D. 1432-42 CSP). Il est préparé par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA.

L'arrêté ministériel du 5 avril 2012 a fixé le cahier des charges des rapports à établir par les CRSA en reprenant les thèmes :

- promouvoir et faire respecter les droits des usagers ;
- renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ;
- conforter la représentation des usagers du système de santé ;
- renforcer la démographie sanitaire.

L'arrêté précise en outre que ce rapport est établi à partir des données collectées et consolidées par l'ARS, la CRSA étant chargée de leur analyse.

Compte tenu de la difficulté de recueillir toutes les données nécessaires, il a été impossible de traiter tous les objectifs définis dans le cahier des charges.

***Précision*** : les données recueillies pour ce rapport sont en principe celles de l'année 2012 et 2013.

## **I. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers**

### **A. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)**

L'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé a été instaurée par la loi HPST. La liste des priorités nationales a été fixée par un arrêté du 26/02/2013 joint en annexe 2.

Le recensement dans chaque région des programmes de DPC collectif annuel ou pluri annuel contribue à l'évaluation de la promotion et du respect du droit des usagers. Néanmoins, ce recensement s'avère difficile eu égard, notamment, au nombre important d'organismes agréés qui proposent des formations.

#### **1. Ambulatoire**

Il n'a pas été possible d'identifier les formations disponibles dans la région dans les domaines ciblés par le cahier des charges.

#### **2. Sanitaire**

L'offre de formation proposée par l'Association Nationale de Formation Hospitalière (ANFH) s'articule autour d'actions de formation nationales fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et d'actions de formation régionales bâties par les délégations régionales ANFH. Dans chaque région, les thèmes de formation sont fixés par les instances paritaires régionales de l'ANFH.

Comme toujours, l'ANFH a proposé en 2013 des formations qui permettent aux agents de se former autour de la promotion et du respect du droit des usagers.

- Construire un programme de DPC
- Mettre en place le DPC
- La démarche palliative

Nous n'avons pas eu connaissance du nombre de réunions, ni du nombre de participants à ces réunions.

#### **3. Médico-social**

Outre les formations spécifiques (douleur, fin de vie, etc.) financées par les organismes paritaires collecteurs agréés, la formation et la sensibilisation des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux au respect des droits des usagers peut se faire par le biais de la mise en œuvre des démarches d'évaluation interne et externe. Celles-ci permettent d'accompagner les structures dans la promotion de la culture d'amélioration continue de la qualité en faveur des usagers : un véritable levier de progrès pour les établissements médico-sociaux.

Le cadre de l'évaluation interne est réglementairement défini et précisé par l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux) et porte au minimum sur quatre domaines prioritaires :

- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale,

- la personnalisation de l'accompagnement,
- la garantie des droits et la participation des usagers,
- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

Pour accompagner les établissements l'ARS a mis à place une action régionale d'accompagnement, sous la forme notamment de réunions départementales des établissements sociaux et médico-sociaux sur ces thèmes particuliers.

En 2012 (à cette date la réunion était à l'échelle de la région) la réunion a porté sur le thème « Devenir une personne ressource « bientraitance » en EHPAD ». 120 personnes ont été réunies en 2012.

En 2013 ces réunions, devenues départementales, ont pris la forme d'une « Journée de rencontre des référents bientraitance ». La participation n'a pas faibli entre 2012 et 2013.

En outre, en 2013, par convention avec l'UNIFAF l'ANFH, l'ARS a accompagné 2 actions de formation :

- « Référents hygiène » (2 groupes de 20 personnes).
- « Lutte contre la douleur de la personne âgée » (4 groupes de 15 personnes).

## **B. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers (obj.2)**

### **1. Ambulatoire (obj. 2a)**

Le cahier des charges relatif à l'élaboration du présent rapport mentionne comme indicateurs pour le secteur ambulatoire :

- « l'existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation.
- le taux de réponse apportées ».

La DGOS a saisi les ordres nationaux des professions de santé pour qu'ils répondent aux sollicitations de la CRSA en ce qui concerne le processus de traitement des réclamations au plan régional, en particulier sur les thématiques suivantes :

- maltraitance,
- accès au dossier médical,
- refus de soins pour prestataires CMU-AME.

Les seules informations disponibles sont celles fournies par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) via les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins et qui ont un caractère d'ordre général.

<b>Région Poitou-Charentes</b>		<b>2012</b>	<b>2013</b>	
<b>Affaires disciplinaires</b>	<b>Total des plaintes et doléances reçues</b>	Entre médecins	9	15
		Entre particuliers et médecins	57	118
		Entre médecins et établissements de soins	1	2

		<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>135</b>
<b>Conciliations</b>		Entre médecins	3	8
		Entre particuliers et médecins	6	62
		Autres conciliations	2	1
		<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>71</b>
<b>Plaintes transmises</b>		Entre médecins		2
		Entre particuliers et médecins		14
		D'une administration		0
		Par le conseil départemental		0
		Plaintes directes CD		7
		<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>23</b>

Les données chiffrées sont livrées telles quelles et n'ont pas été accompagnées d'un commentaire ni d'une analyse qualitative.

Au sein de l'ARS Poitou-Charentes et en complément des données fournies par l'ordre il est à noter que la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) ainsi que le service Inspection Contrôle Audit Evaluation (ICAE) recensent et suivent le traitement des plaintes directement adressées à l'ARS Poitou-Charentes (plaintes de niveau et d'ordre différents).

## 2. Sanitaire (obj.2b)

### ▪ Rappel du cadre réglementaire

Le cadre général de la prise en compte des droits des patients au sein des établissements de santé est défini à l'article L.1112-3 du code de la santé publique, dont la rédaction est issue de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Au terme de cet article L.1112-3, les établissements de santé sont soumis aux obligations suivantes : les établissements de santé doivent mettre en œuvre les dispositions réglementaires relatives aux droits des malades.

Chaque établissement de santé - ainsi que chaque syndicat inter hospitalier et groupement de coopération sanitaire autorisé à assurer les missions d'un établissement de santé - doit disposer d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Les CRUQPC sont chargées de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches et de contribuer, par leurs avis et propositions, à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

- Les CRUQPC doivent être consultées sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge.
- Les conseils de surveillance des établissements publics de santé, ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés, doivent délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un "rapport présenté par la CRUQPC".
- Les établissements de santé doivent transmettre le "rapport de la CRUQPC" et les conclusions du débat au sein du conseil de surveillance à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et à l'Agence Régionale de Santé.

L'article L.1112-3 prévoit également qu'il revient aux ARS de rédiger une synthèse de l'ensemble de ces documents ("rapports des CRUQPC" et délibérations des instances hospitalières). Ainsi les instances doivent rendre compte, annuellement :

- des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge,
- des mesures correctives mises en place par le conseil de surveillance de l'établissement ainsi que de l'impact de leur mise en œuvre,
- des axes d'amélioration qu'il est nécessaire d'instaurer pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

L'ARS étudie et analyse l'ensemble des compte rendus qui lui sont transmis par les établissements de santé, synthétise ses constats dans un rapport qu'elle transmet à la CRSA.

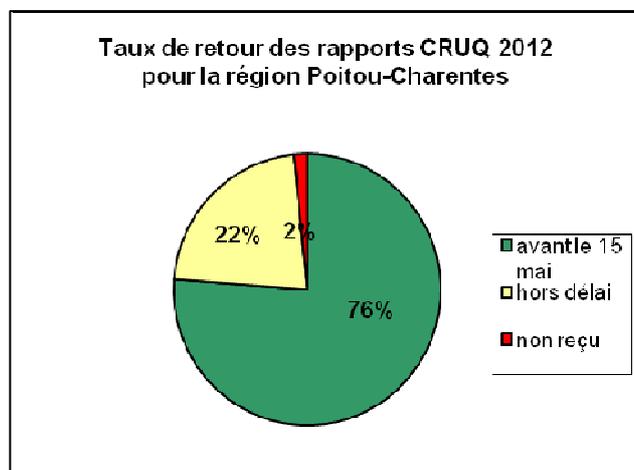
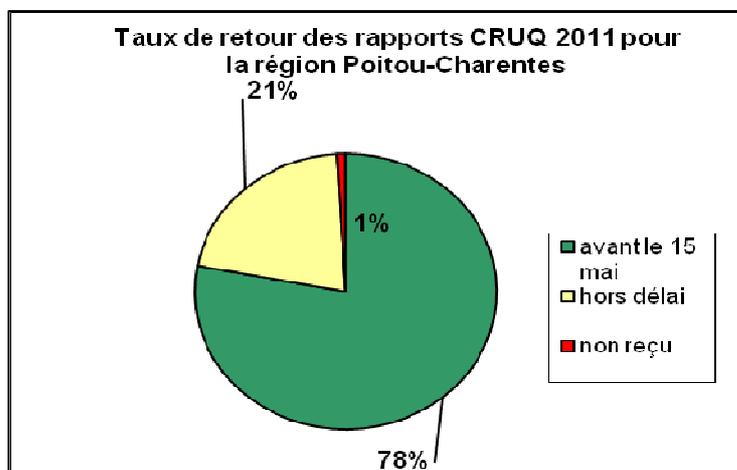
Cette partie du rapport est ainsi constituée des éléments figurant dans la synthèse des documents transmis par les établissements de santé.

### 3. Bilan quantitatif des réponses par établissement

A ce stade il faut souligner que les données relatives aux CRUQ sont celles émanant du rapport de 2013 (sur les données 2012), le rapport 2014 (sur les données 2013) n'ayant pas encore été finalisé.

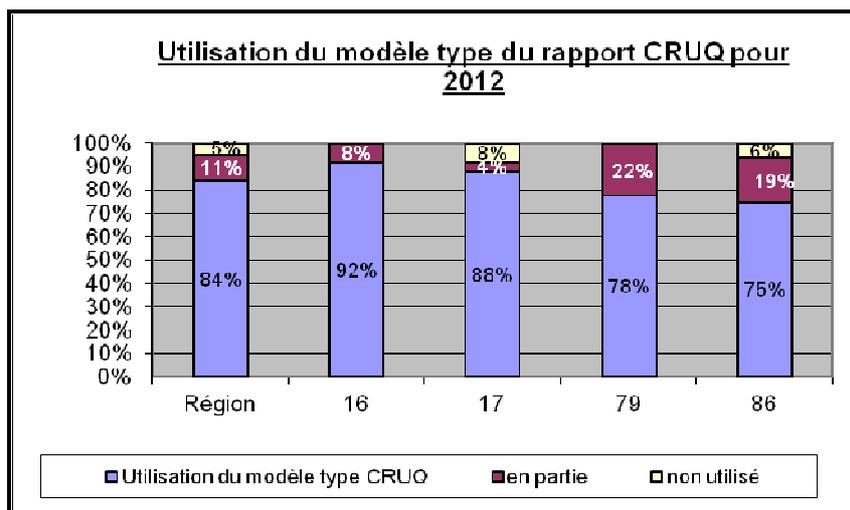
#### ▪ Fonctionnement des CRUQPC

Le taux de réception des rapports CRUQ en 2013 est de 98% contre 99% en 2012. Les établissements n'ayant pas transmis leur rapport cette année ne sont pas les mêmes que l'année précédente.



(sources : rapport CRUQ 2013)

Le taux de retour des rapports au 15 mai (date légale limite de réception) est de 76% contre 77% pour l'année 2011.



(sources : rapport CRUQ 2013)

84% des établissements de la région ont utilisé le modèle type du rapport CRUQ contre 85% l'année dernière.

Le nombre moyen de personnes ayant participé à la rédaction des rapports CRUQ est 3,7 (données comprises entre 1 et 14 selon les établissements).

Le nombre moyen de réunions de travail qui ont été nécessaires pour finaliser la rédaction du rapport est : 1,5 (données comprises entre 0 et 4 selon les établissements).

Le taux de participation des usagers à la rédaction du rapport CRUQ est de 67% contre 53% pour l'année 2011.

Bien qu'ils aient utilisé le rapport type mis en place par l'ARS, une minorité d'établissements estiment que le recueil et l'exploitation des données nécessaires pour compléter ce document occasionnent un surcroît de travail conséquent pour les services.

## ▪ **Etat d'installation, fonctionnement et organisation de CRUQPC**

### - **Fonctionnement**

Dans la région Poitou Charente 100% des établissements disposent d'une CRUQPC.

Les CRUQ des établissements de la région disposent toutes d'un règlement intérieur validé.

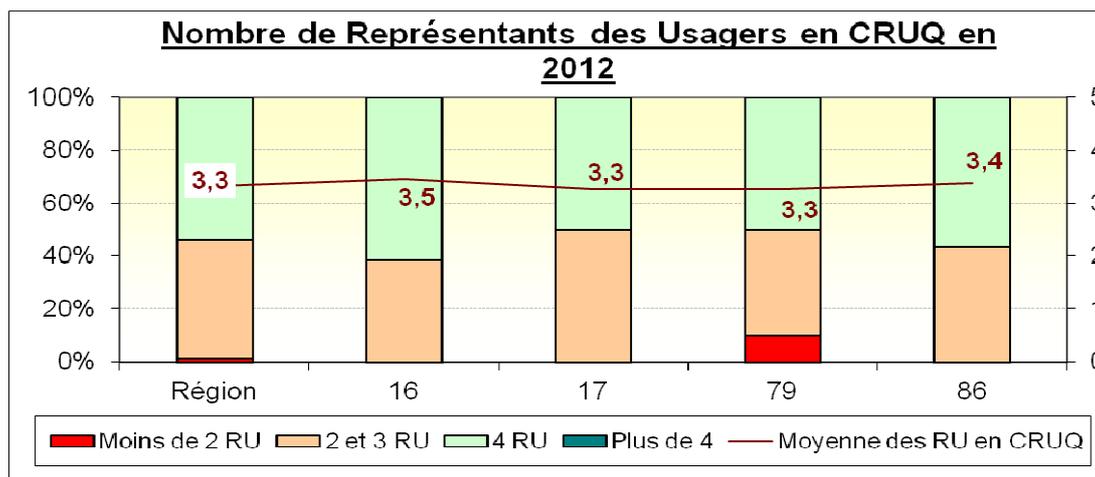
Ce règlement intérieur a fait l'objet d'une révision dans 77% des établissements depuis la création de la plupart des CRUQ en 2005.

### - **Composition de la CRUQ**

Le pourcentage d'établissements possédant une CRUQ composée de :

- 4 représentants d'usagers (deux titulaires et deux suppléants) est : 54 % contre 24% pour l'année 2011,
- 2 ou 3 représentants d'usagers est : 46% contre 70% pour l'année 2011,
- Moins de 2 représentants d'usagers est : 2% contre 6% pour l'année 2011.

Ces résultats sont meilleurs que ceux de 2011 puisque la moyenne 2012 des représentants d'usagers en CRUQ est de 3,3 contre 2,7.



Il s'est tenu 214 réunions CRUQ en Poitou-Charentes en 2012 soit une moyenne de 3,5 réunions par établissement et par an (en hausse sensible par rapport à l'année 2011 où la moyenne était de 2,9).

Le taux de participation moyen des représentants d'utilisateurs à ces réunions est de 68% contre 72% l'année dernière.

Le taux de participation moyen de l'ensemble des membres de la CRUQ est de 74% contre 77% l'année dernière.

52% des établissements réunissent leur CRUQ moins de 4 fois dans l'année (70% en 2011).

Conformément à l'article R 1112-90 du Code de la Santé Publique, les frais de transport des représentants des utilisateurs siégeant en CRUQ doivent être pris en charge par les établissements de santé : cet article est appliqué dans 54% des cas.

Certains établissements ne remboursent pas les frais de transport parce que l'utilisateur n'en fait pas la demande.

D'autres établissements ont décidé en interne de ne pratiquer ce remboursement qu'au-delà d'un trajet minimum.

**REPRESENTATION DES ASSOCIATIONS DANS LES CRUQPC  
au 1<sup>er</sup> juillet 2013**

**Les associations les plus représentées par département :**

**Charente :**

Ligue contre le cancer : 10,86%,  
Association des Visiteurs de Malades  
dans les Etablissements Hospitaliers (VMEH) : 8,69%,  
UDAF : 8,69%

**Charente-Maritime :**

Ligue contre le cancer : 10,25%,  
UFC Que Choisir : 7,69%,  
France Alzheimer : 7,69%,  
Association francophone pour vaincre la douleur : 7,69%

**Deux-Sèvres :**

Association française des diabétiques : 15,25%,  
Association française des traumatisés crâniens : 10,16%,  
CISSPC : 6,77%,  
UDAF : 6,77%

**Vienne :**

UNAFAM : 14,28%,  
Association des stomisés d'Aunis Saintonge : 10,38%,  
Association des insuffisants rénaux : 9,09%,  
France Alzheimer : 9,09%

**Les associations les plus représentées dans la région :**

UNAFAM : 8,18%,  
Ligue contre le cancer : 7,7%,  
UDAF : 6,81% et  
France Alzheimer : 6,36%

- **Organisation**

48% des établissements en région déclarent disposer d'un lieu d'écoute dédié aux usagers et 41% ont mis en place une permanence téléphonique.

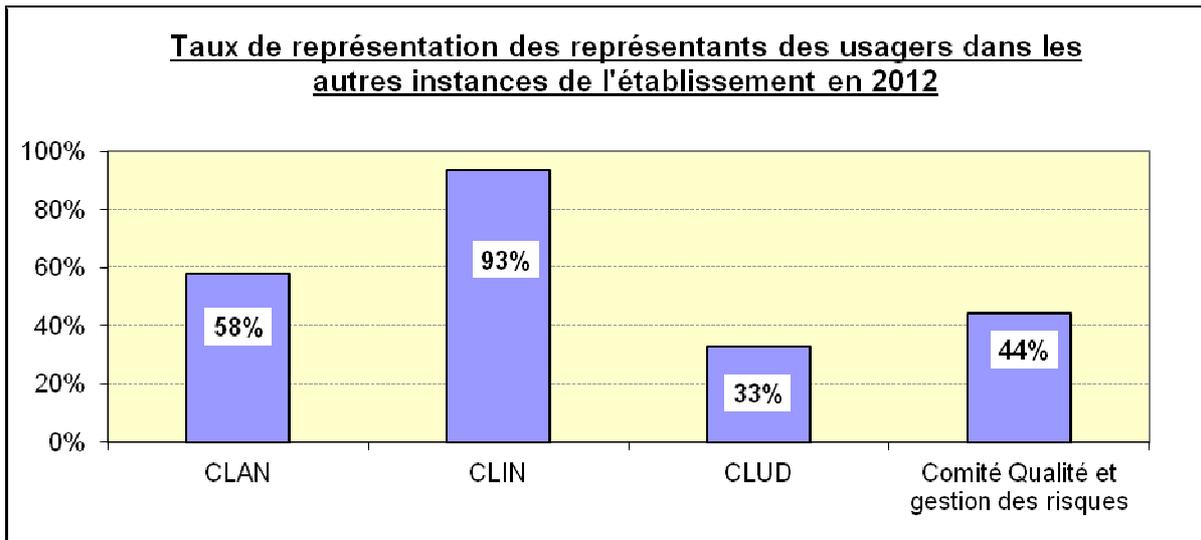
34% des établissements de la région ont bénéficié en 2012 d'au moins une formation à l'attention des membres de leur CRUQ (des formations organisées par le CISSPC<sup>1</sup>, en interne ou bien par un autre organisme de formation).

Les thèmes principaux de ces formations sont les suivants :

- le droit des usagers : représentant d'usagers, l'essentiel ; les représentants d'usagers en CRUQ ; rôle et missions de la CRUQ...
- le bon usage du médicament,
- les médiations en établissement de santé : cadre juridique et règles de bonnes pratiques,
- les certifications.

---

<sup>1</sup> Tous les frais inhérents aux formations organisées par le CISSPC ont été pris en charge par le Collectif lui-même.



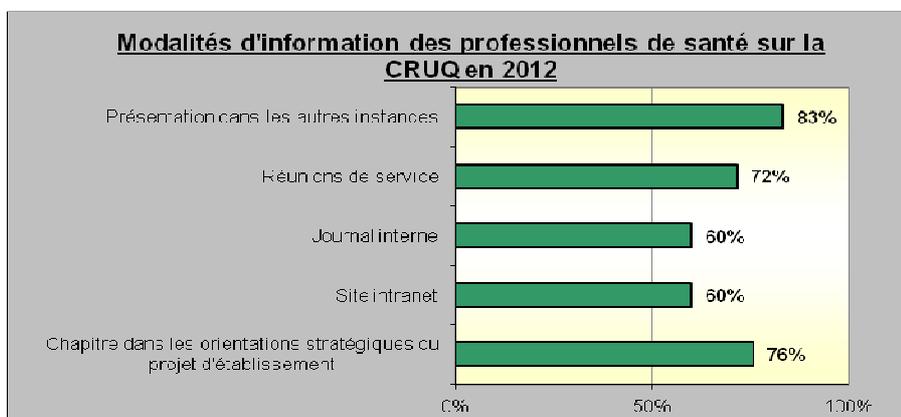
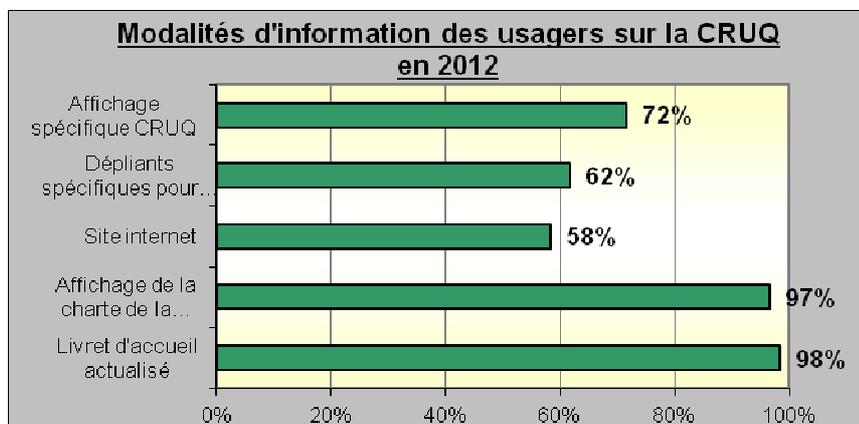
(sources : rapport CRUQ 2013)

Les représentants des usagers participent également à la vie de l'établissement au travers d'autres instances avec notamment 93% d'entre eux qui siègent en CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).

Le taux de participation des usagers au CLAN est de 58% contre 50% en 2011.

Le taux de participation des usagers au comité Qualité et gestion des risques est de 44% contre 28% en 2011.

- **Informations des usagers et des professionnels de santé**



(sources : rapport CRUQ 2013)

Les établissements de la région communiquent énormément sur leur CRUQ et les droits des usagers aussi bien au niveau des usagers qu'auprès des professionnels de santé.

Les moyens de communications les plus utilisés sont le livret d'accueil, l'affichage des chartes, des interventions dans les autres instances ou les réunions de service et un chapitre dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Les sources d'information sur lesquelles s'appuient les établissements afin de rédiger leur rapport CRUQ sont majoritairement :

- les comptes-rendus des réunions CRUQ,
- les résultats des enquêtes de satisfaction ou les questionnaires de sortie,
- les documents d'affichage des résultats IPAQSS et le score agrégé,
- le tableau récapitulatif des plaintes/réclamations/doléances,
- la synthèse des demandes de dossiers,
- la synthèse des événements indésirables et de leur criticité.

Les résultats de certification par la HAS, les rapports d'activité du service Qualité et Gestion des risques ainsi que la synthèse des remerciements et éloges sont également des sources d'informations non négligeables.

#### 4. Informations en rapport avec les plaintes et réclamations

##### ▪ Rappel des définitions retenues pour la région

- **La plainte** est un grief qui doit être écrit et nominatif. Elle doit cibler un fait précis et entraîner une enquête interne à l'établissement. Elle doit déboucher en CRCI et/ou au tribunal et/ou faire l'objet d'une transmission à l'assurance.

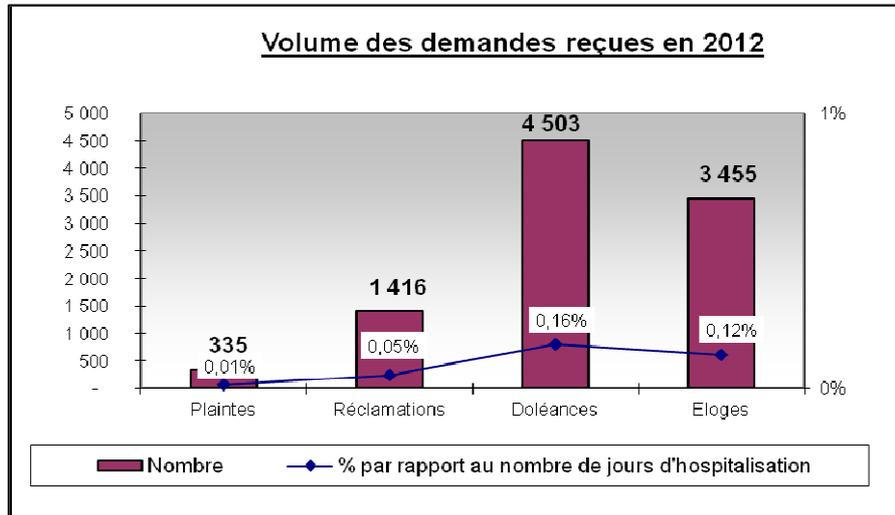
La plainte peut, si l'évolution de la procédure l'implique, être rétrogradée en réclamation.

- **La réclamation** est avant tout une demande d'explication qui doit être écrite et nominative. Elle doit cibler un fait précis et entraîner une enquête interne à l'établissement. Elle peut faire l'objet d'une médiation.
- Si l'évolution de la procédure l'implique, elle peut être requalifiée en plainte.
- **La doléance** est l'élément négatif qui émane des questionnaires de satisfaction.

Les données disponibles à ce jour sont celles de 2012. Celles de 2013 seront disponibles prochainement (rapport CRUQ 2014)

##### ▪ Plaintes et réclamations reçues

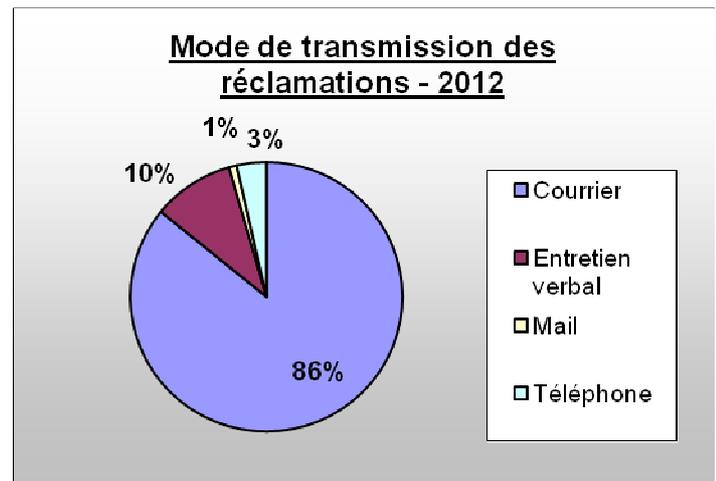
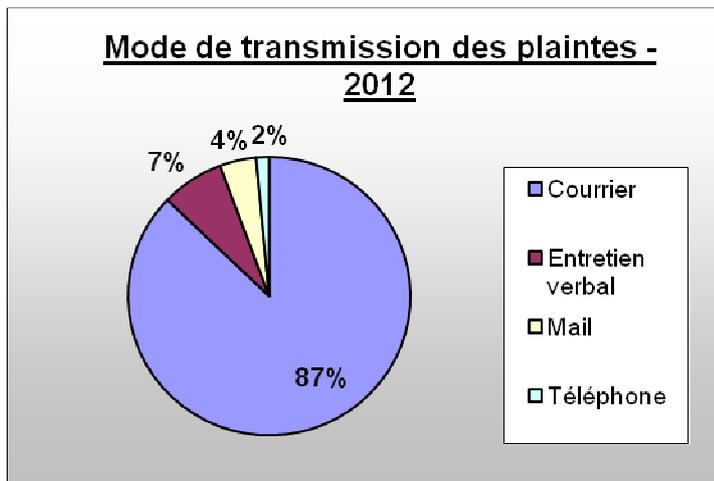
96 % des établissements déclarent disposer en 2012 d'une procédure de traitement des plaintes et réclamations contre 92% dans le rapport précédent.



source : rapport CRUQ 2013

Le nombre global de plaintes et réclamations est en diminution (-13%) alors que le nombre global de doléances est en augmentation de 19%.

Les établissements reçoivent plus de doléances que de réelles plaintes et réclamations. Le nombre d'éloges est également non négligeable (augmentation de 169,7% par rapport à l'année dernière).

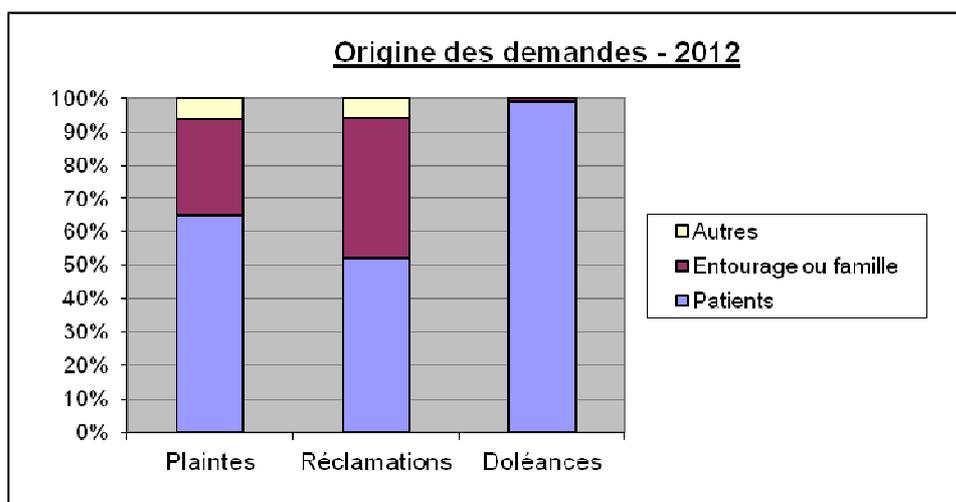


source : rapport CRUQ 2013

Il semble que le mode de dépôt des plaintes et des réclamations soient globalement le même : par courrier à presque 90 % et oralement dans environ 10 % des cas.

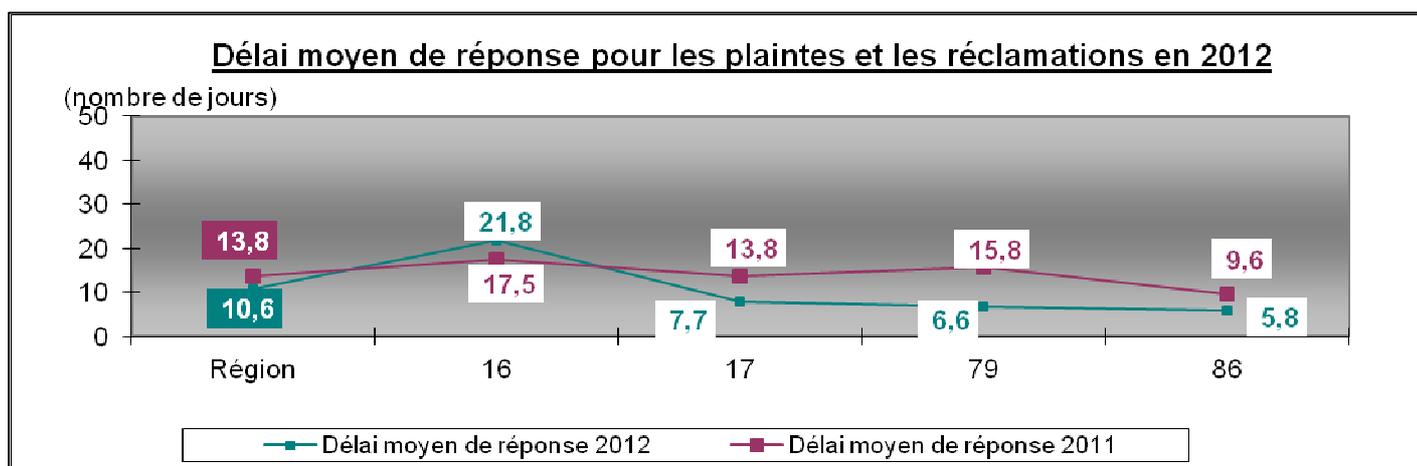
Toutes les doléances ont, quant à elles, été recueillies dans les questionnaires de sortie.

- **L'origine des demandes**



(sources : rapport CRUQ 2013)

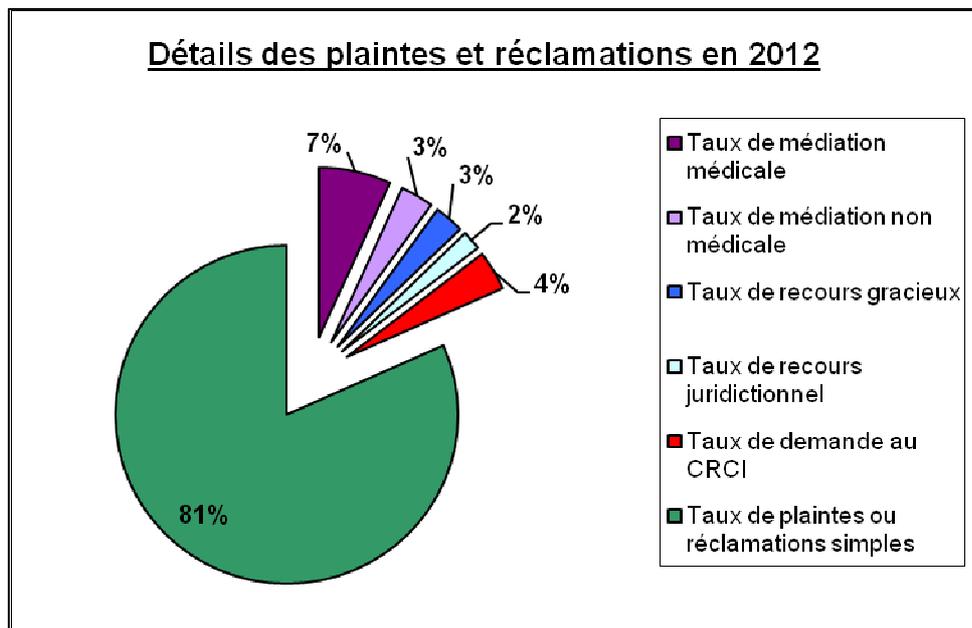
On constate que les plaintes, réclamations et doléances émanent majoritairement des patients.



- **Les délais de réponse**

Dans l'ensemble, les délais de réponse pour traiter les plaintes et réclamations sont en amélioration au niveau de la région puisqu'ils passent de 13.8j en 2011 à 10.6j en 2012.

- Le détail des plaintes et réclamations



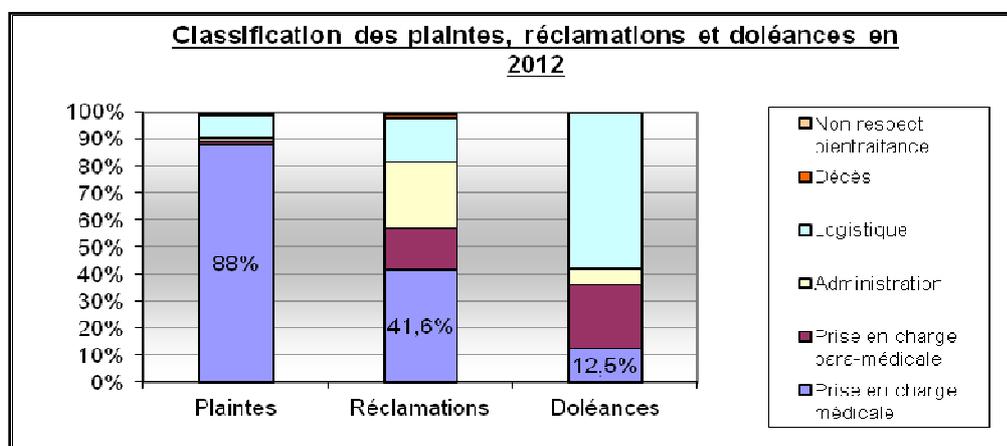
(sources : rapport CRUQ 2013)

Le délai moyen entre la demande de saisine et la médiation est de 19.8j alors que la réglementation prévoit un délai de 8j, sauf refus ou indisponibilité de la part du plaignant. L'année dernière, ce délai moyen était de 30.9j.

- Classification des plaintes/ réclamations et doléances

Le tableau commun de classification des plaintes/ réclamations et doléances mis en place en 2011 a été utilisé par 74,6% des établissements.

Les définitions des plaintes, réclamations, doléances et éloges reprises dans ce tableau commun ne correspondent pas forcément à celles utilisées dans les établissements toutefois ce tableau s'avère être un outil indispensable à une analyse constructive et cohérente dans le domaine des plaintes et réclamations.



### ➤ *Analyse des plaintes*

Les plaintes concernent principalement les grands domaines de « la Prise en Charge Médicale » et de « la Logistique ».

Les items les plus récurrents concernant la Prise en Charge Médicale sont :

- les accidents thérapeutiques ou médicamenteux, séquelles à 40 %,
- les infections (nosocomiales notamment) à 17%,
- la qualité des soins à 15 %,
- la contestation du diagnostic à 8 %,
- l'organisation de la prise en charge à 8 %.

Les items les plus récurrents concernant **la Logistique** sont :

- les pertes, vols et objets endommagés à 63 %,
- les nuisances à 37%.

### ➤ *Analyse des réclamations*

Les réclamations concernent principalement les grands domaines de « la Prise en Charge Médicale », « la Prise en Charge Para-médicale », « l'Administration » et « la Logistique ».

Les items les plus récurrents concernant **la Prise en Charge Médicale** sont :

- l'organisation de la prise en charge à 20%,
- les problèmes relationnels à 16%,
- la qualité des soins à 13%,
- les informations du malade/de la famille : absence ou insuffisance à 9%,
- le délai d'attente avant prise en charge à 8%,
- la contestation du diagnostic à 6%.

Les items les plus récurrents concernant **la Prise en charge para-médicale** sont :

- les problèmes relationnels avec le personnel soignant à 30%,
- l'organisation des soins/examens à 13%,
- la qualité des soins à 9%,
- les informations du malade/de la famille : absence ou insuffisance à 9%,

Les items les plus récurrents concernant **l'Administration** sont :

- la facturation (dépassement d'honoraires, téléphone, télévision, contestation de règlement...) à 53%,
- l'accès au dossier médical à 33%.

Les items les plus récurrents concernant **la Logistique** sont :

- les pertes, vols, objets endommagés à 50%,
- le confort de la chambre à 11%,
- la restauration à 8%,
- les nuisances (promiscuité, bruit, tabagisme...) à 7%,
- l'accès au parking à 6%.

### ➤ **Analyse des doléances**

Les doléances concernent principalement les grands domaines de « la Prise en Charge Médicale », « la Prise en Charge Para-Médicale », « l'Administration » et « la Logistique ».

Les items les plus récurrents concernant **la Prise en Charge Médicale** sont :

- les informations du malade/de la famille : absence ou insuffisance à 24%,
- l'organisation de la prise en charge à 17%,
- le délai d'attente avant prise en charge à 15%.

Les items les plus récurrents concernant **la Prise en Charge Para-Médicale** sont :

- L'organisation de la prise en charge à 23%,
- les problèmes relationnels avec le personnel soignant à 22%,
- la qualité des soins à 19%.

Les items les plus récurrents concernant **l'Administration** sont :

- l'accueil médico-administratif à 44%.

Les items les plus récurrents concernant **la Logistique** sont :

- la restauration à 27%,
- le confort de la chambre à 21%,
- les locaux inadaptés (vétusté...) à 17%,
- les nuisances (promiscuité, bruit, tabagisme...) à 15%,
- l'accès au parking à 5%,
- les relations avec les prestataires (TV...) à 4%.

### ➤ **Les éloges**

Les établissements ont reçu 3455 éloges en 2012 soit en moyenne 50 éloges par établissement (18 par établissement l'année dernière)

Les motifs les plus récurrents sont :

- La disponibilité du personnel médical et para-médical,
- La gentillesse du personnel,
- La qualité des soins.

## **5. Demandes de communication d'informations médicales**

### **▪ Bilan des demandes de dossiers médicaux**

98% des établissements déclarent disposer en 2012 d'une procédure pour les demandes de dossiers patients.

#### **Rappel des textes :**

##### **Extrait de l'article R. 1112-80 du Code de la Santé Publique :**

« Elle (la CRUQ) reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment : (...)  
c) le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 112-1 ainsi que **les délais** dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes.

**Extrait de l'article R. 1111-7 du Code de la Santé Publique :**

« Toute personne peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire **au plus tard dans les huit jours suivant sa demande** et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures au ra été observé. **Ce délai est porté à deux mois** lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. »

**Référentiel Qualité V2010 (HAS), extrait du critère 14. b Accès du patient à son dossier :**

*L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration. La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.*

Le nombre de demandes de dossiers patients en Poitou-Charentes en 2012 s'élève à 3899 soit une moyenne de 56,5 demandes par établissement et une augmentation d'environ 19,3% par rapport à l'année 2011.

Le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers patients de – **de 5 ans** est de 6,8 jours contre 8,1 jours en 2011.

Le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers patients de **+ de 5 ans** est de 11,5 jours contre 21 jours en 2011.

Ces délais moyens respectent la réglementation en vigueur. Il est à noter que les établissements de santé ne sont pas les seuls à impacter sur les délais de réponse aux demandes de dossiers patients. En effet, ceux-ci peuvent également varier selon le niveau de réactivité des patients eux-mêmes : délais de règlement des frais de reproduction des documents sollicités, délais de déplacement pour venir les récupérer.

Le taux de réclamations reçues suite à une demande de dossier patient est seulement de 0,87% en 2012 contre 1,77% en 2011. Il est toutefois à noter que les doléances dans ce domaine sont souvent communiquées téléphoniquement. Elles concernent très souvent le coût de transmission des dossiers.

Les cinq principaux motifs liés aux demandes de dossiers patients sont les suivants :

- consultation dans une autre structure (continuité des soins),
- la recherche d'informations suite au décès d'un proche,
- demande dans le cadre d'un dossier d'assurance ou d'une expertise médicale,
- la recherche d'informations médicales pour des raisons personnelles,

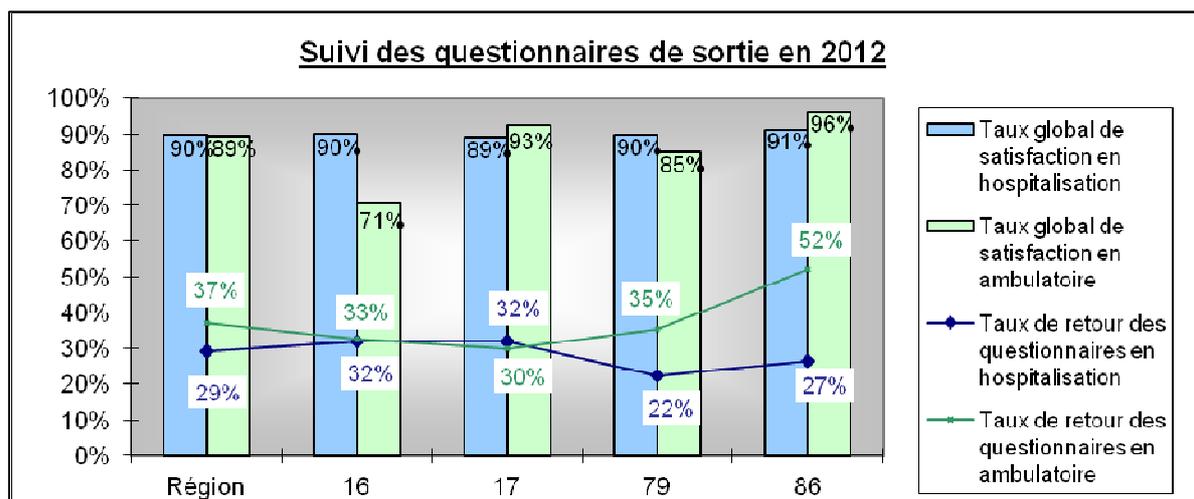
Les motifs liés aux demandes de dossiers patients de – de 5 ans et ceux liés aux demandes de dossiers patients de + de 5 ans sont globalement les mêmes.

- **Bilan des questionnaires de satisfaction patients**

**Rappel des textes :**

**Référentiel Qualité V2010 (HAS), extrait du critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers :**

*La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée. Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.*



(sources : rapport CRUQ 2013)

**En hospitalisation :**

Le taux moyen régional de retour des questionnaires de sortie est de 29%.

Le taux global de satisfaction des patients pour les établissements de la région est de 90%.

**En ambulatoire :**

Le taux moyen régional de retour des questionnaires de sortie est de 37%.

Le taux global de satisfaction des patients pour les établissements de la région est de 89%.

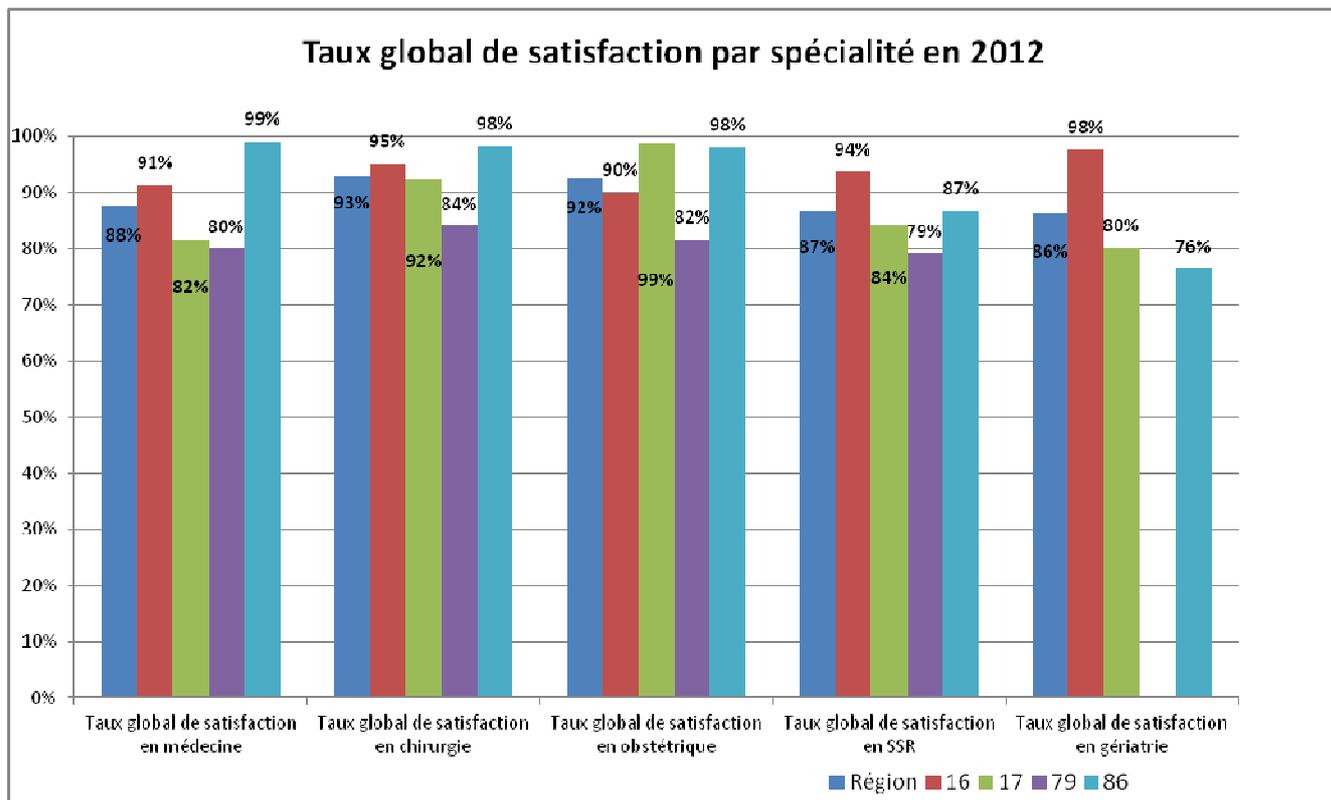
En 2011, le taux moyen régional de retour des questionnaires de sortie était meilleur en hospitalisation qu'en ambulatoire. En 2012, cette tendance est inversée.

Les principaux motifs de satisfaction sont :

- la qualité des soins et prise en charge médicale et para-médicale,
- l'amabilité et la disponibilité des personnels,
- accueil,
- conditions de séjour.

Les principaux motifs d'insatisfaction sont :

- la restauration,
- le confort de la chambre et le cadre de vie,
- les nuisances sonores (extérieures et intérieures),
- l'organisation des soins (notamment les délais d'attente),
- l'information.



(sources : rapport CRUQ 2013)

60% des établissements disposent d'autres questionnaires de satisfaction que celui complété par l'utilisateur et jugeant la qualité globale de l'hospitalisation ; ces questionnaires sont moins généralistes et ciblent des points précis du parcours de soins et des conditions d'hébergement.

75% des rapports présentent un plan d'actions portant sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge et sur le respect des droits des usagers, contre 93% en 2011.

Les thèmes les plus récurrents en matière de plans d'actions relatifs à **la prise en charge des patients**, que les établissements se proposent de mettre en œuvre en 2013, sont les suivants :

- **La promotion de la bientraitance** : poursuite de la réflexion sur la mise en place d'un comité d'éthique et de bientraitance, sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance, mise en place d'un groupe de projet sur la bientraitance, formation interne sur l'abord éthique de la prise en charge et la promotion de la bientraitance, formaliser un processus de réflexion éthique, formation sur l'éthique pour le personnel de direction, médical et paramédical ainsi que les représentants d'usagers, mettre en place un dispositif de promotion de la bientraitance (charte de la bientraitance), mettre en place un protocole de détection de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, EPP bientraitance et intimité des patients, poursuivre l'élaboration d'un thésaurus documentaire sur l'éthique (réglementation, articles...).
- **Le dispositif d'annonce** : formalisation d'une procédure d'annonce d'un dommage associé aux soins au patient, mise en place d'un protocole de dommages liés aux soins, sensibilisation des professionnels à l'annonce d'un dommage lié aux soins avec mise en place de formations à l'attention des personnels et des médecins, audit de dossiers pour mesurer la traçabilité de l'information en cas de dommage lié aux soins, mise en place d'une enquête sur le dispositif d'annonce, mise en place d'une procédure concernant l'information des patients en cas de dommages liés à la rééducation.
- **L'éducation thérapeutique** : tenir informés les membres de la CRUQ sur les travaux internes relatifs au pilotage de l'éducation thérapeutique, suivi de la procédure de prise en charge nutritionnelle, achat de matériel adapté pour le suivi du poids des

patients/résidents, réaliser un projet dans le cadre du projet « plus de vie » pour permettre l'achat de matériel adapté à la réalisation des repas « manger mains », évaluer l'organisation de la réduction du jeun nocturne, travailler sur les protocoles de nutrition, évaluation de la satisfaction des patients sur la prise en charge nutritionnelle, poursuite du développement des programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS.

Les thèmes les plus récurrents en matière de plans d'actions relatifs au **respect des droits des usagers** sont les suivants :

- Information et communication : information des usagers sur le site internet, réalisation de dépliants spécifiques en plus de ceux joints au livret d'accueil pour améliorer la communication sur les travaux de la CRUQ, actualisation des outils de communication (livrets d'accueil, site internet, point info, affichages...), engager une réflexion sur l'information et les modalités de communication vers les patients/résidents, salariés et corps médical quant aux droits des patients, les résultats d'enquêtes..., poursuivre la sensibilisation des professionnels à l'information du patient et de son entourage, améliorer l'information donnée aux patients sur leur état de santé, s'assurer de la distribution des livrets d'accueil, créer un livret d'accueil spécifique pour la prise en charge des enfants de 0 à 12 ans, mettre en place la formation du personnel sur les droits des patients par le biais d'un passeport terrain, préparer un audit « quick-audit » pour évaluer la connaissance des usagers des informations à leur disposition, améliorer l'information du patient accueilli en surnombre dans le service suite à un transfert des urgences en veillant à lui expliquer l'objectif poursuivi et le contexte, transmettre les thématiques de réflexion au CREX (comité de retour d'expérience), instance de partage des informations sur les risques et de résolution de problèmes transmis aux services concernés, améliorer l'information donnée au patient à l'accueil sur l'accès aux chambres et la signalétique,
- Les questionnaires de sortie : optimiser le taux de retour des questionnaires de sortie en secteur sanitaire, exploiter les questionnaires de sortie plus vite et plus près du terrain, améliorer le questionnaire de sortie, créer un questionnaire de sortie spécifique pour la prise en charge des enfants de 0 à 12 ans, création d'un poste Référent usagers association pour augmenter le taux de retour des questionnaires de sortie, exploiter séparément l'analyse des questionnaires de satisfaction hospitalisation/ambulatoire, améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie en faisant participer les représentants d'usagers au recueil des données,
- Fonctionnement de la CRUQ : nomination de 4 représentants d'usagers, réunir la CRUQ à raison de 4 réunions annuelles a minima, mise en place d'une permanence mensuelle de la CRUQ, réflexion sur l'élargissement de la composition de la CRUQ avec des usagers (patients ayant été hospitalisés et qui seraient cooptés par les membres de la CRUQ), tenir informés les membres de la CRUQ sur les travaux internes relatifs au pilotage de l'éducation thérapeutique, programmer des rencontres associations d'usagers/patients, la CRUQ doit être force de proposition en direction du COPIL, améliorer le taux de participation des représentants d'usagers en CRUQ, poursuivre l'analyse de l'évaluation de la satisfaction des usagers par les représentants d'usagers au sein des permanences de la CRUQ,

En ce qui concerne la prise en charge des patients, la « promotion de la bientraitance » et « le dispositif d'annonce » apparaissent comme deux recommandations principales récurrentes que les établissements de santé tentent d'améliorer d'année en année.

En ce qui concerne le respect des droits des usagers, les thèmes relatifs aux « questionnaire de sortie », à « l'information des patients et des usagers » et au « fonctionnement de la CRUQ » étaient déjà les trois recommandations développées par les établissements pour 2012 mais également pour 2011.

Les thèmes relatifs à « la promotion de la bienveillance » et à « l'information des patients et des usagers » restent en adéquation avec les besoins des usagers puisqu'ils apparaissent encore cette année dans les motifs récurrents liés aux réclamations et aux doléances.

### ▪ **Analyse de la cellule Qualité/Droits des Usagers de l'ARS**

Un courrier a adressé aux établissements de santé, en décembre 2011, un courrier attirant leur attention sur la nécessité de se rapprocher de l'ARS afin de régulariser la composition de leur CRUQ.

Nombre d'établissements ont mené à bien cette démarche ce qui explique que, désormais, plus de la moitié d'entre eux disposent d'une CRUQ composée dans le respect de la réglementation (2 représentants d'usagers titulaires et deux représentants d'usagers suppléants). L'année dernière, à peine un quart des CRUQ était conforme à cette réglementation.

Recruter des représentants d'usagers reste un exercice difficile et certains établissements conservent une CRUQ sous-dotée.

On peut noter qu'en Poitou-Charentes, la participation des usagers dans les diverses instances des établissements de santé, déjà importante l'année dernière, a encore évolué sensiblement cette année. C'est un point très positif dans la mesure où le Ministère de la Santé projette une implication des usagers dans la vie de l'établissement de plus en plus majeure et substantielle (pacte de confiance – rapport COUTY).

L'année dernière, le nombre moyen de réunions CRUQ organisées par les établissements de santé était relativement peu élevé ; il a sensiblement augmenté cette année pour se rapprocher de ce que prévoit la réglementation en la matière. Cette évolution favorable s'explique certainement, en partie, par le fait que le nombre de réunions CRUQ est un indicateur inscrit dans les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens).

On notait également l'année dernière le faible taux de procédure mise en place pour l'information en cas de dommage lié aux soins : là encore, on peut constater un engagement fort de la part des établissements.

Malgré une amélioration sensible par rapport à l'année dernière, il est constaté que les établissements de santé développent peu les formations à l'attention des représentants d'usagers. Ceux-ci se tournent généralement vers le CISSPC de leur propre initiative.

Le taux de participation des membres des CRUQ a quant à lui globalement diminué qu'il s'agisse de la représentation des représentants d'usagers ou bien de celle des représentants des autres membres de la CRUQ.

Le délai moyen entre la demande de médiation médicale ou non médicale et la date à laquelle cette médiation a effectivement lieu a évolué très favorablement depuis l'année dernière toutefois cette progression est encore très largement perfectible.

Enfin, il existe une diminution non négligeable du nombre de rapport CRUQ présentant un plan d'actions portant sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge et sur le respect des droits des usagers.

Le pacte de confiance pour l'hôpital qui se met progressivement en place va amener une évolution et des changements sensibles quant aux droits des usagers au sein de l'Hôpital en renforçant notamment leur place dans la vie des établissements.

### Commentaire :

La commission des droits des usagers a souhaité que certains de ses membres, sur la base du volontariat et en accord avec quelques établissements puissent participer en tant qu'observateur, à une ou des réunions des CRUQPC.

Différents points étaient observés :

- Quels étaient les représentants des usagers (titulaires ou suppléants) ?
- Comment se déroulait l'animation et la présidence de la réunion
- Comment était préparé et communiqué l'ordre du jour
- Quels étaient les points abordés le jour de la visite
- Quels étaient les types de questions débattues
- Y avait-il un compte rendu
- Comment était préparé le rapport CRUQ

Ensuite, des observations éventuelles étaient formulées.

### Observations de l'assemblée plénière de la CRSA :

- Pour l'avenir, il conviendra d'intégrer une synthèse régionale des rapports des commissions des relations avec les usagers des CPAM.
- Il est fait observer la nécessité de mieux financer les soins dispensés aux personnes en situation de handicap qui sont longs et complexes. La rédaction d'une motion portant sur la tarification d'accompagnement des populations spécifiques a été votée à l'unanimité par l'assemblée plénière de la CRSA.
- Sur les refus de soins, il est proposé qu'une réflexion soit menée :
  - entre les services de PMI et les professionnels de santé pour créer des réseaux,
  - au sein de la commission spécialisée d'organisation des soins de la CRSA sur les besoins et les réponses à apporter en matière de prévention, d'accès aux soins pour tous ainsi que sur les moyens possibles de valoriser certains actes professionnels.

### SYNTHESE DES PARTICIPATIONS A DES REUNIONS CRUQ

	<b>CH la rochelle – Ré - Aunis</b>	<b>CHU Poitiers</b>	<b>CH d'Angoulême</b>	<b>CH Confolens</b>	<b>CH Royan</b>
<b>Représentants des usagers</b>	2 Titulaires et 2 suppléants	2 Titulaires et 2 suppléants Taux présence 50 %	2 Titulaires et 2 suppléants + 3 RU au titre de la politique de la qualité de l'établissement	titulaires	Titulaires
<b>Présidence animation</b>	- le directeur de la qualité et de la gestion des risques assisté de la chargée des relations avec les usagers et d'une secrétaire	- la directrice de la qualité	La directrice adjointe,	Le directeur assisté d'une secrétaire	La chargée des relations avec les usagers
<b>L'ordre du jour</b>	- Est préparé par la chargée des relations avec les usagers + points éventuellement ajoutés à la demande des RU ;  - est envoyé 15 jours avant la réunion	- est préparé par la présidente (directrice de la qualité)	- est préparé par la directrice des relations avec les usagers	- est préparé par le président	
<b>Points abordés le jour de la visite</b>	- Examen des affaires soumises aux médiateurs - bilan 2012 des hospitalisations sous contrainte - information sur la méthodologie de la prochaine certification	En général, présentation de données compliquées et très élaborées que les RU ne maîtrisent pas.  - rapport CRUQ	- Présentation et commentaires du rapport CRUQ 2012 - bilan des évènements indésirables 2012 - présentation des travaux et projets de la CRUQ - présentation du programme national de sécurité des patients 2013-2017 et déclinaisons possibles au plan interne du CH - présentation de la démarche d'auto-évaluation en vue de la certification V2014	- Présentation de la synthèse régionale des rapports CRUQ et enquête de satisfaction régionale auprès des usagers – Comparaison orale par le directeur / rapport du CH	- présentation questionnaire satisfaction 2012 - plaintes en cours

	<b>CH la rochelle – Ré - Aunis</b>	<b>CHU Poitiers</b>	<b>CH d'Angoulême</b>	<b>CH Confolens</b>	<b>CH Royan</b>
			- dossiers de réclamations		
<b>Les débats</b>	Participation active des membres présents dans une bonne ambiance de travail et d'écoute	Sont tenus et animés par la présidente. Les échanges sont faciles et sans contraintes mais les RU se sentent plus spectateurs qu'acteurs.	- participation active des RU.	- les RU se sentent un peu désemparées faute de formation	- Bonne ambiance – tutoiement entre tous les membres - forte participation des RU
<b>Le compte rendu</b>	- tient compte des remarques des RU (qui sont pertinentes) - un RU a demandé à être associé au travail avec le pôle psychiatrique concernant la sortie des patients (évaluation, enquête de satisfaction), affinement des critères autour du vécu des patients en psychiatrie. - il est approuvé à la séance suivante	- En raison des sujets complexes, les RU ont peu d'impact sur les décisions prises dont ils sont informés et qu'ils se contentent de valider sans trop prendre part au processus décisionnel. - Certaines remarques des RU notamment sur la bienveillance sont prises en considération par le CHU	- tient compte des remarques formulées en séance		
<b>le rapport CRUQ</b>	- est rédigé par la chargée des relations avec les usagers. - le projet est adressé aux membres et discuté en séance.  <b>Suggestion du président :</b> création d'un groupe de travail Ets de santé /ARS chargé d'élaborer le cahier des charges des futurs rapports CRUQ	- Les RU sont invités à participer aux réunions de travail.  - le projet est soumis à la CRUQ pour validation	- est rédigé par l'établissement puis présenté et validé par la CRUQ. Les remarques des membres sont prises en compte dans le document final	- préparé par le directeur et la secrétaire puis présenté et validé par la CRUQ.  Les remarques des membres sont prises en compte dans le document final	
<b>observations</b>		Les RU soulignent la difficulté de siéger dans de telles commissions au sein desquelles ils ont du mal à se positionner : problème de formation ?	- Les RU sont formés à leurs rôles et missions.  - ils sont sollicités et reconnus au sein de l'établissement	- les RU ne sont pas informés de leurs droits (formation – prise en charge frais de déplacement notamment)	

	<b>CH St Maixent l'École</b>	<b>Polyclinique Inkermann - Niort</b>	<b>CRUQ CH Niort</b>	<b>Clinique de l'Atlantique – La Rochelle</b>	<b>CH Nord Deux-Sèvres</b>
<b>Représentants des usagers</b>	titulaires	titulaires			
<b>Présidence animation</b>	Le directeur	Le directeur			
<b>L'ordre du jour</b>	- préparé par l'établissement et envoyé aux membres	Préparé par l'établissement			
<b>Points abordés le jour de la visite</b>	- rapport annuel CRUQ 2012	- information sur les procédures en faveurs des usagers et patients de la polyclinique - présentation règlement intérieur, livret d'accueil - présentation bilan incidents et réclamations 2012 - état de satisfaction des usagers comparatifs 2011/2012			
<b>Les débats</b>	- sont ouverts - participation active des RU				
<b>Le compte rendu</b>					
<b>le rapport CRUQ</b>	Présenté et validé en CRUQ				
<b>Observations</b>	Bon accueil		Accueil chaleureux et agréable		

## 6. Conseil de vie sociale (CVS)

### ▪ Rappel du contexte réglementaire

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui régit le fonctionnement des établissements médico-sociaux, a prévu dans son article L.311-6 l'institution soit d'un Conseil à la vie sociale, soit d'une autre forme de participation, afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service. Les modalités pratiques en sont définies par le décret n°2004-287, modifié le 2 novembre 2005 :

*Art.1 : « Le conseil à la vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens de l'article 344-2 (ESAT). Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou le service accueille majoritairement des mineurs de moins de 11 ans, des personnes relevant du dernier alinéa de l'article 6 (mineurs relevant de mesures éducatives judiciaires) et du III de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (lieux de vie et d'accueil type assistants maternels ou particuliers familles d'accueil).*

Lorsque le conseil à la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.

### ▪ Le Conseil de vie sociale comprend au moins :

- 2 représentants des personnes accueillies, élus ;
- s'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux, élu ;
- un représentant du personnel, élu ;
- un représentant de l'organisme gestionnaire, nommé par son instance délibérative.

*(composition telle que précisée dans le texte réglementaire)*

Le directeur (ou son représentant) siège avec voix consultative.

Un élu de la commune peut être invité, et le CVS peut aussi appeler toute personne à participer à ses travaux à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour.

Le(a) président(e) du CVS est élu(e) à bulletin secret, à la majorité des votants, par et parmi le collège des résidents, ou, en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles. Les mandats sont d'un an au moins et de 3 ans au plus, renouvelables.

Pour la validité des délibérations, le nombre des représentants présents des personnes accueillies ou des familles doit être supérieur à la moitié des membres. Sinon, les questions sont reportées à une séance ultérieure où les décisions seront prises à la majorité des membres présents.

*Art. 14 : « Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge ».*

Le CVS se réunit au moins 3 fois par an, sur convocation du Président qui fixe l'ordre du jour, qui doit être communiqué au moins 8 jours avant la séance, accompagné des informations nécessaires.

*Art. 18 : « Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou les familles, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement ou service. Il est signé par le président. Avant la tenue de la séance suivante, il est présenté pour adoption en vue de la transmission à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire. »*

Les autres formes de participation prévues par le décret sont les suivantes :

- groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;
- organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement ;
- enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par le décret.

Art.27 : « Les instances de participation doivent être tenues informées lors des séances ou enquêtes ultérieures des suites réservées aux avis et propositions qu'elles ont émis. »

Art.31 : « Les représentants des personnes accueillies peuvent, en tant que de besoin, se faire assister d'une tierce personne afin de permettre la compréhension de leurs interventions. »

Ce rappel des textes semble important car la composition, le rôle et les missions des CVS et autres instances de participation sont très différents de ceux des CRUQPC. En particulier, les CVS ne traitent pas de questions individuelles et donc des plaintes et réclamations.

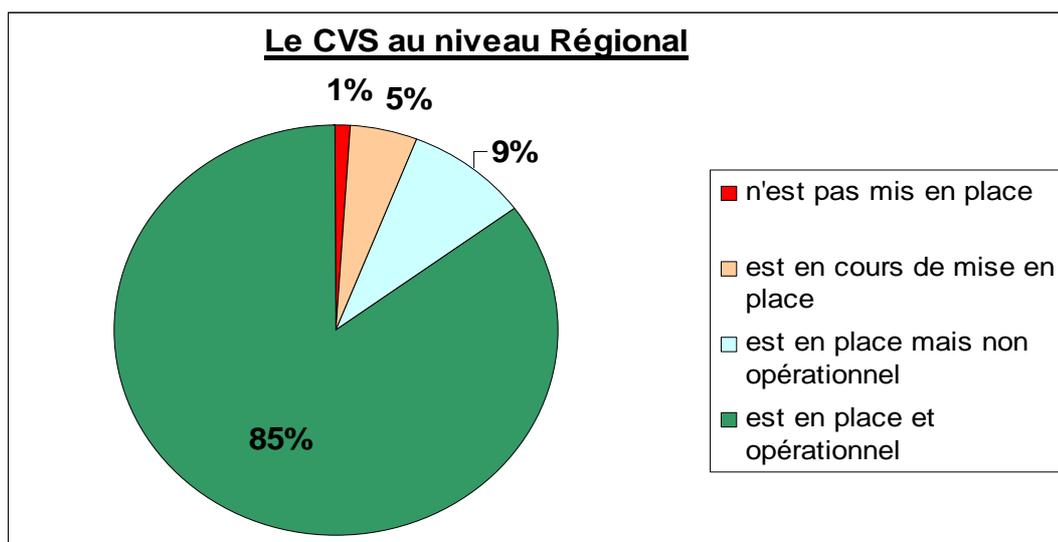
#### ▪ Rappel de l'enquête réalisée en 2011 et de ses résultats

#### Analyse du fonctionnement des conseils de vie sociale

Cette analyse est basée sur les données de l'enquête réalisée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) « Bienveillance des personnes âgées accueillies en établissement », faite auprès des EHPAD de la région Poitou-Charentes en 2010.

#### Les conseils de vie sociale installés

Le Conseil de Vie Sociale (CVS) institué par l'article L311-6 du code d'action sociale et des familles est une structure permettant l'expression du résident et sa participation à la vie de l'établissement.

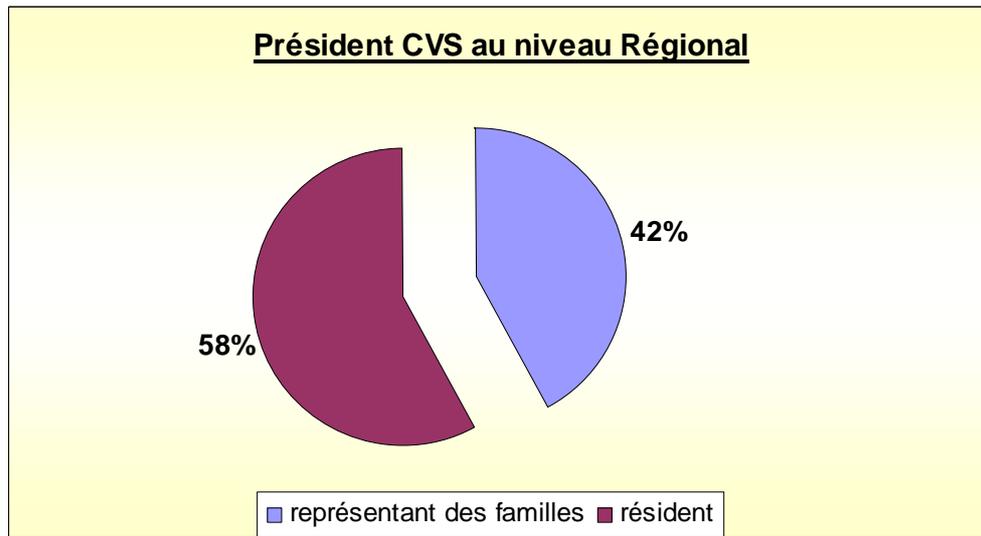


(sources : rapport CRUQ 2013)

**En 2012 :**

- 99% des établissements de la région ont instauré un CVS même s'il n'est considéré opérationnel que par 85% d'entre eux
- seulement 1% ne l'a pas encore mis en place

**La présidence des conseils de vie sociale**

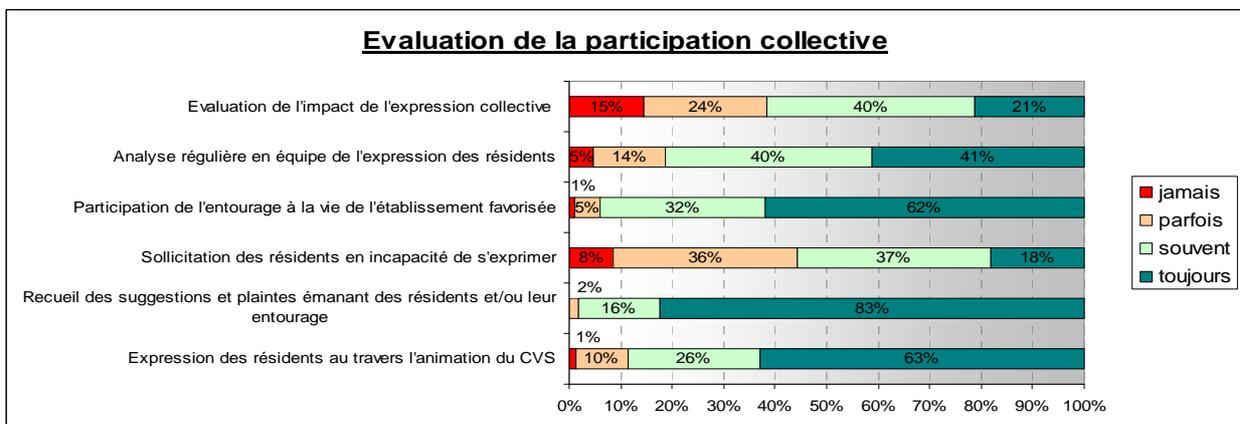


(sources : rapport CRUQ 2013)

- Dans 58% des établissements, le président du CVS est un résident
- Pour les 42% restant, il s'agit d'un représentant des famille
- (53% et 47% au niveau national).

La fréquence des réunions est sensiblement égale à la moyenne nationale soit 2,6 / an

**Rappel de l'évaluation de la participation collective (données 2012)**



(sources : rapport CRUQ 2013)

- L'animation des CVS permet une bonne expression des résidents pour 89% des déclarants.
- Le recueil des suggestions et plaintes est systématiquement réalisé (98%).
- Seulement 18 % des résidents en incapacité de s'exprimer sont sollicités par d'autres moyens.
- La participation de l'entourage est favorisée (94%)
- L'analyse de l'expression des résidents est très souvent réalisée (81%)
- La mesure de l'impact sur la vie de l'établissement est non systématique (21%).

En 2013 - 2014, L'Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes, en lien avec la commission spécialisée « Droits des Usagers » de la Conférence Régionale de la Santé de l'autonomie (CRSA), a décidé de mener une enquête plus poussées sur le respect du droit des usagers au sein des établissements médico-sociaux de la région.

En effet, aucun état des lieux n'a jusqu'alors été établi sur ce sujet et de fait, aucune lisibilité ne permet d'évaluer les éventuelles actions d'amélioration à mettre en place. Cette enquête a été transmise, sous forme dématérialisée, à l'ensemble des Présidents de Conseil de Vie Sociale des établissements médico-sociaux.

Le questionnaire utilisé comporte deux parties relatives aux instruments de la mise en œuvre du droit des usagers dans les établissements médico-sociaux c'est-à-dire aux documents cadre et aux instances de l'établissement :

- Instruments de la mise en œuvre des droits individuels,
- Instruments au service de l'expression collective du droit des usagers du secteur médico-social.

La mise en ligne du questionnaire a eu lieu du 1<sup>er</sup> juillet 2014 jusqu'au 6 octobre 2014. Le taux de retour enregistré est de 52,5%. Sur les 666 établissements interrogés, 350 ont répondu à l'enquête.

Les résultats de cette enquête permettront de dégager des axes de travail afin de développer et d'améliorer le droit des usagers au sein des structures médico-sociales en tenant compte de leurs difficultés et de leurs attentes.

Ils seront diffusés à l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région Poitou-Charentes et aux membres de la CRSA.

*Le contenu intégral du rapport sur le fonctionnement des CVS est placé en annexe.*

*Les membres de la commission ont proposé quelques mesures à mettre en place pour améliorer le fonctionnement des établissements :*

- constitution ou mise à jour des listes départementales des personnes qualifiées,
- élaboration d'un compte rendu des réunions des CVS,
- formation des représentants des usagers sur leur rôle dans les structures,
- formation des présidents de CVS à la conduite de réunion,
- étudier plus précisément les situations spécifiques de certains établissements qui ressortent de ces réponses pour pouvoir les accompagner à améliorer leur fonctionnement et rapprocher certaines réponses aux rapports d'évaluation externe.
- Organisation d'une ½ journée de rencontre avec les responsables, les infirmiers et les médecins coordonnateurs des EHPAD sur la thématique de la fin de vie (soins palliatifs, directives anticipées.)

**Commentaire :**

**Il est souligné l'importance de recueillir les avis des familles pour les services ouverts comme les services à domicile, foyers logement et service d'aide à domicile**

## 7. Personnes qualifiées

Le code de l'action sanitaire et sociale prévoit que, dans chaque département, des personnes qualifiées soient désignées pour aider toute personne prise en charge dans un établissement social ou médico-social à faire valoir ses droits.

L'article L311-5 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18, stipule que :

*« Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».*

Le dispositif a été mis en place depuis 2005 en Charente.

Il est opérationnel dans la Vienne depuis 2008.

Concernant les recours au dispositif des personnes qualifiées, on note que pas ou peu d'interventions sont demandées.

La personne qualifiée saisie, instruit la demande et prend connaissance auprès de l'utilisateur qui l'a saisie des éléments qui constituent le litige. La personne qualifiée l'informe sur la démarche qu'elle va initier, puis fait valoir les droits du demandeur en assurant une médiation avec la direction de l'établissement ou du service mis en cause. On note la prégnance de la dimension d'écoute.

Elle rend compte de ses démarches au demandeur, à l'ARS ou aux services du conseil général par la rédaction d'un rapport d'intervention. La personne qualifiée peut également en informer la direction de l'établissement ou le service concerné (article R311-1 du CASF). Il est recommandé d'apporter une réponse rapide, ainsi on recommande de ne pas aller au-delà d'un mois pour traiter la mission.

Il convient de rappeler que la personne qualifiée n'a pas de pouvoir d'injonction vis-à-vis de l'établissement d'accueil ni de l'administration.

La liste des personnes qualifiées n'a pas été mise à jour depuis longtemps dans les départements de la Charente, Charente-Maritime et Deux-Sèvres. Elle est actuellement en cours de réactualisation dans ces trois départements.

Cette mise à jour pourrait avoir un effet dynamisant sur le recours à la personne qualifiée dans ces établissements à condition que ce droit soit porté à la connaissance de l'utilisateur.

### ***C. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance et prendre en charge la douleur (obj.3 & 4)***

L'évaluation du respect des droits des usagers pour les établissements de santé dans les domaines de la promotion de la bientraitance, de la prise en charge de la douleur et de l'accès à l'information peuvent se référer aux résultats des certifications faites par la Haute Autorité de Santé et aux indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS).

## 1. Sur la certification V2010 (obj.3b)

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français.

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS) réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé. Les améliorations entreprises par les établissements de santé ont nécessité de revoir les critères de la certification pour qu'ils soient en phase avec la réalité, et vecteurs d'une démarche d'amélioration continue des services. Plusieurs versions de cette procédure se sont succédées, dont la plus récente date de 2010. Les critères d'évaluation sont sensiblement différents de la version précédente.

*Tous les établissements de santé n'étant pas encore passés à la V2010, il n'est pas possible d'avoir un tableau global de la certification sur l'ensemble de la région. Dans cette étude ont été pris uniquement les référents de la V2010 pour un souci de cohérence. Les cotations, effectuées en auto évaluation, vont de « A » à « D », du meilleur au moins bon.*

- cotation A : >= à 90 % du score maximal ;
- cotation B : de 60 à 89 % du score maximal ;
- cotation C : de 30 à 59 % du score maximal ;
- cotation D : de 0 à 29 % du score maximal.

Avec des critères supérieurs pour les Pratiques Exigibles Prioritaires - PEP (par exemple pour le critère 12a : prise en charge de la douleur) :

- cotation A : >= à 90 % du score maximal ;
- cotation B : de 80 à 89 % du score maximal ;
- cotation C : de 45 à 79 % du score maximal ;
- cotation D : de 0 à 44 % du score maximal.

Dans les mois à venir une nouvelle procédure de certification sera mise en œuvre par l'HAS (V2014). Cette nouvelle procédure a pour but de renforcer les démarches qualité des établissements (management, suivi, priorité,...).

## 2. Rappel du dispositif national des indicateurs IPAQSS

Conformément au 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L 6144-1 et au 4<sup>ème</sup> alinéa de l'article L 6161-2 du Code de la Santé Publique, les établissements de santé doivent mettre à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

En 2012, les établissements, interrogés sur ce point, n'ont répondu qu'à hauteur de 42,65% ; sur les 29 établissements ayant apporté l'information, seuls trois établissements ont déclaré ne pas avoir affiché ses résultats.

Les modalités et lieux d'affichage les plus fréquents sont :

- le site internet et intranet de l'établissement,
- parution d'un article dans les journaux internes,
- affichettes au niveau du bureau des admissions ainsi qu'au niveau des accueils patients dans les unités de soins,

- affichettes dans la salle à manger de l'établissement ou bien dans le couloir qui y mène,
- affichettes dans la salle d'attente des urgences,
- parution dans le livret d'accueil,
- information remise en même temps que la fiche de salaire pour les professionnels,
- présentation dans les instances de l'établissement (pour les professionnels) : CLIN, CLUD, CME et CRUQ.

### 3. Promouvoir la bientraitance (obj.3b)

#### ▪ Secteur ambulatoire

Les données concernant les plaintes et réclamations ont été mentionnées précédemment ; elles regroupent celles déposées pour maltraitance et celles pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME.

#### ▪ Secteur sanitaire

##### - Analyse de la référence 10a de la certification HAS V2010

Le critère 10a du manuel de certification de la HAS correspond à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance pour chaque prise en charge de l'établissement.

Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale correspondant à l'objectif 3 (promouvoir la bientraitance) ont été mis à disposition :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	2	1	0	1	4
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	16	8	8	10	22
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	1				1
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 36 (source – HAS)

##### - Informations figurant dans les rapports CRUQPC

75% des rapports présentent un plan d'actions portant sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge et sur le respect des droits des usagers, contre 93% en 2011.

Les thèmes les plus récurrents en matière de plans d'actions relatifs à **la prise en charge des patients**, que les établissements se proposent de mettre en œuvre en 2013, sont les suivants :

- La promotion de la bientraitance
- Le dispositif d'annonce
- L'éducation thérapeutique

En ce qui concerne la prise en charge des patients, la « promotion de la bientraitance » et « le dispositif d'annonce » apparaissent comme deux recommandations principales récurrentes que les établissements de santé tentent d'améliorer d'année en année.

En ce qui concerne le respect des droits des usagers, les thèmes relatifs aux « questionnaire de sortie », à « l'information des patients et des usagers » et au « fonctionnement de la CRUQ » étaient déjà les trois recommandations développées par les établissements pour 2012 mais également pour 2011.

Les thèmes relatifs à « la promotion de la bientraitance » et à « l'information des patients et des usagers » restent en adéquation avec les besoins des usagers puisqu'ils apparaissent encore cette année dans les motifs récurrents liés aux réclamations et aux doléances.

#### 4. Prendre en charge la douleur (obj.4)

##### ▪ Secteur sanitaire

Le référent 12a de la certification V2010 concerne la prise en charge de la douleur. Ce critère prend en compte entre autres si « la stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs en concertation avec le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) », « les patients sont éduqués à la prise en charge de la douleur », « des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont mis à la disposition des professionnels ».

Le critère 12a du manuel de certification de la HAS correspond à la prise en charge la douleur pour chaque prise en charge de l'établissement (12a MCO, 12a SM, 12a SSR, 12a SLD, 12a HAD). Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite correspondant à l'objectif 4 (prendre en charge la douleur) ont été mis à disposition :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	6	3	1	2	8
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	8	6	3	7	15
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	5	0	4	1	4
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D				1	1

Nombre d'établissements : 36 (source HAS)

##### ▪ Secteur médico-social

Il s'agissait de recenser le pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé.

Ces données issues des évaluations internes et externes devraient être disponibles dans les prochains rapports sur le respect des droits des usagers.

En effet en 2014 les évaluations internes ont été largement collectées et seront très prochainement analysées finement par les services. Cela fera l'objet d'un développement plus précis dans le prochain rapport.

### ***D. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à respecter des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie***

#### 1. Secteur sanitaire

Le critère 13a du manuel de certification de la HAS correspond à la prise en charge et droit des patients en fin de vie pour chaque prise en charge de l'établissement (13a MCO, 13a SM, 13a SSR, 13a SLD, 13a HAD).

Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale correspondant à l'objectif 5 (encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie) ont été mis à disposition :

	<b>MCO</b>	<b>HAD</b>	<b>SM</b>	<b>SLD</b>	<b>SSR</b>
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	15	3	3	5	16
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	21	5	7	4	25
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	2				4
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

*Nombre d'établissements : 36 (source HAS)*

## **2. Secteur médico-social**

Il s'agissait de présenter :

- la proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement ;
- pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents

Ces données issues des évaluations internes et externes devraient être disponibles dans les prochains rapports sur le respect des droits des usagers. En effet en 2014 les évaluations internes ont été largement collectées et seront très prochainement analysées finement par les services.

## **E. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical (obj.6)**

### **1. Rappel des textes**

La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé permet d'instaurer de nouvelles modalités relationnelles avec le patient, en particulier dans la transmission des informations le concernant : « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé ».

### **2. Ambulatoire**

Il n'est pas possible de connaître le nombre de demandes de dossiers médicaux adressées directement aux professionnels de santé en particulier, auprès des médecins libéraux.

Les Conseils de l'Ordre départementaux sont parfois sollicités en cas de cessation d'activité d'un professionnel ou en cas de difficultés.

### **3. Secteur sanitaire**

Les données concernant les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire ont été colligées dans la partie relative aux CRUQPC.

Le critère 14b concerne l'accès du patient à son dossier. Cette évaluation repose sur « l'organisation de l'action du patient à son dossier, dans les délais fixés par la réglementation », mais aussi « l'information du patient de son droit d'accès ».

Le critère 14b du manuel de certification de la HAS correspond donc à l'accès du patient à son dossier pour chaque prise en charge de l'établissement (14b MCO, 14b SM, 14b SSR, 14b SLD, 14b HAD).

Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale correspondant à l'objectif 6 (permettre l'accès au dossier du patient) ont été mis à disposition :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	15	7	6	10	20
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	4	2	2	1	7
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	1	1		1	1
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 36 (source HAS)

➤ **Informations figurant dans les rapports CRUQPC**

**Rappel des éléments évoqués précédemment :**

97% des établissements déclarent disposer d'une procédure pour les demandes de dossiers patients.

**Rappel des textes :**

**Extrait de l'article R. 1112-80 du Code de la Santé Publique :**

« Elle (la CRUQ) reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment : (...)

c) le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 112-1 ainsi que **les délais** dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes.

**Extrait de l'article R. 1111-7 du Code de la Santé Publique :**

« Toute personne peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire **au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures au ra été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.** »

**Référentiel Qualité V2010 (HAS), extrait du critère 14.b Accès du patient à son dossier :**

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration. La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Le nombre de demandes de dossiers patients en Poitou-Charentes en 2012 s'élève à 3899 soit une moyenne de 56,5 demandes par établissement et une augmentation d'environ 19,3% par rapport à l'année 2011.

Le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers patients de – **de 5 ans** est de 6,8 jours contre 8,1 jours en 2011.

Le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers patients de + **de 5 ans** est de 11,5 jours contre 21 jours en 2011.

Ces délais moyens respectent la réglementation en vigueur. Il est à noter que les établissements de santé ne sont pas les seuls à impacter sur les délais de réponse aux demandes de dossiers patients. En effet, ceux-ci peuvent également varier selon le niveau de réactivité des patients eux-mêmes : délais de règlement des frais de reproduction des documents sollicités, délais de déplacement pour venir les récupérer.

Le taux de réclamations reçues suite à une demande de dossier patient est seulement de 0,87% en 2012 contre 1,77% en 2011. Il est toutefois à noter que les doléances dans ce domaine sont souvent communiquées téléphoniquement. Elles concernent très souvent le coût de transmission des dossiers.

Les cinq principaux motifs liés aux demandes de dossiers patients sont les suivants :

- consultation dans une autre structure (continuité des soins),
- la recherche d'informations suite au décès d'un proche,
- demande dans le cadre d'un dossier d'assurance ou d'une expertise médicale,
- la recherche d'informations médicales pour des raisons personnelles,

Les motifs liés aux demandes de dossiers patients de – de 5 ans et ceux liés aux demandes de dossiers patients de + de 5 ans sont globalement les mêmes.

#### **4. Secteur médico-social**

Le nombre de plaintes et des réclamations relatives à l'accès au dossier médical issues des personnes qualifiées sont des données indisponibles à la date d'élaboration du rapport.

### ***F. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté (obj.7)***

***Rappel*** : 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 enfants handicapés. Elle accorde la priorité à la scolarisation de l'enfant handicapé en milieu ordinaire, c'est-à-dire dans un établissement de l'Éducation nationale. On parle de milieu scolaire ordinaire quels que soient l'enseignement dispensé (ordinaire ou adapté) et le type de scolarisation (individuel ou collectif). Les enfants handicapés dont l'état de santé nécessite un dispositif plus adapté peuvent être scolarisés dans un établissement médico-éducatif ou hospitalier dépendant du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Dans l'académie de Poitiers, depuis 2006 - première année complète d'application de la loi du 11 février 2005 - les effectifs d'élèves handicapés en classe ordinaire sont passés de 1557 à 4180 à la rentrée 2013 soit une augmentation de 168%.

La scolarisation en dispositifs collectifs (CLIS et ULIS) a progressé de 84,5 %. La hausse est particulièrement rapide et significative en ULIS : + 409 % alors qu'en CLIS elle se situe à 27,4% depuis 2006 (selon les données ci-dessous).

Source Rectorat	Scolarisation individuelle								Scolarisation collective			Total élèves scolarisés
	1er degré	Collège	Dont SEGPA	LEGT	LP	EREA	Total 2nd degré	TOTAL	1er degré CLIS	2nd degré ULIS	TOTAL	
2006-2007	1063	392	101	58	41	3	494	1557	1080	190	1270	2827
2012-2013	2002	1252	249	197	101	63	1613	3615	1345	866	2211	5826
2013-2014	2222	1461	260	237	166	94	1958	4180	1376	968	2344	6524

En 2012-2013, 5826 enfants ou adolescents sont scolarisés en milieu ordinaire. En milieu ordinaire, l'élève handicapé fréquente, soit une classe ordinaire, soit une classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) dans le premier degré ou une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) dans le second degré.

En 2012-2013, 6524 enfants ou adolescents sont scolarisés en milieu ordinaire. En milieu ordinaire, l'élève handicapé fréquente, soit une classe ordinaire, soit une classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) dans le premier degré ou une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) dans le second degré.

#### Répartition des types de troubles selon les modalités de scolarisation en 2013-2014

Troubles ou atteintes	Scolarisation individuelle				Scolarisation collective				TOTAL	
	1 <sup>er</sup> degré	2 <sup>nd</sup> degré	TOTAL	%	1 <sup>er</sup> degré CLIS	2 <sup>nd</sup> degré ULIS	TOTAL	%	Total élèves scolarisés	%
Intellectuels et cognitifs	540	258	798	19,1	1191	809	2000	85,4	2798	42,9
Psychiques	632	422	1054	25,2	79	59	138	6,8	1192	18,4
Langage et parole	332	594	926	22,1	21	56	77	4	1003	15,3
Auditifs	116	116	232	5,5	3	4	7	0,3	239	3,6
Visuels	58	54	112	2,6	2	0	2	0,1	114	1,7
Viscéraux	61	45	106	2,5	1	3	4	0,1	110	1,6
Moteurs	252	348	600	1,4	29	2	31	1	631	9,7
Plusieurs troubles associés	146	83	229	5,5	47	35	82	2,1	311	4,7
Autres	85	38	123	2,9	3	0	3	0,1	126	1,9
<b>Total</b>	<b>2222</b>	<b>1958</b>	<b>4180</b>	<b>100</b>	<b>1376</b>	<b>968</b>	<b>2344</b>	<b>100</b>	<b>6524</b>	<b>100</b>

Source : Rectorat de l'académie de Poitiers - Inspection académique de la Vienne

Selon les chiffres présentés dans les tableaux, en Poitou-Charentes on note un accroissement du nombre de structures de l'éducation nationale accueillant les élèves en situation de handicap :

- 2006-2007 : 46,5 % des écoles
- 2013-2014 : 67,2 % des écoles

Il est également noté une hausse des effectifs nettement plus marquée dans le second degré

- 1er degré : + 67 % entre 2006-2007 et 2013-2014
- 2nd degré : + 327 % entre 2006-2007 et 2013-2014

Ces hausses des effectifs sont très remarquables selon les types de handicap

- Troubles psychiques : + 45 % en trois ans
- Troubles du langage et de la parole (dys) : + 60,5% en 3 ans

### **Les effectifs par troubles ou atteintes et scolarisation – 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés – 2010 et 2014**

Même si leur part relative baisse, les élèves présentant un **trouble intellectuel ou cognitif** représentent une large part des élèves en situation de handicap (**40,7 %**). **72,7 % d'entre eux sont scolarisés au sein de dispositifs collectifs (Clis et Ulis)**.

Les troubles moteurs, sensoriels et viscéraux représentent 16,2 %. 95,3 % de ces élèves sont scolarisés de manière individuelle en classe ordinaire.

### **Des hausses remarquables entre 2010 et 2014 :**

- **les troubles du langage et de la parole (dys) : + 213 %** les élèves sont majoritairement scolarisés en classe ordinaire (90,2%) et la hausse se concentre principalement au niveau du collège.
- **les troubles auditifs : + 37 %**. Un pôle d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS) est en place. Trois principes guident ce dispositif et rendent notre académie attractive :
  - > rendre effectif le libre choix de communication en langue française orale et écrite ou en communication bilingue, langue des signes française (LSF) et langue écrite.
  - > permettre une scolarisation en milieu ordinaire qui réponde aux besoins de chaque élève.
  - > organiser un parcours continu et cohérent de l'école maternelle au lycée et favoriser la poursuite d'études dans l'enseignement supérieur.
- **les troubles psychiques : + 34 %**

### **Le temps de scolarisation**

Le temps de scolarisation des élèves scolarisés en milieu ordinaire se distingue par un taux majoritaire de scolarisation à temps complet. **86,8 % des élèves** sont scolarisés **à temps complet** (1,2% ont un temps de scolarisation < ou = à 3 demi-journées) :

- Dans le premier degré, *si un sixième des élèves scolarisés* en milieu ordinaire fréquente les écoles à temps partiel cette part des effectifs concerne essentiellement les élèves scolarisés en maternelle ;
- Dans le second degré, 95% des élèves sont scolarisés à temps complet et parmi les 5% à temps partiel, 68 % suivent une scolarisation partagée avec un établissement médico-social ou hospitalier.

## **Les dispositifs collectifs de scolarisation des élèves handicapés (CLIS et ULIS)**

	1 <sup>er</sup> degré	2 <sup>nd</sup> degré			TOTAL (Clis + Ulis)	
	CLIS	ULIS collège	ULIS lycée	ULIS lycée pro.		
Rentrée 2006	109	28	0	0	28	137
Rentrée 2013	123	81	2	15	98	221

Source : Rectorat de l'académie de Poitiers - Inspection académique de la Vienne

Une majorité de CLIS sont à destination des élèves présentant un trouble des fonctions cognitives. Des ULIS sont essentiellement orientées vers la prise en compte des troubles des fonctions cognitives ou mentales et des troubles envahissants du développement.

Des efforts importants portent également sur :

- une augmentation de la dotation en matériel pédagogique adapté notamment dans le second degré ;
- sur la formation des personnels accompagnant les enfants et adolescents handicapés dans leur scolarisation.

Ces éléments seront développés dans le prochain rapport, une étude étayée d'une enquête sera menée par le rectorat en 2014.

### ***G. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical (obj.8)***

Afin d'offrir aux personnes détenues prises en charge par l'administration pénitentiaire une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, la loi de janvier 1994 a supprimé la « médecine pénitentiaire » pour confier aux hôpitaux, les missions de prévention et de soins des personnes détenues. L'application de cette loi a enfin permis l'introduction d'une véritable éthique des soins en détention :

- en affirmant un véritable droit aux soins, quelles que soient les contingences carcérales ;
- en permettant une stricte identification des rôles entre médecins et personnels surveillants ;
- en assurant mieux le respect du secret médical.

Le principe de distinction du malade et du détenu est posé. Ainsi l'équipe médicale ignore pour l'essentiel le statut judiciaire ou pénitentiaire du détenu et n'a pas en principe accès aux informations relatives au dossier pénal de ce dernier (exception faite des équipes travaillant dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) qui, pour assurer une meilleure prise en charge, ont connaissance de certains éléments concernant notamment l'infraction reprochée au détenu).

Désormais, la gestion des dossiers, et les prises de rendez-vous médicaux sont assurées par le personnel médical des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). De la même manière, et sauf cas particulier, l'absence du surveillant pénitentiaire lors des consultations paraissait effective en 2001. Dans son rapport l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) soulignait que subsistaient néanmoins des difficultés concernant la conservation des dossiers médicaux, à la gestion des rendez-vous extérieurs et à la participation de détenus à certaines tâches les amenant à circuler dans les espaces médicaux.

En soutien à cette loi, a été publié un guide relatif aux modalités de cette prise en charge et à destination de l'ensemble des professionnels, ce dernier a été actualisé en 2005. Une circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 concernant la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice complète à ce guide.

Au sein de chaque établissement pénitentiaire, les soins médicaux sont assurés par une UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires). Une équipe pluridisciplinaire en détachement travaille

dans les UCSA de chaque site pénitentiaire avec médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmières, cadre de santé, kinésithérapeute, manipulateurs radio, dentistes et assistantes dentaires. Le nombre de médecins et les heures de présence varient en fonction de l'importance de l'établissement. En général l'équipe est constituée d'une quinzaine de personnes.

Un médecin coordinateur dirige l'unité, ce dernier est placé sous l'autorité d'un chef de service de l'hôpital. Si les soins ne peuvent pas être administrés au sein de l'unité, il y a alors un transfert auprès de l'hôpital de proximité. Au sein de cette unité, on trouve la présence d'infirmiers et de personnels pénitentiaires chargés d'assurer la sécurité du service. Les infirmiers assurent les soins et sont chargés de trier les demandes des patients, de les recevoir avant de les orienter vers le médecin. Ils peuvent également fournir des médicaments de première nécessité.

Les UCSA ont pour missions :

- Faire le bilan de santé obligatoire à tout entrant dans l'établissement pénitentiaire ;
- Assurer la prise en charge initiale et le suivi de tout détenu malade ;
- Effectuer des bilans de santé réguliers ;
- Participer aux études épidémiologiques ;
- Organiser l'accueil et la prise en charge hospitalière (consultations et examens spécialisés, hospitalisations) ;
- Mettre en œuvre les mesures d'isolement médical si nécessaire ;
- Développer les actions de santé communautaire ;
- Assurer une mission de formation et d'information auprès de la population pénale.

La région Poitou-Charentes compte 7 maisons d'arrêts qui sont reliées à 7 unités sanitaires. Concernant la gestion et le transfert du dossier médical des personnes détenues, il est défini qu'au sein de l'unité sanitaire ce dossier est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement de santé. Il est conservé dans les locaux de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire où est écroué le patient et dans des conditions garantissant le respect de la confidentialité. Le service médical doit bénéficier de locaux sécurisés, les dossiers n'étant accessibles qu'aux seuls soignants. L'absolue confidentialité des données est garantie quel que soit le support de l'information, mais spécifiquement dans le cadre des supports informatiques (art. L. 1110-4 § 4 al 4 du CSP).

Dans son rapport d'activité de 2010, Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté constatait *« les difficultés que crée le respect du secret médical dans la vie quotidienne des patients et de leurs proches »*. *« Lors des contrôles dans les établissements de santé, l'examen des registres de la loi, où sont consignés les certificats médicaux qui fondent une décision administrative de placement sous l'un des régimes de l'hospitalisation sans consentement, laisse parfois apparaître des appréciations portées par un praticien qui vont au-delà du strict cadre de la loi : description des symptômes d'une pathologie, qualification médicale du trouble mental sont fréquentes dans ces attestations qui vont circuler entre de nombreuses mains »*.

En 2013, il semble ne pas exister de recensement précis des données relatives à la sécurisation des dossiers médicaux au sein des UCSA de la région. Les établissements de santé ont à la fois des données numériques et des dossiers sur support papier.

S'il est vrai que les UCSA répondent aux mêmes critères déontologiques que leurs établissements de rattachement (CHU), il n'existe pas à notre connaissance d'étude régionale en la matière.

## **H. Santé mentale (obj.9)**

Rappel :

Suite à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011 portant réforme de loi d'hospitalisation sous contrainte du 27 juin 1990 et applicable depuis le 1er août 2011, les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) s'appellent désormais Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP).

Dans chaque département, une commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Son rôle est d'examiner le bien fondé des hospitalisations effectuées à la demande de tiers.

#### ➤ **Les missions principales de la CDSP**

- Elle doit être informée, selon les cas, de toutes décisions d'admissions en soins psychiatriques, de toutes décisions 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 :
  - o celle de toutes les personnes admises en cas de péril imminent,
  - o 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 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 relative 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 composition de la CDSP**

- 2 psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet
- 1 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.
- 1 médecin généraliste désigné par le préfet.

En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission, des personnalités d'autres départements peuvent être nommées.

Les commissions départementales de soins psychiatriques ont bien été installées en Poitou-Charentes. Elles se réunissent régulièrement dans chaque département. En revanche, s'il est possible d'obtenir des compte-rendus de ces réunions, un rapport d'activité n'est pour l'instant pas encore établi par chacune d'elles.

Ce point sera développé dans le prochain rapport des droits des usagers.

## **I. Label 2012 et 2013 « droits des patients »**

4 projets ont été labellisés en Poitou-Charentes entre 2012 et 2013 :

**En 2012 :**

### **❖ Dépistage gratuit et anonyme de proximité de l'insuffisance rénale et du diabète de la population du Poitou-Charentes**

**Objectifs :**

- Délivrer une information et un conseil personnalisé sur les risques de l'IRC, du diabète et sur la nécessité de prendre position sur le don d'organes,
- D'orienter les personnes potentiellement malades vers un médecin traitant le plus tôt possible afin de leur éviter un parcours médical difficile et contraignant (dialyse et greffe)

**Porteur du projet :**

Association des insuffisants rénaux du Poitou-Charentes  
Jean-Jacques HUGER (membre de la CRSA)

### **❖ Réalisation d'un film visant à promouvoir la "maison des usagers" à l'intention des patients et des usagers de l'hôpital**

**Porteurs du projet :**

Centre hospitalier d'Angoulême - CISS Poitou-Charentes  
Hélène COSTA – Alain GALLAND (membre de la CRSA)

**En 2013 :**

### **❖ Programme promotion santé détenu(es) du centre pénitentiaire de Vivonne - proposition de TROD**

**Porteurs du projet :**

AIDES (association de lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites virales  
Quentin JACOU

### **❖ Enquête sur l'accès aux soins pour tous en région Poitou-Charentes**

**Porteurs du projet :**

AIDES (association de lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites virales  
Quentin JACOU

CISS Poitou-Charentes  
Alain GALLAND (membre de la CRSA)

## II. Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous,

### A. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux (obj.10)

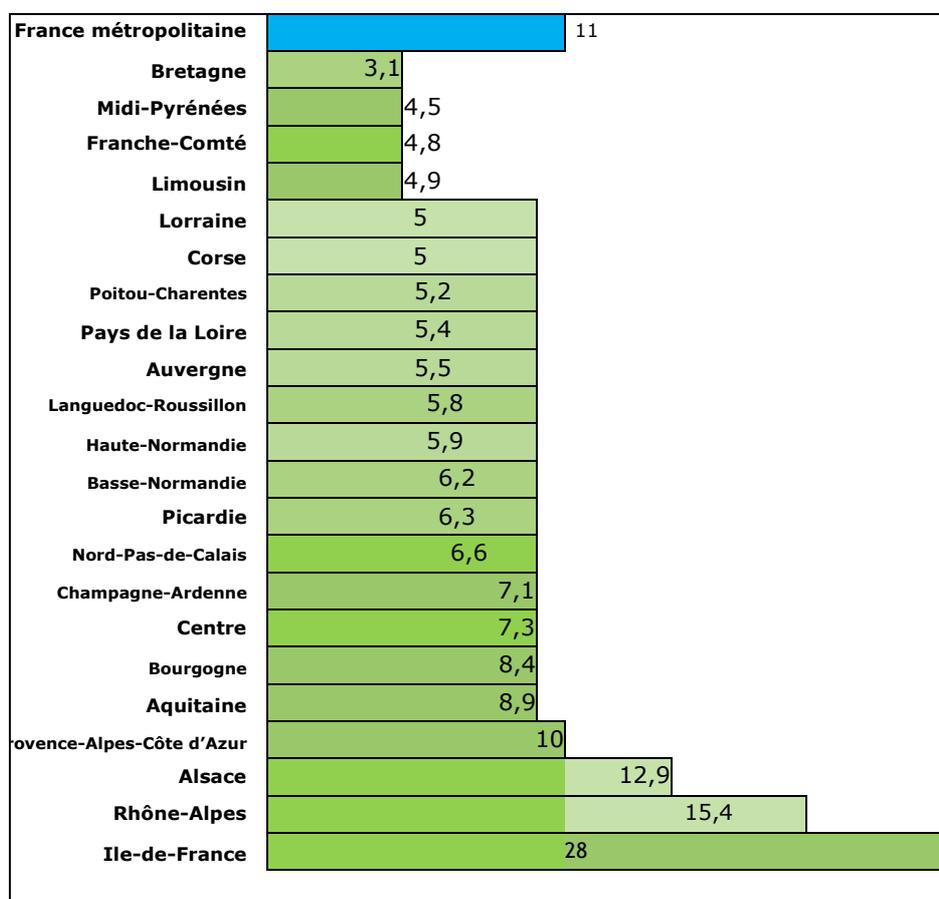
#### 1. Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité

En préalable il est à noter que l'accès aux données chiffrées précises du montant des dépassements d'honoraires sur la région en 2012 et 2013, n'a pas été possible au moment de la rédaction du rapport.

Des données générales fournies par l'assurance maladie, il ressort que le taux moyen de dépassement pratiqué sur la région est inférieur à la moyenne nationale pour 2012.

	Taux de dépassement constaté en région Poitou-Charentes	Taux de dépassement constaté au national
Médecine générale	21%	37%
Médecine à exercice spécialisé	33%	53%
Spécialiste	32%	56%
<b>TOTAL MEDECINS</b>	<b>31%</b>	<b>54%</b>

Le taux moyen de dépassements de tous les départements de la région se situe entre 20 et 40%. A titre indicatif, ci dessous le pourcentage du montant des dépassements dans les honoraires par région des médecins (Chiffre 2009).



Actes remboursés en 2009 par l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie et réalisés par les médecins conventionnés hors praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale). Source : EcoSanté (CNAMTS) exploitation ARS Bretagne

## 2. Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale

Les éléments qui suivent sont extraits du CPOM entre l'ARS Poitou-Charentes et l'Etat, dont un des objectifs concerne les zones fragiles – données du CPOM 2012 et 2013.

« Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones de mises en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé (article L. 1434-7 du code de santé publique).

La lutte contre la désertification médicale repose notamment sur l'identification de zones prioritaires, pour le déploiement des mesures d'aides à l'installation et au maintien. Toutefois, l'identification de ces zones ne tient pas seulement compte de la démographie des médecins généralistes, mais aussi de celles des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens dentistes. En effet, une approche pluri professionnelle a été privilégiée afin de tenir compte de plusieurs composantes de l'offre de premier recours.

Dans la région, 12 bassins de vie connaissent une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % ou plus à la moyenne nationale. Sur ces 12 bassins de vie, 5 font partie des zones prioritaires identifiées par l'ARS. 2 autres bassins de vie en faisaient partie mais en ont été retirés lors de la révision du zonage en décembre 2013, leur situation s'étant améliorée au regard des effectifs de professionnels de santé au 1<sup>er</sup> octobre 2013.

4.1	Part de la population vivant dans un bassin de vie INSEE dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale					
	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles			
			2010	2011	2012	2013
	2008	7,2%		7,0%	7,0%	7,0%

(Source : CPOM ARS)

En Poitou-Charentes, la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30 % ou plus à la moyenne nationale est de 7,34 % en 2012 (valeur 2013 non connue). Ce taux (7,3 %) est très proche de la cible fixée dans le CPOM de l'ARS (7,0 %). Par ailleurs, s'il reste supérieur au taux national (6,04 %), il traduit une évolution positive de la situation en région puisque le taux était de 9,4 % en 2010 (soit - 2,1 points en 3 ans), contrairement au niveau national où l'on constate une dégradation (+ 0,19 points au niveau national). La diminution du nombre de médecins remplaçants et l'augmentation de médecins installés semblent confirmer cette amélioration.

La politique de l'ARS repose sur les leviers suivants :

- Le développement des structures d'exercice coordonné : 50 projets de maisons et pôles de santé (21 en fonctionnement) dont 31 labellisés par l'ARS ;
- Les modes d'exercice innovant, à travers les nouveaux modes de rémunération (5 sites expérimentateurs) et les protocoles de coopération dont le protocole Asalee (138 PS ayant adhéré à un protocole de coopération validé par la HAS en Poitou-Charentes tous protocoles confondus) ;
- Le recensement des besoins en installation et en renfort des médecins exerçant en zone fragile ;
- Le déploiement des dispositifs prévus dans le Pacte territoire santé, et notamment les CESP (37 signataires dont 15 en 2013/14) et les PTMG (5 contrats signés en 2013).

### 3. Taux de satisfaction de la permanence des soins

Aucun indicateur sur le taux de satisfaction de la permanence des soins n'a pu être obtenu.

En 2012, conformément aux actions prévues au Projet Régional de Santé, des évolutions ont eu lieu sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires.

La permanence des soins ambulatoires se définit comme l'organisation de l'offre de soins libérale pour répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients. Elle permet aux patients d'avoir accès, si besoin, à un médecin la nuit et le week-end aux heures de permanence des soins.

La permanence des soins a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures.
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures.
- En fonction de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

La loi hôpital, patients, santé et territoire a confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) la responsabilité d'organiser la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) sur leur territoire. Un décret du 13 juillet 2010 dispose par ailleurs que ses principes d'organisation font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par l'ARS dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

En Poitou-Charentes le cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires est élaboré. Il reprend par territoire l'organisation retenue.

Un arrêté fixant le cahier des charges relatif aux conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour la région Poitou-Charentes a été adopté le 28 décembre 2011, et un arrêté modificatif le 30 janvier 2012. À compter du 1er avril 2013, un nouvel arrêté modificatif du 29 mars 2013 est entré en vigueur.

Le cahier des charges de la PDSA fixe les principes généraux d'organisation et de rémunération retenus (article R. 6315-6). Il précise, à travers les volets départementaux, les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins, afférentes à chaque département. Il est pris dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins, dans son volet ambulatoire (SROS-A), et en articulation avec les dispositions du volet des urgences du SROS hospitalier (SROS-H).

La région Poitou-Charentes comporte actuellement 49 secteurs de permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Des disparités sur le terrain demeurent : certains secteurs sont extrêmement fragilisés en raison du très faible nombre de praticiens disponibles, se concrétisant par une récurrence d'astreintes mal supportées et une activité très réduite (ces secteurs étant faiblement habités) : double repoussoir, par manque d'attrait pour des gardes trop fréquentes et qui ont perdu leur utilité. C'est l'attractivité de tous ces secteurs qui est en jeu.

Les modalités d'effectif, jusque-là différentes d'un département à l'autre et même au sein d'un même département, entre secteurs, sont harmonisées, avec en particulier l'arrêt de l'astreinte à minuit, le relai étant assuré ensuite par le médecin régulateur libéral au Centre 15, qui bénéficie dorénavant de nouveaux outils (notamment la télé prescription) pour prendre en charge les soins non urgents.

Pour les patients qui ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens, de nouvelles modalités de transport vers les lieux fixes de consultation (maison médicale de garde ou cabinet du médecin d'astreinte, voire service d'accueil des urgences en nuit profonde) sont en déploiement. La régulation est le pivot du dispositif : son renforcement est prévu lors des périodes de grande activité, notamment estivale pour les secteurs du littoral.

Les procédures et l'outil informatique de gestion des tableaux de PDSA sont désormais harmonisées, afin de faciliter le suivi régional du dispositif et de permettre aux médecins une gestion plus simple et une rémunération plus rapide. Le renforcement de la pratique du conseil médical téléphonique et de la prescription téléphonique sont avérés : l'analyse de l'activité des régulateurs montre une progression constante de ce type de décision de régulation. Cette pratique se fait en lien avec les pharmaciens de garde selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, quant aux modalités, conditions et limites dans le cadre de la régulation médicale (renforcement de la formation). Pour améliorer la lisibilité du dispositif, l'appel unique au centre 15 a été mis en place.

Enfin, à côté de la nécessaire harmonisation régionale (qui tiendra compte des particularités départementales et de l'historique des dispositifs), l'autre priorité est l'information des usagers : il est apparu évident que les tensions sur le terrain, comme les dysfonctionnements, provenaient pour une large part du mésusage de la permanence des soins : une communication large sur le bon usage de la PDSA est venue étayer la mise en route du nouveau dispositif.

## B. Assurer financièrement l'accès aux soins

Pour les personnes en CMU et AME, nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins

L'assurance maladie consultée n'a pas pu fournir de chiffres précis tout en indiquant que ceux-ci étaient très faibles

## C. Assurer l'accès aux structures de prévention (obj.12)

### 1. Dépistage du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal - cofinancé par l'Etat et l'Assurance Maladie - constitue la principale mesure de prévention pour lutter contre ces maladies.

Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies							ARS Poitou-Charentes					
2.4	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans											
Année de référence : 2013	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	2009	55,3%	55,3%	60,0%	65,0%	70,0%		55,3%	56,3%	56,4%	x	

(Source : CPOM ARS)

*Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : Poitou-Charentes 56,4% (France 52,3%)*

Les principaux facteurs de risque internes, outre le sexe, sont l'âge, les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein et les prédispositions génétiques de cancer du sein. Les facteurs de risque externes du cancer du sein sont liés à l'environnement et aux modes et conditions de vie : consommation de tabac, d'alcool, le surpoids et l'exposition de l'organisme aux hormones. Le cancer du sein se développe le plus souvent après 50 ans (50 % entre 50 et 69 ans et 28 % après 69 ans). C'est la raison pour laquelle toutes les femmes âgées entre 50 et 74 ans sont invitées tous les deux ans à participer au dépistage organisé du cancer du sein.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et la principale cause de mortalité par cancer. En France, le taux de participation national des femmes âgées de 50 à 74 ans au dépistage

organisé (DO) du cancer du sein est estimé à 52,1 % pour 2009-2010. Le taux de participation régionale au DO serait estimé à 56,7 % au cours de la période 2008-2011.

En Poitou-Charentes, avec plus de 2 000 **séjours** en 2012, les tumeurs du **sein** ont totalisé près de 10 % des séjours hospitaliers pour tumeurs malignes. La durée moyenne du séjour est d'environ 4 jours, en Poitou-Charentes, comme en France métropolitaine.

Environ 18 000 bénéficiaires des principaux régimes de l'assurance maladie relevaient d'une ALD en 2013 pour cancer du sein. Le taux brut de **prévalence** avoisine les 2 000 admissions pour 100 000 femmes.

Sur la période 2009-2011, à structure d'âge comparable, les **nouvelles admissions en ALD** pour cancer du sein concernent 163 personnes pour 100 000 femmes contre 172 en France métropolitaine. Seul le département de la Vienne enregistre un taux d'incidence significativement inférieur à celui de la France. Le taux des nouvelles admissions pour les femmes âgées de moins de 65 ans est de 121 en Poitou-Charentes et comparable à celui observé en France.

Toujours sur la même période, près de 400 femmes décèdent en moyenne chaque année des suites d'un cancer du sein. Près d'un tiers sont âgées de moins de 65 ans.

Quels que soient les départements, le niveau de **mortalité** est relativement stable et rejoint le niveau national (29,5 décès pour 100 000 femmes).

### Cancer du sein : séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO en 2012

	Nombre de séjours	Durée moyenne de séjours (en journées)
Charente	419	4.0
Charente-Maritime	759	4.3
Deux-Sèvres	400	4.0
Vienne	455	3.8
<b>Poitou-Charentes</b>	<b>2 033</b>	<b>4.1</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>72 230</b>	<b>4.4</b>

Champ : France métropolitaine, Poitou-Charentes – CIM 10 (cf. encadré figurant dans ce chapitre : Morbidité hospitalière – sources, nomenclatures, méthodologie)

Source : ATIH PMSI-MCO, 2012, Drees - Exploitation ARS Poitou-Charentes, COSA

Données regroupées dans le Projet régional de santé Poitou-Charentes

## 2. Dépistage du cancer colorectal

Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies							ARS Poitou-Charentes					
2.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans											
Année de référence : 2013	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	2009	40,0%	40,0%	43,0%	46,0%	50,0%		37,1%	33,7%	33,4%	x	

(Source : CPOM ARS)

*Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les femmes de 50 à 74 ans : Poitou-Charentes 33,4% (France 37,1%)*

De bonnes règles hygiéno-diététiques et une participation au dépistage organisé permettent de réduire les risques de CCR.

Les facteurs étiologiques majeurs sont l'alimentation riche en graisses, en sucres raffinés et en protéines animales, associée à un faible niveau d'activité physique. Le tabac et l'alcool pourraient également jouer un rôle néfaste, le premier en favorisant la survenue de polypes, le second en contribuant à l'augmentation de leur taille.

A l'inverse, il est bien établi qu'une consommation élevée de fruits et légumes joue un rôle protecteur, les mécanismes invoqués étant le plus souvent l'effet antioxydant des caroténoïdes, des vitamines C et E et du sélénium. Le cancer colorectal a pour caractéristique d'être habituellement précédé par un polype adénomateux. Or, sur 100 adénomes, 10 atteindront une taille d'1 cm et 25 deviendront des cancers en une dizaine d'années. Un programme de dépistage a donc été généralisé à l'ensemble du territoire national en 2008 pour les personnes âgées de 50 à 74 ans afin d'identifier la maladie à un stade précoce de son développement par la recherche de sang occulte dans les selles (test Hémocult®).

Selon plusieurs études, il est établi qu'en proposant un test Hémocult® tous les 2 ans à chaque personne âgée de 50 à 74 ans dites à risque moyen, suivi d'une coloscopie en cas de positivité du test, il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par CCR, en se basant sur un taux de participation de 50 %. Sur la période 2009-2010, le taux national de participation au programme était de 34 % (36,5 % chez les femmes et 31,4 % chez les hommes). En Poitou-Charentes, sur la même période, ce taux était de 37,1 %.

En Poitou-Charentes, environ 2 400 **séjours** pour **cancer colorectal** sont à l'origine d'une hospitalisation en 2012. Ils représentent environ 12 % des séjours hospitaliers pour tumeurs malignes. La durée moyenne d'hospitalisation dépasse les 12 jours en Poitou-Charentes comme en France (12,7).

Plus de 7 400 bénéficiaires des principaux régimes de l'assurance maladie relevaient d'une ALD en 2013 pour cancer colorectal. La majorité des bénéficiaires sont des hommes (53 %). Le taux brut de **prévalence** est de 419 admissions pour 100 000 personnes, tous sexes confondus. Il est proche de 460 admissions pour 100 000 hommes, et 380 pour 100 000 femmes.

Sur la période 2008-2011, à structure d'âge comparable, les **nouvelles admissions en ALD** pour cancer colorectal concernent 53 cas pour 100 000 personnes. Les hommes sont davantage touchés que les femmes (65 cas contre 44). Dans les Deux-Sèvres, le taux d'incidence pour les hommes, comme pour les femmes est supérieur au taux national (+ 17 %).

Toujours sur la même période, plus de 600 décès sont survenus en moyenne par an dont les trois quarts suite à un cancer du colorectal. Le taux de **mortalité** des hommes pour tumeur maligne du côlon est supérieur à celui du territoire métropolitain et le département des Deux-Sèvres figure parmi les territoires départementaux les plus touchés. Pour la deuxième période consécutive (2006-2008 et 2008-2011), la mortalité prématurée pour les hommes continue de progresser.

### Cancer colorectal : séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO en 2012

	Nombre de séjours	Durée moyenne de séjours (en journées)
Charente	427	12.1
Charente-Maritime	980	11.4
Deux-Sèvres	488	14.2
Vienne	526	12.0
<b>Poitou-Charentes</b>	<b>2 421</b>	<b>12.3</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>70 641</b>	<b>12.7</b>

Champ : France métropolitaine, Poitou-Charentes – CIM 10 (cf. encadré figurant dans ce chapitre : Morbidité hospitalière – sources, nomenclatures, méthodologie)

Source : ATIH, PMSI-MCO, 2012, Drees - exploitation ARS Poitou-Charentes, COSA  
Données regroupées dans le Projet régional de santé Poitou-Charentes

### 3. La prévention des cancers

Il faut noter qu'au niveau régional, on observe une très faible progression voire une stagnation des résultats en matière de dépistage du cancer du sein et un fléchissement du taux de participation au dépistage du cancer colorectal.

Pour améliorer cette situation, il faut améliorer l'information des publics et des professionnels de santé et réduire l'inégalité d'accès à ces dispositifs, notamment des personnes en situation de précarité. En effet l'Assurance Maladie a constaté que 60 à 65% des assurées bénéficiant de la CMU-C n'avaient pas fait de mammographie au cours des deux dernières années contre 36% dans la population générale.

D'autre part il semblerait qu'il y ait également des inégalités d'accès aux dépistages selon le lieu d'habitation.

La performance des dépistages collectifs de cancers représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique et du développement du champ de la prévention.

Tout particulièrement le dépistage du cancer du sein, de très loin le plus fréquent chez la femme. Son incidence et sa mortalité (52 588 cas, 11289 décès, en 2010 en France métropolitaine - INVS) en font le premier des grands problèmes de santé publique partout dans le monde.

Le dépistage du cancer colorectal s'impose au regard des données épidémiologiques (pour les femmes : 18 930 cas, et une mortalité de 8 207 en 2010 en France métropolitaine et pour les hommes, 21 066 cas, et une mortalité de 9187 en 2010 en France métropolitaine INVS).

Les rapports mortalité sur incidence de ces deux cancers qui font l'objet de dépistages organisés s'établissent à 0,21 pour le cancer du sein et à 0,43 pour le cancer colorectal.

Ces rapports montrent au-delà du seul critère de la fréquence l'impact thérapeutique opposable à chaque tumeur. Les tumeurs responsables de très fortes mortalités sont le cancer du poumon (mortalité sur incidence de l'ordre de 0,78) ou les cancers digestifs comme le cancer de l'œsophage et de l'estomac (mortalité sur incidence de l'ordre de 0,7 à 0,8).

En Poitou-Charentes l'incidence du cancer colorectal est estimée à environ 1300 à 1400 nouveaux cas par an, comprenant comme au niveau national une prédominance masculine (56% des cas), et une surmortalité en particulier sur le territoire des Deux-Sèvres.

Le cancer du sein, dont la progression est constante sur le long terme connaît une incidence de l'ordre de 1500 nouveaux cas par an pour une mortalité de 341 décès par an (données de 2005, ORS). L'évolution de ces paramètres apparaît plutôt favorable à la région au regard des données nationales. Les taux de participation aux dépistages devraient évoluer à moyen terme vers 50% de la population cible concernée. Le territoire de la Charente apparaît comme une priorité dans cette évolution souhaitée.

Le ciblage territorial, l'appui aux structures agréées en charge des dépistages, l'élargissement des interventions à la diversité des professions de santé surtout dans les zones de faibles densités médicales, l'implication plus grande des usagers, l'implication plus grande et la formation des médecins traitants représentent les axes stratégiques incontournables pour améliorer le rendement de ces dépistages.

### 4. Vaccination

L'accent est souvent mis sur l'insuffisance de la couverture vaccinale régionale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Parmi les raisons de cette insuffisance, les principales sont :

- la représentation négative de la vaccination ;
- le manque de visibilité du calendrier vaccinal.

Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies						ARS Poitou-Charentes						
2.5	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole											
Année de référence : 2013	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	2009	90,0%	90,0%	92,0%	94,0%	95,0%	x	x	x	x	x	

(Source : CPOM ARS)

Actuellement les valeurs réalisées ne sont pas connues.

Les données connues de couverture vaccinale des enfants de l'InVs datent de 2010. En Charente la couverture était de 95.5% et a déjà atteint la cible 2012. En Charente Maritime, la couverture n'était jusqu'alors pas bonne (85%) et les données non transmises depuis 2010. Il en est de même pour les Deux Sèvres et la Vienne.

Entre 2010 et 2013 des actions de communication et de travail en partenariat avec les différents opérateurs régionaux et la PMI ainsi que l'éducation nationale ont été initiés en particulier visant la grippe et la rougeole au travers de communications. Lors de la semaine Européenne de la vaccination, la sensibilisation et la communication aux professionnels de santé de la région a été développée via les URPS et les ordres professionnels ais aussi en lien avec l'INPES. Le suivi des données d'activité et de veille régionale sur la Rougeole et coordination avec la plateforme de veille et la Cellule régionale d'épidémiologie est institué grâce à un partenariat CIRE /ARS pour permettre d'optimiser le regard sur la vaccination.

La vaccination est placée au centre des préoccupations de la CRSA en Poitou-Charentes. En effet, face à l'insuffisance préoccupante de la couverture vaccinale, la commission prévention a proposé de :

- débattre en formation plénière et recueillir un consensus au sein de la CRSA sur l'importance de développer la couverture vaccinale en matière de prévention, sur la base de l'étude synthétisée de l'ORS ;
- saisir de cette question les Conférences de territoire sur la base de cette enquête synthétisée et leur présenter la solution « mesvaccins.net » ;
- demander à l'ARS que soit élaboré un plan d'information diffusé auprès d'une part des professionnels de santé afin de les sensibiliser de nouveau et davantage sur la nécessité de la vaccination, d'autre part auprès du grand public pour les inciter à se faire vacciner.

## 5. Prévalence de l'obésité

Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies						ARS Poitou-Charentes						
2.1	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle											
Année de référence : 2013	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	2005	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%	3,0%	x	x	x	x	x	

(Source : CPOM ARS)

Actuellement les valeurs réalisées ne sont pas connues.

L'accent a été mis depuis 2010 sur le développement régional du plan obésité « *Pour une prévention précoce du surpoids et de l'obésité en Poitou-Charentes* » [2011-2014] ciblant prioritairement en Poitou-Charentes les 0-6 ans, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer ainsi que les différents professionnels de santé.

Il faut noter également qu'en Poitou-Charentes 14% de personnes souffrent d'obésité contre 15% en moyenne nationale.

On note une augmentation de la prévalence chez les plus de 18 ans de 9% en 1997 à 14% en 2012 (données ultérieures non connues).

La surcharge pondérale (surpoids et obésité) des enfants du Poitou Charentes est inférieure au niveau national pour les résultats dont on dispose, les prochains interviendront en juillet 2014.

90% des adolescents (11-15 ans) sont classés parmi les poids normaux (enquête HBSN) contre 8% en surpoids et 1,6% en situation d'obésité.

Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies						ARS Poitou-Charentes						
2.2	Prévalence du surpoids (y compris obésité) parmi les enfants en grande section de maternelle											
Année de référence : 2013	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	2005	12,7%	12,4%	12,2%	11,8%	11,5%	x	x	x	x	x	

(Source : CPOM ARS)

En 2013, l'ARS a particulièrement soutenu, via la négociation des avenants aux CPOM des établissements de santé, des projets et besoins des maternités visant à évaluer, améliorer et certifier les pratiques professionnelles autour de l'allaitement maternel (objectif 13 PNNS).

## ***D. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires (obj. 13)***

### **1. Les contrats locaux de santé**

Le Contrat Local de Santé est une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite Loi HPST).

L'ambition du Contrat Local de Santé (CLS) est de renforcer la qualité du partenariat autour de la politique de santé mise en œuvre au niveau local, dans le respect des objectifs poursuivis par le Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé.

#### **➤ Missions et objectifs du CLS**

Le CLS propose un pilotage unifié et décloisonné sur différents champs :

- La prévention des risques et la promotion de la santé (dont les problématiques de santé-environnement)
- Les soins ambulatoires et hospitaliers
- L'accompagnement médico-social (et au besoin la veille et la sécurité sanitaire).

Cette ambition permettra la coordination des financeurs, des acteurs, et des politiques publiques impactant la santé.

Le CLS vise :

- à consolider le partenariat local et à soutenir les dynamiques locales sur des questions de santé, en favorisant une prise en compte globale de la politique régionale de santé, et en tenant compte des spécificités du territoire,
- à développer des conditions environnementales et sociales favorables à l'état de santé des populations,
- à promouvoir et garantir le respect des droits des usagers du système de santé,
- à faciliter l'accès de tous, et notamment des personnes démunies, aux soins, aux services, à la promotion et à la prévention.

Le CLS a l'objectif transversal de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Depuis 2010, la mobilisation des acteurs sur le terrain a permis la signature de 9 CLS en Poitou-Charentes.

Outre ces CLS, 2 lettres de cadrage ont été signées en 2013 et deux autres projets (un en Deux sèvres et un en Charente-Maritime) sont en cours de réflexion.

Les démarches engagées en 2012 se sont concrétisées par la signature des CLS en 2013 (7 CLS signés en 2013). 3 projets engagés ont donné lieu à la signature d'une lettre de cadrage en 2013.

Par ailleurs la signature d'une convention de partenariat entre l'ARS et l'association Villes au Carré a été signée en 2012. Cette association est un centre de ressources pour les acteurs de la politique de la ville et du développement territorial, notamment sur la thématique « santé » (par le biais des ASV puis des CLS). 2 réunions se sont tenues par an depuis la signature de la convention : une en juin et une en décembre, regroupant pour chacune une cinquantaine de participants.

Il est important de noter également la mobilisation du réseau des maires de chaque département (association départementale des maires) par une réunion où le principe des CLS a été rappelé. Ces réunions ont souvent été ressenties très positivement et on parfois fait naître des projets de CLS dans les départements du Poitou-Charentes. Chaque année depuis 2010 ces réunions ont lieu et remportent le même succès.

➤ **Etat de lieux des contrats locaux de santé (2010-2013) :**

- **Charente** : 4 CLS signés (Cognac, Angoulême, Soyaux, Pays Sud Charente)
- **Charente Maritime** : 1 CLS signé (La Rochelle)
- **Deux Sèvres** : 1 CLS signé (Pays Thouarsais)
- **Vienne** : 3 CLS signés (Châtellerault, Poitiers, Communauté de communes du Montmorillonnais et du Lussacois)

**2. Quelques chiffres : les écarts interrégionaux d'équipements médico-sociaux**

Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé							ARS Poitou-Charentes 					
4.4	Ecarts intra régionaux d'équipement en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible : 75 ans et plus pour les personnes âgées)											
	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
Année de référence : 2013			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
Personnes âgées (PA)	2009	8,9%	7,9%	6,8%	10%	8%		12,6%	10,6%	10,4%	x	
Personnes handicapées (PH)	2009	10,4%	9,7%	9,1%	9%	8%		10,2%	9,4%	13%	x	

(Source : CPOM ARS)

• **Personnes âgées**

L'installation progressive des places d'EHPAD programmées avant 2011 dans les départements les plus défavorisés (Charente et Charente-Mme) a contribué à l'amélioration constante de l'indicateur. Cette même tendance continuera à jouer dans les 2 années à venir.

**Places nouvelles installées de 2010 à 2013 :**

- Charente : 443
- Charente-Maritime : 893
- Deux-Sèvres : 287
- Vienne : 566

• **Personnes handicapées**

Malgré une programmation favorable à la Charente dès le PRIAC 2011, une réduction de l'écart inter-régional d'équipement en faveur des PH n'a pu complètement se réaliser en raison de l'ouverture programmée antérieurement à 2011, de 3 MAS et de l'extension importante de 2 autres MAS, en Vienne, département bien doté.

A noter que la création de places de MAS en Vienne a été rendue nécessaire pour mettre un terme à l'inadéquation de prise en charge de 45 adultes PH qui étaient hébergés au CHU.

Par ailleurs, la place privilégiée de la Vienne, s'explique aussi par la présence de plusieurs structures à vocation régionale sur son territoire. Ainsi la MAS de 20 places prenant en charge les personnes « cérébro-lésées » a une vocation régionale.

**Places nouvelles installées de 2010 à 2013 :**

- Charente : 176 (8 M€)
- Charente-Maritime : 191 (5,7 M€)
- Deux-Sèvres : 117 (4,5 M€)
- Vienne : 233 (12,3 M€)

Pour la Charente, 45 places supplémentaires ont été installées en 2013 sur un total de 144 places soit 31,25% pour ce seul département des 4 départements picto-charentais.

**3. Quelques chiffres : le nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité**

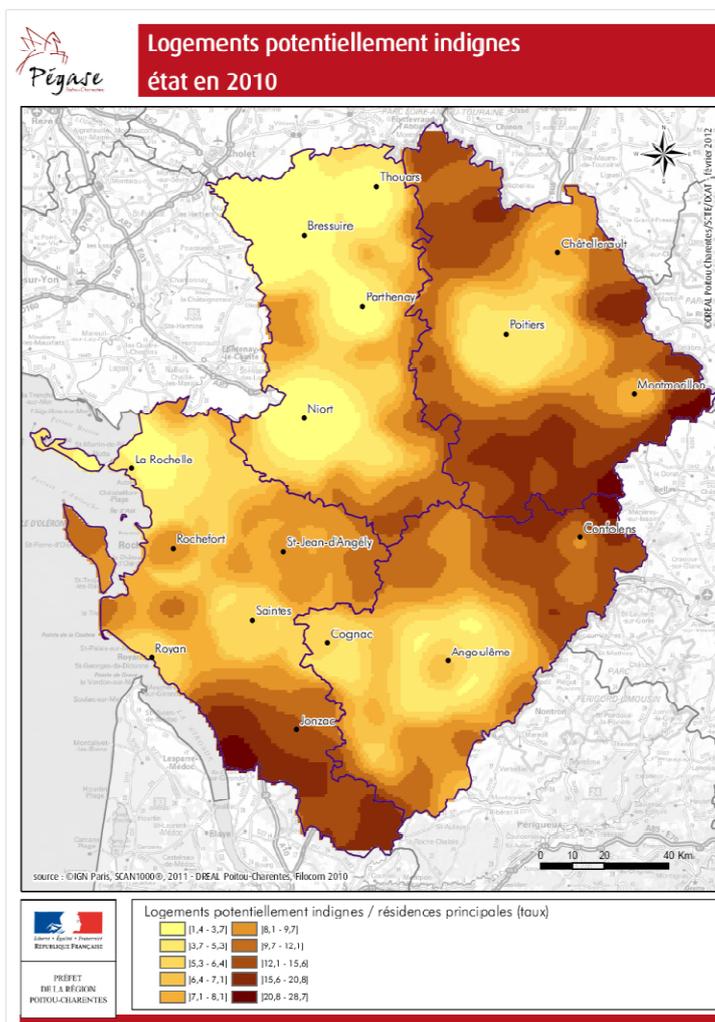
**Constats régionaux :**

Suite à la sensibilisation des allergologues à la possibilité de faire intervenir un CEI et à la qualification de deux conseillers médicaux dont un agent de l'ARS, le nombre de visites sur prescriptions médicales sont passées de 1 en 2011 à 13 en 2012 et 31 en 2013

Des études nationales et européennes sur l'exposition à la pollution intérieure, relayées à une échelle régionale par l'association agréée ATMO Poitou-Charentes, ont révélé que les milieux intérieurs peuvent avoir de fortes incidences sur notre santé. L'air intérieur peut être, dans certains cas, 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur. Des centaines de composés volatils ont été détectés. Cette pollution peut entraîner des allergies, irritations des voies respiratoires, intoxication voire des cancers dans les cas les plus graves. Les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées, les personnes malades y sont particulièrement sensibles.

## Habitat dégradé : Le parc privé potentiellement indigne en Poitou-Charentes (PPPI)<sup>2</sup>

(données du PRS Poitou-Charentes)



Dans le parc privé de la région Poitou-Charentes, il est recensé 706 567 résidences principales en 2010 (sur près de 800 000). Il compterait 48 000 logements potentiellement indignes, soit 6,8 %<sup>3</sup>. Le taux était de 7,9 % en 2005 et de 7,4 % en 2007 (source Filocom 2010). Plus de 92 000 personnes (environ 6 % de la population régionale) seraient concernées par ce problème.

Le département des Deux-Sèvres affiche un taux de logements potentiellement indignes nettement inférieur aux autres départements et donc, à la moyenne régionale. En effet, ce département compte près de 6 000 logements susceptibles d'être frappés d'indignité alors que la Charente-Maritime présente un gisement de près de 20 000 logements, bien que son taux au niveau départemental soit inférieur à celui de la Vienne. Toutefois, les comparaisons entre départements sont à manier avec prudence, face au rythme inégal de mise à jour du classement cadastral.

Le PPPI est plus fréquent dans les aires non urbaines (12 %) que dans les aires urbaines (6 %).

Au niveau régional, parmi les villes de plus de 10 000 habitants, Rochefort semble particulièrement touchée par ce phénomène avec un taux de logements potentiellement indignes dépassant de loin la moyenne régionale.

<sup>2</sup> Le repérage des logements potentiellement indignes repose sur le recoupement de plusieurs données : taxe d'habitation, impôts sur le revenu, classement cadastral.

<sup>3</sup> Les données PPPI doivent être considérées davantage comme des ordres de grandeur que comme des valeurs absolues. Elles doivent s'accompagner d'un travail de repérage de terrain pour une connaissance plus précise de la réalité des territoires.

### Le PPI dans les 13 villes de plus de 10 000 habitants

	PPPI	Total RPP hors PPPI	% PPPI dans RPP
Rochefort	1 040	9 052	10,3 %
Angoulême	1 265	13 625	8,5 %
Châtelleraut	1 017	11 367	8,2 %
Saintes	713	9 814	6,8 %
Cognac	502	7 249	6,5 %
Royan	499	9 626	4,9 %
Poitiers	1 207	24 542	4,7 %
Thouars	169	3 577	4,5 %
La Rochelle	1 123	24 670	4,4 %
Parthenay	171	4 327	3,8 %
Niort	733	21 964	3,2 %
Soyaux	82	2 575	3,1 %
Bressuire	107	6 702	1,6 %

Source : Filicom 2012

En Poitou-Charentes, les services sanitaires chargés de l'habitat sont de plus en plus souvent alertés par des occupants de logements souffrant de pathologies respiratoires susceptibles d'être en rapport avec leur environnement intérieur. Parmi les ménages logés dans le parc potentiellement indigne, 46 % auraient plus de 60 ans (âge de la personne de référence du ménage).

Les motifs de réclamations liées à l'habitat adressées aux ARS et aux Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) sont multiples (sécurité électrique, assainissement, ...), les problèmes d'humidité dans les logements constituent une source importante de problématiques de santé publique.

#### ➤ Indicateur contenu dans le CPOM ARS 2010-2014

Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé			ARS Poitou-Charentes									
<b>4.2</b>	<b>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure au titre du CSP</b>											
<b>Année de référence : 2013</b>	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
	2009	20	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	2009	20	20	18	16	14	69	66	69	90	68	

(Source : CPOM ARS)

Sur la période 2010-2013, les valeurs sont stables à l'exception de l'année 2012 qui a enregistré un pic de l'indicateur d'environ 30% par rapport aux valeurs annuelles des autres années. Ce pic correspond à une augmentation d'activité dans la Vienne liée au démarrage du CLS de la ville de Châtelleraut et au partenariat instauré entre la Ville de Poitiers et la Préfecture sur la recherche volontariste et la conduite renforcée de procédures

Dans le cadre du PRSE2, une étude « quelles méthodes de repérage de l'habitat indigne ? Constats et préconisations en Poitou-Charentes », valorisée par Pôle Régional de Lutte contre l'Habitat Indigne a permis au COPIL de ce plan de retenir une méthode de repérage actif sur la base de la grille

traditionnelle Lutte contre l'Habitat Indigne (LHI) et d'un nouveau mode de questionnement s'attachant au ressenti des habitants.

La méthode proposée a été utilisée dans les Deux-Sèvres puis reprise en Charente.

Par ailleurs, la mise en œuvre des actions notamment dans le cadre du PRSE2 a permis aux différents partenaires (services de l'Etat, ARS, ADIL, CAF, SCHS,...) de créer un véritable réseau partenarial et d'échanger sur leurs pratiques.

Suite à la réactivation en 2011 du pôle régional de lutte contre l'habitat indigne, les PDLHI de la Charente-Maritime, des Deux-Sèvres et de la Vienne ont été mis en place avec un pilotage assuré par l'ARS pour la Vienne; A noter que le PDLHI de la Charente est opérationnel depuis 2003.

Entre 2010 et 2013 différentes fiches actions du PRSE2 ont été mises en œuvre notamment sur :

- la validation de procédures types partagées à l'échelle de la région en matière de traitement des situations d'habitat indigne.
- l'organisation d'actions de formation sur les moisissures (partenariat Atmo, SCHS, ARS, Mutualité française).

L'ARS a également participé à des manifestations à destination du grand public comme le forum de l'environnement, le rallye du souffle, ...)

Il faut noter également que dans le cadre du projet d'agence ARS Poitou-Charentes, une démarche d'analyse des processus a été initiée sur l'habitat indigne et a permis d'élaborer une charte visant à clarifier le rôle de l'ARS dans la stratégie régionale de lutte contre l'habitat indigne.

### III. Conforter la représentation des usagers du système de santé

#### A. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé (obj. 14)

Les représentants des usagers du système de santé sont le plus souvent bénévoles, ils ont un rôle valorisant à la fois par sa richesse et sa diversité mais souvent limité dans son action en terme de moyens.

Les associations agréées ou reconnues au niveau national ont un certain nombre d'attentes concernant le statut de bénévole : leur formation, les moyens dont ils disposent. La formation est une condition essentielle pour que les représentants des usagers jouent leur rôle.

4 modules ont été définis dans le cahier des charges par la Direction générale de la santé :

- Evolution et organisation du système de santé après la loi HPST ;
- Les droits des usagers et leur participation ;
- Exercice de la représentation, outils et ressources disponibles ;
- Fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux.

Dans ce cadre le CISS Poitou-Charentes (Collectif Inter-associatif Sur la Santé du Poitou-Charentes) dispose d'un programme de formations ouvertes à tous les membres représentants des usagers des associations de santé (le plus souvent adhérentes au CISS-Poitou-Charentes).

Ces formations sont portées à la connaissance des associations des usagers mais également des établissements publics et privés et à l'ARS.

En 2013, 154 représentants d'usagers ont été formés.

Vendredi 22 février	NIORT	Formation RU L'ESSENTIEL
9 Avril	ROCHEFORT	Formation Défendre les Droits des Usagers
19 Avril	NIORT	Formation CRUQPC
Du 12 au 15 avril	ANGOULEME	Participation du CISS PC à la Foire-exposition (stand)
Du 27 avril au 5 mai	NIORT	Participation du CISS PC à la Foire-exposition
17 Mai	COGNAC	Formation CRUQPC
Du 18 au 20 Mai	POITIERS	Participation du CISS PC à la Foire-exposition
7Juin	CHATELLERAULT	Formation CRUQPC
13 juin	NIORT	Journée « Génériques » - CISSPC//SANOFI
30 août au Dimanche 8 sept AOUT	LA ROCHELLE	Participation du CISS PC à la Foire-exposition
Jeudi 19 décembre	NIORT	Journée Bénéfice Activité Physique Adaptée - CISSPC//SANOFI

## IV. Renforcer la démocratie sanitaire

### A. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans la CRSA

#### 1. La participation aux instances de la CRSA (source : le rapport annuel 2013 de la CRSA).

La présence dans les instances des représentants des usagers est un critère d'implication de l'expression collective des usagers.

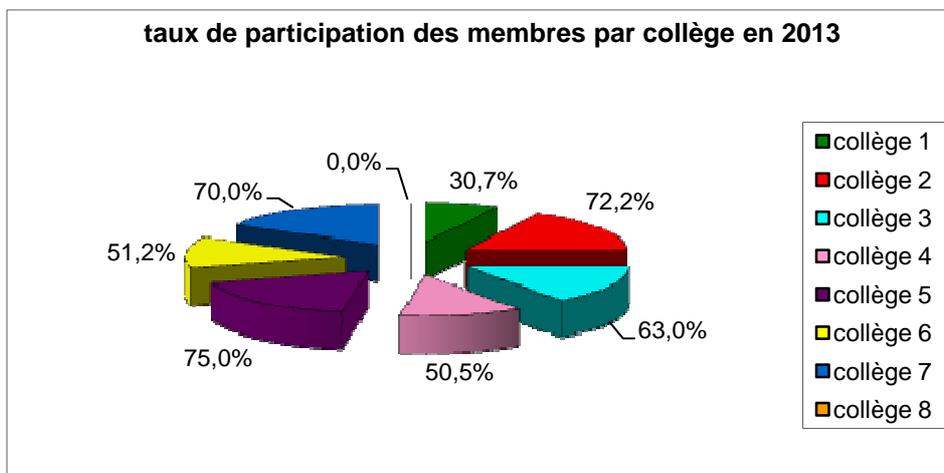
On observe dans le graphique ci-après que les 3 collèges les plus représentatifs en 2013 sont ceux des représentants :

- des acteurs de la cohésion et de la protection sociales (**collège 5**) : 75 % contre 49.3 % en 2012 et 65.1 % en 2011 ;
- des associations des usagers de services de santé ou médico-sociaux (**collège 2**) : 72.2 % contre 75.5 % en 2012 et 85.5 % en 2011 ;
- des offreurs des services de santé (**collège 7**) : 70 % contre 60.3 % en 2012 et 69.7 % en 2011.
- Les partenaires sociaux (**collège 4**) : 53.4 % contre 52.8 % en 2011 et 36.8 % en 2010.

Les taux des autres collèges sont par ordre décroissant :

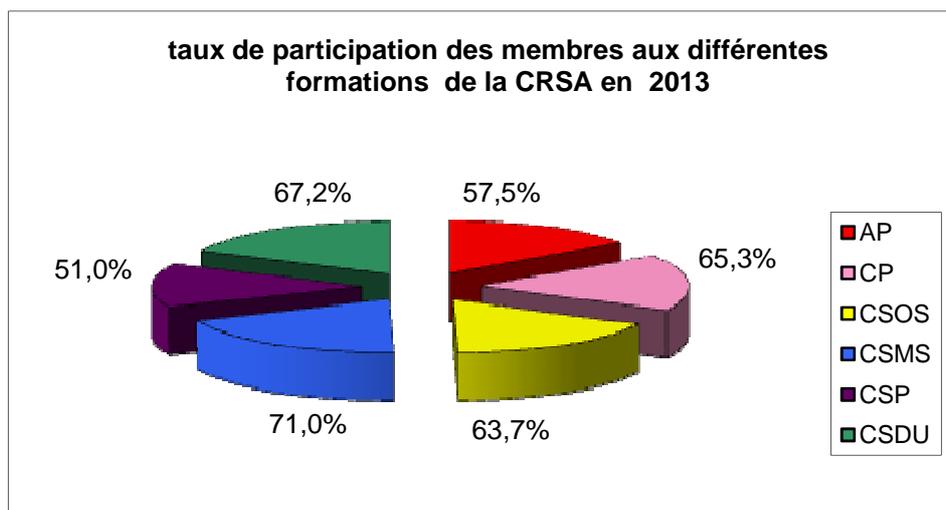
- 63 % contre 27.3 % en 2012 et 57.8 % en 2011 pour le **collège 3** (représentants des conférences de territoires) ;
- 51.2 % contre 48.1 % en 2012 et 72.2 % en 2011 pour le **collège 6** (acteurs de la prévention de l'éducation pour la santé) ;
- 30.7 % contre 24.3 % en 2012 et 37.6 % en 2011 pour le **collège 1** (représentants des collectivités territoriales) ;

Les deux personnes qualifiées (**collège 8**) ont été absentes aux trois assemblées plénières.



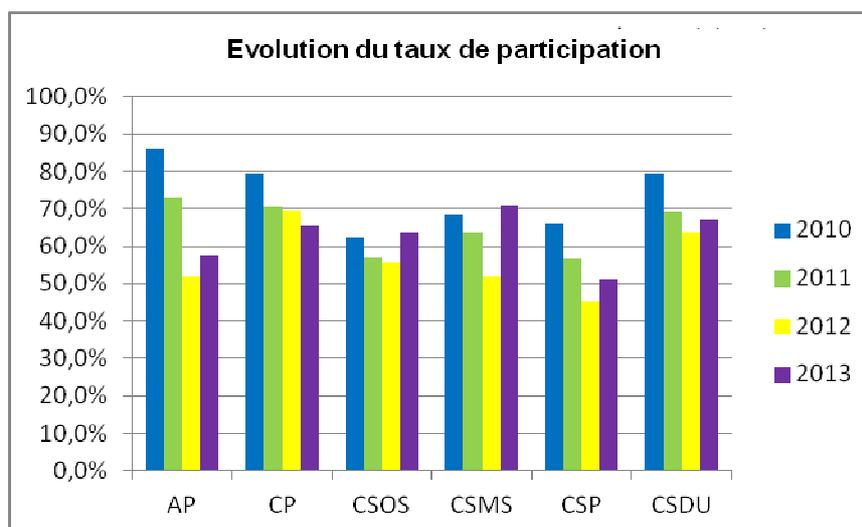
Source rapport d'activité CRSA 2013

## le taux de participation aux formations spécialisées :



**AP** : assemblée plénière ; **CP** : commission permanente ; **CSOS** : commission spécialisée de l'organisation des soins ; **CSMS** : commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnement médico-sociaux ; **CSP** : commission spécialisée prévention ; **CSDU** : commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers

Source rapport d'activité CRSA 2013



Source rapport d'activité CRSA 2013

Le taux de participation, toutes formations confondues, est en progression de 5 points par rapport à 2012 :

- 61.4 % contre 54.1 % en 2012. Il est de 62 % pour le 1<sup>er</sup> semestre et de 60.4 % pour le 2<sup>ème</sup> semestre.

Le taux global d'absence non motivée sur l'ensemble de l'année est de 27 %.

Le taux participation par formation est de :

- 57.5% contre 51.9 % en 2012 à l'assemblée plénière ;
- 65.3 % contre 69.6 % en 2012 à la commission permanente ;

- 63.7 % contre 55.7 % à la commission spécialisée de l'organisation des soins ;
- 71 % contre 51.7 % en 2012 à la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux ;
- 51 % contre 45.2 % en 2012 à la commission spécialisée de prévention. Malgré une augmentation de la participation des membres. C'est la commission spécialisée qui a le taux de participation le plus faible des formations spécialisées de la CRSA.
- 67.2 % contre 63.8 % à la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers.

La CRSA a été informée régulièrement par l'ARS de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la politique de santé et des plans d'action opérationnels de territoire 2012 et 2013, ainsi que des suites données par l'ARS aux observations qu'elles ont émises en 2012 et 2013.

## **2. La commission des droits des usagers de la CRSA**

Les différentes réunions de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers se sont articulées autour de différents points :

- **Le rapport annuel sur le respect des droits des usagers 2012 (données 2011)**

Un groupe de travail, constitué parmi les membres des quatre commissions spécialisées de la CRSA, a analysé et commenté le projet de rapport élaboré par le secrétariat des instances de démocratie sanitaire de l'Agence.

Ce rapport a été établi sur la base du cahier des charges fixé par l'arrêté ministériel du 05 avril 2012. Toutefois, compte tenu de la difficulté de recueillir toutes les données nécessaires, il a été impossible de traiter tous les objectifs définis dans le cahier des charges.

Avant son adoption par l'assemblée plénière, la commission a validé le rapport sous réserve de la prise en compte des observations suivantes :

- *Les efforts qui ont commencé d'être engagés par les établissements sur l'information du patient doivent se poursuivre.*
- *les établissements médico-sociaux doivent faire un effort pour fournir des éléments concrets sur le fonctionnement des conseils de vie sociale et plus particulièrement sur la place et le respect des usagers, notamment à travers les rapports d'évaluation qu'ils doivent communiquer à l'ARS.*
- *Le taux de 100 % des demandes de scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire indiqué par le Rectorat est inexact.*
- *Le nombre minimum de quatre réunions par an des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), prévu par les textes, soit rigoureusement respecté par l'ensemble des établissements de la région.*
- *La formation des membres siégeant dans les instances de santé publique est une condition indispensable pour exercer de façon satisfaisante les fonctions de représentants des usagers.*

- **La synthèse régionale des rapports des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) 2013**

Cette synthèse a été intégrée dans le rapport spécifique sur le respect des droits des usagers.

A la demande d'un directeur d'établissement, il a été constitué un groupe de travail « établissements de santé /ARS » pour élaborer le cahier des charges du futur rapport CRUQ. Les représentants des usagers de la commission ont été associés à ce groupe qui se réunira courant janvier 2014.

*La commission a demandé qu'apparaisse un item sur :*

- **Le vrai rôle de la CRUQ** sur l'instruction des réclamations adressées aux établissements et **plus particulièrement celui des représentants des usagers**, à savoir :
- *Participent-ils à la réponse, ou le projet de réponse est-il présenté en commission ?*
- *Reçoivent-ils les familles avec les professionnels concernés de l'établissement pour examiner les réclamations ?*
- *Y-a-t-il des recommandations de la commission sur le fonctionnement des services et les interrelations entre les services?*

- **La participation des membres de la commission aux CRUQ**

Certains membres de la commission ont participé à une ou deux CRUQ d'un grand et petit établissement de santé pour apprécier leur fonctionnement et échanger avec les membres de la CRUQ et plus particulièrement avec les représentants des usagers et évaluer leur rôle au sein de l'établissement.

La mission était de recueillir notamment les éléments suivants :

- Qui prépare l'ordre du jour ?
- comment les débats sont tenus et animés ?
- les représentants des usagers participent-ils à la rédaction des rapports CRUQ ?
- quel compte rendu est fait des débats et comment sont-ils pris en compte par l'établissement ?

La synthèse des comptes rendus de ces participations est présentée précédemment dans ce rapport.

La commission a décidé de poursuivre la démarche initiée en 2013 et de l'élargir aux conseils de vie sociale des établissements sociaux et médico-sociaux.

- **La labellisation 2013 « droits des usagers »**

La commission a examiné 2 demandes de labellisation :

→ 1 dossier déposé par **le collectif inter associatif sur la santé (CISS) Poitou-Charentes**

La demande concernait l'enquête régionale réalisée sur l'accès aux soins pour tous.

*Un avis favorable à l'unanimité a été donné à la labellisation 2012 et à la présentation au concours 2012.*

→ dossier déposé par **l'association AIDES**

La demande portait sur le programme de promotion de la santé des détenus du centre pénitentiaire de Vivonne (86) – proposition de test rapide orientation diagnostique (TROD)

*Un avis favorable à l'unanimité a été donné à la labellisation 2012 et à la présentation au concours 2012.*

- **Les présentations des missions ou actions menées par l'ARS et les acteurs des institutions**

→ **Le schéma directeur régional des systèmes d'information en santé**

La commission a :

- *souligné l'importance de mettre en place un circuit d'information et de communication à la disposition des soignants pour une meilleure prise en charge des patients. Le maître mot est effectivement l'accompagnement car il s'agit d'un véritable changement dans la façon de travailler des professionnels. Le dossier médical personnalisé est l'outil de la médecine de demain.*
- *demandé qu'un point de situation sur l'avancement des systèmes d'information en Poitou-Charentes leur soit présenté en 2014.*

→ **Le projet d'enquête sur le respect des droits des usagers dans le secteur médico-social**

La cellule qualité du service d'appui à la performance de la direction de l'offre sanitaire et médico-social a présenté le projet du questionnaire destiné aux directeurs des établissements médico-sociaux sur le respect des droits des usagers dans leurs structures. La commission a validé le document.

→ **La synthèse régionale 2013 des rapports CRUQ (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) 2012** a été présentée Mme MARCHAT de la cellule qualité de la DOSMS de l'ARS

*Les membres ont souligné la qualité de la synthèse réalisée qui sera prise en compte lors de la réalisation du rapport spécifique sur les droits des usagers.*

→ **Les résultats de l'enquête régionale réalisée par le CISS Poitou-Charentes sur l'accès aux soins pour tous**

Cette enquête a été réalisée pendant les foires exposition d'Angoulême, Niort, Poitiers et la Rochelle à partir de questionnaires remis aux usagers. L'objectif de cette enquête est de mesurer la perception de la qualité, de la prise en charge des soins, de l'information reçue par l'utilisateur du système de santé en région Poitou-Charentes. Elle sera effectuée sur trois ans afin d'évaluer les évolutions.

Concernant la situation de la population interrogée, la commission a suggéré au CISS que le prochain questionnaire soit complété d'un item précisant si la personne est en situation de handicap..

→ **Présentation de la mallette pédagogique pour les représentants des usagers**

Cette sacoche a été conçue par le CISS Poitou-Charentes. Elle contient des documents relatifs aux droits des usagers et au rôle des représentants des usagers réalisés par le CISS national : les guides du représentant des usagers (éditions 2011 et 2012), le guide destiné aux usagers et à leur entourage, des fiches pratiques sur différents thèmes. Elle sera distribuée à tous les représentants des usagers siégeant dans les instances de région (établissements de santé, CRSA, CPAM, CAF...).

→ **Les réunions nationales des référents « démocratie sanitaire »**

Des réunions semestrielles sont organisées par la Conférence nationale de santé à l'attention des référents « démocratie sanitaire » et des présidents des commissions spécialisées dans le domaine des droits des usagers des CRSA.

Les points abordés ont été :

- Les rapports sur le respect des droits des usagers, notamment sur les suites des recommandations du rapport 2012 de la CNS et la méthodologie des rapports (présentation de la standardisation des rapports des CRUQ ; présentation d'un questionnaire dans le secteur médico-social ; échanges sur les attentes pour le rapport 2013)
- Les crédits dédiés au financement de la démocratie sanitaire
- le renouvellement des CRSA et Conférences de territoire en 2014

- Point sur les débats publics
- Label et prix « Droits des usagers »

## V. **Recommandations émises par la CRSA dans son rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé**

- **Observations**
- **Préconisations**
- **Perspectives**

Action concernée	Recommandations	Proposition de mise en œuvre
<b>Promouvoir et faire respecter les droits des usagers</b>		
Former les professionnels de la santé au respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander aux URPS de mettre en œuvre un dispositif de suivi des formations des professionnels libéraux</li> <li>- Pour les professionnels des établissements de santé et les établissements médico-sociaux, s'appuyer sur les présidents des CRUQ et des CVS pour augmenter le nombre de personnels formés sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Les droits des usagers,</li> <li>➢ La bientraitance,</li> <li>➢ La prise en charge de la douleur.</li> </ul> </li> </ul>	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux présidents des CRUQ et présidents des CVS.
Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Solliciter les organismes d'assurance maladie et les ordres professionnels pour obtenir des données plus fines sur ces sujets – notamment sur l'ambulatoire	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux directeurs des caisses d'assurance maladie (CPAM – RSI et MSA)
Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance	Solliciter les organismes d'assurance maladie et les ordres professionnels pour obtenir des données plus fines sur ces sujets – notamment sur l'ambulatoire	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux directeurs des caisses d'assurance maladie (CPAM – RSI et MSA)
Droit au respect de la dignité de la personne - prendre en charge la douleur	Solliciter les organismes d'assurance maladie et les ordres professionnels pour obtenir des données plus fines sur ces sujets – notamment sur l'ambulatoire	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux directeurs des caisses d'assurance maladie (CPAM – RSI et MSA)
Droit au respect de la dignité de la personne - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées	Solliciter les organismes d'assurance maladie et les ordres professionnels pour obtenir des données plus fines sur ces sujets – notamment sur l'ambulatoire	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux directeurs des caisses d'assurance maladie (CPAM – RSI et MSA)
Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical	Solliciter les organismes d'assurance maladie et les ordres professionnels pour obtenir des données plus fines sur ces sujets – notamment sur l'ambulatoire	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux directeurs des caisses d'assurance maladie (CPAM – RSI et MSA)

Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	Le rapport montre une nette progression mais reste à regarder la situation des enfants de + 16 ans	Organiser un groupe de travail au sein de la Commission de coordination des politiques publiques médico-sociale (Education nationale/Conseils départementaux /ARS pour poursuivre le mouvement positif constaté.
Droits des personnes détenues - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical	RAS	
Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des Commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)	Intégrer une synthèse des rapports d'activité des conseils départementaux de soins psychiatriques dans le prochain rapport spécifique sur le respect des droits des usagers	Solliciter la Direction de la santé publique de l'ARS (direction des opérations)
<b>Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous</b>		
Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	Solliciter les organismes d'assurance maladie pour obtenir les données chiffrées (refus de soins CMU et AME) -	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux directeurs des caisses d'assurance maladie (CPAM – RSI et MSA)
Assurer financièrement l'accès aux soins	Solliciter les organismes d'assurance maladie pour recueillir des données chiffrées (dépassements d'honoraires, nombre de médecins en secteur 2 par territoire)	Courrier conjoint du directeur général de l'ARS et du président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers adressé aux directeurs des caisses d'assurance maladie (CPAM – RSI et MSA)
Assurer l'accès aux structures de prévention	Poursuite des démarches de CLS qui intègrent cette dimension d'accès à la prévention – CLS / ASV / Contrat de ville et QPV	Prioriser le financement d'un tel dispositif par département si l'ARS dispose de la marge financière nécessaire en 2015 ou 2016
Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	Poursuivre l'accès aux soins somatiques pour les personnes en situation de handicap à l'exemple des dispositifs expérimentaux « handisoins » dans la Vienne et « CAP soins » en Charente-Maritime)	
<b>Conforter la représentation des usagers</b>		
Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	Rappeler aux structures qu'il est de leur responsabilité de faire accéder les représentants des usagers qui siègent dans leurs instances, à des formations ad hoc.	A rappeler par l'ARS lors des réunions des directeurs des établissements sanitaires et des établissements médico-sociaux.

Renforcer la démocratie sanitaire		
Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CT	Poursuivre le très bon engagement des membres et des représentants d'usagers	

## **Commentaires du Président de la Commission**

Rappelons que ce rapport porte sur les données 2012-2013 à l'exception du chapitre concernant la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.

En cette matière notons que le nombre d'enfants scolarisés a été multiplié par 3 entre 2006 et 2014.

Pour les autres domaines, ce rapport indique des tendances en ce début d'année 2015 souvent encourageantes et à consolider.

Des points d'amélioration sont identifiés dans ce rapport au regard de l'analyse, des plaintes, réclamations et doléances issues du rapport CRUQ.

En santé mentale, il est impératif que les rapports d'activités annuels des Commissions Départementales de Soins Psychiques (CDSP) soient élaborés, en référence à la loi du 5 juillet 2011 portant réforme de la loi d'Hospitalisation.

Souhaitons que le prochain rapport puisse s'appuyer sur des données actualisées plus étendues et plus systématiques pour permettre à la CSDU de faire des préconisations (réglementaire) et des propositions (amélioration continue) vis-à-vis du respect des droits des usagers qui constitue une préoccupation centrale et un axe fort du projet de la loi de santé publique.

# **ANNEXE**

**SYNTHESE DE L'ENQUETE SUR LE**  
**RESPECT DU DROIT DES USAGERS DANS**  
**LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>p. 3</b>
<b>I – INSTRUMENTS DE LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS INDIVIDUELS</b>	<b>p. 4</b>
• Charte des droits et libertés de la personne accueillie	p. 4
• Livret d'accueil	p. 17
• Contrat de séjour	p. 19
• Personne qualifiée	p. 23
<b>II. INSTRUMENTS AU SERVICE DE L'EXPRESSION COLLECTIVE DU DROIT DES USAGERS DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL</b>	<b>p. 25</b>
• Conseil de vie sociale	p. 25
• Règlement de fonctionnement	p. 28
• Projet d'établissement	p. 32
• Plaintes et réclamations	p. 33
<b>SYNTHESE ET PISTES D'AMELIORATION</b>	<b>p. 36</b>

# INTRODUCTION

L'Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes, en lien avec la commission spécialisée « Droits des Usagers » de la Conférence Régionale de la Santé de l'autonomie (CRSA), a décidé de mener une enquête sur le respect du droit des usagers au sein des établissements médico-sociaux de la région.

En effet, aucun état des lieux n'a jusqu'alors été établi sur ce sujet et de fait, aucune lisibilité ne permet d'évaluer les éventuelles actions d'amélioration à mettre en place. Cette enquête a été transmise, sous forme dématérialisée, à l'ensemble des Présidents de Conseil de Vie Sociale des établissements médico-sociaux.

Le questionnaire utilisé comporte deux parties relatives aux instruments de la mise en œuvre du droit des usagers dans les établissements médico-sociaux c'est-à-dire aux documents cadre et aux instances de l'établissement :

- Instruments de la mise en œuvre des droits individuels,
- Instruments au service de l'expression collective du droit des usagers du secteur médico-social.

La mise en ligne du questionnaire a eu lieu du 1<sup>er</sup> juillet 2014 jusqu'au 6 octobre 2014. Le taux de retour enregistré est de 52,5%. Sur les 666 établissements interrogés, 350 ont répondu à l'enquête.

Les résultats de cette enquête permettront de dégager des axes de travail afin de développer et d'améliorer le droit des usagers au sein des structures médico-sociales en tenant compte de leurs difficultés et de leurs attentes.

Ils seront diffusés à l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région Poitou-Charentes et aux membres de la CRSA.

Que l'ensemble des participants à cette enquête ainsi que les membres de la commission spécialisée « Droits des Usagers » soient remerciés pour ce travail.

# I - INSTRUMENTS DE LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS INDIVIDUELS

## Charte des droits et libertés de la personne accueillie

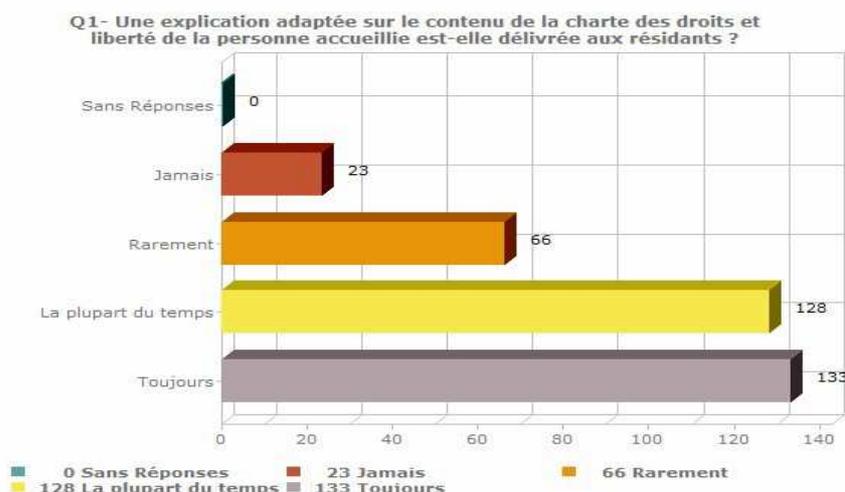
### Cadre réglementaire :

- Article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

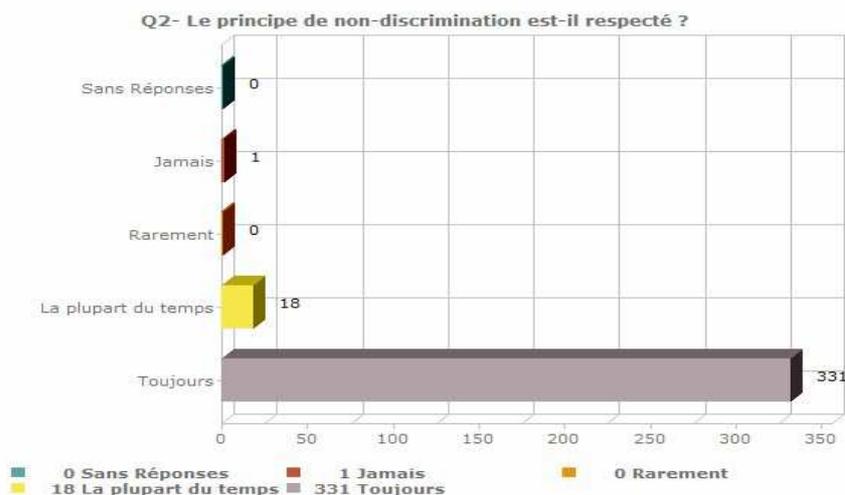
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie

#### *Rappel des 12 points de la Charte :*

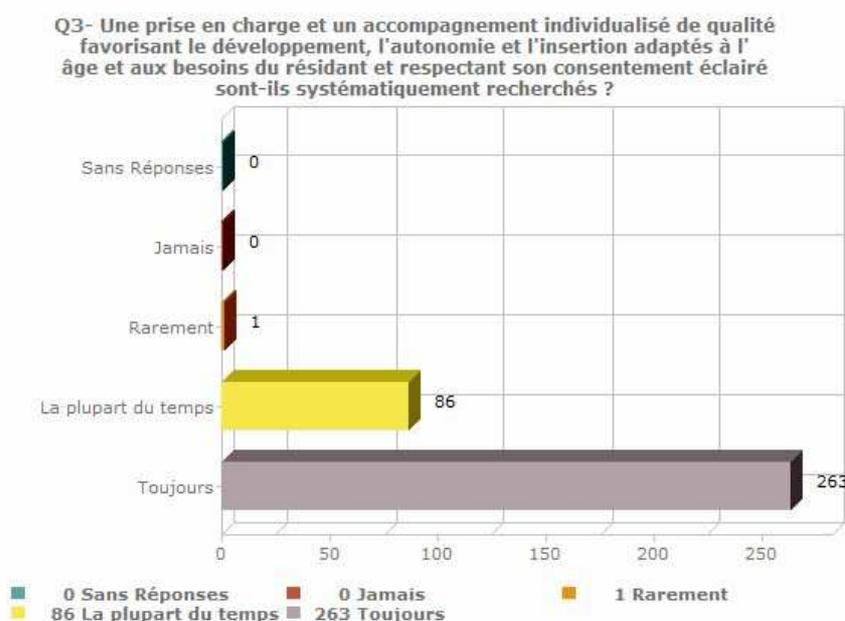
- 1 – le principe de non discrimination
- 2 – droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté
- 3 – droit à l'information
- 4 – principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne
- 5 – droit à la renonciation
- 6 – droit au respect des liens familiaux
- 7 – droit à la protection
- 8 – droit à l'autonomie
- 9 – principe de prévention et de soutien
- 10 – droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie
- 11 – droit à la pratique religieuse
- 12 – respect de la dignité de la personne et de son intimité



Une explication adaptée sur le contenu de la charte des droits et libertés de la personne accueillie est diffusée dans les établissements médico-sociaux (toujours à hauteur de 38% et la plupart du temps à 36,6%). 6,6 % des établissements ne diffusent jamais cette information.

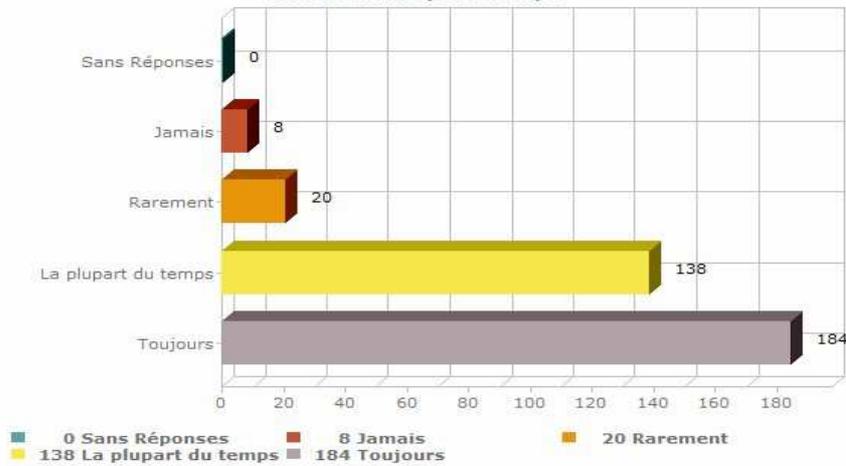


Le principe de non-discrimination est respecté dans quasiment 95% des établissements.



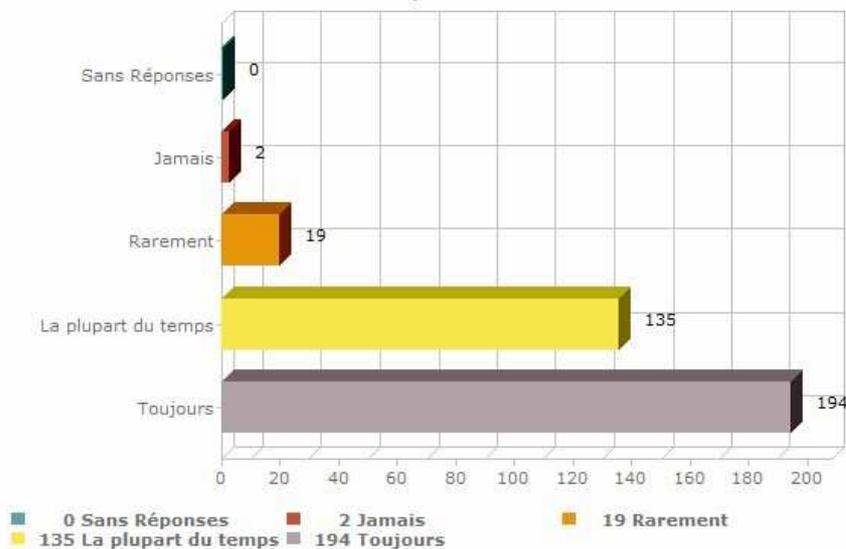
75% des établissements recherchent toujours une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion adaptés à l'âge et aux besoins du résidant et respectant son consentement éclairé. Cela implique qu'un établissement sur quatre ne met pas **systématiquement** en application cette obligation même si cela est fait la plupart du temps.

**Q4- Le résidant a-t-il le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes (service à domicile, admission au sein d'un établissement spécialisé...)?**



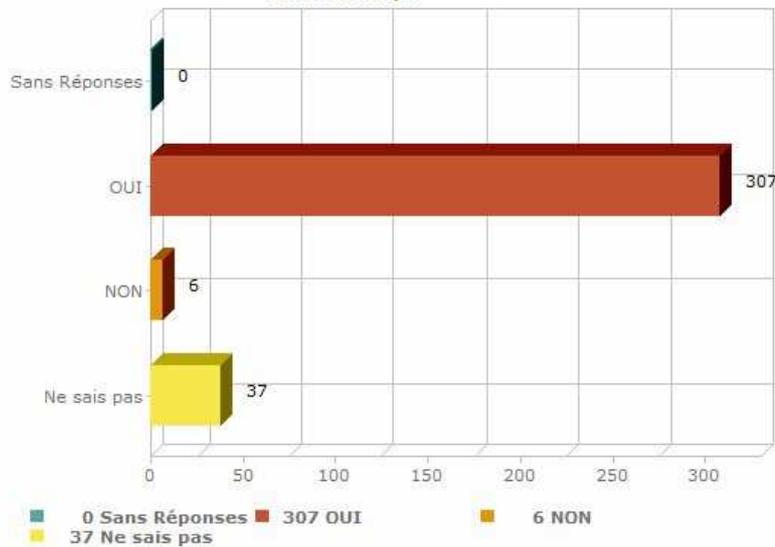
Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes est toujours proposé par les établissements médico-sociaux au résidant dans 52,6% et la plupart du temps dans 39,4%. Plus de 2% des établissements n'offrent pas ou très rarement cette possibilité.

**Q5- La participation directe à la conception et à la mise en oeuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement est-elle assurée au résidant ?**



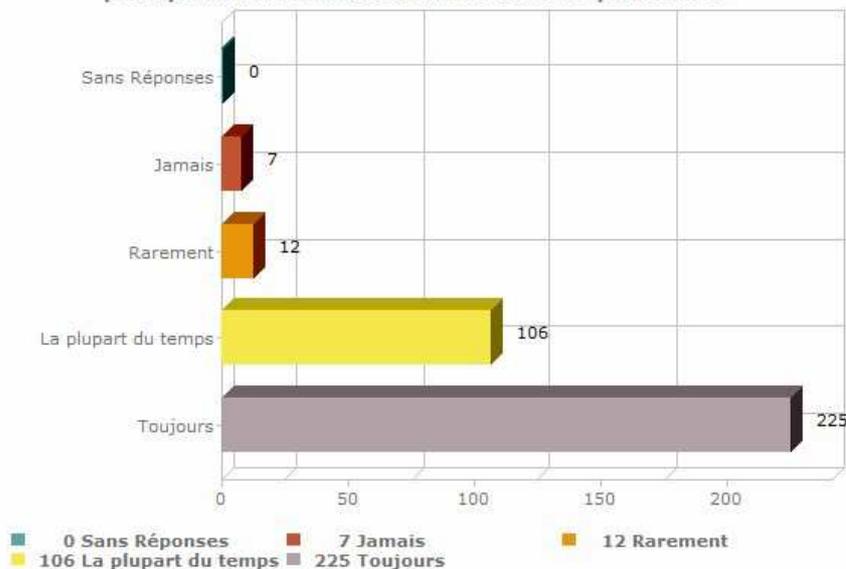
Le résidant participe de façon directe à la conception et à la mise en oeuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement de façon systématique dans 55% des cas et la plupart du temps dans 38,6% des cas.

**Q6- Le résidant peut-il, à tout moment, renoncer par écrit aux prestations dont il bénéficie ou en demander le changement (Droit à la renonciation) ?**



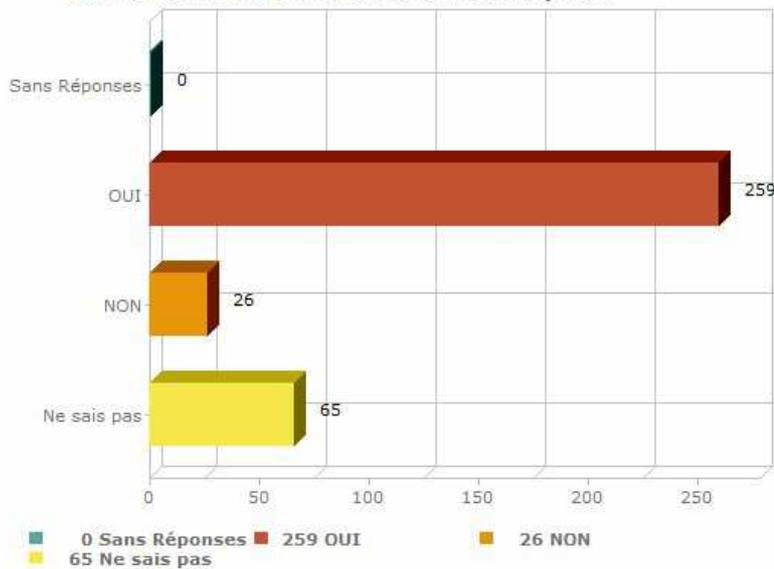
Le résidant peut, à tout moment, renoncer par écrit aux prestations dont il bénéficie ou en demander le changement (droit à la renonciation) dans 87% des établissements.

**Q7- Le droit au respect des liens familiaux existe-t-il, notamment la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne ?**



Le respect des liens familiaux notamment la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne du résidant existe toujours dans 64,3% des cas et la plupart du temps dans 30,3% des établissements. Seuls 5,4% des établissements ne maintiennent ces liens familiaux que rarement ou jamais.

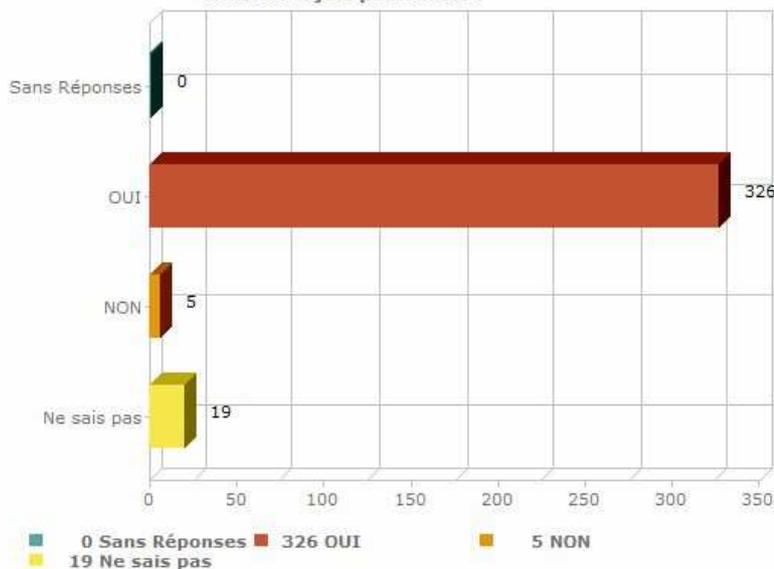
Q8- Dans ce contexte, des mesures permettant d'éviter la séparation des membres d'une famille sont-elles mises en place ?



Des mesures permettant d'éviter la séparation des membres d'une famille sont mises en place dans 74% des établissements.

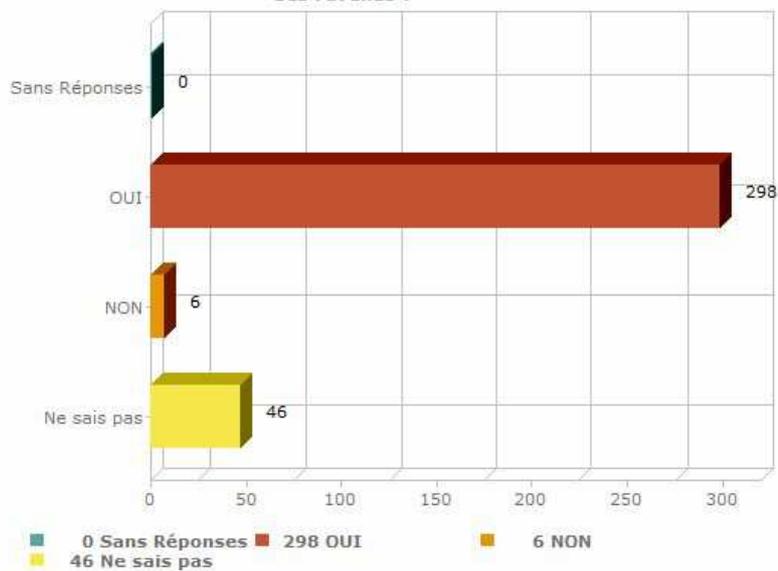
Les établissements qui ne mettent pas en place des mesures permettant d'éviter la séparation des membres d'une famille tentent dans 58,6% des cas de mettre en place des projets propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais.

Q10- Le résidant peut-il, pendant son séjour, conserver ses biens, effets et objets personnels ?



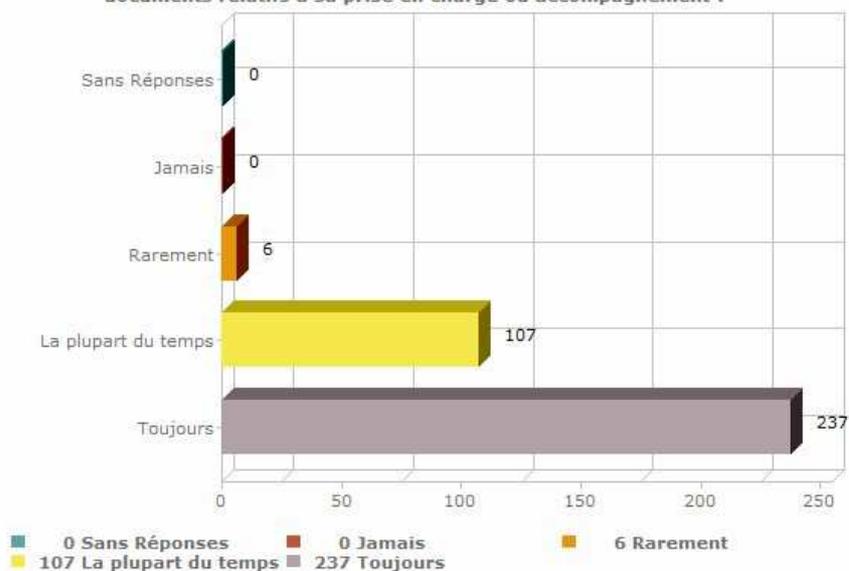
Le résidant peut, pendant son séjour, conserver ses biens, effets et objets personnels dans 93% des établissements.

**Q11- Lorsqu'il est majeur, peut-il disposer de son patrimoine et de ses revenus ?**



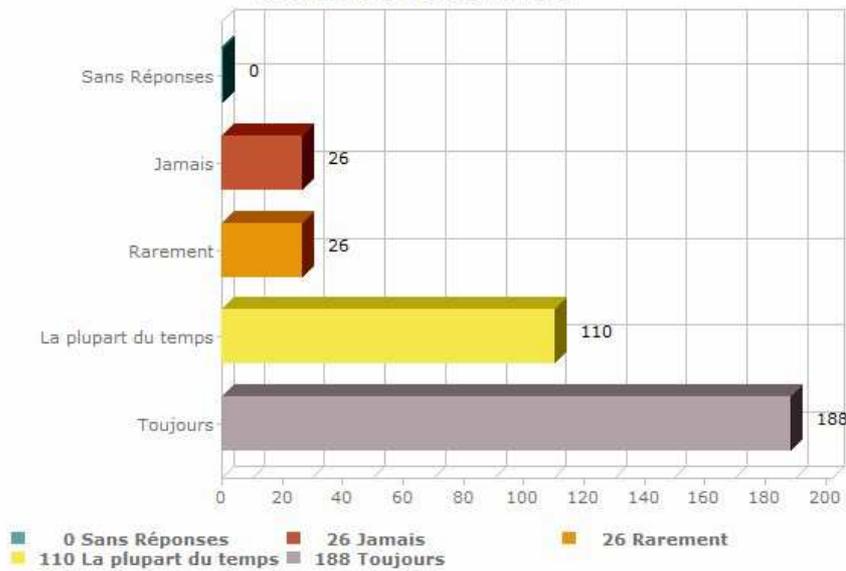
Le résidant majeur peut disposer de son patrimoine et de ses revenus dans 85% des établissements médico-sociaux. L'information n'est pas connue par les Présidents de Conseil de Vie Sociale dans 13% des cas.

**Q12- Le résidant a-t-il facilement accès à toutes les informations ou documents relatifs à sa prise en charge ou accompagnement ?**



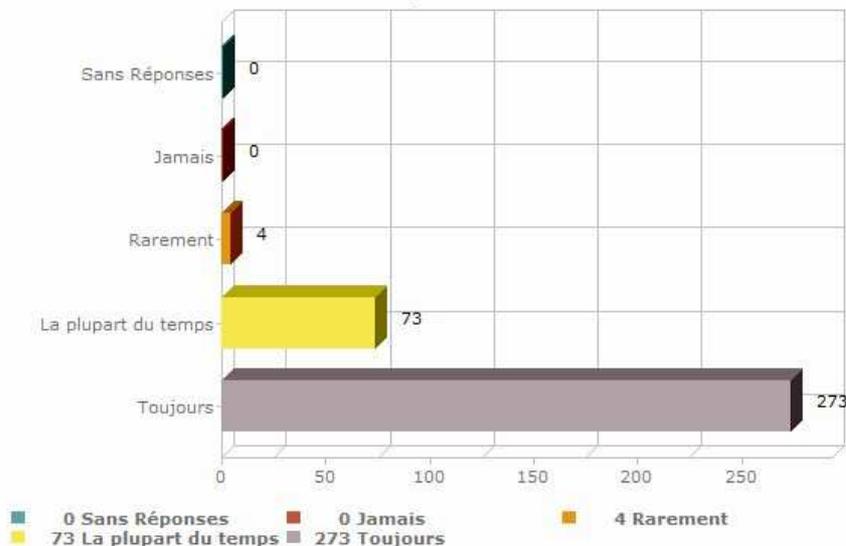
Le résidant a facilement et systématiquement accès à toutes les informations ou documents relatifs à sa prise en charge ou accompagnement dans 68% des établissements. L'accès à son dossier est possible la plupart du temps dans 30,6% des établissements.

**Q13- Le résidant est-il informé sur les associations d'usagers oeuvrant dans l'établissement ?**



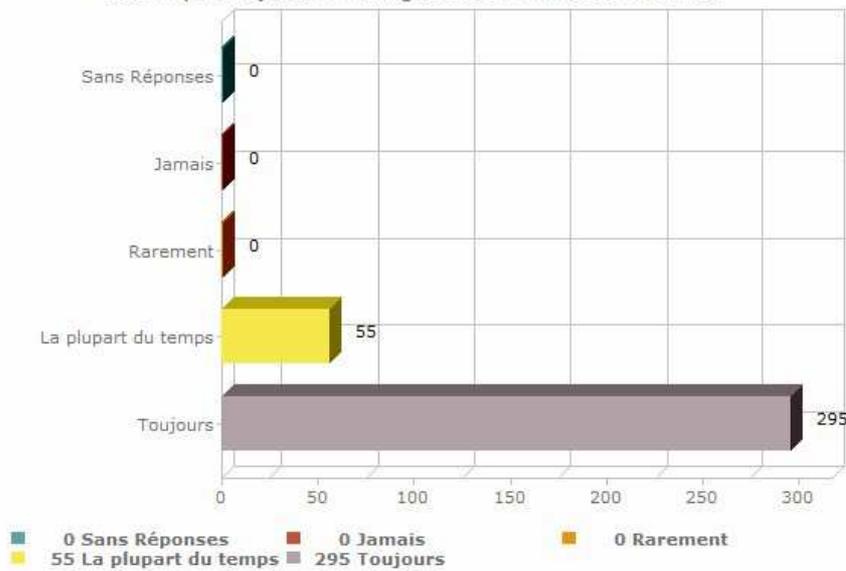
Le résidant est toujours informé sur les associations d'usagers oeuvrant dans l'établissement dans 54% des cas, la plupart du temps dans 31,4% des cas. Il est toutefois à noter que dans quasiment 15% des établissements, cette information n'est pas ou peu diffusée.

**Q14- Le résidant a-t-il facilement accès à toutes les informations sur ses droits, sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement ?**



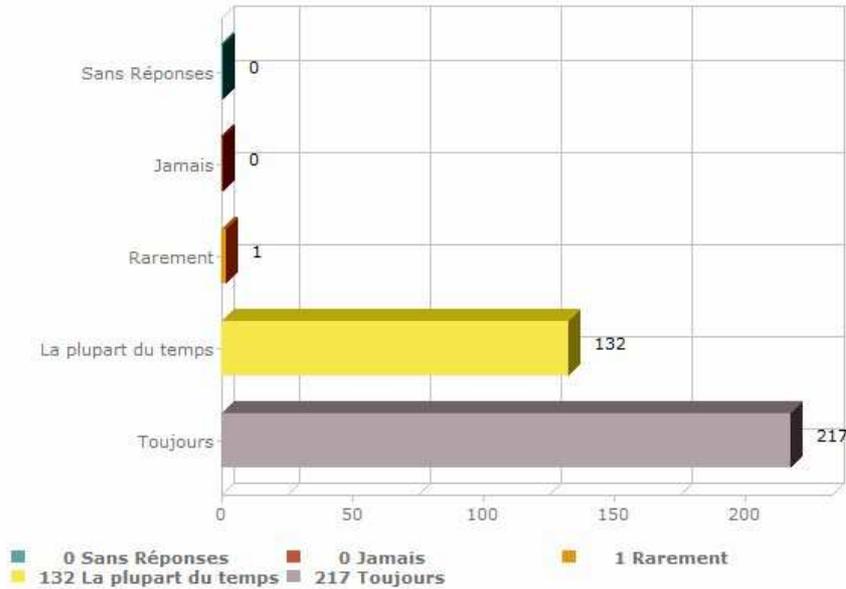
Le résidant a toujours facilement accès à toutes les informations sur ses droits, sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement dans 78% des établissements et la plupart du temps dans 21% des établissements.

Q15- Le respect de la confidentialité des informations concernant le résidant, ses représentants légaux et sa famille est-il assuré ?



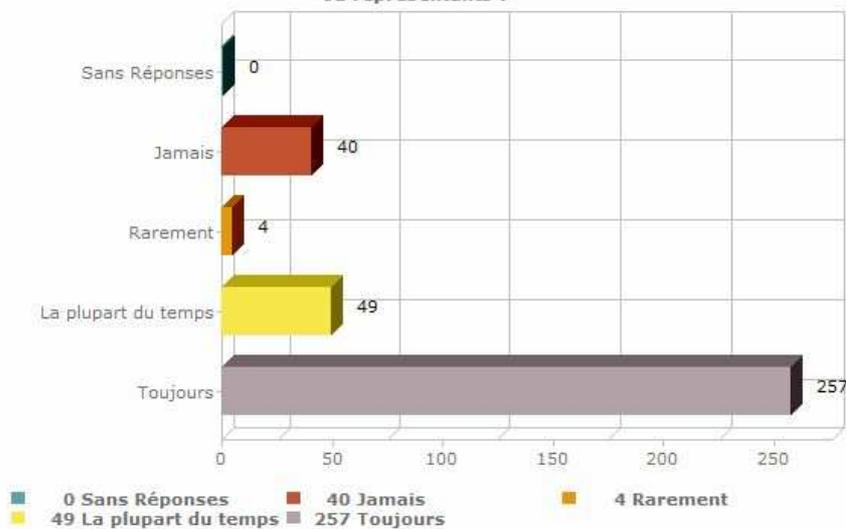
La confidentialité des informations concernant le résidant, ses représentants légaux et sa famille est toujours assurée à 84,3% et la plupart du temps à 15,7%.

Q16- Le consentement éclairé du résidant est-il recherché ?



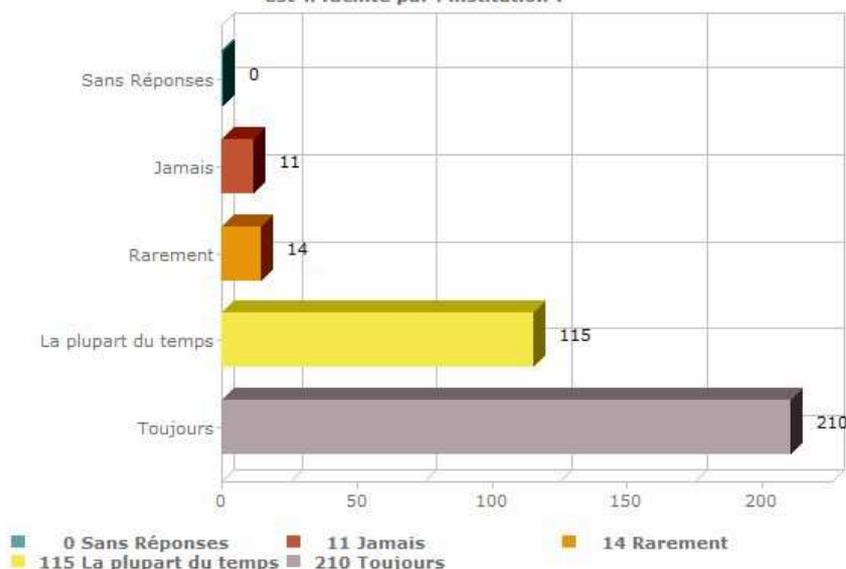
Le consentement éclairé du résidant est toujours recherché dans 62% des établissements et la plupart du temps dans presque 38%.

**Q17- Les moments de fin de vie font-ils l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants ?**

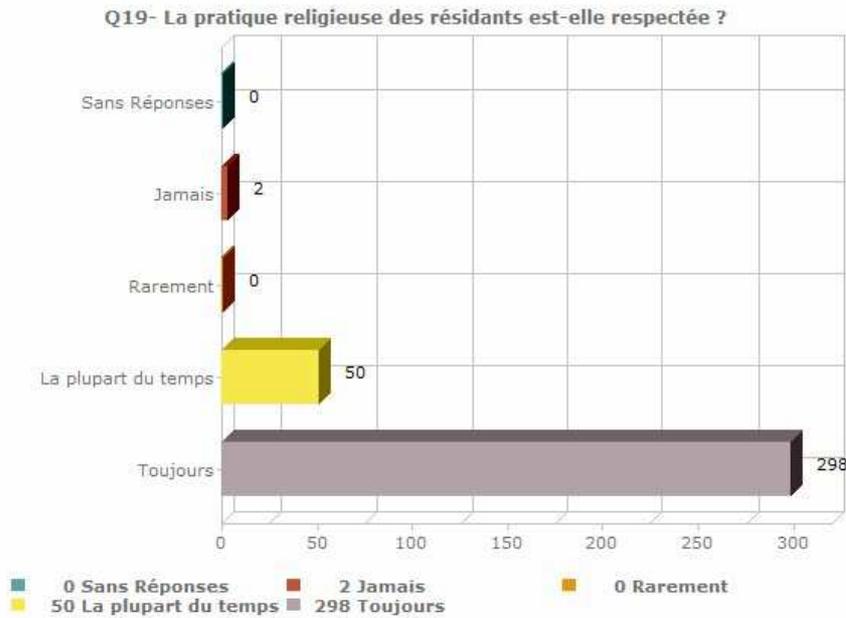


Les moments de fin de vie, tant de la personne que de ses proches ou représentants, font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions dans 73,4% des établissements. Il est à noter que 11,4% des établissements n'ont rien mis en place sur ce sujet.

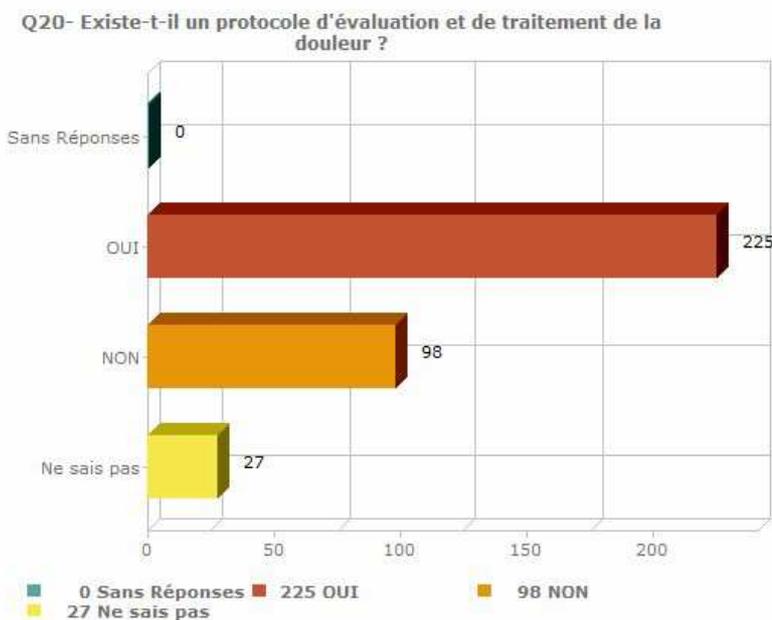
**Q18- Le droit à l'exercice effectif de la totalité des droits civiques est-il facilité par l'institution ?**



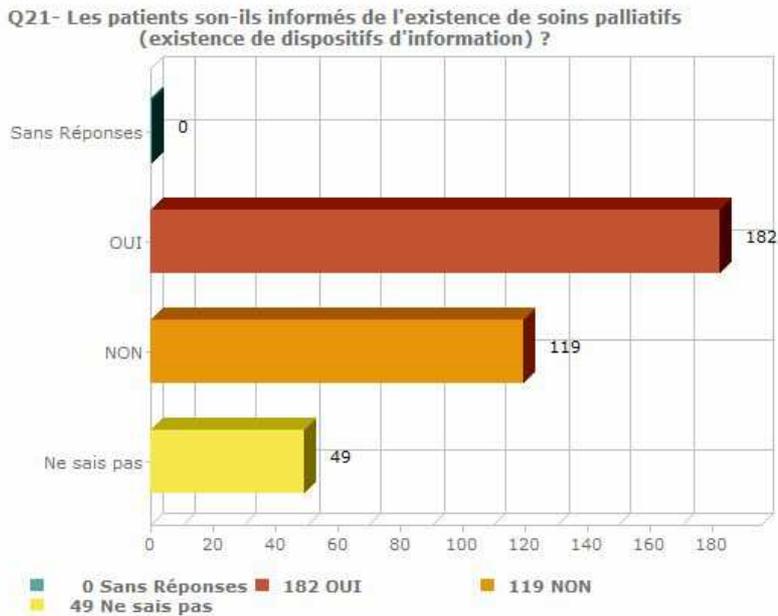
Le droit à l'exercice effectif de la totalité des droits civiques est toujours facilité par l'institution dans 60% des établissements et la plupart du temps dans presque 33% des établissements. Ce droit n'est jamais ou rarement respecté dans environ 5% des établissements.



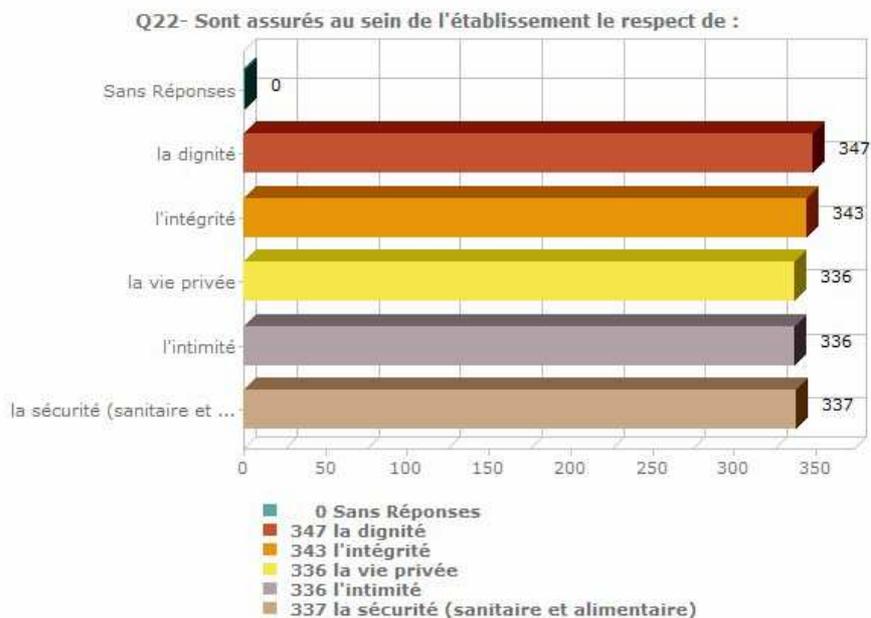
La pratique religieuse des résidents est toujours respectée dans 85% des établissements et respectée la plupart du temps dans 14,3% des établissements.



Il existe un protocole d'évaluation et de traitement de la douleur dans 64,3% des établissements. Plus d'un quart des établissements n'ont pas mis en place ce protocole.



Les patients sont informés de l'existence de soins palliatifs (existence de dispositifs d'information) dans 52% des établissements. 34% des établissements n'ont pas diffusé cette information.

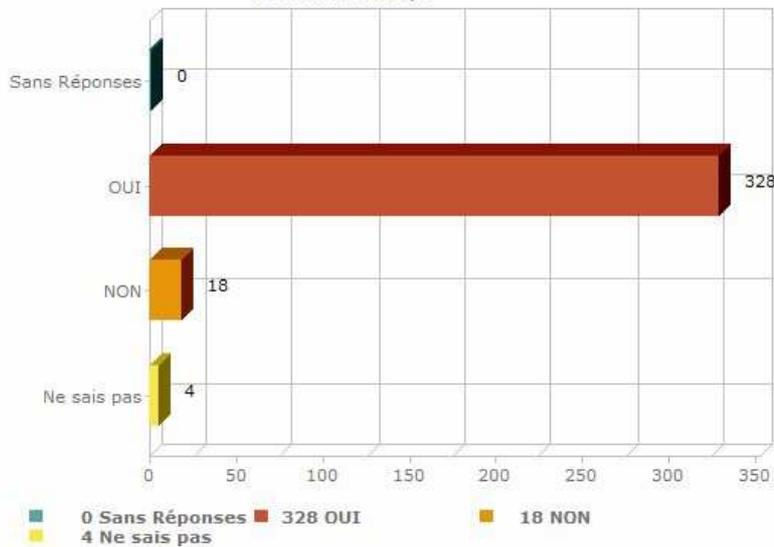


Le respect de la dignité est assuré à 99%.

Le respect de l'intégrité est assuré à 98%.

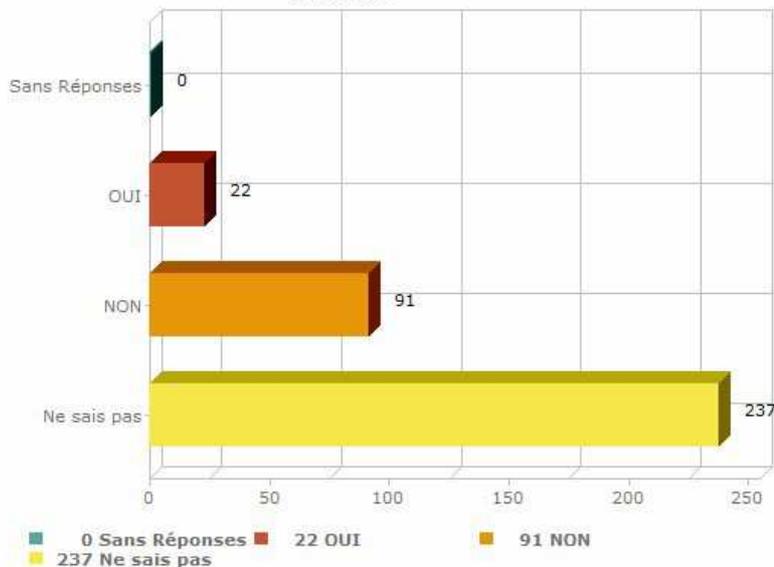
La vie privée, l'intimité et la sécurité sont assurés à 96% et plus.

**Q23- Existe-t-il des formations auprès des professionnels sur le respect de la personne (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance) ?**



Il existe des formations auprès des professionnels sur le respect de la personne (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance) dans presque 94% des établissements. Environ 5% des établissements n'organisent pas du tout ce type de formation.

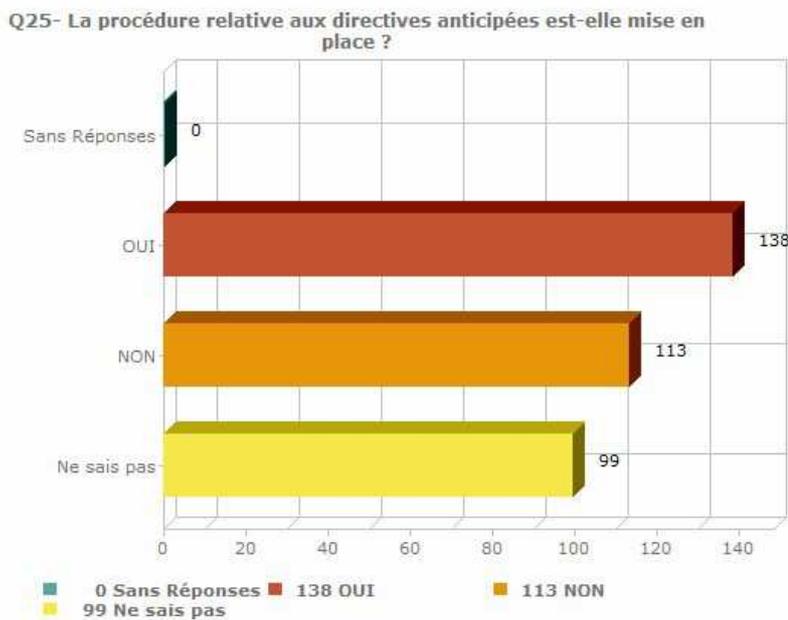
**Q24- Pour les enfants hospitalisés, existe-t-il un protocole de suivi scolaire ?**



Presque 68% des Présidents de Conseil de Vie Sociale n'ont pas su dire s'il existait, au sein de l'établissement où ils exercent, un protocole de suivi scolaire pour les enfants hospitalisés. Ce résultat est à relativiser car il englobe l'ensemble des établissements or l'item ne concerne que les établissements accueillant des enfants.

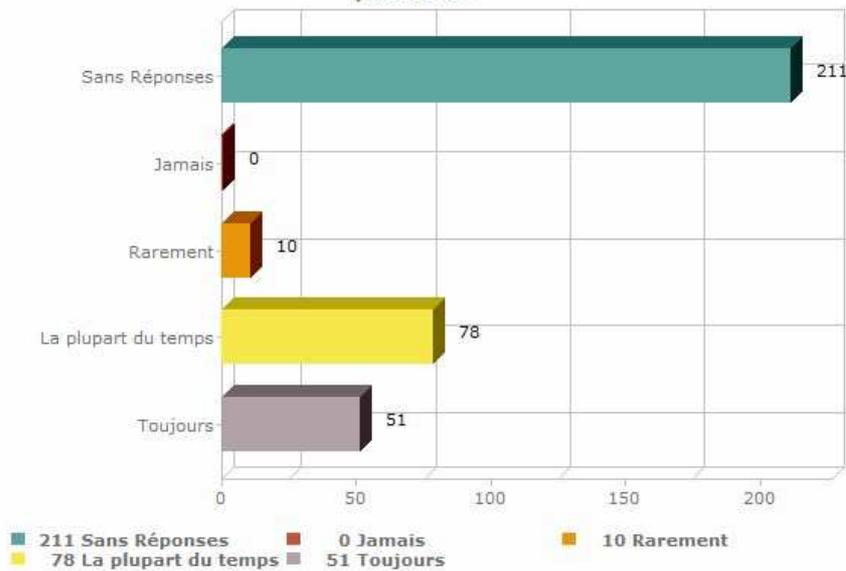
Le questionnaire ne prévoyant pas de case « non concerné », les Présidents de CVS des établissements non concernés par cette question ont donc naturellement utilisé la case « ne sais pas ».

Pour autant, on peut se rendre compte que près de 55% des établissements mettent en place un protocole de suivi scolaire.



La procédure relative aux directives anticipées est mise en place dans près de 40% des établissements. 32,3% n'ont pas mis cette procédure en place.

Q26- Dans l'affirmative, les résidants sont-ils informés de cette procédure ?



Lorsque cette procédure existe, les résidants en sont toujours informés dans seulement 14,6% des cas ; ils en sont informés la plupart du temps dans 22,3% des cas.

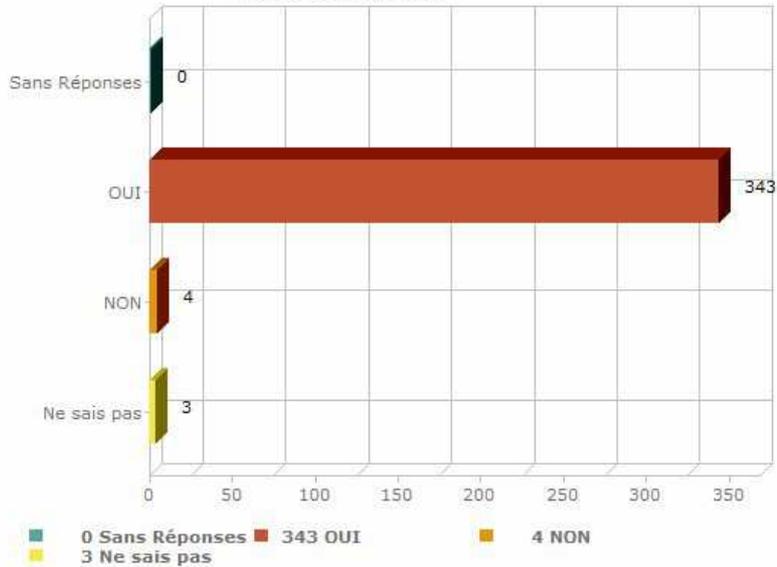
### **Livret d'accueil**

#### Cadre réglementaire :

- Article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil

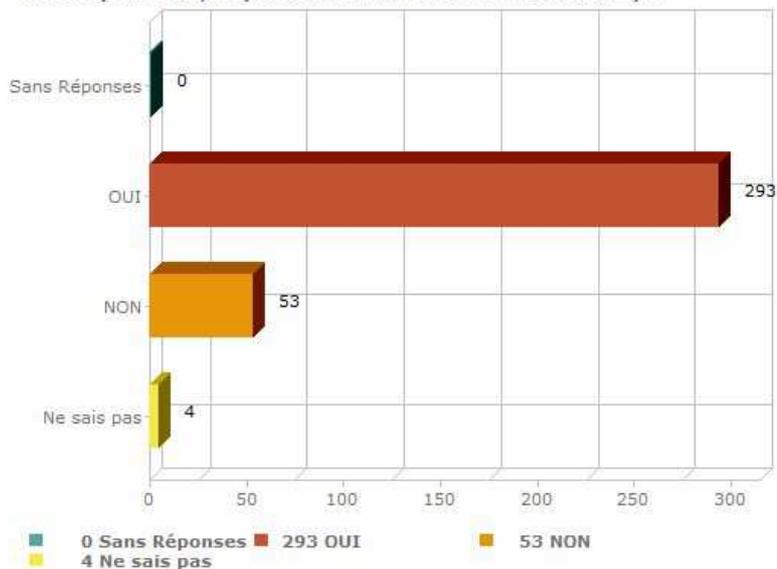
## Le livret d'accueil comporte t-il des éléments d'informations :

Q27A- géographiques concernant l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil ?

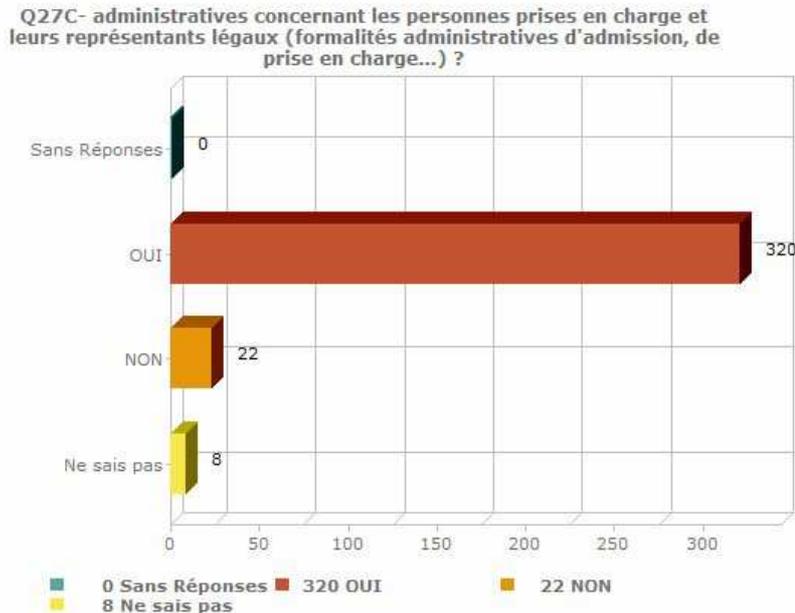


Le livret d'accueil comporte des éléments d'informations géographiques dans 98% des établissements.

Q27B- administratives concernant l'établissement (nom du directeur, des responsables, du président du conseil d'administration...)?



Le livret d'accueil comporte des éléments d'informations administratives **concernant l'établissement** (nom du directeur, des responsables, du président du conseil d'administration...) dans 83,7% des établissements.



Le livret d'accueil comporte des éléments d'informations administratives **concernant les personnes prises en charge et leurs représentants légaux** (formalités administratives d'admission, de prise en charge...) dans 91,4% des établissements.

### Contrat de séjour

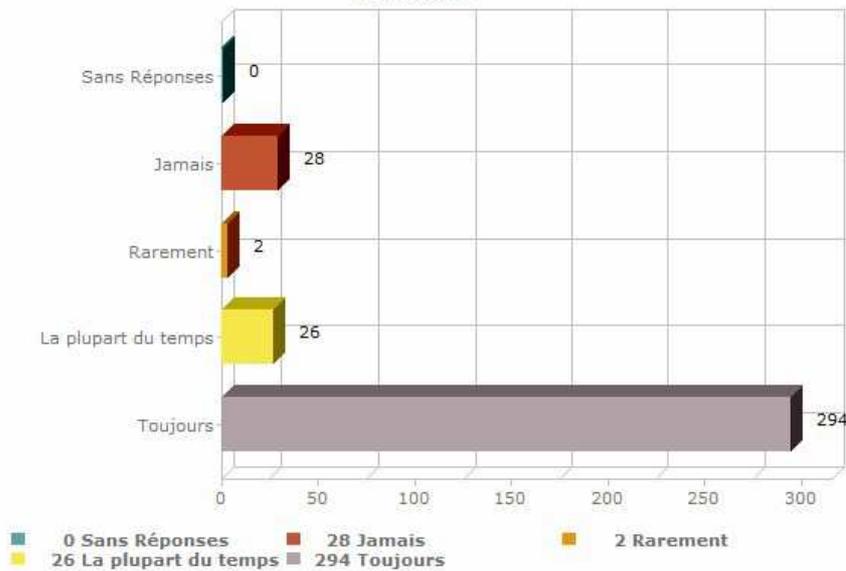
#### Cadre réglementaire :

- Article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge

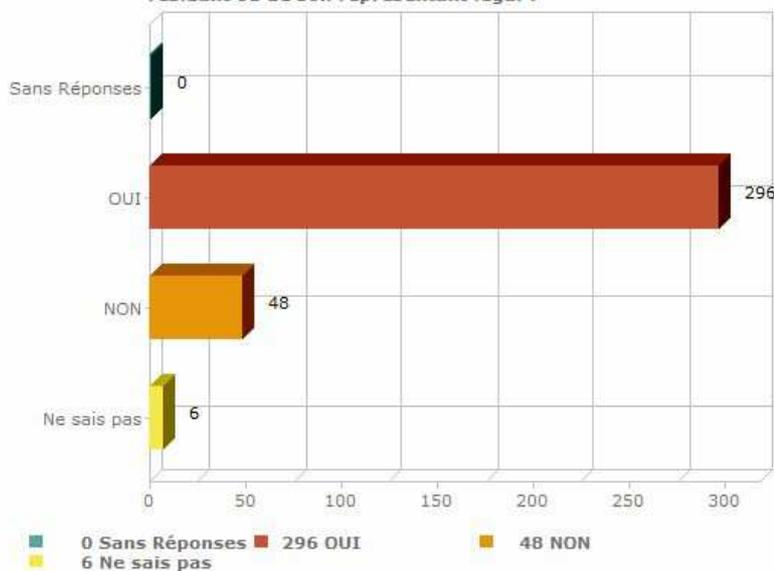
Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) est conclu avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat (ou document individuel de prise en charge) définit les objectifs ou la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service.

**Q28- Un contrat de séjour est-il conclu avec le résidant lors de l'admission ?**



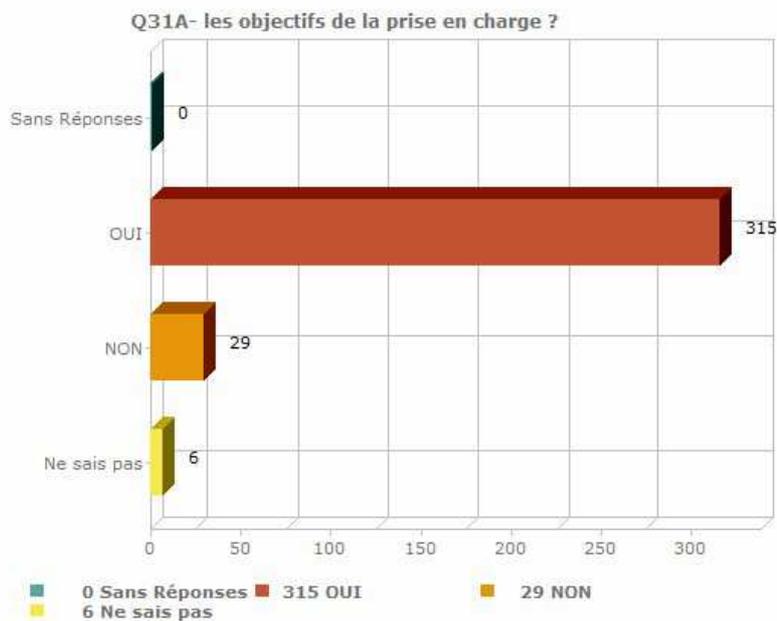
Un contrat de séjour est toujours conclu avec le résidant lors de l'admission dans environ 84% des établissements. Il est à noter que dans 8% des établissements, aucun contrat de séjour n'est jamais conclu.

**Q30- Le contrat de séjour est-il élaboré avec la participation du résidant ou de son représentant légal ?**



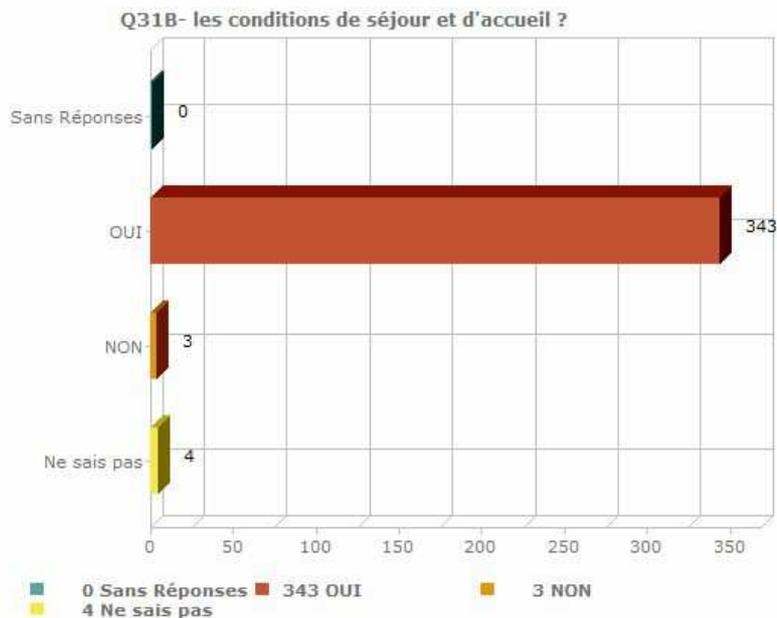
Le contrat de séjour est élaboré avec la participation du résidant ou de son représentant légal dans 84,6% des établissements.

**Ce contrat de séjour précise t-il les objectifs de la prise en charge ?**



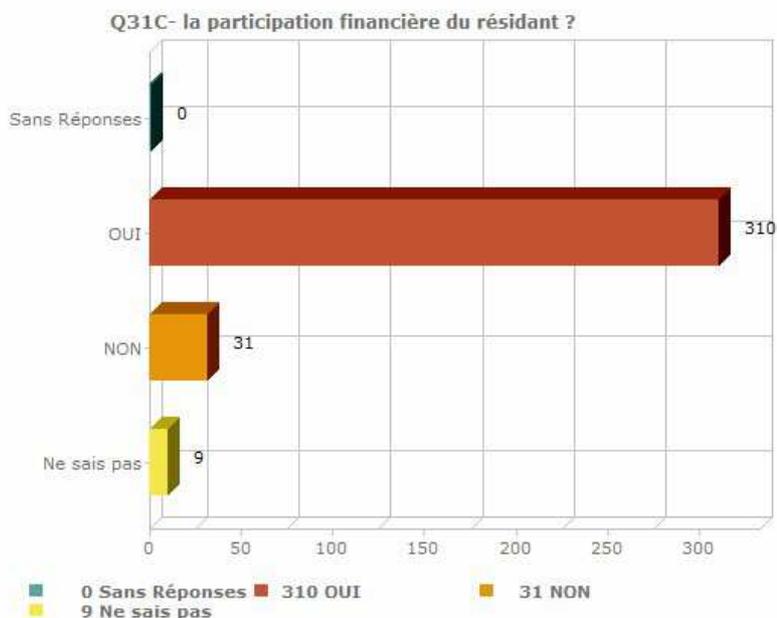
Le contrat de séjour précise les objectifs de la prise en charge dans 90% des établissements.

**Ce contrat de séjour précise t-il les conditions de séjour et d'accueil ?**



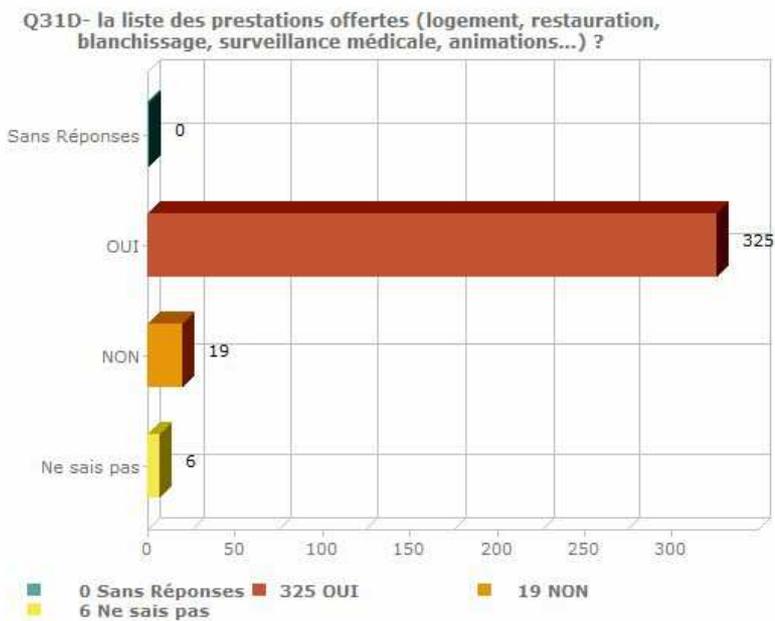
Le contrat de séjour précise les conditions de séjour et d'accueil pour 98% des établissements.

## Ce contrat de séjour précise t-il la participation financière du résident ?



Le contrat de séjour précise la participation financière du résident dans 88,6% des établissements. Cette information n'est pas précisée dans presque 9% des contrats de séjour.

Ce contrat de séjour précise t-il la liste des prestations offertes (logement, restauration, blanchissage, surveillance médicale, animations...) ?



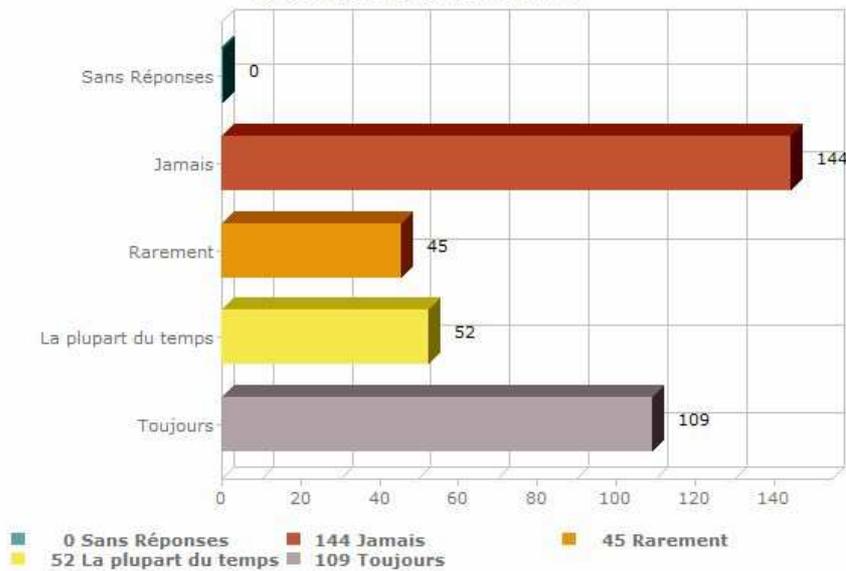
Le contrat de séjour précise la liste des prestations offertes dans 92,9% des cas.

### **Personne qualifiée**

Cadre réglementaire : art. L311-5 du CASF

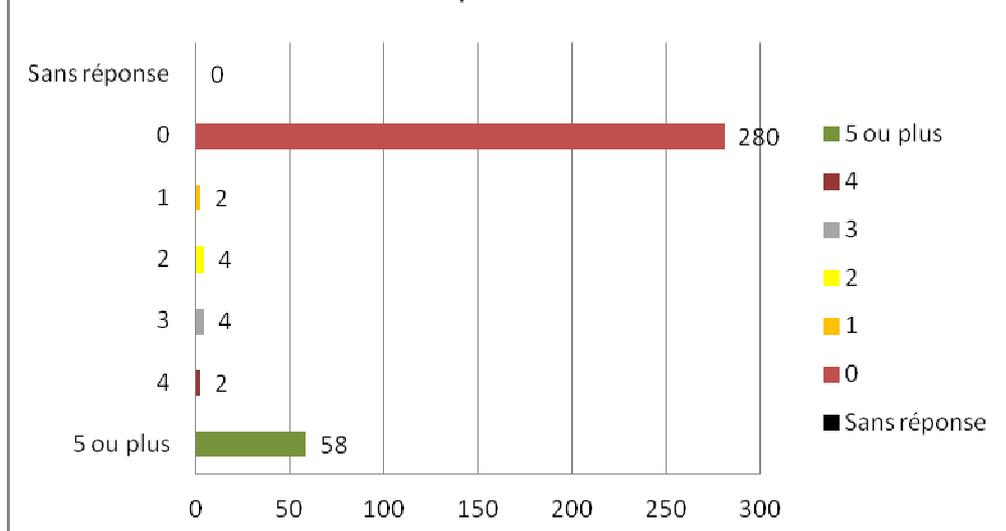
Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le président du Conseil Général.

**Q32- La désignation de la personne qualifiée est-elle proposée au résident lors de son admission ?**



La désignation de la personne qualifiée n'est jamais proposée au résident lors de son admission dans plus de 41% des établissements. Elle l'est toujours dans 31% des établissements.

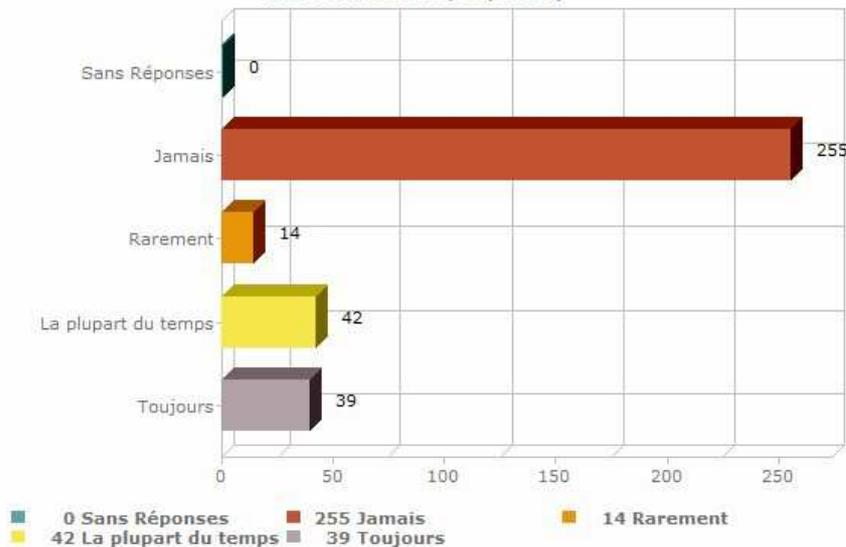
**Q 33 - Quel est le nombre d'interventions réalisées par les personnes qualifiées ?**



Aucune intervention réalisée par une personne qualifiée n'a eu lieu dans 80% des établissements médico-sociaux.

16,6% des établissements ont connus plus de 4 interventions par une personne qualifiée.

Q34- La personne qualifiée rend-elle compte auprès du résident des démarches entreprises et des suites données à la demande ? (décret 2004-1136 du 21/10/2004)



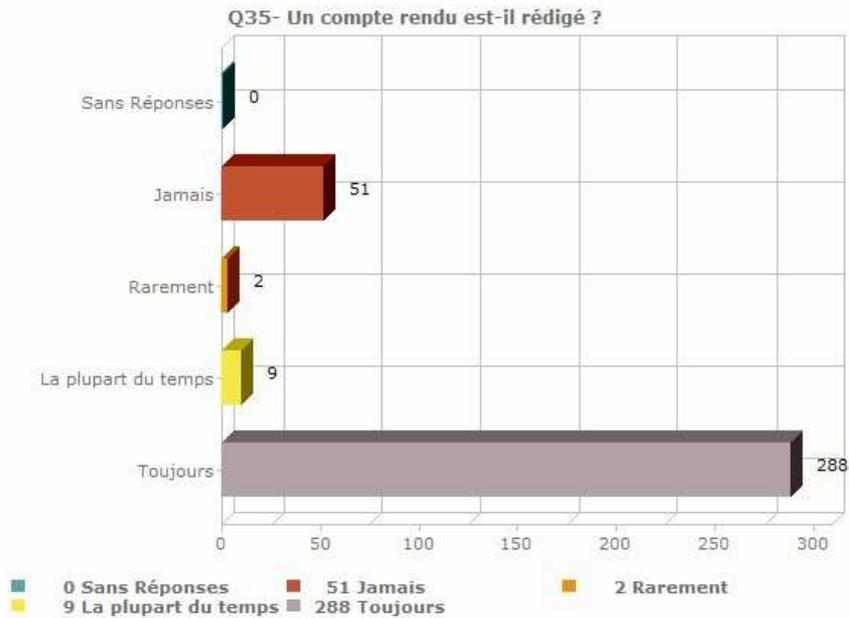
Dans presque 73% des cas, la personne qualifiée ne rend pas compte auprès du résident des démarches entreprises et des suites données à sa demande.

## II - INSTRUMENTS AU SERVICE DE L'EXPRESSION COLLECTIVE DU DROIT DES USAGERS DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

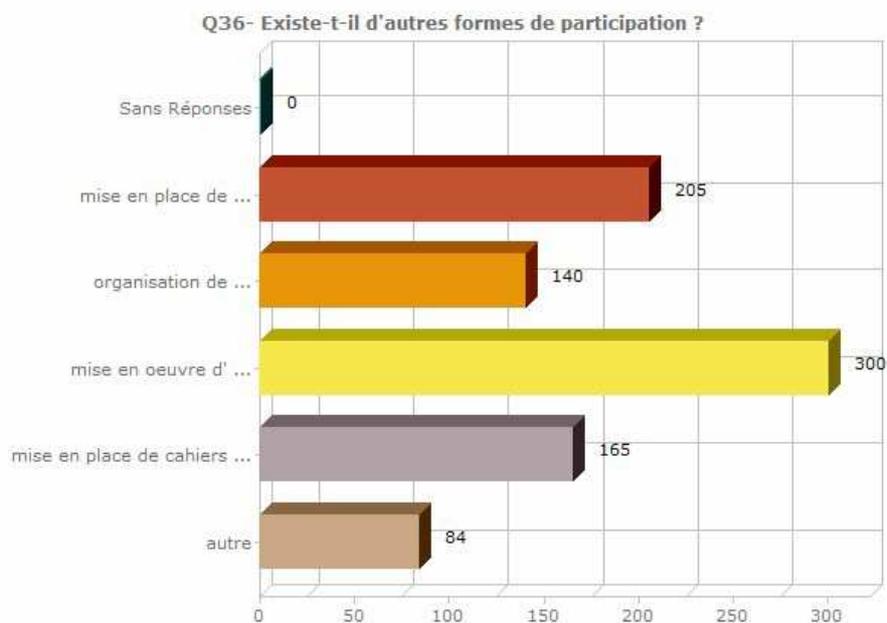
### Conseil de vie sociale

#### Cadre réglementaire :

- Article L 311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de vie sociale et aux autres formes de participation
- Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications de certaines dispositions du CASF relatives au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation



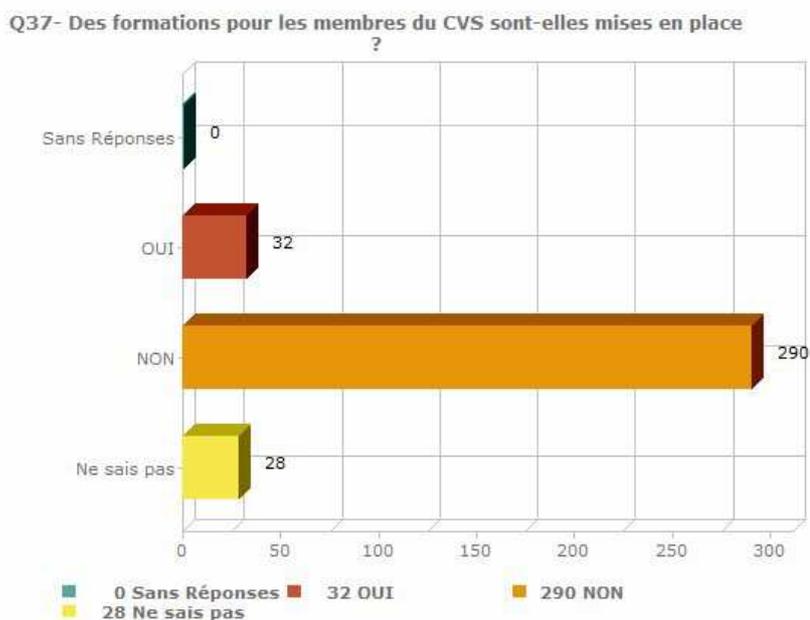
Un compte rendu est toujours rédigé dans 82,3% des établissements et jamais rédigé dans près de 15% des établissements.



Les autres formes de participation existant dans les établissements sont :

- La mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction : 85,7%,
- La mise en place de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil : 58,6%,
- La mise en place de cahiers de liaison : 47,1%,

- L'organisation de consultations de l'ensemble des résidents concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement : 40%,
- Autre : 24%.



Seulement 9,1% des établissements organisent des formations pour les membres de leur CVS.

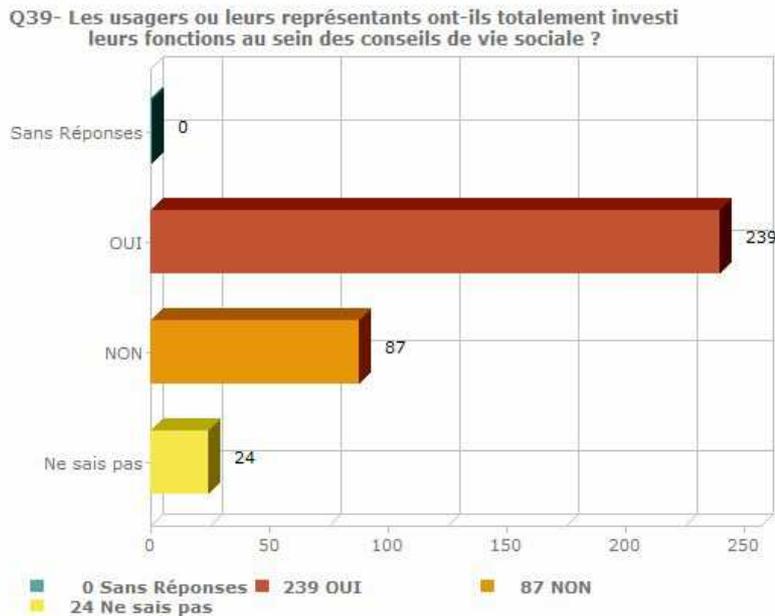
Les thèmes privilégiés des formations sont les suivants :

La Bienveillance/Maltraitance : 43,56%,

Le Droit des Usagers : 40,57%,

Le Bon Usage du Médicament : 7,24%,

Les médiations en établissement et les certifications : 4,34%.



Les usagers ou leurs représentants ont investi leurs fonctions au sein des conseils de vie sociale à hauteur de 68,3%. Le quart d'entre eux n'auraient pas investi ces fonctions. 7% des Présidents de Conseil de Vie Sociale n'ont pas su répondre à la question.

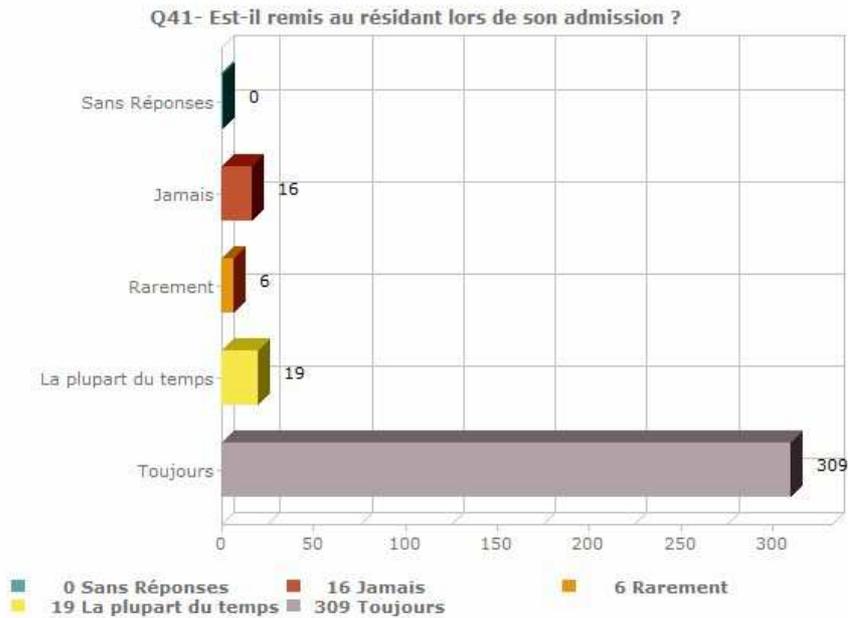
### **Règlement de fonctionnement**

#### **Cadre réglementaire :**

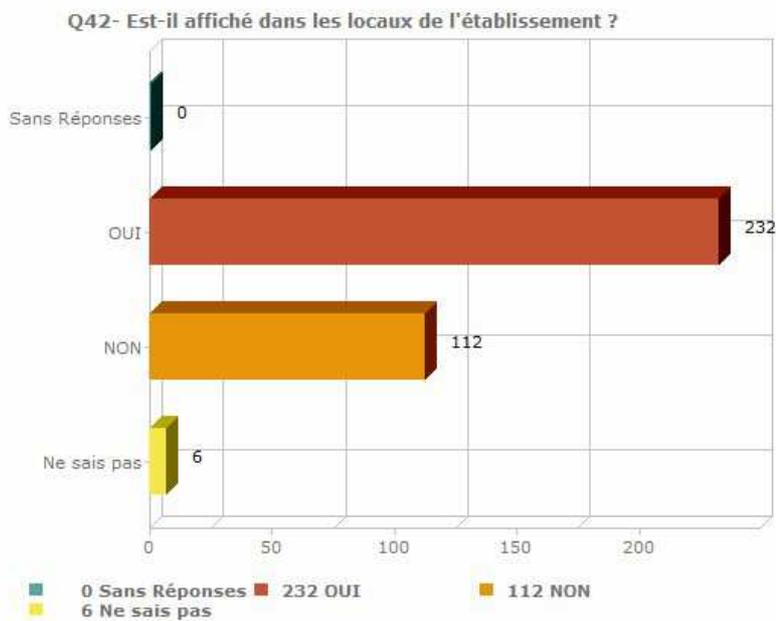
- Article L 311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Décret d'application n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le règlement de fonctionnement définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

Le règlement de fonctionnement de l'établissement est inclus dans le livret d'accueil dans seulement 67,4% des établissements.

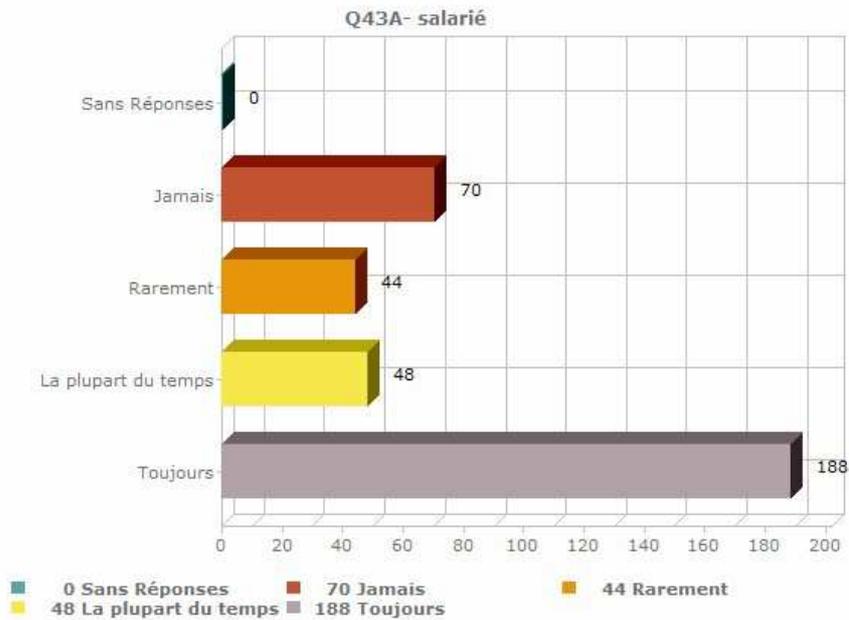


Le règlement de fonctionnement est toujours remis au résidant lors de son admission dans 88,3% des établissements.

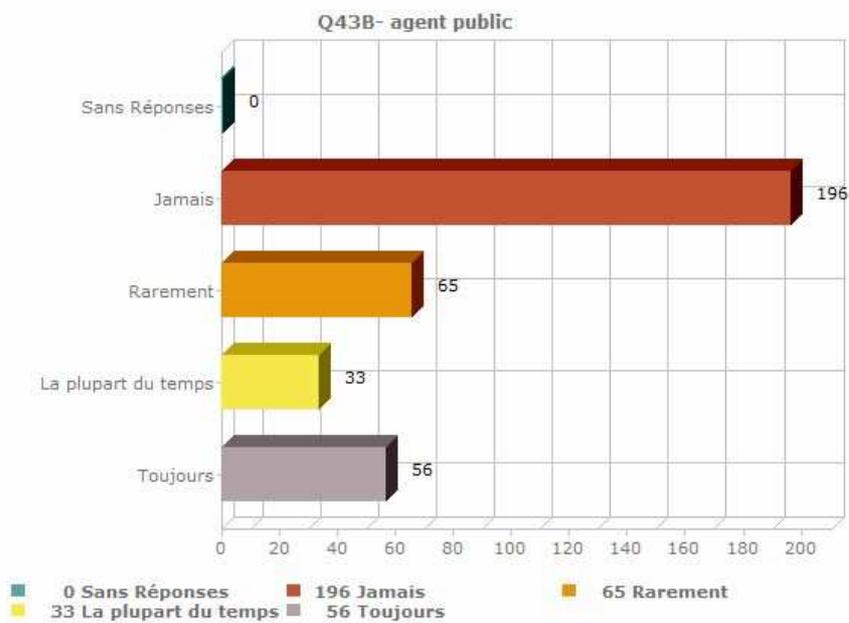


Il est affiché dans les locaux dans 66,3% des établissements.

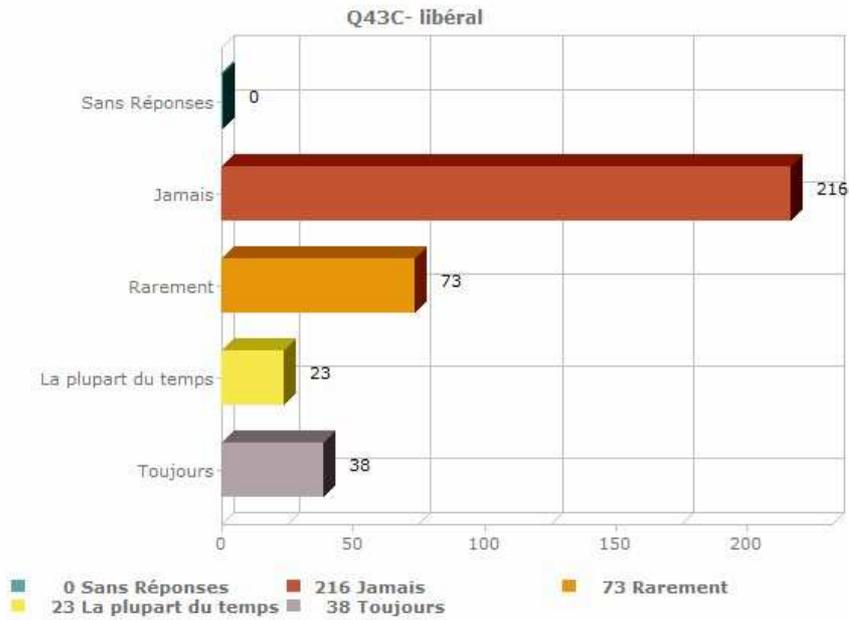
**Est-il remis aux agents qui exercent dans l'établissement à titre de :**



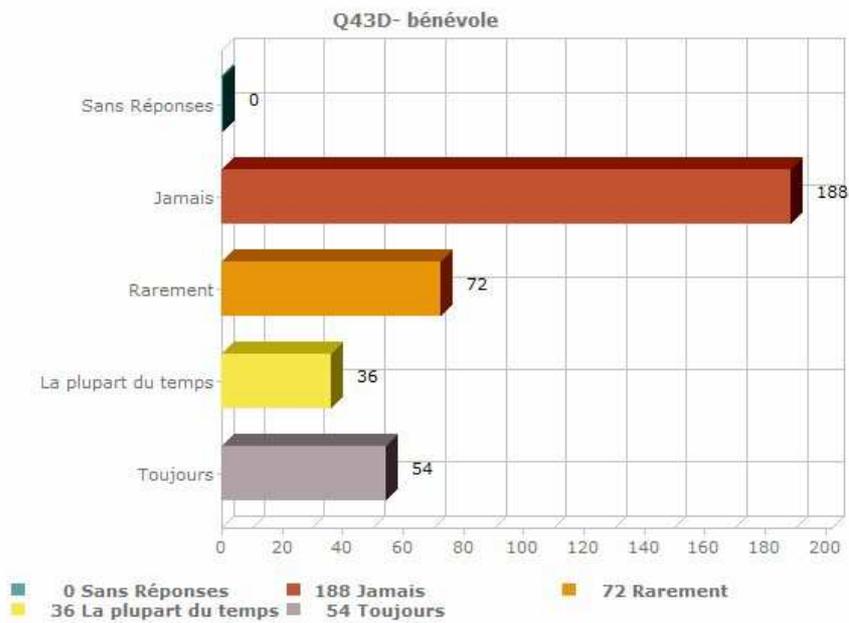
Salarié : toujours dans 53,7% des établissements,



Agent public : toujours dans 16% des établissements,



Libéral : toujours dans 10,9% des établissements,



Bénévole : toujours dans 15,4% des établissements.

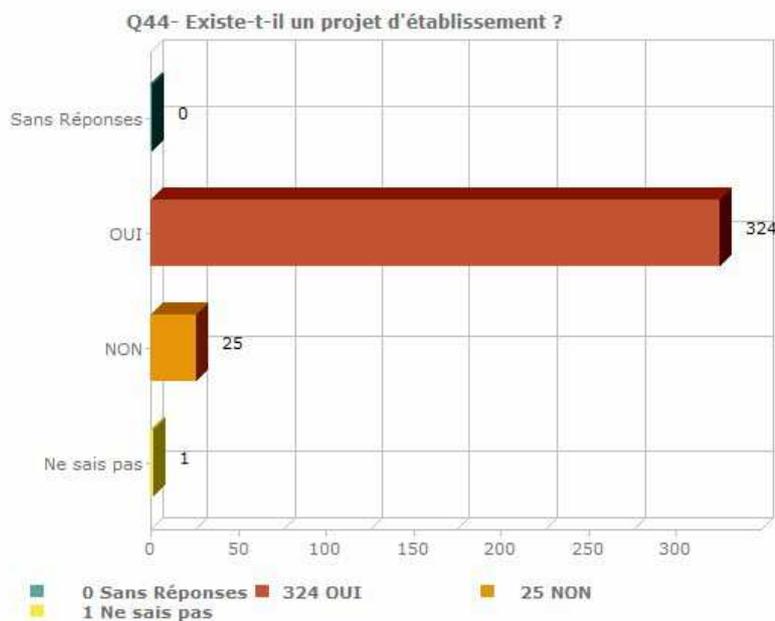
**Projet d'établissement**

Cadre réglementaire :

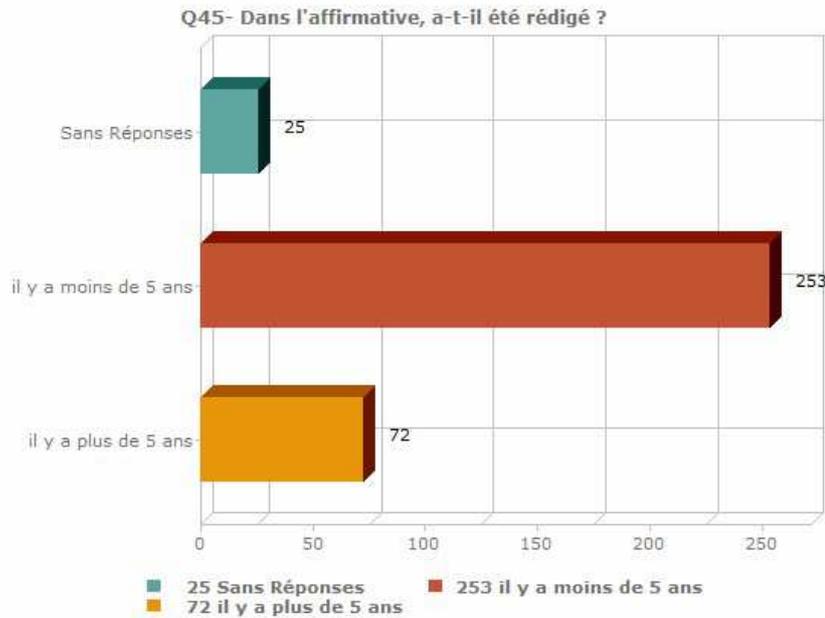
- Article L 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles

- Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au projet d'établissement et de service

Le projet d'établissement ou de service définit les objectifs de l'établissement ou du service social ou médico-social notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.



Il existe un projet d'établissement dans 92,6% des établissements.

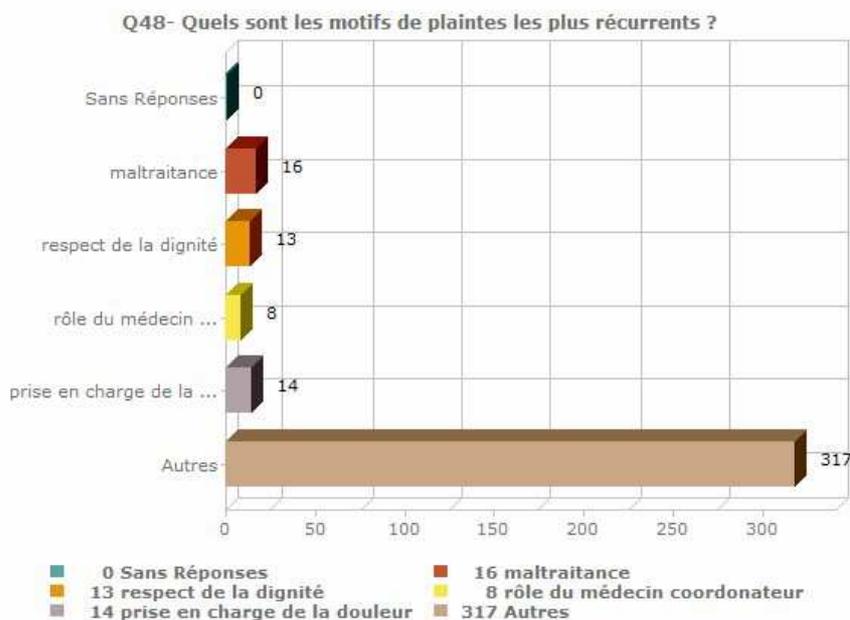


La majorité des projets d'établissement ont été rédigé il y a moins de 5 ans (72,3%).

Ceux rédigés il y a plus de cinq ans ont fait l'objet de modifications, d'avenants dans seulement 38,8% des cas.

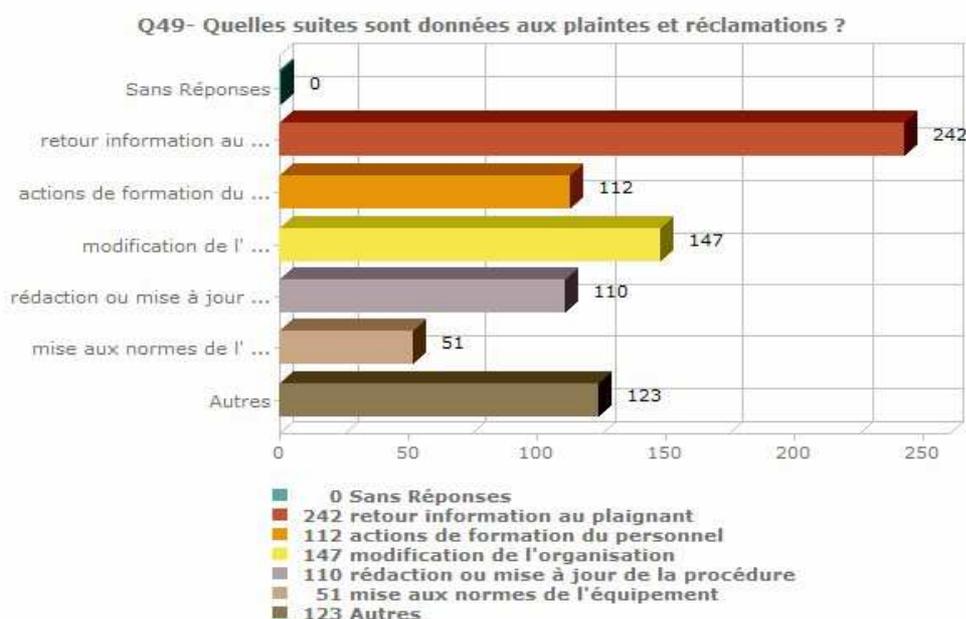
Seulement 36% des établissements n'ayant pas de projet d'établissement ont rédigé un projet de service.

### Plaintes et réclamations



Les motifs de réclamations les plus récurrents sont les suivants :

- La restauration : 13,1%,
- La maltraitance : 10,62%,
- Le respect de la dignité : 10%,
- La prise en charge de la douleur : 9,37%,
- Les conditions d'accueil/entretien des locaux : 7,5%,
- Le rôle du médecin coordonateur : 5,62% et
- Le nursing : 3,75%.



Les suites données aux plaintes et réclamations sont les suivantes :

- Retour information au plaignant dans 69% des cas,
- Modification de l'organisation dans 42% des cas,
- Actions de formation du personnel dans 32% des cas,
- Rédaction ou mise à jour de la procédure dans 31,4% des cas et
- Mise aux normes de l'équipement dans 14,6% des cas et
- Autres dans 35,1%.

Les résultats recensés sous le thème « Autres » semblent importants toutefois les motifs représentés sous cet item sont multiples ce qui implique que le taux de représentation de chacun reste à la marge : le plus important est de 1,44% pour le motif « entretien oral systématique avec le résident et/ou son représentant légal ».

Observations particulières des établissements :

Certains établissements ont fait remarquer que les listes des personnes qualifiées pouvant représenter des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux étaient erronées ou n'existaient pas.

Cette observation est vérifiée pour le département de la Charente et de la Charente-Maritime dont les listes font actuellement l'objet d'une réactualisation.

Il n'existe pas de liste pour le département des Deux-Sèvres : elle devrait être établie avant la fin du premier semestre 2015.

Quelques établissements ont fait observer que le questionnaire n'était pas toujours adapté au type de patients ou de résidents accueillis dans l'établissement. C'est le cas notamment pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Il est vrai que le questionnaire proposé était plus particulièrement adapté aux établissements avec hébergement et un peu moins à ceux qui pratiquent l'hospitalisation de jour et/ou qui accueillent les patients en ambulatoire.

Un établissement avoue ne pas organiser de formations pour les membres du CVS ainsi que pour les bénévoles siégeant dans cette instance faute de moyens financiers. Pour pallier à cela, l'équipe d'encadrement réunit les personnes concernées et échange le plus possible sur des thématiques leur permettant d'obtenir certains éclairages.

Les établissements sont conscients des axes d'amélioration qu'il serait nécessaire de mettre en œuvre toutefois cela est parfois difficile compte tenu de l'augmentation de la dépendance et des moyens qui leur sont alloués dans ce cadre.

Ils avouent des difficultés à mettre en place un suivi plus individualisé des patients compte tenu notamment d'un déficit en personnel soignant (aides-soignants, aides médico-psychologiques...). D'une façon générale, les établissements estiment que cette sous-dotatation en personnel soignant est bien souvent un frein dans le développement de leurs projets.

Un établissement évoque ses difficultés régulières et chroniques afin de recruter des orthophonistes et des psychiatres.

# SYNTHESE ET PISTES D'AMELIORATION

## Points forts

- Le principe de non-discrimination est très largement respecté dans les établissements médico-sociaux,
- La recherche d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion adaptés à l'âge et aux besoins du résidant et respectant son consentement éclairé est très largement mise en application,
- Le droit à la renonciation est possible dans une majorité d'établissements,
- La conservation de leurs biens, effets et objets personnels par les résidants est également possible dans nombre d'établissements,
- Le résidant majeur peut disposer de son patrimoine et de ses revenus dans la majorité des établissements,
- Le résidant a facilement accès à toutes les informations sur ses droits, sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement,
- La confidentialité des informations concernant le résidant, ses représentants légaux et sa famille est respectée,
- La pratique religieuse des résidants est respectée,
- La dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité sont très largement respectées au sein des établissements,
- La formation des professionnels (notamment la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance) est très largement organisée au sein des établissements,
- La rédaction d'un contrat de séjour en collaboration avec le résidant ou son représentant légal et précisant les objectifs de la prise en charge, les conditions de séjour et d'accueil, la participation financière du résidant, la liste des prestations offertes est réalisée de façon quasi systématique,
- Le règlement de fonctionnement est majoritairement remis au résidant lors de son admission,
- Un projet d'établissement existe dans de nombreux établissements.

## **Points faibles**

- Trop d'établissements n'ont rien mis en place concernant les moments de fin de vie (soins, assistance et soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions),
- Le protocole d'évaluation de la douleur est trop rarement mis en place dans les établissements,
- Trop d'établissements ne diffusent pas l'information concernant l'existence des dispositifs relatifs aux soins palliatifs,
- La mise en place des directives anticipées est trop rare ainsi que la diffusion de l'information les concernant,
- La désignation de la personne qualifiée n'est pas suffisamment proposée au résidant et celle-ci ne rend pas suffisamment compte des démarches entreprises et des suites données à la demande du résidant,
- Trop d'établissements n'établissent pas de compte-rendu de Conseil de Vie Sociale (CVS),
- Trop peu d'établissements proposent des formations aux membres du CVS,
- L'investissement des usagers ou de leurs représentants dans leurs fonctions au sein du CVS n'est globalement pas satisfaisant,
- Les projets d'établissement rédigés il y a plus de 5 ans ne font pas suffisamment l'objet de modifications, d'avenants,
- Trop peu d'établissements disposent d'un protocole de suivi scolaire,

## **Pistes d'amélioration**

*En ce qui concerne le fonctionnement des CVS :*

Il serait nécessaire d'organiser des formations en faveur des participants au CVS afin que leur action au sein de l'instance soit à la fois plus efficace et plus assurée favorisant ainsi un investissement plus important de leur part.

De même, une formation plus spécifique pourrait être offerte aux Présidents de CVS en matière d'animation de réunion.

Afin de faciliter la mise en place de ces formations mais également dans un souci d'économie, une mutualisation pourrait être pensée, à l'échelle d'un département par exemple.

Il serait intéressant que les groupes d'expression, quels qu'en soient les thèmes, puissent devenir un élément complémentaire du CVS : il conviendrait donc dans cette optique de faciliter leur fonctionnement.

Les établissements devraient rédiger un compte-rendu de réunion de façon systématique et le transmettre aux membres de l'instance.

*En ce qui concerne la personne qualifiée :*

La liste des personnes qualifiées n'a pas été mise à jour depuis longtemps dans les départements de la Charente, Charente-Maritime et Deux-Sèvres. Elle est actuellement en cours de réactualisation dans ces trois départements.

Cette mise à jour pourrait avoir une action dynamisante sur le recours à la personne qualifiée dans ces établissements sous réserve toutefois que ce droit soit porté à la connaissance de l'utilisateur.