

# Rapport

## sur le respect des droits des usagers du système de santé

---

●● 2013



## MOT DE LA PRÉSIDENTE

Comme les années passées, le rapport de la CDUSS a été élaboré avec l'appui des moyens logistiques mis à la disposition par l'ARS pour l'exercice de la démocratie sanitaire : la CDUSS se félicite du soutien et de l'aide du Pôle Pilotage, direction stratégique de l'ARS, pour l'exercice du mandat dévolu à la Commission, et tient à remercier Atika UHEL, Delphine FLESCQ et leurs collaboratrices qui ont eu à collecter et traiter les données et informations les plus pertinentes pour l'élaboration des recommandations en groupe de travail issu de la commission.

Compte tenu de la difficulté de recueillir toutes les données sollicitées par le cahier des charges, il a été difficile d'examiner de façon approfondie tous les points requis (en particulier la promotion et le respect des droits des usagers dans les secteurs ambulatoire et au domicile).

Les mêmes difficultés récurrentes subsistent : la diffusion de l'information dans les établissements de l'existence et du fonctionnement des CRUQPC et des CVS, du rôle et missions des représentants des usagers, la mise à disposition d'outils et de procédures permettant d'évaluer la promotion et le respect des droits des usagers.

Il apparaît important, pour développer une culture commune concernant les droits des usagers, que soient mis en place des lieux et des moments communs de réflexion et d'appropriation de cette problématique des Droits des usagers. La dynamique des parcours de soins / parcours de santé au plus près du lieu de vie, dans la continuité établissement de soins-lieu de vie domicile, impose que soient repensés, voire reconfigurés les modalités d'accompagnement des usagers et des professionnels sur cette question dans le respect des prérogatives de chacun des partenaires du parcours.

La formation /INFORMATION des partenaires singuliers de ce parcours (personne atteinte d'une pathologie souvent chronique, entourage proche et aidants familiaux, professionnels) ne doit pas occulter rôles et missions des Représentants des Usagers dans les diverses instances (observation, alerte, médiation, conciliation voire recours) afin que puisse être garanti pour tous et surtout pour les personnes les plus démunies et /ou fragilisées un égal accès à la qualité des soins dans le cadre de la solidarité nationale.

**Ginette POUPARD,  
Présidente de la commission spécialisée  
dans le domaine des droits  
des usagers du système de santé**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>ORIENTATION N°1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS</b> .....	<b>5</b>
1. FORMER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS (PERSONNELS MEDICAUX, PARAMEDICAUX, SOCIAUX ET ADMINISTRATIFS) .....	5
a. Secteur ambulatoire .....	5
b. Secteur sanitaire .....	6
c. Secteur médico-social .....	6
2. RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D’EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS .....	6
a. Secteur ambulatoire .....	7
b. Secteur sanitaire .....	8
c. Secteur médico-social .....	15
3. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE – PROMOUVOIR LA BIENETRAITANCE .....	19
a. Secteur ambulatoire .....	19
b. Secteur sanitaire .....	19
c. Secteur médico-social .....	19
d. Tous secteurs .....	20
4. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE – PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR .....	20
a. Secteur ambulatoire .....	20
b. Secteur sanitaire .....	21
c. Secteur médico-social .....	21
5. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE – ENCOURAGER LES USAGERS A RESPECTER DES DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES AUX CONDITIONS DE LEUR FIN DE VIE .....	21
a. Secteur ambulatoire .....	21
b. Secteur sanitaire .....	22
d. Secteur médico-social .....	22
6. DROIT A L’INFORMATION – PERMETTRE L’ACCES AU DOSSIER MEDICAL .....	22
a. Secteur ambulatoire .....	22
b. Secteur sanitaire .....	23
c. Secteur médico-social .....	23
7. ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE .....	23
8. DROITS DES PERSONNES DETENUES – ASSURER LA CONFIDENTIALITE DES DONNEES MEDICALES ET L’ACCES DES PERSONNES A LEUR DOSSIER MEDICAL .....	26
9. SANTE MENTALE – VEILLER AU BON FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES .....	26
<b>ORIENTATION N°II : RENFORCER ET PRESERVER L’ACCES A LA SANTE POUR TOUS</b> .....	<b>30</b>
10. ASSURER L’ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX .....	30
11. ASSURER FINANCIEREMENT L’ACCES AUX SOINS .....	33
12. ASSURER L’ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION .....	33
➤ Dépistage organisé du cancer colorectal .....	34
➤ Dépistage organisé du cancer du sein .....	34
➤ Couverture vaccinale .....	35
➤ Prévalence de l’obésité .....	35
13. REDUIRE DES INEGALITES D’ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES .....	36
➤ Les contrats locaux de santé .....	37
➤ Ecart intrarégionaux d’équipements en ESMS .....	37
➤ Logements insalubres .....	38
<b>ORIENTATION N°III : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE</b> .....	<b>40</b>
14. FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE .....	40
<b>ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE</b> .....	<b>42</b>

15. GARANTIR LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LES CONFERENCES REGIONALES DE LA SANTE ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE .....	42
<b>ANNEXES .....</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXE 1 : ARRETE DU 5 AVRIL 2012 PORTANT CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'ELABORATION DU RAPPORT DE LA CRSA SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>45</b>
<b>ANNEXE 2 : GLOSSAIRE .....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXE 3 : DONNEES REGIONALES DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES .....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE 5 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE – DONNEES 2012.....</b>	<b>48</b>

## INTRODUCTION

L'article L1432-4 du code de la santé publique confère à la conférence régionale 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* ». Le rapport de la CRSA doit être transmis à la conférence nationale de santé à qui il revient, à partir des documents des régions, d'élaborer son propre rapport national.

En 2013, le rapport sur les droits des usagers est élaboré en fonction des orientations et des objectifs suivants fixés par l'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges (annexe 1) :

- 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 démocratie sanitaire,

chacune de ces orientations s'étendant à la fois au champ sanitaire et aux secteurs médico-social et ambulatoire.

Ce rapport porte sur les données de l'année 2012.

Après chaque orientation, sur la base des données recueillies par l'ARS d'Aquitaine, la commission spécialisée dans le domaine du respect des droits des usagers du système de santé émet des recommandations permettant d'améliorer les droits des usagers en Aquitaine.

## ORIENTATION N°1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

#### Indicateurs / Données à recueillir :

- Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.)
- Couverture des formations :
  - par professions de santé,
  - par couverture géographique
- Nombre de formations proposées et réalisées
- Nombre de personnes formées

#### **a. Secteur ambulatoire**

#### **Intégration des droits des usagers lors des formations initiales :**

Présent aussi bien sur la formation initiale que la formation continue, l'Institut des Métiers de Santé de l'Hôpital Xavier Arnoz à Pessac englobe :

- L'institut de Formation en Soins Infirmiers Xavier Arnoz (IFSI)
- L'école de préparateurs en pharmacie hospitalière
- L'institut de Formation de Manipulateurs en Electroradiologie Médicale
- L'institut de Formation des Cadres de Santé

**S'agissant de l'IFSI**, les droits des usagers sont enseignés en formation initiale infirmière dans différentes unités d'enseignement (UE). Les éléments traités sont les suivants :

#### *UE 1.3 : législation, éthique et déontologie*

- semestre 1 : droits des patients : adultes, personnes âgées, enfants, régime de protection, bientraitance, charte, ... 10h + 2h / aspect professionnel = accès aux documents médicaux, encadrement juridique du secret professionnel + 2H de TD sur secret professionnel, confidentialité  
T = 14h / 30h
- semestre 4 : aspect éthique, CRUQPC

#### *UE 1.1 psychologie, sociologie, anthropologie + UE 4.1 : soins de confort et de bien être*

- semestre 1 : respect de la dignité, bientraitance

#### *UE 2.6 : processus psychopathologiques*

- semestre 2 : respect de la dignité, bientraitance

#### *UE 2.2 semestre 1 : cycles de la vie + UE 2.4 : processus traumatiques: douleur*

#### *UE 4.7 semestre 5 : soins palliatifs*

- fin de vie
- loi Léonetti

#### *UE 2.9 semestre 5 : processus tumoraux / cancérologie*

Par ailleurs, toutes ces approches sont remobilisées lors des unités d'intégration sur des situations apprenantes sur les 3 ans de formation.

**S'agissant de l'institut de formation des cadres de santé**, les notions de droits des usagers sont intégrées dans les différents stages obligatoires lors du cursus de formation.

## **b. Secteur sanitaire**

Les données recueillies sont issues des différentes actions de formation régionales (AFR) mises en place en 2013 sur les droits des usagers par l'Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier (ANFH) :

- Mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – 2 jours – 20 personnes formées
- Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des professionnels confrontés à des situations de fin de vie (Services non spécialisés) – 3 jours
- Le travail auprès des personnes en situation de difficulté importantes de souffrance :
  - L'évolution des besoins des personnes en difficulté : 12 personnes /50 attendues
  - Repérer et comprendre les situations aiguës : 20 personnes / 50 attendues

## **c. Secteur 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 dans la démarche d'évaluation interne, l'ARS a mis à place une action régionale d'accompagnement des établissements, sous la forme d'un atelier d'appui méthodologique par département, animé par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

En 2013, des ateliers centrés sur la mise en œuvre de l'évaluation interne ont été organisés dans chaque département.

De plus, deux ateliers interdépartementaux spécifiques à l'évaluation externe seront proposés aux personnels des établissements sociaux et médico-sociaux en 2014.

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

*Indicateurs / Données à recueillir :*

- *Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation*
- *Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes*

### a. Secteur ambulatoire

Un courrier de sollicitation a été envoyé aux conseils des ordres des professionnels de santé (médecins, chirurgiens dentistes et infirmiers) pour obtenir les données régionales relatives au nombre de plaintes et réclamations pour maltraitance et celles pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME sur l'année 2012.

Les statistiques des plaintes et des réclamations sont les suivantes par type de professionnels de santé :

#### MEDECINS GENERALISTES

La chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des médecins d'aquitaine n'a été saisie d'aucune plainte, au titre de l'année 2012, pour plaintes et réclamations « maltraitance » et refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

Après interrogation les conseils départementaux de la région Aquitaine, seul le conseil départemental de l'ordre des médecins du Lot-et-Garonne a été saisi, en décembre 2012, d'une plainte à l'encontre d'un médecin pour avoir refusé l'attestation CMU et exigé le paiement de la visite, plainte qui a été retirée après conciliation entre les parties.

#### CHIRURGIENS DENTISTES *Réponses reçues partiellement (dordogne)*

	Nombre de réclamations ou de plaintes	Nombre de courriers en réponses aux réclamations	Nombre de tentatives de conciliations suite aux réclamations ou aux plaintes	Nombre de saisine de la CDPI suite aux réclamations ou aux plaintes
Réclamations et plaintes de patients	20	20	1	0
Réclamations et plaintes de patients déposées concernant l'accès au dossier médical et taux de réponse apporté				
Réclamations et plaintes de patients déposées pour maltraitance et taux de réponse apporté				
Réclamations et plaintes de patients déposées concernant le refus de soins pour les personnes en CMU et AME et taux de réponse apporté				

#### INFIRMIERS

	Nombre de réclamations ou de plaintes	Nombre de courriers en réponses aux réclamations	Nombre de tentatives de conciliations suite aux réclamations ou aux plaintes	Nombre de saisine de la CDPI suite aux réclamations ou aux plaintes
Réclamations et plaintes de patients	0	0	0	0
Réclamations et plaintes de patients déposées concernant l'accès au dossier médical et taux de réponse apporté	0	0	0	0
Réclamations et plaintes de patients déposées pour maltraitance et taux de réponse apporté	0	0	0	0
Réclamations et plaintes de patients déposées concernant le refus de soins pour les personnes en CMU et AME et taux de réponse apporté	0	0	0	0



## **b. Secteur sanitaire**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- *Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :*
  - *proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC*
  - *proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA*
  - *nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement)*
  - *composition et qualité des membres de la CRUQPC*
  - *existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres)*
  
- *Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS*

### **▪ Synthèse des rapports CRUQPC des établissements de santé**

**Rappel** : la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), doit être mise en place dans chaque établissement de santé public ou privé et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé. Conformément à la réglementation définie au II de l'article R.1112-80 du code de la santé publique, la Commission de Relation des Usagers assure une double mission :

- *améliorer l'accueil et la prise en charge des usagers et de leurs proches,*
- *prendre en compte les éléments permettant de déterminer les points forts et les points d'amélioration de l'établissement au regard du respect des droits des usagers et de la facilitation de leurs démarches.*

*Aux termes de l'article L.1112-3 du code de la santé publique, la CRUQPC est tenue d'élaborer un rapport annuel.*

Dans son rapport 2011, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé d'Aquitaine avait préconisé qu'un rapport type établi et diffusé par voie électronique soit rempli par les établissements pour éviter l'hétérogénéité des réponses.

En 2012, ce rapport type a été utilisé par un certain nombre d'établissements. Néanmoins, un grand nombre d'entre eux continue à utiliser leur propre support ou à transmettre leur rapport sous un format inexploitable pour les services de l'ARS (.pdf, .doc).

Ce constat a été relevé également dans le rapport 2012 de la conférence nationale de santé (CNS) qui soulignait la nécessité de rapport homogène des CRUQPC. La grande hétérogénéité dans le nombre de retour et dans le contenu de ces rapports au sein et entre les régions rendait impossible une comparaison.

Dans cette logique, la réalisation d'un formulaire unique et standardisé pour la rédaction des rapports annuels est apparue comme une nécessité tant pour faciliter la rédaction du rapport par les établissements, que pour améliorer leur retour et enfin permettre une étude comparative des données dans le temps.

Un formulaire unique informatisé de ces rapports mis en place par le niveau national sera proposé aux établissements aquitains. Ce rapport informatisé remplacera le rapport manuscrit mais ne dispensera les membres de la CRUQPC de discuter du contenu du rapport annuel d'activité de son établissement.

Dans l'attente de ce nouveau dispositif, quelques données peuvent être synthétisées à partir des rapports 2012 des CRUQPC.

➤ **Transmission des rapports CRUQPC par départements :**

	Nombre total d'Établissements	Nombre total de rapports transmis 2010	Nombre total de rapports transmis 2011	Nombre total de rapports transmis 2012	Nombre total de rapports transmis 2013	Nombre de rapports inexploitable 2013
Dordogne	22	14	14	16	9	1
Gironde	66	51	46	51	9	8
Landes	20	14	12	16	8	2
Lot et Garonne	19	9	10	11	0	4
Pyrénées Atlantiques	56	36	27	34	25	5
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>124 soit 68 %</b>	<b>109 soit 60 %</b>	<b>128 soit 70%</b>	<b>52</b>	<b>20</b>

➤ **Installation des CRUQPC**

La composition de la CRUQPC a été indiquée dans 94 établissements. La très grande majorité a 4 représentants d'utilisateurs (soit deux titulaires et deux suppléants).

Selon l'article R1112-88 du code de la santé publique, la commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises.

Les commissions se sont réunies en moyenne **3,08** fois en cours de l'année 2012.

*a) Organisation matérielle de la CRUQPC*

Selon l'article R1112-89 du code de la santé publique, chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs, les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Nombre d'établissements ayant mis :	
<i>un local à disposition</i>	21
<i>une ligne téléphonique</i>	24
<i>un poste informatique avec internet</i>	27
<i>d'une permanence physique</i>	26

La réglementation prévoit que le secrétariat est assuré à la diligence du représentant de l'établissement. Dans la majorité des établissements, le secrétariat est assuré par :

Service en charge du secrétariat de la CRUQPC	Nombre d'établissements
<i>direction</i>	8
<i>qualité</i>	21
<i>autres</i>	10
<i>Non renseigné</i>	13

### *b) Coordination avec les autres instances de l'établissement*

Elle se fait globalement par la participation des représentants des usagers aux autres instances de l'établissement : CLIN, CLUD, comité de pilotage de la démarche de certification, comité de pilotage de la qualité et gestion du risque, etc.

Cet élément est à mettre en regard de la taille de l'établissement. Les échanges d'informations entre les différentes instances sont favorisés dans les établissements de plus petite taille, la composition des instances étant sensiblement identique.

### *c) Formation des membres*

**26 établissements sur 52** ont mis en place une action de formation pour les représentants des usagers en 2012.

Lorsqu'elles sont mises en œuvre, les sujets des formations concernent la fonction de représentation (notamment au travers des formations mises en place par le CISS Aquitaine), sur les missions de l'établissement.

### *d) Appréciation des pratiques à partir de l'analyse des sources d'information*

L'appréciation des pratiques peut être étudiée en fonction des données suivantes :

- les éloges,
- la synthèse des plaintes et réclamations,
- les recours gracieux et juridictionnels (dont les demandes devant les CRCI),
- les enquêtes de satisfaction et questionnaires de sortie,
- les demandes de dossiers médicaux.

#### ▪ **ELOGES**

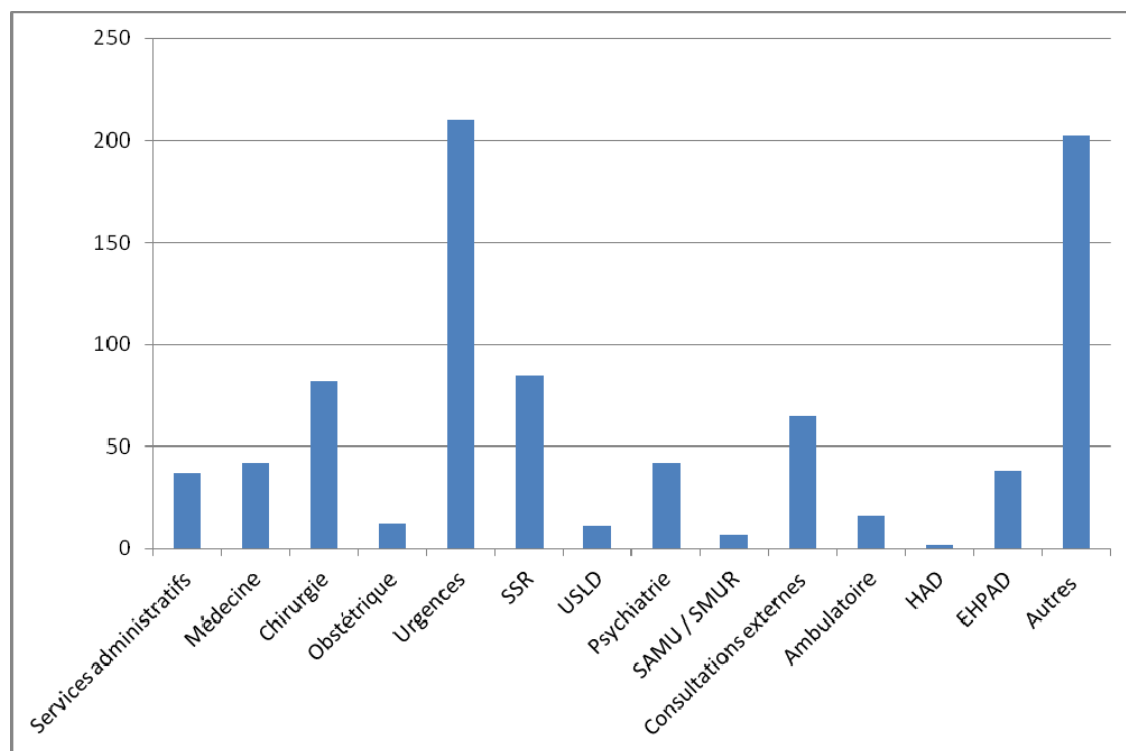
La satisfaction des usagers peut se caractériser par des témoignages et des commentaires élogieux (écrits ou oraux) voire des remerciements. Cela concernait : la qualité de l'accueil, la prise en charge médicale, la prise en charge paramédicale, la restauration, la satisfaction globale vis à vis du personnel et du séjour.

#### • **PLAINTES ET RECLAMATIONS**

TYPOLOGIE DES PLAINTES ET RECLAMATIONS	NOMBRE TOTAL
Qualité de l'accueil	39
Prise en charge	83
Accès aux soins	7
Qualité des soins	12
Erreur diagnostic	17
Complications postopératoires	11
Traitements médicamenteux / iatrogène	12
Infection associée aux soins	12
Décès	10
Facturation	39
Relationnel	57

TYPOLOGIE DES PLAINTES ET RECLAMATIONS	NOMBRE TOTAL
Maltraitance	23
Organisation du service	33
Respect de la vie privée	115
Qualité hôtelière	71
Perte/Vol	75
Autre	248
<b>TOTAL</b>	<b>863</b>

Les nombres de plaintes et de réclamations ont été distingués par secteur d'activité médicale :



e) *Les recours gracieux, juridictionnels et devant le CRCI*

	Recours gracieux ou juridictionnels	Demandes formulées à la CRCI
Nombre d'établissements déclarants	33	31
Nombres	38	35

## ▪ MEDIATIONS

33 établissements déclarent avoir eu des médiations au cours de l'année 2012. Elles peuvent concerner une médiation médicale, non médicale, conjointe (médicale et non médicale).

	Nombre
Proposition de médiation médicale	29
Proposition de médiation non médicale	113
Proposition de médiation conjointe	49
Saisine du médiateur médical	17
Saisine du médiateur non médical	15
Entretien de médiation médicale	32
Entretien de médiation non médicale	58
Entretien de médiation commune	45
Réclamations ayant été classées par la CRUQPC	132

### ▪ Rapports de certification HAS :

#### ▪ Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, D dans les rapports de certification

**Rappel** : La démarche de certification est basée sur une auto-évaluation à partir d'un système de cotation « calculée ». Cette cotation en A, B, C ou D est le résultat d'un dispositif de pondération des réponses apportées aux éléments d'appréciation :

- **Cotation A** : Le critère est satisfait, au regard des éléments d'appréciation. Ce niveau de satisfaction se retrouve dans tous ou la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon constante.
- **Cotation B** : Le critère est satisfait au regard des éléments d'appréciation et se retrouve dans la majorité des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle ou partiellement satisfait dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle.
- **Cotation C** : Le critère est peu ou partiellement satisfait au regard des éléments d'appréciation dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle. Il peut exister une satisfaction correcte ponctuellement dans un seul secteur d'activité par exemple, ou une satisfaction partielle dans une minorité de secteurs d'activité et/ou de façon ponctuelle.
- **Cotation D** : Le critère est trop peu ou non satisfait dans les secteurs d'activité et/ou de façon trop rare.

Le critère 9b du manuel de certification de la HAS correspond à l'évaluation de la satisfaction des usagers. Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale ou leur modalité de suivi pour les critères du manuel de certification correspondant à l'objectif 2 (processus d'évaluation du respect des droits) ont été mis à disposition :

Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	62
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	31
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	2
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D	-

*Nombre d'établissements : 95*

Dans le cadre de la démarche de certification, l'ARS d'Aquitaine a décidé que les campagnes d'évaluation à partir de 2013 des directeurs d'hôpitaux intégreront désormais des objectifs de démocratie sanitaire, en cohérence avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et avec les exigences de la certification. L'intégration des objectifs sera faite également pour l'évaluation des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux.

S'agissant des directeurs d'établissements publics de santé, l'indicateur retenu et intégré dans les objectifs 2013 lors de chaque entretien d'évaluation est d'obtenir une cotation A sur les critères du manuel de certification correspondants aux objectifs du cahier des charges :

- pour l'objectif 2 (processus d'évaluation du respect des droits) : critère 9b du manuel de certification de la HAS (évaluation de la satisfaction des usagers) ;
- pour l'objectif 3 (promouvoir la bientraitance) : critère 10a du manuel (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance), pour chaque prise en charge de l'établissement (10a MCO, 10a SM, 10a SSR, 10a SLD, 10a HAD) ;
- pour l'objectif 4 (prendre en charge la douleur) : critère 12a du manuel (prise en charge de la douleur), pour chaque prise en charge de l'établissement (12a MCO, 12a SM, 12a SSR, 12a SLD, 12a HAD) ;
- pour l'objectif 5 (encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie) : critère 13a du manuel (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) ;
- pour l'objectif 6 (permettre l'accès au dossier du patient) : critère 14b du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie), pour chaque prise en charge de l'établissement (14b MCO, 14b SM, 14b SSR, 14b SLD, 14b HAD).
- pour l'objectif 11 (information/participation/consentement du patient) : critère 11c du manuel (information du patient en cas de dommage lié aux soins)

S'agissant des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, les indicateurs retenus et intégrés dans les objectifs 2013 lors des entretiens d'évaluation sont :

- Nombre de professionnels de l'établissement formés à la thématique "bientraitance"
- Existence d'une procédure du recueil des plaintes et réclamations des résidents et des familles,
- Existence d'une liste des personnes qualifiées affichée au sein de l'établissement,
- Nombre de contrats de séjour ayant en annexe la liste des personnes qualifiées (cible : 100 %)
- Nombre de membres des CVS disposant de la liste des personnes qualifiées (cible : 100 %)

- **Rapport d'activité de la Commission de conciliation d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de la région Aquitaine (CCI) – période du 1<sup>er</sup> mai 2012 au 30 avril 2013**

En 2012, l'ARS d'Aquitaine avait proposé à la CRSA d'intégrer les données d'activité de la Commission de conciliation d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de la région Aquitaine (CCI) dans le rapport « Droits des usagers ». La CRSA avait alors jugé l'initiative intéressante et avait souhaité qu'elle se poursuive pour les années suivantes, ceci afin de pouvoir comparer l'évolution du traitement des dossiers.

**Rappel** : Créées par application des articles L 1142-6 et L 1143-1 du code de la santé publique, les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) sont compétentes pour traiter :

- des accidents fautifs (accidents qui engagent la responsabilité des acteurs de santé),
- des accidents non fautifs (aléas thérapeutiques).

Dans chaque région, une ou plusieurs CCI sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé :

**1) Favoriser la résolution des conflits par la conciliation** : Les CRCI, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé,

**2) Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil (ex : taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 %).**

Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001 et ait entraîné un dommage grave à savoir :

- taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24%,
- ou pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %,
- ou, à titre exceptionnel, lorsque la personne a été déclaré inapte à exercer son activité professionnelle,
- ou lorsque la personne subit des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.

La commission, qui reçoit une demande, a pour mission d'instruire cette demande, sur le plan administratif mais aussi médical. La durée légale de l'instruction est fixée à 6 mois, à partir du moment où le dossier est complet.

Au décours de l'instruction, la commission émettra un avis qui, s'il aboutit à une proposition d'indemnisation, sera transmis soit à l'assureur, soit à l'ONIAM, en fonction des situations.

Cet avis est un acte préparatoire facilitant la procédure d'indemnisation. La décision d'indemnisation incombe aux payeurs. Si ces derniers ne font pas d'offre, leur décision peut être contestée devant le juge dans des conditions précisées par les textes.

	Période 2011 – 2012	Période 2012 - 2013
<b>Nombre de dossiers reçus</b>	<b>257</b>	<b>239</b>
Par voie de règlement amiable	257	239
Par voie de conciliation	0	
<b>Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond</b>	<b>88</b>	<b>122</b>
Nombre d'expertises au fond réalisé	188	209
Demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond	119	106
Motif de la conclusion négative après expertise au fond		
Constat d'abandon (implicite)	1	4
Constat de désistement (explicite)	4	1
Irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic	0	19
Incompétence due à la date du fait générateur antérieure au 05/09/2001	1	5
due au seuil de gravité non atteint	62	77
Rejet après expertise au fond pour :		
Absence de lien avec l'acte en cause	44	49
Ni faute ni aléa	7	22
<b>Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond</b>	<b>102</b>	<b>68</b>
Critère de gravité pris en compte		
Décès :	20	14
Taux d'AIPP :	32	18
ATAP ou DFT ≥ 50% :	27 ATAP et 17 DFT	28
Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle :		
Inaptitude définitive à l'emploi précédent :	2	2
Troubles dans les conditions d'existence :	4	6
Part indemnisable :		
Totale	83	49
Partielle	19	17
Délai moyen entre demande d'indemnisation et avis de la commission	10,2 mois	14,6
Nombre de demandes de conciliation concernant une indemnisation	20	23

AIPP : Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique,  
ATAP : Arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP, ex-ITT)  
DFT : Déficit fonctionnel temporaire (DFT).

### **c. Secteur médico-social**

#### Indicateurs / Données à recueillir :

- *Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :*
  - *proportion d'établissements disposant d'un CVS ;*
  - *proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ;*
  - *nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;*
  - *composition et qualité des membres des CVS ;*
  - *proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ;*
  - *nombre de personnalités qualifiées d é s i g n é e s e t n o m b r e d'interventions réalisées*



Une enquête sur la qualité des prestations délivrées en EHPAD (Enquête Qualité en EHPAD – ARS) a été envoyée à chaque EHPAD de la région afin de s’assurer de la bonne appropriation de la démarche qualité au sein des établissements de la région.

Une analyse des résultats de l’enquête a été faite pour les cinq domaines concernés :

- projet d’établissement
- droits et participation des usagers
- projet personnalisé
- relations avec l’environnement
- organisation interne et ressources humaines.

Dans le cadre de « droits et de la participation des usagers », un item spécifique sur la mise en place d’un conseil de la vie sociale ou d’autres formes de participation conformément à l’art L.311-6 du CASF a été renseigné

<b>Mise en place d’un CVS ou autre forme de participation</b>		
	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
24		57
33	2	120
40	1	53
47		39
64		79
<b>Total général</b>	<b>3</b>	<b>348</b>

*NB : la région Aquitaine dispose de 479 établissements pour personnes âgées médicalisés (EHPAD et autres établissements médicalisés). 357 établissements ont répondu à cette enquête.*

<b>Les coordonnées des personnes qualifiées sont-elles affichées à l’entrée de l’établissement ?</b>		
	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
24	14	43
33	53	69
40	11	43
47	10	29
64	33	46
<b>Total général</b>	<b>121</b>	<b>230</b>

<b>Les principes éthiques relatifs aux droits et aux libertés sont-ils abordés avec la personne accueillie / sa famille / entre professionnels ?""</b>		
	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
24	4	53
33	8	114
40	5	49
47	5	34
64	8	71
<b>Total général</b>	<b>30</b>	<b>321</b>

<b>Des réunions d'information et d'échange avec les familles sont-elles organisées régulièrement</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
24	20	37
33	36	86
40	20	34
47	15	24
64	28	51
<b>Total général</b>	<b>119</b>	<b>232</b>

#### 2.5.4 ""

<b>Des documents concernant la vie et l'évolution de l'établissement sont-ils remis à la famille régulièrement ?</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
24	22	35
33	30	92
40	26	28
47	19	20
64	33	46
<b>Total général</b>	<b>130</b>	<b>221</b>

#### 5.4.4

<b>Les documents comptables (Bilan, Compte de résultats, Annexe) sont-ils accessibles aux représentants des personnels et des usagers et expliqués en tant que de besoin par le directeur ou son représentant ?</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
24	11	46
33	57	65
40	14	40
47	12	27
64	21	58
<b>Total général</b>	<b>115</b>	<b>236</b>

En 2011, un état des lieux dans la région de la mise en œuvre et de l'appropriation de ces outils garantissant l'exercice effective des droits par les établissements sociaux et médico-sociaux (le livret d'accueil, le contrat de séjour, les personnes qualifiées, le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement) avait été mené en direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles et du champ de compétence de l'ARS ou de compétence conjointe (ex : conseil général).

Suite à ce travail, les orientations de démocratie sanitaire de l'ARS pour l'année 2013 ont ciblé le renforcement de la participation des usagers et de leurs représentants au plus près de leurs problèmes et de leurs territoires.

Plus précisément, l'ARS d'Aquitaine s'est fixée comme objectif la mise en place d'au moins un conseil de vie sociale départemental (CVSD) dans chaque territoire de santé ou territoire de proximité et par type d'établissements ou de services (personnes âgées, jeunes handicapés, addictions, handicapés adultes).

Le CVSD est un lieu de rencontre favorisant l'expression des usagers et/ou de leur famille. Instance où la parole est libre, elle a vocation à recueillir les attentes et les besoins des usagers sur leurs

droits et leurs conditions de prise en charge, afin de dégager des axes d'amélioration, concrètement déclinables sur le territoire.

**A ce jour en Aquitaine ont été mis en place :**

- un CVSD en Dordogne secteur personne âgée
- un CVSD en Lot-et-Garonne secteur personne âgée

▪ **Personnes qualifiées et nombre d'interventions**

**Rappel :** L'article L311-5 du code de l'action sociale et des familles indique que toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal c'est-à-dire les titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou son tuteur 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.

Pour l'aider à résoudre un conflit individuel ou collectif et à faire valoir ses droits en tant qu'utilisateur d'un établissement, toute personne prise en charge, ou son représentant légal, peut faire appel à une personne qualifiée. L'utilisateur choisit ce médiateur (magistrat à la retraite, élu à la retraite, agents des ex DDASS à la retraite, ...) sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du conseil général.

Ce conciliateur rend compte de ses actions à l'utilisateur, aux autorités de contrôle et au juge si un manquement grave à la législation est constaté. Il intervient ponctuellement. La personne qualifiée constitue donc une aide au droit de l'utilisateur.

Le recours à la personne qualifiée est gratuit pour l'utilisateur et cette activité est entièrement bénévole.

Les personnes qualifiées ont été désignées par arrêté dans les différents territoires de la région :

	2011	2012	2013
<b>Dordogne</b>	6		
<b>Gironde</b>	6		
<b>Landes</b>	-	9	
<b>Lot-et-Garonne</b>	-	-	5
<b>Pyrénées-Atlantiques</b>	-	7	

Le Conseil de vie social départemental de Lot-et-Garonne regroupant deux sections personnes âgées et personnes handicapées a, lors de sa séance d'installation du 11 février 2014, abordé le rôle et la compétence de la personne qualifiée (comment les présenter aux familles, comment les solliciter). Le constat a été fait qu'aucune sollicitation n'avait été réalisée depuis leur mise en place.

Les orientations relatives à la démocratie sanitaire en région prévoyaient qu'un état des lieux régional sur les personnalités qualifiées (nomination, modes de désignations, formations, actions pour faire connaître leur rôle, etc.) soit réalisé. Cet axe a été reporté en 2014. Les données devraient être disponibles dans le prochain rapport « droits des usagers »

### 3. Droit au respect de la dignité de la personne – promouvoir la bientraitance

#### a. Secteur ambulatoire

Indicateurs / Données à recueillir :

- Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance
- Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes

Les données concernant les plaintes et réclamations ont été colligées dans la partie 2.a ; elles regroupent celles déposées pour maltraitance et celles pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME.

#### b. Secteur sanitaire

Indicateurs / Données à recueillir :

- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent
- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la 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	11	2	4	4	14
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	36	7	17	10	41
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	4		3	1	2
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 95

#### c. Secteur médico-social

Indicateurs / Données à recueillir :

- Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent

Ces données peuvent être recueillies à partir de l'évaluation interne des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Fin 2010, l'ARS a lancé auprès des 1 000 structures médico-sociales une enquête afin de connaître l'état d'avancement des évaluations en Aquitaine et de repérer les difficultés éventuelles de mise en œuvre. L'exploitation des résultats a mis en évidence une très faible mobilisation du secteur médico-social sur la démarche d'évaluation, nécessitant l'engagement immédiat d'une action particulière. Début 2013, une nouvelle enquête a été réalisée, notamment pour avoir une vision actualisée du niveau de réalisation des évaluations internes et externes mais également pour apprécier l'appropriation par les établissements et services des outils de la loi de 2002.

Les données des évaluations internes devraient être disponibles dans le rapport sur le respect des droits des usagers 2014.

#### **d. Tous secteurs**

Néanmoins, dans le cadre de la thématique « bientraitance / maltraitance », l'ARS depuis sa création a mis en place, un dispositif d'enregistrement des réclamations et de signalement des situations de maltraitance. L'enregistrement des plaintes recouvre tous les champs de l'ARS (excepté santé environnement) et se fait par l'intermédiaire de l'application nationale SIRCE (Système d'Information sur les Réclamations, les Contrôles et Evaluations).

Le dépôt des réclamations y compris les réclamations anonymes se font selon plusieurs possibilités par courrier, par téléphone ou par mail.

**Tableau comportant les données issues de SIRCE pour les années 2011 à 2013 :**

### **RECLAMATIONS RECUES EN AQUITAINE**

#### **PAR DOMAINE FONCTIONNEL**

Sources : extraction des données SIRCE

<b>Domaine fonctionnel</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>TOTAL</b>
Non renseigné	26	2	32	60
Ambulatoire	10	8	13	31
Autre	19	28	21	68
Défaut d'offre de soins	16	3	18	37
Détenus	0	0	6	6
Adultes handicapés	109	61	47	217
Enfants handicapés	0	11	57	68
Hospitalisations sous contrainte	0	1	1	2
Personnes âgées	172	140	213	525
Pharmacies - Laboratoires	25	9	19	53
Sanitaire	123	161	159	443
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>424</b>	<b>586</b>	<b>1510</b>

#### **4. Droit au respect de la dignité de la personne – prendre en charge la douleur**

##### **a. Secteur ambulatoire**

Indicateurs / Données à recueillir :

- Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)

Les données concernant la formation (quel que soit le thème (douleur, fin de vie, etc.) dans le secteur ambulatoire sont regroupées dans la rubrique (§1.1)

## **b. Secteur sanitaire**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe
- Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)
- Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)

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 :

	<b>MCO</b>	<b>HAD</b>	<b>SM</b>	<b>SLD</b>	<b>SSR</b>
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	25	4	4	6	25
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	19	3	11	6	27
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	7	2	9	3	5
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 95

## **c. Secteur médico-social**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- 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.

## **5. 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**

### **a. Secteur ambulatoire**

#### Indicateurs / Données à recueillir :

- Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)

Les données concernant la formation (quel que soit le thème (douleur, fin de vie, etc.) dans le secteur ambulatoire est regroupé dans la rubrique (§1.1)

## **b. Secteur sanitaire**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées
- Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe

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			3	6	8
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D			1		

Nombre d'établissements : 95

## **c. Secteur médico-social**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- 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.

## **6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical**

### **a. Secteur ambulatoire**

#### Indicateurs / Données à recueillir :

- Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical
- Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes

Les données disponibles concernant les plaintes et réclamations ont été colligées dans la partie 2.a ; elles regroupent celles déposées pour maltraitance et celles pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME.

## **b. Secteur sanitaire**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical
- Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)

Les données concernant les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire ont été colligées dans la partie relative aux CRUQPC (§2.b)

Le critère 14b du manuel de certification de la HAS correspond 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 :

	<b>MCO</b>	<b>HAD</b>	<b>SM</b>	<b>SLD</b>	<b>SSR</b>
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	41	5	14	11	45
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	6	3	6	2	8
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	4	1	4	2	4
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 95

## **c. Secteur médico-social**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical

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.

## **7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté**

### Indicateurs / Données à recueillir :

- Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation

**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'Education 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.

- **En milieu ordinaire**

**2,0% des élèves scolarisés dans le 1er degré et 1,6% dans le 2nd degré dans l'académie sont en situation de handicap**

	1er degré		2nd degré		Ensemble	
	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)
Dordogne	680	2,0	468	1,7	1 148	1,9
Gironde	2 842	2,0	1 678	1,4	4 520	1,7
Landes	708	2,0	545	1,9	1 253	1,9
Lot-et-Garonne	786	2,7	403	1,7	1 189	2,2
Pyrénées-Atlantiques	1 123	1,9	1 029	2,0	2 152	2,0
<b>Total</b>	<b>6 139</b>	<b>2,0</b>	<b>4 123</b>	<b>1,6</b>	<b>10 262</b>	<b>1,9</b>

**Répartition départementale des élèves en situation de handicap scolarisés dans l'académie à la rentrée scolaire 2012 - Public et privé sous contrat**

Source : Rectorat - DEP Enquête 3 et 12

A la rentrée scolaire 2012, les établissements publics et privés sous contrat des 1er et 2nd degrés de l'éducation nationale scolarisent 10 290 élèves en situation de handicap ou atteints de maladie invalidante.

Dans l'académie comme au niveau national, cet effectif représente **1,9% de l'ensemble des élèves scolarisés**. (Cet effectif s'élevait à 1,8 % de l'ensemble des élèves scolarisés en 2011).

Depuis la rentrée scolaire 2006, le nombre de handicapés scolarisés au sein des établissements scolaires s'est fortement accru. Les deux tiers des élèves sont intégrés exclusivement sous forme individuelle dans une classe ordinaire ou d'enseignement adapté et un tiers de manière collective dans des classes d'inclusion scolaire (CLIS) ou des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS).

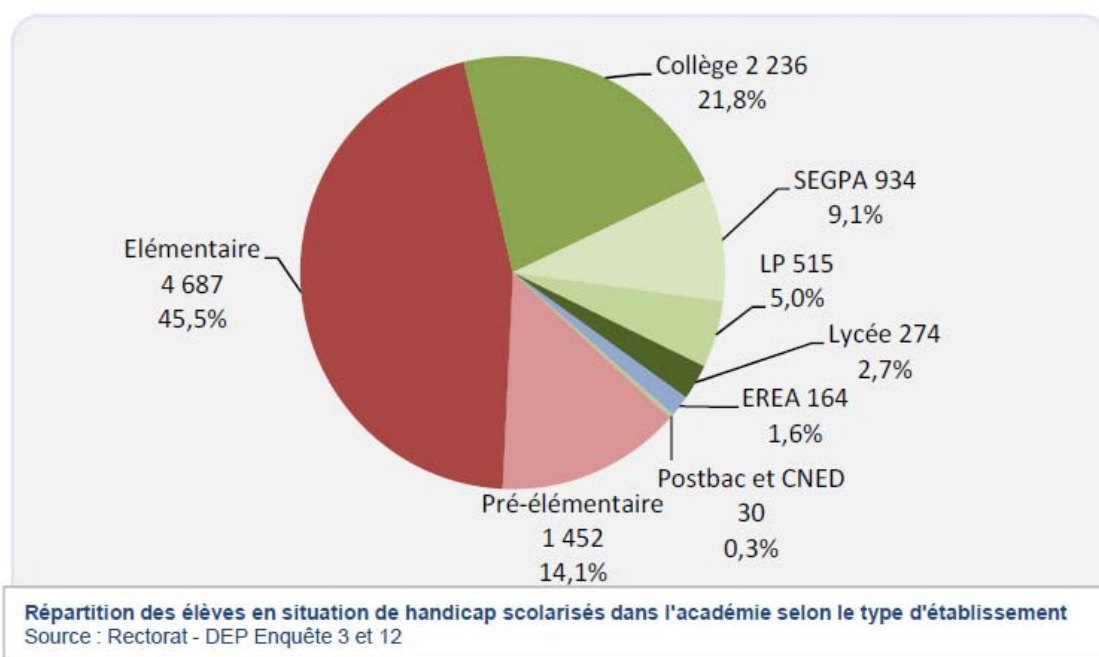
Si les enfants souffrant de troubles intellectuels et cognitifs sont majoritaires, ils sont moins nombreux dans le second degré que dans le premier degré (31 % contre 39 %).

Le département du Lot-et-Garonne compte la plus forte part d'élèves handicapés dans la population scolarisée du 1<sup>er</sup> degré (2,2 %) tandis que les autres départements sont proches de la moyenne académique. Dans le second degré le part des élèves handicapés est plus faible que dans le premier degré pour les cinq départements. Elle varie de 1,4 % en Gironde à 2% en Pyrénées-Atlantiques.

- **En milieu adapté**

Quand la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas possible, les structures médico-sociales et sanitaires offrent une prise en charge globale. Au cours de l'année scolaire 2012-2013, 4 650 enfants ou adolescents accueillis dans ces structures sont scolarisés dont 500 dans des classes externées d'un établissement de l'Education nationale et 320 de façon partagée entre la structure d'accueil et un établissement scolaire.

**10 290 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2012 (9 795 en 2011)**



Si l'on ajoute aux 10 280 élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements de l'éducation nationale, les 4 630 enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux et sanitaires de l'académie et pris en charge scolairement (hors scolarité partagée), 14 900 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans l'académie.

**Près de 7 enfants handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire ...**

	2010	2011	2012
<b>Scolarisation en milieu ordinaire</b>	<b>9 025</b>	<b>9 794</b>	<b>10 276</b>
Etablissements hospitaliers*	316	505	630
Etablissements médico-sociaux*	4 467	4 372	4 317
<b>Total établissements spécialisés</b>	<b>4 783</b>	<b>4 877</b>	<b>4 947</b>
<i>dont scolarisation partagée</i>	<i>293</i>	<i>501</i>	<i>319</i>
<b>Ensemble**</b>	<b>13 515</b>	<b>14 170</b>	<b>14 904</b>
<b>Part de la scolarité en milieu ordinaire</b>	<b>66,8%</b>	<b>69,1%</b>	<b>68,9%</b>

**Scolarisation des élèves en situation de handicap entre 2011 et 2012 - Public et privé sous contrat**

\*Scolarisés hors enfants et adolescents accueillis pour de courtes périodes y compris scolarité partagée

\*\* Hors scolarité partagée pour éviter les doubles comptes

Source : Rectorat - DEP Enquête 3 et 12 et enquête 32

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

### Indicateurs / Données à recueillir :

- Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)

Les données relatives à la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef) ne sont pas disponibles.

## 9. Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques

### Indicateurs / Données à recueillir :

- Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes
- Proportion de rapports transmis à l'ARS

**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 1<sup>er</sup> 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.

### ▪ Composition

La commission se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. Elle est composée de deux psychiatres, d'un magistrat, d'un médecin généraliste et de **deux représentants d'associations agréées de personnes malades et des familles de personnes atteintes de troubles mentaux**.

	représentant d'associations agréées de personnes malades et des familles de personnes atteintes de troubles mentaux	représentant d'associations agréées de personnes malades et des familles de personnes atteintes de troubles mentaux
Dordogne	UNAFAM	Vie libre
Gironde	UNAFAM	Association Métamorphose
Landes	UNAFAM	ADAPEI 40
Lot-et-Garonne	UNAFAM	Non désigné
Pyrénées-Atlantiques	UNAFAM	Non précisé

Les 5 CDSP de la région ont établi leur rapport et l'ont transmis à l'ARS.

## ▪ Missions

La CDSP est informée, par le directeur de l'établissement de santé, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de renouvellement ou de main levée de ces soins, avec une copie des certificats médicaux. Elle reçoit les réclamations des usagers faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte et peut proposer la mainlevée des soins auprès du juge des libertés et de la détention.

Par ailleurs, elle visite, au moins deux fois par an, tous les établissements de santé en charge d'accueillir des personnes en soins psychiatriques sans consentement et statue sur les modalités d'accès aux informations médicales concernant ces patients.

Dans l'exercice de ces missions, les établissements et professionnels de santé concernés doivent répondre à toutes les demandes d'informations sollicitées par la commission.

Le nombre de réunions annuelles déclarées par chacune des CDSP sont les suivants :

	Nombre de réunions	Nombre de visites d'établissements
Dordogne	3	3
Gironde	12	5
Landes	4	2
Lot-et-Garonne	3	1
Pyrénées-Atlantiques	5	2

Les données agrégées des différentes commissions sont les suivantes :

Période		Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Région
Année 2012	Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE)	129	113	91	133	95	561
	Soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE)	460	437	241	299	863	2300

	Nombre d'habitants	421 100	1 473 569	390 771	336 681	664 484	3 286 605
Pour 100 000 HABITANTS	Total SDRE	31	8	23	40	14	17
	Total SDDE	109	30	62	89	130	70

*L'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers devient l'admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ADT, SDT ou SPDT). L'Hospitalisation d'Office devient l'Admission en Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ADRE, SPDRE ou SDRE)*

AADT : Admission en soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ADT, SDT ou SPDT)

ADRE : Admission en soins psychiatriques sur Décision du représentant de l'Etat

### **Recommandations de la Commission « droits des usagers » :**

La Commission remarque :

**sur la formation des professionnels de santé** : peu de données sont disponibles.

**sur les plaintes et réclamations** : la commission préconise qu'une rencontre sur les modalités et le processus de recueil des plaintes et réclamations soit mise en place entre les membres de la commission et les présidents des conseils régionaux et départementaux des ordres des professions de santé, dans le secteur des soins ambulatoires et au domicile

Observant une absence de lien entre les réclamations reçues par les différents partenaires, la commission souhaiterait la mise en place d'un guichet unique des réclamations.

**sur le fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)**, la commission regrette une diminution du nombre de rapports transmis notamment dans une version exploitable par les services de l'ARS.

Elle souhaite que les établissements de santé s'assurent de la bonne transmission du rapport d'activité de la CRUQPC aux représentants des Usagers et que ce rapport soit discuté et élaboré conjointement avec eux (notamment pour la partie recommandations).

Selon la commission, les représentants en CRUQPC doivent pouvoir bénéficier d'une véritable formation sur les compétences liés à l'exercice de leur mission. La commission rappelle que les représentants des usagers n'ont pas que des missions défensives et revendicatrices; leur rôle est bien un rôle d'observation, d'information, d'alerte, de conciliation et d'accompagnement dans des recours éventuels. Mais il est aussi de faire des propositions pour l'amélioration de la qualité des soins et de leur accessibilité, en coordination avec les acteurs du soin et de l'accompagnement.

#### Sur la formation des représentants :

Afin de promouvoir une culture commune d'amélioration continue de de la qualité en faveur des usagers, l'accent doit être mis sur la formation, aux droits des usagers, des professionnels intervenant dans tous les secteurs des services et établissements sanitaires et médico-sociaux.

Pour développer cette culture et ces pratiques communes (« l'esprit des lois »...) cette formation pourrait se réaliser en suscitant des regroupements équilibrés (RU-professionnels) pour produire et mettre en œuvre de documents type « charte de la personne dans son PPS et des professionnels l'accompagnant (cf projet élaboré par la CNS en avril 2014).

#### Sur le contenu de la formation

La CSDUS recommande que les contenus de formation portent à la fois sur l'exercice effectif de l'exercice des droits des usagers et leur mise en œuvre, mais aussi sur le développement des compétences à développer : capacité d'observation, d'écoute, recueil et traitement des informations, qualité de l'argumentation dans les situations de conciliation, de médiation et de recours.

Par ailleurs, la commission souhaite qu'une réflexion soit engagée :

**sur les conseils de Vie Sociale (CVS)** autour de la représentation des usagers et notamment la participation des familles.

**sur les conseils de vie sociale départementaux (CVSD)** : la mise en place devra s'appuyer sur le réseau de CVS déjà constitué au niveau des territoires de proximité.

**sur les personnalités qualifiées** dans le domaine médico-social, les membres s'interrogent sur l'effectivité de leur saisine.

**sur la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté** : la commission souhaiterait avoir des données sur l'évolution du temps dédié à la prise en charge des enfants handicapés.

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

### 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

#### Indicateurs / Données à recueillir :

- Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé
- 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
- Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins

#### **Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé**

	Médecine générale			Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale			Pathologie cardio-vasculaire		
	Secteur 1 en nombre	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP) en %		Secteur 1 en nombre	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP) en %		Secteur 1 en nombre	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP) en %	
Dordogne	350	16	4,4%	12	-	0,0%	16	2	11,1%
Gironde	1 548	143	8,5%	34	88	72,1%	83	50	37,6%
Landes	392	11	2,7%	3	10	76,9%	20	3	13,0%
Lot-et-Garonne	262	14	5,1%	19	1	5,0%	18	-	0,0%
Navarre-Côte basque	323	22	6,4%	13	28	68,3%	31	8	20,5%
Béarn-Soule	391	25	6,0%	21	6	22,2%	32	-	0,0%
<b>Aquitaine</b>	<b>3 266</b>	<b>231</b>	<b>6,6%</b>	<b>102</b>	<b>133</b>	<b>56,6%</b>	<b>200</b>	<b>63</b>	<b>24,0%</b>

	Dermatologie et vénéréologie			Radiologie			Gynécologie		
	Secteur 1 en nombre	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP) en %		Secteur 1 en nombre	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP) en %		Secteur 1 en nombre	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP) en %	
Dordogne	12	4	25,0%	28	-	0,0%	28	-	0,0%
Gironde	70	36	34,0%	161	30	15,7%	161	30	15,7%
Landes	9	6	40,0%	30	3	9,1%	30	3	9,1%
Lot-et-Garonne	10	1	9,1%	31	-	0,0%	31	-	0,0%
Navarre-Côte basque	20	4	16,7%	41	1	2,4%	41	1	2,4%
Béarn-Soule	18	4	18,2%	28	8	22,2%	28	8	22,2%
<b>Aquitaine</b>	<b>139</b>	<b>55</b>	<b>28,4%</b>	<b>319</b>	<b>42</b>	<b>11,6%</b>	<b>319</b>	<b>42</b>	<b>11,6%</b>

	Gastro-entérologie et hépatologie			Oto-rhino-laryngologiste			Pédiatrie		
	Secteur 1		Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	Secteur 1		Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	Secteur 1		Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)
	en nombre	en %		en nombre	en %	en nombre	en %		
Dordogne	7	1	12,5%	7	5	41,7%	4	3	42,9%
Gironde	12	44	78,6%	23	44	65,7%	43	22	33,8%
Landes	12	1	7,7%	7	5	41,7%	5	3	37,5%
Lot-et-Garonne	3	6	66,7%	3	4	57,1%	5	-	0,0%
Navarre-Côte basque	7	9	56,3%	6	7	53,8%	11	4	26,7%
Béarn-Soule	8	1	11,1%	10	2	16,7%	17	-	0,0%
<b>Aquitaine</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>55,9%</b>	<b>56</b>	<b>67</b>	<b>54,5%</b>	<b>85</b>	<b>32</b>	<b>27,4%</b>

	Pneumologie			Rhumatologie			Ophtamologie		
	Secteur 1		Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	Secteur 1		Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	Secteur 1		Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)
	en nombre	en %		en nombre	en %	en nombre	en %		
Dordogne	6	-	0,0%	1	4	80,0%	17	10	37,0%
Gironde	14	15	51,7%	20	12	37,5%	59	79	57,2%
Landes	6	-	0,0%	8	1	11,1%	15	14	48,3%
Lot-et-Garonne	9	-	0,0%	4	2	33,3%	10	11	52,4%
Navarre-Côte basque	17	2	10,5%	5	9	64,3%	10	30	75,0%
Béarn-Soule	6	-	0,0%	10	1	9,1%	13	6	31,6%
<b>Aquitaine</b>	<b>58</b>	<b>17</b>	<b>22,7%</b>	<b>48</b>	<b>29</b>	<b>37,7%</b>	<b>124</b>	<b>150</b>	<b>54,7%</b>

	Psychiatrie		
	Secteur 1		Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)
	en nombre	en %	
Dordogne	19	1	5,0%
Gironde	245	49	16,7%
Landes	17	1	5,6%
Lot-et-Garonne	17	-	0,0%
Navarre-Côte basque	29	10	25,6%
Béarn-Soule	26	3	10,3%
<b>Aquitaine</b>	<b>353</b>	<b>64</b>	<b>15,3%</b>



	Neurologie		
	Secteur 1		Secteur 2
	(et secteur 1 avec DP)		(et secteur 1 avec DP)
	en nombre	en %	
Dordogne	2	1	33,3%
Gironde	18	3	14,3%
Landes	5	-	0,0%
Lot-et-Garonne	5	-	0,0%
Navarre-Côte basque	9	-	0,0%
Béarn-Soule	6	-	0,0%
<b>Aquitaine</b>	<b>45</b>	<b>4</b>	<b>8,2%</b>

- *Part de la population vivant dans un bassin de vie INSEE dont la densité médicale de médecine générale est inférieure de 30 % à la moyenne nationale*

Obj 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				Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	2008	1,8%	1,8%	1,8%	1,7%	1,7%	1,8%	2,5%	2,4%	2,38%		

Le solde entre les installations et les départs reste négatif dans les départements les plus ruraux de Dordogne et Lot -et-Garonne, dans lesquels la démographie médicale continue de diminuer. La densité des médecins généralistes libéraux s'établit ainsi :

- en Dordogne à 81,1/100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2013, à 93,2 au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et à 101,8 au 1<sup>er</sup> janvier 2010,
- en Lot-et-Garonne à 75,8 au 1<sup>er</sup> janvier 2013, à 88,3 au 1<sup>er</sup> janvier 2012 à 91,6 en 2010.

La densité de ces deux départements se situe donc en-dessous de la moyenne nationale (96,9 au 1<sup>er</sup> janvier 2012, 93,1 au 1<sup>er</sup> janvier 2013).

Entre fin 2009 à fin 2012, les effectifs de médecins généralistes ont baissé de – 2,3 % en Aquitaine : (- 7,8 % en 24, - 5,8 % en 47, - 3,4 % en 33, - 1 % en 40 et + 0,3 % en 64).

En 2013, il y a eu 67 nouvelles installations en Aquitaine, dont 19 en zones déficitaires indiquées dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Les installations ont été significatives en Dordogne (20). Le contexte reste plus difficile en Lot et Garonne 5 installations seulement et une majorité de médecins étrangers.

Les mesures incitatives récemment mises en place, ne permettent pas encore d'infléchir cette tendance.

- *Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire*

Le nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire est de 75 en Aquitaine.

- **Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins**

Aucune donnée n'est disponible à ce jour sur cet indicateur.

## 11. Assurer financièrement l'accès aux soins

*Indicateurs / Données à recueillir :*

- *Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins et pour les personnes en CMU et AME*

- **Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.**

Une demande a été faite auprès de la Coordination Régionale GDR et est également en cours auprès des ordres régionaux (cf §2.a).

Région Aquitaine	Nbr de plaintes	Motif(s)
24	1	Refus de tiers payant dans le cadre de l'ACS
33	22 (dont 1 pour l'AME)	Dépassements d'honoraires (7 dossiers) Problèmes de facturations - refus de tiers payant (11 dossiers) Qualité des soins - refus de soins (4 dossiers)
40	1 (bénéficiaire CMUC)	NC
47	0	-
641 (Bayonne)		
642 (Pau)	0	-
<b>Total</b>	<b>24</b>	

Données CPAM 33 - DCGDR

## 12. Assurer l'accès aux structures de prévention

*Indicateurs / Données à recueillir :*

- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans*
- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans*
- *Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole*
- *Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle*

L'organisation locale et la promotion des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal sont assurées sur le territoire national par 90 structures de gestion départementales ou interdépartementales dont près de 90 % sont de nature associative.

Elles sont financées par l'Etat, l'Assurance maladie et, pour près de la moitié d'entre elles, également par les conseils généraux.

En Aquitaine, les structures de gestion sont :

- pour la Dordogne : VITALIS
- en Gironde : AGIDECA
- dans les Landes : Centre de dépistage des cancers
- en Lot-et-Garonne : Structure de gestion des dépistages des cancers
- dans les Pyrénées-Atlantiques : PYRADEC

Parmi elles, quatre sont adossées à des centres d'examen des CPAM et une est gérée par une association (Gironde).

Ces structures en charge de l'organisation des dépistages gèrent et assurent la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages, envoient les lettres invitant les personnes à se faire dépister ainsi que les relances et participent à la sensibilisation et à l'information des populations concernées. En outre, elles organisent la formation des professionnels de santé sur les dépistages et veillent à la qualité du dispositif. Elles sont responsables, pour le dépistage du cancer colorectal, de l'approvisionnement des médecins généralistes en tests de dépistage.

### ➤ *Dépistage organisé du cancer colorectal*

- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans*

<b>Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</b>											
Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	26,0%	28,0%	30,0%	40,0%	50,0%		35,0%	32,5%	32,40%		

### ➤ *Dépistage organisé du cancer du sein*

Au cours de sa vie, près d'une femme sur huit sera confrontée au cancer du sein qui met en général plusieurs années à se développer. Il est donc essentiel, dès 50 ans, de participer régulièrement au dépistage organisé afin de pouvoir traiter au plus vite d'éventuelles anomalies.

- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans*

<b>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</b>											
Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	60,0%	62,0%	63,0%	64,0%	65,0%		59,9%	59,4%	58,80%		

Les valeurs réalisées témoignent des difficultés rencontrées sur ces deux dépistages, difficultés observables au plan national (taux de participation France entière 31,7% pour le cancer colorectal et 52,7% pour le cancer du sein). Une redynamisation est fortement attendue dans le cadre du plan cancer 3 et, pour le DOC colorectal, dans le cadre du déploiement des nouvelles modalités de test.

➤ **Couverture vaccinale**

**Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)**

Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole											
Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	85,0%	87,0%	89,0%	92,0%	95,0%	ND	ND	ND			

Seuls quatre départements transmettent les données au niveau national : le département des Pyrénées-Atlantiques est toujours dans l'incapacité de fournir ses données : les données régionales ne sont donc pas disponibles.

A l'heure actuelle, les données disponibles pour les autres départements datent de 2010 et concernent la génération d'enfants nés en 2008.

Ces données montrent une couverture « 1dose » contre la rougeole inférieure aux taux cibles fixés par l'OMS (89.2% en Aquitaine versus 95% selon le taux cible de l'OMS)

➤ **Prévalence de l'obésité**

**Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle**

➤ Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2005	2,2%	2,2%	2,1%	2,1%	2,0%						

➤ Prévalence du surpoids (y compris obésité) parmi les enfants en grande section de maternelle

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2005	9,4%	9,4%	9,3%	9,3%	9,2%						

L'indicateur permet de suivre les tendances concernant le statut pondéral des élèves à un âge donné et donc indirectement de suivre l'efficacité des actions de prévention réalisées en amont et visant à réduire le surpoids (actions sur l'éducation alimentaire et sur le développement de l'activité physique).

Cependant, l'âge moyen en 6ème est de 11 ans ; cette période est celle de la préadolescence, propice à des modifications rapides et variables, selon les enfants, de l'Indice de Masse Corporelle. L'âge moyen du rebond physiologique d'adiposité est de 6-7 ans et l'âge auquel ce rebond d'adiposité devient un indicateur de risque de surcharge pondérale se situe avant 6 ans (transition Grande Section de Maternelle-CP), d'où l'intérêt de l'indicateur IMC en grande section de maternelle.

Ces indicateurs ne sont pas disponibles faute d'enquête régionale et nationale. Néanmoins, cet indicateur ne permet pas de rendre compte de la majeure partie des actions engagées par l'ARS matière de nutrition (en direction des enfants, adolescents, jeunes) :

En ce qui concerne la coordination des acteurs :

- la prise en compte du déterminant nutrition (alimentation-activité physique) dans le PRS Aquitain,
- l'élaboration du Programme manger mieux bouger plus en Aquitaine et de son volet relatif à l'activité physique constitué par le Plan sport santé bien être,
- le pilotage est confié à la Commission de coordination des politiques publiques ; l'élaboration croise les cadres d'actions nationaux avec une enquête recueillant la perception et les propositions des acteurs de terrain,
- la progression de la formalisation des partenariats avec les services déconcentrés de L'Etat représentés au sein de la Commission de coordination des politiques publiques de prévention : la DRAAF (27 juin 2011), la DRJSCS (juin 2013), l'Education Nationale (en cours),
- un partenariat DRAAF-ARS fort (technique et financier).

En ce qui concerne l'accessibilité et la couverture territoriale :

- la mise en place et la pérennisation du financement des Centres spécialisés obésité nord (CHU et partenaires de la CUB) et sud Aquitaine (Clinique Princess, CH de Pau et Polyclinique de Navarre), chargés de l'organisation et de la gradation du parcours de santé obésité. Le parcours de santé va du dépistage (prévention médicalisée) à la prise en charge et au SSR,
- la restructuration et la consolidation du financement du réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique qui en assure, en transversalité, le volet pédiatrique (REPPPOP),
- la politique régionale d'une promotion de l'activité physique et sportive de proximité, adaptée aux adolescents, aux personnes porteuses d'une pathologie chronique cardio vasculaire, âgées ou porteuses d'un handicap,
- l'engagement des collectivités : le nombre des villes actives du PNNS d'Aquitaine. place la région en tête des autres régions.

En ce qui concerne la qualité et performance :

- la montée en qualité des pratiques au niveau des Centres spécialisés obésité,
- la prise en compte de l'alimentation et de l'activité physique adaptée dans les programmes d'éducation thérapeutique concernant les maladies chroniques les plus fréquentes (diabète, maladies cardiovasculaires...),
- la progression du financement des actions de prévention nutritionnelle : alimentation et activité physique.

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

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)*
- *Ecart intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir rde la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)*
- *Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique*

➤ **Les contrats locaux de santé**

**Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)**

Obj 4-3 du CPOM	Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
	0	2	5	8		0	0	0	10	

Depuis l'adoption du PRS le 1<sup>er</sup> mars 2012, des négociations ont été engagées avec les collectivités.

A ce jour, la région Aquitaine compte 10 contrats locaux de santé (CLS) :

- Dordogne : 2 CLS signés : Bergerac et Nord Dordogne
- Gironde : 2 CLS signés : Médoc et Bordeaux
- Landes : 3 CLS signés : Montois, Nord Landes, PALO
- Lot-et-Garonne : 1 CLS signé : Grand Villeneuvois
- Pyrénées Atlantiques : 2 CLS signés : Basse Navarre Soule et Val d'Adour

A l'heure actuelle, 25 % de la population aquitaine est couverte par un CLS. Tous les CLS abordent le champ de la promotion de la santé et de la prévention, 90 % concernent l'offre de soins ambulatoire, hospitalière et le secteur médico-social. Les sujets les plus fréquemment abordés en Aquitaine sont le vieillissement, la coordination des acteurs/la fluidité des parcours, la précarité, la santé mentale.

L'ARS a mis en place un programme complet de déploiement des CLS en :

- mobilisant des ressources importantes : financières et humaines allant jusqu'à une réorganisation des délégations territoriales,
- se rapprochant de la DRJSCS en particulier la Politique de la ville : contractualisation, cofinancement de la mission Santé et Territoires, participation à des réunions de référents DDCS, délégués des préfets, SGAR,
- accompagnant l'évolution des pratiques des agents de l'ARS par la mise à disposition d'une note de cadrage régional, d'outils de suivi, d'un contrat et d'une fiche action types, et de formations sur la conduite de projet ainsi que sur l'animation territoriale.
- proposant un accompagnement des collectivités et des équipes de l'ARS par la DSP, l'IREPS (méthodologie, entretiens, ...), l'ORS (état des lieux).

➤ **Ecarts intrarégionaux d'équipements en ESMS**

**Ecarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)**

	Ecarts intra régionaux d'équipement en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (0-59 ans pour les personnes handicapées ; 75 ans et plus pour les personnes âgées)									
	Valeurs Initiales	Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées				
		2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	Tendance
<b>Personnes âgées (PA)</b>	2009	8,2%	7,8%	7,5%	7,0%	6,5%	7,0%	8,1%	8,1%	
<b>Personnes handicapées (PH)</b>	2009	29,3%	28,0%	27,0%	26,0%	25,0%	30,6%	27,8%	24,4%	

On constate une nette amélioration dans le champ des personnes handicapées dépassant largement la cible et dans le champ des personnes âgées, un léger maintien de l'écart en 2012 par rapport à 2011.

Dans le champ du handicap, l'ARS a assuré le financement des suites d'opérations, dans un contexte de tarissement des autorisations d'engagement (AE), pour tous les départements, y compris ceux n'étant pas éligibles au rééquilibrage territorial.

Dans le champ des personnes âgées, au delà des différentes notifications de réserve nationale qui ne contribuent pas à la réduction des inégalités territoriales, ce sont essentiellement les dépenses infirmières libérales (A.I.S) qui expliquent les écarts constatés, la Gironde et les Pyrénées Atlantiques, sur le territoire Navarre Côte Basque, étant particulièrement concernées.

### ➤ *Logements insalubres*

La lutte contre l'habitat indigne est un des axes du chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri et mal logées.

#### *Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP*

<b>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure au titre du CSP</b>										
Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées				Tendance
		2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	
2009	25	25	27	30	33	37	104	117	94	

Le détail par département s'établit comme suit :

	2010	2011	2012	2013
CIBLE	25	27	30	33
réalisé	37	104	117	94
dép. 24	3	5	7	5
dép. 33	9	42	67	42
dép. 40	13	22	2	2
dép. 47	3	25	26	21
dép. 64	9	10	15	24

L'écart important entre la cible et la réalisation s'explique par la difficulté à programmer ces inspections qui font suite à des plaintes.

S'il est possible de donner le détail départemental en fin d'année, il n'est pas envisageable de fixer a priori une répartition départementale de la cible de l'année N+1, ces inspections étant diligentées suite à des plaintes, ce qui rend difficile toute programmation fine à l'échelle départementale : la maille géographique régionale est adaptée.

**Recommandations de la Commission « droits des usagers » :**

**Sur les Contrat Locaux de Santé :** La commission recommande l'appui au développement des CLS, comme structures d'appui des politiques de proximité en prévention et en coordination des soins et accompagnements. Elle recommande la participation des représentants des usagers du territoire dans tout le déroulement du processus : définition, pilotage, évaluation du dispositif

**S'agissant de logement insalubre,** la commission préconise qu'un guichet unique à l'instar de ce qui est fait dans certains domaines soit mis en place ; celui-ci pourrait collecter les demandes provenant des usagers et assurer leur traitement. Un travail est à faire en direction des secrétaires de Mairie.



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

### 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

#### Indicateurs / Données à recueillir :

- Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)
- Dispositif d'information sur ces formations

En 2012, un programme de formation mené conjointement entre l'ARS d'Aquitaine et le Collectif Interassociatif sur la Santé Aquitaine a été lancé. Celui-ci débutera par une formation (prévue le 23 avril 2013) sur le département de la Dordogne à destination des représentants des usagers issus des établissements sanitaires et des établissements sociaux et médico-sociaux.

Deux formations sont également programmées en Lot-et-Garonne et dans les Landes.

La formation des représentants des usagers se concrétise **AUSSI** en Aquitaine par l'action individuelle du CISS A qui a assuré des formations selon le planning suivant :

**TABLEAU RECAPITULATIF DES FORMATIONS 2012**

Titre	Lieu	Date	Participants
1. FORMATION DEPARTEMENT AIR 47	AGEN	13/01/2012	9
2. FORMATION CISS/CISSA : REPRESENTER LES USAGERS L'ESSENTIEL	BORDEAUX	17/01/2012	12
3. FORMATION CISS/CISSA : CONNAÎTRE ET TRAVAILLER AVEC LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL	BORDEAUX	31/01/2011	11
4. FORMATION CISS/CISSA : REPRESENTANTS DES USAGERS, PRENEZ LA PAROLE	BORDEAUX	07/02/2011	11
5. FORMATION DEPARTEMENT 33(PAYS MEDOC) : CISS AQUITAINE ET RU	SAINT LAURENT DE MEDOC	14/02/2012	27
6. FORMATION DEPARTEMENT 33 (BASSIN) : CISS AQUITAINE ET RU	GUJAN MESTRAS	08/03/2012	16
7. FORMATION DEPARTEMENT UNAFAM 33 : CISS AQUITAINE ET RU	BORDEAUX	26/03/2012	13
8. FORMATION CISS/CISSA : DEFENDRE LES DROITS DES USAGERS	BORDEAUX	13/04/2012	18
9. FORMATION CISS/CISSA : PRENEZ LA PAROLE	PERIGUEUX	03/05/2012	11
10. FORMATION CISS/CISSA : SAVOIR DES MALADES ETP	BORDEAUX	05/06/2012	17
11. FORMATION RENCONTRE CISSA/CCECQA : "BIENTRAITANCE"	BORDEAUX	04/10/2012	14
12. FORMATION CISS/CISSA : RU L'ESSENTIEL	PERIGUEUX	23/10/2012	14
13. FORMATION RENCONTRE CISSA SECURITE DES PATIENTS	BORDEAUX	27/11/2012	15
14. FORMATIONS AU CISS NATIONAL (diverses sur Paris)	PARIS	2012	4
<b>13 formation réalisées en Aquitaine en 2012, pour un nombre total de participants de</b>			<b>192</b>

***Recommandations de la Commission « droits des usagers » :***

Cf les recommandations sur la formation aux droits des usagers dans l'orientation 1 en direction de tous les acteurs du soin et de l'accompagnement, dans les territoires de proximité

La commission souhaite qu'une réflexion soit engagée pour les représentants des usagers du secteur médico-social. La formation doit y être davantage développée, en tenant compte des spécificités du secteur (en établissement et à domicile)

## ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

### 15. Garantir les représentants des usagers siégeant et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et les conférences de territoire

#### Indicateurs / Données à recueillir :

- Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire
- Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire

#### Taux de participation globale (en %) et par collège des membres des CRSA en 2012

Collège	Assemblée plénière	Commission permanente	Commission « Droits des usagers	Commission spécialisée « prise en charge et accompagnement médicosociaux	Commission spécialisée d'Organisation des soins	Commission spécialisée de prévention
1 Collectivités territoriales	19%	31%	0%	10%	30%	0%
2 Usagers	90%	75%	88%	67%	59%	39%
3 Territoires	75%	13%	0%	40%	75%	0%
4 Partenaires sociaux	63%	58%	100%	13%	43%	0%
5 Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	72%	50%	50%	40%	81%	17%
6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	70%	100%	0%		56%	39%
7 Offreurs des services de santé	65%	48%	25%	54%	70%	17%
8 Personnalités qualifiées	50%	88%				
<b>Global*</b>	<b>63%</b>	<b>64%</b>	<b>58%</b>	<b>38%</b>	<b>75%</b>	<b>20%</b>
Nombre de réunions	3	8	4	5	8	2

## Taux de participation globale (en %) et par collège des membres des conférences de territoire en 2012

Collège	CT Dordogne	CT Gironde	CT Landes	CT Lot-et-Garonne	CT 64 Navarre Cote basque	CT 64 Béarn Soule
1- représentants des établissements de santé	50%	10%	55%	*	70%	80%
2- représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux	69%	38%	69%	*	88%	94%
3- représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité	83%	100%	33%	*	67%	50%
4- représentants des professionnels de santé libéraux et du représentant des internes en médecine	43%	43%	43%	*	29%	64%
5- représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé	75%	50%	50%	*	100%	75%
6- représentants des établissements assurant des activités de soins à domicile	50%	100%	100%	*	100%	75%
7- représentants des services de santé au travail	0%	0%	0%	*	100%	50%
8- représentants des usagers	63%	63%	63%	*	50%	63%
9- représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements	36%	14%	29%	*	43%	29%
10- représentants de l'ordre des médecins	100%	0%	100%	*	0%	0%
11- personnalités qualifiées	100%	100%	50%	*	0%	75%
<b>TOTAL</b>	<b>57%</b>	<b>40%</b>	<b>52%</b>	<b>*</b>	<b>58%</b>	<b>67%</b>

\* En 2012, l'assemblée plénière de la CT47 s'est réunie deux fois. La première réunion n'avait pas le quorum.

### **Recommandations de la Commission « droits des usagers » :**

Constatant la diminution du taux de présence au sein des différentes formations de la CRSA, la commission souhaite qu'une mobilisation ou re-mobilisation des membres soit réalisée. Selon elle, le programme de travail doit être élaboré dans une perspective plus prospective. Le processus d'auto-saisine devra notamment être davantage développé sur des questions d'actualité en santé publique ou sur les déterminants de santé (environnement, logement, produits ou comportements toxiques....)

# ANNEXES

**ANNEXE 1 : ARRÊTÉ DU 5 AVRIL 2012 PORTANT CAHIER DES CHARGES RELATIF À  
L'ÉLABORATION DU RAPPORT DE LA CRSA SUR LES DROITS DES USAGERS DU  
SYSTÈME DE SANTÉ**

## ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

- **AA DT** : Admission en soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ADT, SDT ou SPDT)
- **ADRE** : Admission en soins psychiatriques sur Décision du représentant de l'Etat
- **AFN** : Action de Formation Nationale
- **AFR** : Action de Formation Régionale
- **AIS** : Acte de Soins Infirmier
- **ASV** : Atelier Santé Ville
- **CDHP** : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques
- **CDSP** : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
- **CISS A** : Collectif Interassociatif Sur la Santé d'Aquitaine
- **CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- **CLS** : Contrat Local de Santé
- **CLUD** : Comité de Lutte contre la douleur
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CRCI** (ou CCI) : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
- **CRSA** : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- **CRUQPC** : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **CUCS** : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- **CVS** : Conseil de Vie Sociale
- **DPC** : Développement Professionnel Continu
- **DRAAF** : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
- **DRJSCS** : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
- **ESPIC** : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HDT** : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
- **HO** : Hospitalisation d'Office
- **MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- **MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- **OPCA** : Organisme Paritaires Collecteurs Agréés
- **PRIAC** : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- **SDDE** : Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement
- **SDJ** : Soins sur Décision de Justice
- **SDRE** : Soins sur décision du représentant de l'Etat
- **SDT** : ou SPDT voir ADT
- **SDT** : Soins sur Demande d'un Tiers
- **SDTU** : Soins sur Demande d'un Tiers en Urgence
- **SEV** : Semaine Européenne de la Vaccination
- **SLD** : Soins de Longue Durée
- **SM** : Santé Mentale
- **SPDRE** : ou SDRE voir ADRE
- **SPI** : Soins en cas de Péril Imminent
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- **SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **ZEP** : Zone d'Education Prioritaire

### ANNEXE 3 : DONNEES REGIONALES DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Les données agrégées des différentes commissions sont les suivantes :

<b>Nombre total de mesures de soins psychiatriques</b>	
dont Nombre total de SDRE et SDJ	<b>275</b>
dont Nombre de mesures prises en application de l'art. L. 3213-1du CSP	<b>29</b>
dont Nombre de mesures prises après application de l'art. L. 3213-2 du CSP	<b>153</b>
dont Nombre de mesures prises en application de l'art. L. 3213-7 du CSP	<b>2</b>
dont Nombre de mesures prises en application de l'art. 706-135 du CPP	<b>18</b>
dont Nombre de mesures prises en application de l'art. L. 3214-3 du CSP	<b>44</b>
dont Nombre total de SDDE	<b>1209</b>
dont Nombre de SDT	<b>400</b>
Nombre de SDTU	<b>716</b>
Nombre total de SPI	<b>93</b>
<b>Nombre total de mesures de soins psychiatriques de plus d'un an</b>	<b>147</b>
dont Nombre de SDRE et SDJ	<b>99</b>
dont Nombre de SDDE	<b>394</b>
dont Nombre de SPI	<b>0</b>
<b>Nombre total de levées de mesures de soins psychiatriques</b>	<b>245</b>
dont Nombre de levées de SDRE et SDJ	<b>235</b>
dont Nombre de levées de mesures prises en application de l'art. L. 3213-1du CSP	<b>1</b>
dont Nombre de levées de mesures prises après application de l'art. L. 3213-2 du CSP	<b>26</b>
dont Nombre de levées de mesures prises en application de l'art. L. 3213-7 du CSP	<b>0</b>
dont Nombre de levées de mesures prises en application de l'art. 706-135 du CPP	<b>0</b>
dont Nombre de levées de mesures prises en application de l'art. L. 3214-3 du CSP	<b>28</b>
dont Nombre de levées de SDDE	<b>908</b>
dont Nombre de levées de SPI	<b>32</b>



**ANNEXE 5 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE – DONNEES 2012**

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012
<b>1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)</b>	Amb	<i>Formations par les URPS via le dispositif de Formation continue (D.F.C.)</i>	-	-
		<i>Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers</i>	2 projets labellisés / 6 déposés	5 projets labellisés/7 déposés
	Sanitaire	<i>Actions de Formations Régionales mises en place en 2012 sur les droits des usagers</i>	Cf p5	Cf p
	Médico-social	<i>Etat des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés</i>	-	
<b>2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers</b>	Amb	<i>Nombre de plaintes Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</i>	-	
	Sanitaire	<i>Proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC Proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA Nombre de réunions par an Composition et qualité des membres Existence ou non de formations pour les membres.</i>	70 % 3.32	28 % 3.08
		<i>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification</i>	« A » : 28 « B » : 17	« A » : 62 « B » : 31
	Médico-social	<i>Proportion d'établissements disposant d'un CVS Proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA Nb de réunions par an (médiane des nb de réunions par établissement) Composition et qualité des membres Proportion d'établissements disposant de formation pour les membres des CVS Nombre de personnalités qualifiées désignées Nombre d'interventions réalisées</i>	88% 2,89  nd <sup>1</sup>  6 en Dordogne et 6 en Gironde nd	
<b>3. Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance</b>	Amb	<i>Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance</i>	nd	
		<i>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</i>	nd	
	Sanitaire	<i>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</i>	nd	
		<i>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification (référence 10 de la V2010)</i>	« A » : 14 « B » : 50 « C » : 6 « D » : -	« A » : 35 « B » : 11 « C » : 10 « D » : -

<sup>1</sup> Non disponible

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012
	Médico-social	<i>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</i>		
<b>4. Droit au respect de la dignité de la personne - prendre en charge la douleur</b>	Amb	<i>Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)</i>	-	
	Sanitaire	<i>Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe</i>	nd	
		<i>Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)</i>	nd	
		<i>Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)</i>	« A » : 30 « B » : 30 « C » : 10 « D » : -	« A » : 64 « B » : 66 « C » : 26 « D » : -
	Médico-social	<i>Pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" dans la région parmi les conventions signées entre ESMS et ES</i>	-	
<b>5. Droit au respect de la dignité de la personne - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées</b>	Amb	<i>Formations par les URPS via le dispositif de Formation continue (D.P.C.)</i>	-	
		<i>Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers</i>		
	Sanitaire	<i>Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées</i>	« A » : 13 « B » : 28 « C » : 10 « D » : 1	« A » : 42 « B » : 62 « C » : 17 « D » : 1
		<i>Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe</i>	-	
	Médico-social	<i>Proportion d'ESMS prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement</i>	Données disponibles en juin 2013	
		<i>Pour les ESMS ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nb total de résidents</i>		
<b>6. Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical</b>	Amb	<i>Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical</i>	-	
		<i>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</i>	-	
	Sanitaire	<i>Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical</i>	-	
		<i>Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification (référence 14 de la V2010 HAS)</i>	« A » : 51 « B » : 14 « C » : 5 « D » : -	« A » : 116 « B » : 25 « C » : 15 « D » :
	Médico-social	<i>Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical</i>	-	
<b>7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté</b>		<i>Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nb de prises en charge / nb de demandes de scolarisation</i>	Près de 7 handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire ...	Près de 7 handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire ...
<b>8. Droits des personnes détenues - Assurer la confidentialité des données</b>		<i>Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)</i>	nd	nd

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012
médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical				
9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des Commissions Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP)		Proportion de CDSP existantes	5/5	5/5
		Proportion de rapports transmis à l'ARS	5/5	5/5
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé	Cf p25	Cf p27
		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	2,4 %	2,38 %
		Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	nd	nd
11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME		
12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans	32,5 %	32,4 %
		Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans	59,4 %	58,8 %
		Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	nd	nd
		Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	nd	nd
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)	0	0
		Ecart intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)	Personnes âgées : 8,1 % Personnes handicapées : 27,8 %	Personnes âgées : 8,1 % Personnes handicapées : 24,4 %
		Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP	104	117
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)	0	0
		Nombre de formations réalisées	12	13
		Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP)	202 personnes formées	192 personnes formées
		Dispositif d'information sur ces formations		
15. Garantir la participation des		Taux de participation globale et par collège des membres des	« CRSA » : 76 %	« CRSA » : 63 %

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012
représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CT		<i>CRSA et CT</i>	« CT 24 » : 72 % « CT 33 » : 56 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : 78 % « CT 64 NCB » : 54 % « CT 64 BS » : 62 %	« CT 24 » : 57 % « CT 33 » : 40 % « CT 40 » : 52 % « CT 47 » : - « CT 64 NCB » : 58 % « CT 64 BS » : 67 %
		<i>Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les CT</i>	« CRSA » : 94 % « CT 24 » : 63 % « CT 33 » : 63 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : 88 % « CT 64 NCB » : 88 % « CT 64 BS » : 81 %	« CRSA » : 90 % « CT 24 » : 63 % « CT 33 » : 63 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : - « CT 64 NCB » : 50 % « CT 64 BS » : 63 %

