

Rapport

sur le respect des droits des usagers du système de santé

●● 2015



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Ce rapport, comme il est indiqué dans l'introduction permet de procéder à l'évaluation de l'exercice des droits individuels et collectifs des usagers des services de santé et médico-sociaux.

Il a été préparé par le pôle Démocratie Sanitaire de l'ARS, pour être soumis à la CSDUS, chargée d'émettre des recommandations devant permettre aux usagers quels qu'ils soient, en particulier les plus vulnérables et les plus isolés et à leurs représentants.

1. de développer un partenariat actif avec les acteurs de santé pour la mise en place et le développement de leur parcours de santé.
2. de participer de façon citoyenne à l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques de santé et des dispositifs développés en proximité.

La CSDUS présente ses vifs remerciements à Delphine FLESCQ, référente Démocratie sanitaire et à ses collaboratrices : elles ont assuré la collecte des données et les ont présentées de façon efficace pour en dégager les grandes orientations permettant à la commission de se prononcer et d'émettre des recommandations.

La Loi de modernisation de santé prévoit un certain nombre de mesures et de dispositifs nouveaux qui doivent conforter la promotion et l'exercice de la démocratie en santé (droits individuels et collectifs) au sein des établissements et des instances, mais aussi au plus près des usagers dans la proximité de tous les usagers, en synergie avec tous les acteurs de santé.

Les moyens de fonctionnement se doivent d'être à la hauteur de cette ambition ; information des usagers, formation de leurs représentants, reconnaissance de la participation dans les dispositifs mis en place, reconnaissance de la parole et de l'expertise d'usage produites par les usagers et leurs représentants, doivent pouvoir être mises au service d'un exercice raisonné et participatif du point de vue et de remarques des usagers, relayés par leurs représentants issus des associations.

Ginette POUPARD

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
ORIENTATION N°1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS.....	6
LE RESPECT DES DROITS GENERAUX DES USAGERS	6
1. <i>La mise en œuvre des droits des usagers</i>	6
• Former les professionnels de la santé (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	6
• Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	8
DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE	26
2. <i>Promouvoir la bientraitance.....</i>	26
3. <i>Prendre en charge la douleur</i>	28
4. <i>Encourager les usagers à respecter des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie</i>	31
5. <i>Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical</i>	32
LES RESPECT DES DROITS SPECIFIQUES DES USAGERS	33
6. <i>Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....</i>	33
7. <i>Droits des personnes détenues – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical</i>	35
8. <i>Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques ..</i>	37
ORIENTATION N°II : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS	39
ASSURER L'EGAL ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET MEDICO-SOCIALE.....	39
9. <i>Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.....</i>	39
10. <i>Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires</i>	43
• Les contrats locaux de santé	44
• Ecart intrarégionaux d'équipements en ESMS.....	44
• Logements insalubres.....	45
ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS	46
ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION.....	46
• Dépistage organisé du cancer colorectal.....	46
• Dépistage organisé du cancer du sein	46
• Couverture vaccinale.....	47
• Prévalence de l'obésité	47

ORIENTATION N°III : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE.....	48
FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE.....	48
ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE	50
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.....	50
• Conférence Régionale de la Sante et de l'Autonomie (CRSA)	50
• Conférences de territoire	51
ANNEXES	53
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	54
ANNEXE 2 : GLOSSAIRE	55
ANNEXE 3 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE – DONNEES 2014	56

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 2015, 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 2014. Faute de données sur l'année 2014, quelques indicateurs sont fournis pour l'année 2015.

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.

RESUME

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

Formation des professionnels de santé : peu de données sont disponibles sur les trois secteurs (ambulatoire, hospitalier, médico-social)

Synthèse régionale des CRUQPC :

- Amélioration du taux de retour avec des rapports annuels très satisfaisants
- Le livret d'accueil reste le moyen d'assurer la visibilité de la CRUQPC
- Composition des CRUQPC : des difficultés persistent pour recruter des représentants d'usagers
- Fonctionnement : des moyens encore insuffisants. La visibilité de la CRUQPC et de son action est à renforcer en interne et en direction du grand public
- Information sur les droits des usagers (prise en charge de la douleur, directives anticipées, personnes de confiance, etc.) globalement faite mais un renforcement de la formation du personnel et des modalités d'information est nécessaire.
- Accès aux indicateurs qualité : les résultats annuels des 6 indicateurs sont présentés et débattus en CRUQPC dans un faible nombre des établissements (15%).
- Accès au dossier : des difficultés perdurent notamment pour les dossiers de plus de 5 ans.

Plaintes et réclamations : peu de données sur le secteur ambulatoire et médico-social. Celles enregistrées par l'ARS montrant que le nombre de réclamations recensées augmente depuis 2013 principalement dans le secteur « enfants handicapés ».

Prises en charge de la douleur chronique : les délais pour être pris en charge ne s'améliorent pas et même se dégradent. Ils atteignent souvent plusieurs mois, ce qui est tout à fait insupportable pour des patients en grande souffrance.

Scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté : La part des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire progresse. Les élèves en situation de handicap ou atteints de maladie invalidante représente 2 % de l'ensemble des élèves scolarisés.

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

Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux : Le nombre de médecins généralistes sur la région se maintient.

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

Formation des représentants des usagers : se poursuit en Aquitaine par l'action individuelle du CISS A et l'action menée conjointement par la CRSA et l'ARS.

ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

CRSA : Diminution de la participation des membres des instances de démocratie sanitaire en fin de mandature 2010-2014., Le renouvellement de la CRSA a eu des effets très positifs sur la participation.

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

LE RESPECT DES DROITS GENERAUX DES USAGERS

1. La mise en œuvre des droits des usagers

L'appréciation de la mise en œuvre des droits des usagers peut être étudiée au travers de l'examen de la mise en place de formations à destination des professionnels de santé et de l'existence de processus d'évaluation de ces droits.

■ FORMER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE (PERSONNELS MEDICAUX, PARAMEDICAUX, SOCIAUX ET ADMINISTRATIFS)

Dans le secteur ambulatoire, le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins et s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé exerçant en France : les libéraux (chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes), les professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés, les soignants exerçant dans les établissements de santé. L'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) assure le pilotage du Développement Professionnel Continu (DPC) dans sa globalité.

Programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel et les organismes chargés de mettre en œuvre le DPC dans la région Aquitaine – 2015

Thèmes	Organismes	Nombre de formations disponibles en 2014	Nombre de formations disponibles en 2015
Education thérapeutique	UNIVERSITE DE BORDEAUX - UNITE MIXTE DE FORMATION CONTINUE EN SANTÉ : MÉDECINE, ODONTOLOGIE, PHARMACIE, Doxea santé, proxisanté, CPEFOR, AGA'PES Formation, CHEM	47	19
Relation patient médecin		0	0
Mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention / gestion de crises sanitaires		0	0
Prise en charge de la douleur	INSTITUT ORPHEE, Form'UTIP, UNAFOC, OCP Formation, SOCOFORM, MADEA,	15	9
Sécurité des soins, gestion des risques, iatrogénie	CLAVIS, MG FORM, OCP Formation, DTalents conseil et formation, FormUTIP, GEMA, AHF, MADEA, CERP Rouen formation, AHR, GIROPHORM	10 (iatrogénie) 3 (gestion des risques)	10 (iatrogénie) 1 (gestion des risques)
Soins palliatifs	Kéwalé, IFJS, Centre médical Annie-Enia, Agastya SAS, Pallia24, ORION SANTE, GREEM, Fc Santé, SUD MANAGEMENT	8	
Fin de vie	MG FORM, DOXEA SANTE, Kéwalé, CESAM FORMATION REGAIN, LABO FORMATION, Pallia24, ORION SANTE, CH Arcachon CFPS	15	16
Système d'information et dossier médical		0	0

Parmi les organismes institutionnels, les ARS complètent les orientations nationales de DPC par des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec le programme régional de santé après avis de la commission scientifique compétente. Elles s'assurent que l'obligation annuelle de DPC est remplie pour les audioprothésistes, opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées qui n'exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel, au moins une fois tous les 5 ans (art R4382-104 du code de la santé publique). Pour ces professionnels, l'organisme de DPC transmet ces attestations de participation à l'ARS. Sur la base de ces attestations, un bilan des formations (éducation thérapeutique, douleur, soins palliatifs et fin de vie, etc.) suivies par les professionnels de santé paramédicaux en région peut être dressé :

Professionnels de santé suivis par l'ARS et intitulé de la formation DPC suivie	Nb de PS en Aquitaine au 31/12/2015	Années de formation	Département d'exercice				
			24	33	40	47	64
91 - Orthophonistes	977		53	583	95	58	188
Formations suivies (1PS de santé peut avoir suivi plusieurs formations)							
Introduire l'éducation thérapeutique du patient dans la pratique de l'orthophonie		2015		2			
Emotions, Cognition et Communication		2015		1			6
De l'intuition numérique à l'élaboration du concept de nombre		2015		4	2		9
Prise en charge de l'enfant sourd		2015		5	1	6	
La communication des personnes avec un trouble du spectre de l'autisme: quelle évaluation orthophonique ?		2015	3	5			3
La composante visuo attentionnelle et les troubles spécifiques du langage		2015	1		1		
Apport de l'orthophonie dans une approche fonctionnelle de la presbyacousie		2015		6			
Prise en charge des démences de type Alzheimer et démences apparentées		2015		2			1
Dyslexies et dysorthographies développementales : évaluation et rééducation fonctionnelle		2015		1			
Colloque autisme		2015		1			
Aide aux aidants : comment impliquer les aidants dans le traitement orthophonique. De la pratique au concept		2015		2			
Pratiques éthiques, pratiques cliniques : de l'éthique en orthophonie		2015		5		1	
Aphasie et rééducation		2015		1			
Thérapie d'échange et de développement - Initiation théorique		2015		1			
Améliorer la qualité attentionnelle des enfants en rééducation orthophonique		2015			1		2
L'utilisation de la méthode "dyspraxie programma" dans la rééducation de la dyspraxie verbale de développement		2015					1
prise en charge orthophonique de la dysgraphie		2015					2
Langage et vieillissement: langage et évaluation au stade sévère des maladies neurodégénératives		2015					1
L'accompagnement parental et la relation parent-professionnel		2015	1				
<i>Sous total Orthophonistes</i>	78		5	36	5	7	25

92 - Orthoptistes	201		17	111	19	13	41
Formations suivies (1PS de santé peut avoir suivi plusieurs formations)							
Dépistage de la rétinopathie diabétique		2015		2			2
Diplopie : Rééducation/compensation		2014 et 2015	1	8			
Paralysies oculomotrices : bilans et prises en charges orthoptiques		2014 et 2015	1	5	1		
Perturbations visuelles, sensorielles et fonctionnelles de l'enfant à l'âge des apprentissages : dépistage et projet thérapeutique		2014 et 2015		10	2		1
Troubles visuels, sensoriels et fonctionnels de l'enfant		2015		1			
Fonction visuelle et autonomie de la personne âgée		2015			1		
Déséquilibre binoculaire et hétérophories		2015	1		1		
<i>Sous total Orthoptistes</i>		<i>37</i>		<i>3</i>	<i>26</i>	<i>5</i>	<i>3</i>
Total	1178		70	694	114	71	229

Paramédicaux (orthoptistes et orthophonistes) ayant suivi une formation DPC 2015	115
--	-----

% de PS paramédicaux (orthoptistes et orthophonistes) ayant suivi une formation DPC en 2015	9,7 % (versus 4 % en 2014)
---	-------------------------------

S'agissant des autres auxiliaires paramédicaux (audio-prothésistes, opticiens-lunetiers, orthoprothésistes, podo-orthésistes, orthopédistes-orthésistes, ocularistes, épithésistes), aucune donnée n'est disponible.

Dans le secteur des établissements sanitaires, aucune donnée n'est disponible.

Dans le secteur médico-social, aucune donnée n'est disponible sur les formations (douleur, fin de vie, etc.) financées par les organismes paritaires collecteurs agréés. Néanmoins, les données de l'enquête EQARS menée en direction des EHPAD, FAM, MAS et EEAP précise que seuls 14 % de salariés ont bénéficié au cours des 3 dernières années de formation portant sur la bientraitance, 8 % sur la fin de vie et 7 % sur la prise en charge de la douleur.

■ RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Dans le 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, celles pour l'accès au dossier médical et celles pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME sur l'année 2014.

Seuls les conseils de l'ordre des médecins et des infirmiers ont répondu à la sollicitation et ont déclaré qu'aucune plainte et réclamation correspondant aux trois motifs invoqués n'a été enregistrée en 2014 dans les départements de la région Aquitaine.

Dans le secteur des établissements de santé, le processus d'évaluation du respect des droits des usagers peut être étudié au travers d'une part, du fonctionnement effectif des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), de celui de la commission d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de la région Aquitaine (CCI), et, d'autre part, de la proportion d'établissements ayant une cotation « A, B, C, ou D » dans les rapports de certification réalisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) notamment pour le critère 9b correspond à l'évaluation de la satisfaction des usagers (manuel de certification V2010).

▪ Synthèse des rapports CRUQPC des établissements de santé

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.

De nouvelles modalités de transmission ont été mises en place dans la région Aquitaine en 2015. Désormais, la rédaction des rapports annuels de CRUQPC se fait par l'intermédiaire d'un formulaire unique, informatisé et standardisé. Précédée d'une période de test (13 établissements testeurs), la saisie en ligne des rapports CRUQPEC a été réalisée entre juin et septembre 2015. Les établissements qui avaient transmis leur rapport annuel de la CRUQPC préalablement à la période d'enquête sous l'ancien format ont été exemptés de la saisie en ligne. Cependant, les items étant différents du nouveau rapport type informatisé, les données n'ont pu être intégrées à la synthèse régionale. Le taux de retour n'est donc pas exhaustif pour cette année mais on note une nette amélioration de ce taux de transmission par rapport à l'année précédente (84%).

➤ 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 total de rapports transmis 2014	Nombre total de rapports transmis 2015 ¹
Dordogne	22	14	14	16	9	5	19
Gironde	66	51	46	51	9	18	57
Landes	20	14	12	16	8	9	17
Lot et Garonne	19	9	10	11	0	6	18
Pyrénées Atlantiques	56	36	27	34	25	23	40
TOTAL	183	124 soit 68 %	109 soit 60 %	128 soit 70%	52	61	151 (84%)

¹ Nombre d'établissements recensés est de 179 en 2015

A- COMPOSITION DES CRUQPC

Selon le code de la santé publique, la CRUQPC doit être composée a minima comme suit :

- *le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;*
- *un médiateur médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;*
- *un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;*
- *deux représentants des usagers et leurs suppléants, mandatés par une association agréée et désignés par le directeur général de l'ARS.*

Il ressort de l'analyse des données recueillies pour l'élaboration de le rapport dans les rapports que la majorité des établissements de santé n'ont pas rempli la composition de la CRUQPC. Il faudra donc s'interroger pour la prochaine synthèse sur la complexité et la lourdeur des items relatifs à la composition de la CRUQPC. Néanmoins parmi les établissements ayant répondu, on peut constater que certaines associations siègent majoritairement au sein des établissements (Ligue contre le cancer, UNAFAM ou UDAF). Subsistent au sein de quelques établissements des postes occupés par des représentants d'usagers qui sont mandatés par des associations ne bénéficiant pas de l'agrément au titre de l'article L1141-1 du code de la santé publique.

Cela met en exergue la difficulté de certains territoires à recruter des représentants d'associations (2 titulaires/2 suppléants) et la méconnaissance du dispositif de l'agrément. Il sera donc nécessaire de réfléchir au renforcement de la représentation des usagers sur la région et au partenariat de l'ARS avec les associations.

B- FONCTIONNEMENT DES CRUQPC

Le nombre et la diversité des réunions : 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 **3,01** fois en cours de l'année 2014.

La participation aux réunions : Le taux de participation moyen des représentants d'usagers à ces réunions est de **75,6 % en 2014**. Le taux de participation moyen de l'ensemble des membres de la CRUQPC est de presque **78 % en 2014**.

L'existence d'un règlement intérieur : 87 % des établissements ayant répondu déclarent avoir un règlement intérieur de la CRUQPC.

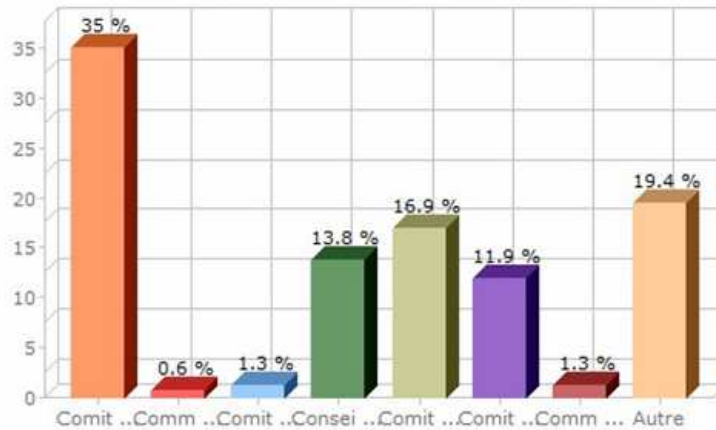
La participation des membres à la rédaction du rapport annuel : dans 72 % des établissements ayant répondu les membres participent à la rédaction du rapport annuel de la CRUQPC.

C- MOYENS ALLOUES AU FONCTIONNEMENT DE LA CRUQPC

Au-delà de leur composition, l'analyse du fonctionnement des CRUQPC nécessite de se pencher sur les moyens attribués à leur organisation. La formation des membres, le nombre de réunions, la visibilité, la coordination avec les autres instances des établissements ou encore les conditions dans lesquelles les informations leurs sont communiquées sont autant de critères qui permettent aux CRUQPC de fonctionner pleinement et de contribuer à l'amélioration de la qualité d'accueil, de la prise en charge et du respect du droit des usagers dans les établissements de santé. Les articles R1185 à R1190 du code de la santé publique définissent les différents moyens de fonctionnement des CRUQPC.

La visibilité de la CRUQPC en interne et ses liens avec les autres instances :

✓ **La coordination avec les autres instances de l'établissement** se fait globalement par la participation des représentants des usagers aux autres instances de l'établissement. Les représentants d'usagers sont invités aux autres instances suivantes de façon détaillée :

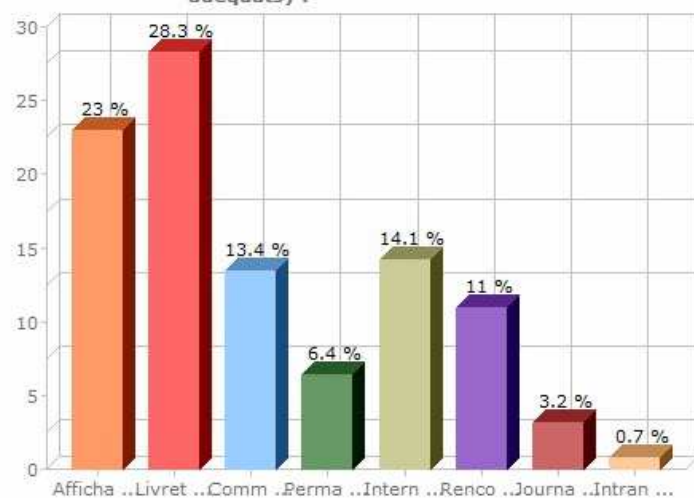


- 35 % Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- 0,6 % Commission Médicale d'Établissement (CME)
- 1,3 % Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
- 13,8 % Conseil de surveillance
- 16,9 % Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)
- 11,9 % Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- 1,3 % Commission de soins
- 19,4 % Autre

Dans 79 %, le rapport de la CRUQPC est transmis aux autres instances majoritairement à la commission médicale d'établissements (34,4%), au conseil de surveillance (14,9 %) et au comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) (8,4 %).

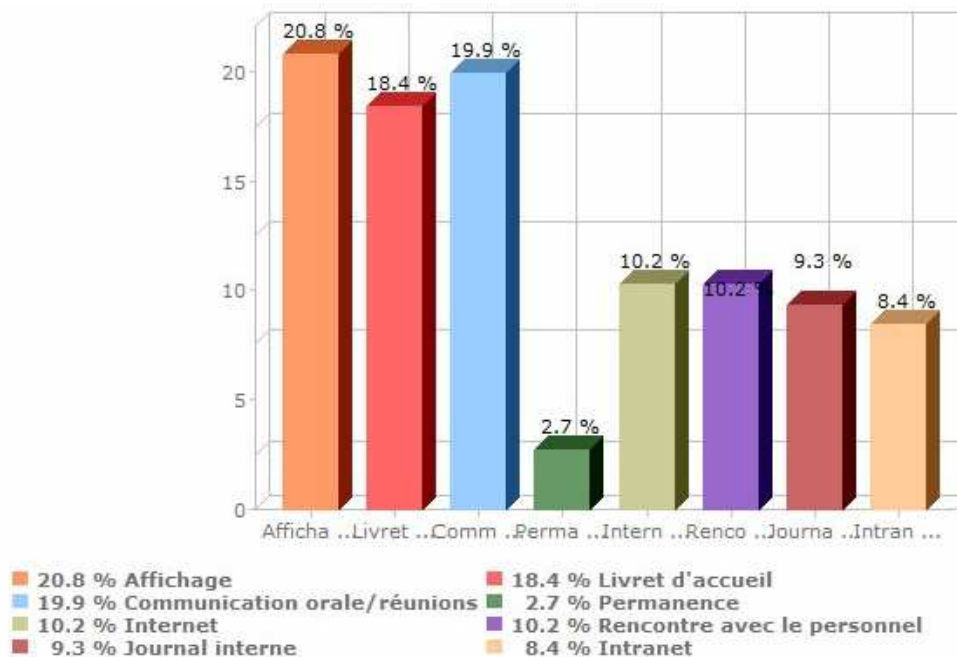
La visibilité de la CRUQPC envers le public : La majorité des établissements de la région communiquent sur l'activité de leur CRUQPC en direction des usagers et en direction des personnels de l'établissement. Les moyens de communication les plus utilisés sont dans les deux cas, le livret d'accueil et par voie d'affichage et lors de réunions.

En direction des usagers :



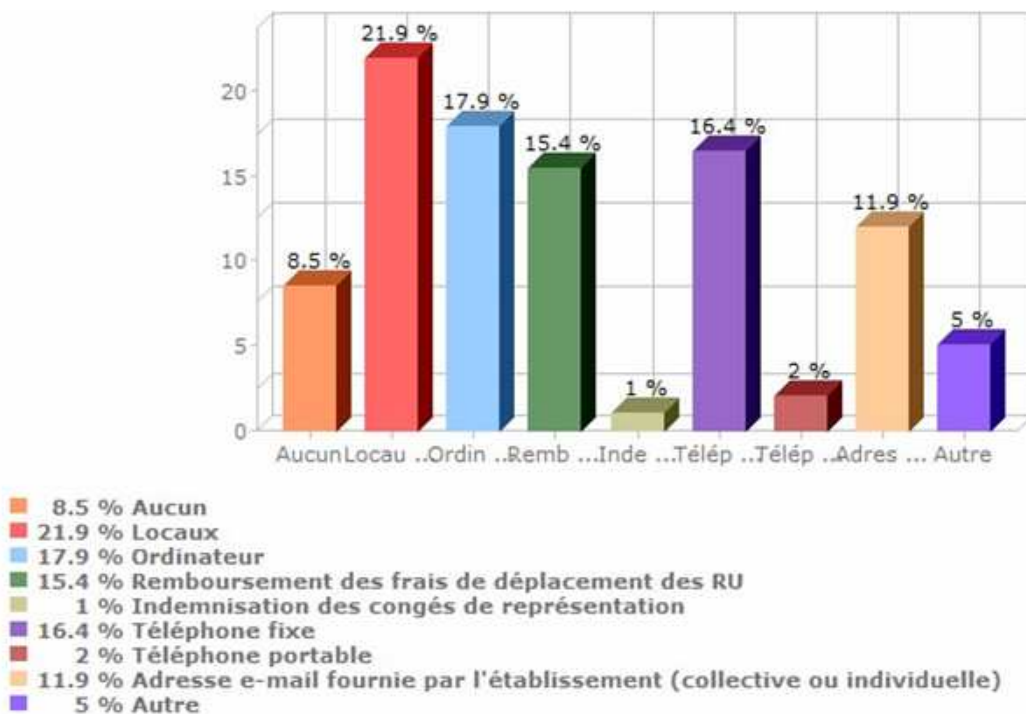
- 23 % Affichage
- 28,3 % Livret d'accueil
- 13,4 % Communication orale/réunions
- 6,4 % Permanence
- 14,1 % Internet
- 11 % Rencontre avec les usagers
- 3,2 % Journal interne
- 0,7 % Intranet

En direction des professionnels de l'établissement :



La formation des membres : 102 membres des CRUQPC ont bénéficié d'une formation pris en charge par l'établissement (49 représentants d'utilisateurs et 53 autres membres de la commission).

L'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.



70,9 % des établissements indiquent que le(s) nom(s) et les coordonnées des RU figurent sur les documents d'information destinés aux usagers (tél, mail, etc.). Malgré tout, il est possible pour les usagers de contacter un représentant d'usager à tout moment en cas de difficulté (en plus d'une permanence téléphonique) dans 66 % des établissements.

C- INFORMATIONS RELATIVES A LA GESTION DES RECLAMATIONS

Les informations communiquées aux CRUQPC ...

L'article R.1112-80 du Code de la santé publique précise que « toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions » doivent être communiquées à la CRUQPC. Plus particulièrement, « l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé [...] ainsi que les réponses qui y sont apportées[...] sont tenues à disposition des membres de la commission. »

✓ **L'accès aux indicateurs qualité** : les résultats annuels des 6 indicateurs qualité de l'établissement sont présentés et débattus en CRUQPC dans 15 % des établissements ayant répondu.

✓ **La gestion des réclamations et la médiation**

La CRUQPC « est informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leurs sont données » (article L.1112-4 du CSP). Les modalités d'examen des plaintes et réclamations dans les établissements de santé sont régies par les articles R.1112-91 du code de la santé publique. Parmi les obligations des établissements, il est précisé que « tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement des griefs ». Dans ce cas, la réclamation doit être consignée par écrit par l'établissement de santé afin d'être communiquée à son représentant légal.

Par ailleurs, à réception d'une réclamation écrite, le représentant légal de la structure doit informer le requérant dans les meilleurs délais de la possibilité de saisir un médiateur ou l'informer qu'il procède à cette saisie. En cas de médiation, un compte-rendu de médiation doit être adressé dans les 8 jours au président de la CRUQPC ainsi qu'à ses membres.

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.

Une réclamation déposée par un usager dans un établissement peut avoir plusieurs objets.

95,3 % des établissements répondants déclarent qu'il existe une procédure de traitement des réclamations.

Nombre de réclamations écrites	4024
Nombre de réclamations orales	861
Nombre d'éloges	4356

Les motifs de plaintes et réclamations se répartissent ainsi :

		Réclamations	%	Médiations	%
ACCUEIL ET ADMINISTRATION	Accueil loge hôtesse	388	26%	336	27%
	Facturation				
	Dépassements d'honoraires				
	Mode d'hospitalisation				
	Attente/délais				
	Signalisation (intérieure/extérieure)				
	Identification des personnels (avec soignants)				
	Standard téléphonique				
	Autre				
	Information du malade / de la famille				
PRISE EN CHARGE : ASPECTS MEDICAUX	Contestation du diagnostic médical	613	41%	492	39%
	Accès au dossier médical				
	Secret médical				
	Non recueil du consentement				
	Qualité des soins				
	Coordination des soins				
	Prise en charge de la douleur				
	Accident thérapeutique, séquelles				
	Infections nosocomiales				
	relations avec les médecins				
	Maltraitance				
	Accompagnement de fin de vie				
	Autre				
	Qualité de la pratique des soins				
PRISE EN CHARGE : ASPECTS PARAMEDICAUX	Confirmation sortie/transfert	310	21%	238	19%
	Relations avec le personnel				
	Insuffisance de personnel				
	Organisation des examens				
	Liberté de circulation (enfermement, isolement, etc.)				
	Autre				
	Alimentation, diététique				
VIE QUOTIDIENNE, ENVIRONNEMENT	Mécontentement sur les prestations hôtelières	190	13%	190	15%
	Locaux (accès, sécurité, hygiène)				
	Perte, vol, objet endommagé				
	Autre				

La répartition des plaintes et réclamations par secteur est la suivante :

Médecine	367
Chirurgie	882
Obstétrique	109
Urgences (dont SAMU et SMUR)	330
Réanimation	7
Pédiatrie	36
Psychiatrie	161
SLD	18
Soins de suite et de réadaptation	1002
Imagerie	25
Consultations	52
Administration	163
Biologie	2
Hôtellerie, restauration	704
Autres	170

- ✓ **Les délais de réponse aux réclamations** : Le délai moyen régional de prise en charge des réclamations (délai avant clôture du dossier) est de 12,88 jours.
- ✓ **L'utilisation de la médiation dans le cadre du traitement des réclamations** : Le taux moyen de médiations est de 13 %.
- ✓ **Recours gracieux, juridictionnels et devant la CCI** :

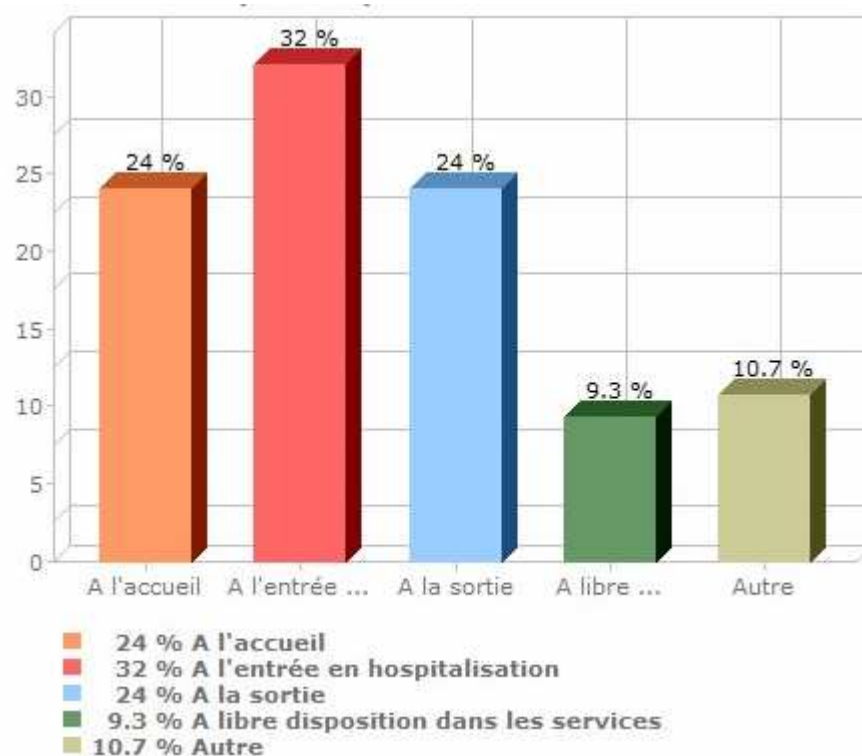
	Nombre total	Nombre d'établissements ayant répondu
Recours gracieux ou juridictionnels	164	74
Demandes formulées à la CCI (commission de conciliation d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et iatrogènes)	83	75

La mesure de la satisfaction des usagers :

- ✓ **Les questionnaires de sortie** :

L'utilisation de ces questionnaires est une obligation issue de l'article L1112-2 du code de la santé publique. Selon l'article R.1112-67 du même code, tout personne hospitalisée « reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ». Les questionnaires de sortie et les enquêtes de satisfaction sont des outils de recueil de la parole des usagers qui permettent d'apprécier leur satisfaction et de prendre acte de leurs commentaires. Ils peuvent être utilisés pour améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et contribuent ainsi à la politique d'amélioration continue des établissements.

Dans 85 établissements sur les 93 ayant répondu, il existe un questionnaire de satisfaction qui est remis à l'utilisateur selon plusieurs modalités :



Puis ce questionnaire est rempli et est déposé par l'utilisateur en sortie d'hospitalisation (45,4%), renvoyé par courrier postal (28,9 %) ou bien dans une moindre mesure lors d'un entretien spécifique avec un membre du personnel de l'établissement (14,5%). Une aide est apportée quelquefois pour le remplissage du questionnaire.

Le taux de retour de ces questionnaires est d'environ 35 %. 97,6 % des établissements déclarent que les résultats des questionnaires sont analysés par la CRUQPC. 94,9 % déclarent mettre en place des actions d'amélioration après cette analyse.

✓ **Les enquêtes de satisfaction et autres outils de mesure de la satisfaction des usagers**

Des enquêtes de satisfaction ciblées sont également mises en place dans 77,6 % des établissements.

La mesure de la satisfaction se fait également par l'intermédiaire :

- des résultats de l'enquête SAPHORA (I-SATIS),
- d'audits spécifiques (ex : post admission)
- d'enquêtes ciblées sur des thématiques précises ou sur des prises en charge particulières (ex : maternité, ambulatoire)
- d'entretiens avec la direction ou avec le chargé des relations avec les usagers à la demande ou non de l'utilisateur et de son entourage, d'entretiens mensuels des familles avec un référent famille,
- des cahiers de doléances, des fiches libre d'expression accessibles aux patients permettant de faire part de leurs remarques et suggestions, des livres d'or,
- de visites mensuelles du représentant d'utilisateur avec une rencontre de chaque patient.

D- INFORMATION ET DROITS DES USAGERS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

L'information des usagers doit être une préoccupation majeure des établissements de santé. C'est une condition essentielle au respect et à l'application des droits des usagers qui crée les conditions d'une relation de confiance, nécessaire au bon déroulement du séjour. Elle permet à chaque usager, quel que soit son état, de bénéficier des données nécessaires à l'exercice de son libre jugement afin de décider de manière autonome son implication dans ses traitements.

Les documents d'information à destination des usagers

✓ **Le livret d'accueil**

En application de l'article L.1112-2 du code de la santé publique, un livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son admission ou, le cas échéant, à un proche. Les indications relatives au contenu du livret d'accueil, fixées par arrêté du 15 avril 200857, sont regroupées en trois grands types d'informations :

- *les conditions de mise à disposition d'une information portant notamment sur la nature des activités de l'établissement ;*
- *l'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives ;*
- *les droits de la personne hospitalisée.*

Le code de la santé publique précise en outre, dans ses articles L.1112-2 et R.1112-9, que la charte de la personne hospitalisée doit être annexée et que les conditions d'accès aux informations de santé, notamment au dossier médical, doivent être mentionnées.

Le livret d'accueil est généralement remis :

- lors de son entrée dans l'établissement de santé (en cas d'hospitalisation non programmée)(51,9 %)
- en amont de l'hospitalisation (en cas d'hospitalisation programmée) (24,4 %)
- dans la chambre d'hospitalisation (18,3 %)
- à un autre moment durant son séjour (5,3 %)

Des informations orales sont associées à la remise de ce livret d'accueil dans 94 % des établissements ayant répondu.

✓ **D'autres documents sont par ailleurs associés à la remise du livret d'accueil :**

- un formulaire de désignation de personne de confiance (30,3 %)
- un formulaire de directives anticipées (15,9 %)
- un formulaire d'accès au dossier médical (12,4 %)
- un formulaire permettant de recueillir l'identité de la personne de confiance (24,9 %)
- autres (16,4 %)

Les différents documents d'information sont disponibles majoritairement dans les lieux fréquentés par les usagers de l'établissement (46,3 %), dans l'unité d'hospitalisation (22,8 %), dans chaque chambre (20,8 %).

Les droits des usagers au sein de l'établissement de santé

✓ **La formation du personnel aux droits des usagers :** Parmi les 73 établissements ayant répondu à l'item, 2155 personnes ont été formés aux droits des usagers principalement à la prise en charge de la douleur (28 %) et à la promotion de la bientraitance (25.2 %).

✓ **Respect des croyances et des convictions :** 73 % des établissements ayant répondu à l'item déclarent avoir un dispositif relatif au respect des croyances. 112 personnels sont formés sur les 36 établissements ayant répondu. Les usagers sont informés de l'existence du dispositif relatif au respect des croyances par

l'intermédiaire du livret d'accueil ou par voie d'affichage. Seuls 12 établissements sur les 58 répondants déclarent une personne référente désignée au sein du personnel.

Parmi les 83 établissements ayant répondu, 19 établissements disposent d'un lieu de confession multi culturel et 15 établissements disposent des lieux de culte spécifique par culte (catholique - protestant - israélite - musulman, etc.). 52 établissements déclarent avoir une procédure de recueil du consentement.

✓ **Information sur les tarifs et dépassements d'honoraires** : Les tarifs sont affichés ou communiqués sur les lieux de consultation dans 43 établissements parmi les 50 répondants. 13 établissements concernés ont déclaré diffuser l'information sur l'obligation de réaliser un devis pour les montants supérieurs à 90 euros. 57 établissements parmi les 82 concernés déclarent avoir une procédure d'affichage des tarifs de chambre particulière.

✓ **L'accès au dossier médical** : Les règles relatives aux conditions d'accès au dossier médical sont précisées dans les articles L.1111-7 et R.1111-1 à 8 du code de la santé publique. Parmi les obligations qui incombent aux établissements de santé, ceux-ci doivent s'assurer de l'identité du demandeur, s'assurer, en cas de décès, de l'absence d'opposition de la personne décédée ou encore offrir différentes modalités d'accès au dossier médical, dont la possibilité d'une consultation sur place. Par ailleurs, le délai maximum de traitement des demandes d'accès au dossier médical est fixé à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers plus anciens.

83 établissements sur les 86 ayant répondu déclarent avoir une procédure d'accès au dossier médical.

Les usagers sont informés selon les modalités suivantes :

- par voie d'affichage ou par l'intermédiaire du livret d'accueil (62 %)
- via le site internet de l'établissement (17,8 %)
- lors de l'accueil ou l'entrée dans l'établissement (9,3 %)
- par la mise en place de permanences pour l'information des usagers (4,7 %)

Seuls 10 établissements ont répondu que le personnel était formé sur les modalités de la procédure d'accès au dossier médical.

Nombre de demandes de dossiers de MOINS de 5 ans	3076
Nombre de demandes de dossiers de PLUS de 5 ans	611
Nombre de refus de dossiers de MOINS de 5 ans	47
Nombre de refus de dossiers de PLUS de 5 ans	28
Délai minimum d'accès aux dossiers de MOINS de 5 ans (nombre de jours)	2,9
Délai maximum d'accès aux dossiers de MOINS de 5 ans (nombre de jours)	24,4
Délai moyen d'accès aux dossiers de MOINS de 5 ans (nombre de jours)	8,1
Délai minimum d'accès aux dossiers de PLUS de 5 ans (nombre de jours)	5,6
Délai maximum d'accès aux dossiers de PLUS de 5 ans (nombre de jours)	36,31
Délai moyen d'accès aux dossiers de PLUS de 5 ans (nombre de jours)	17,46

83 établissements répondants

L'ensemble des établissements répondants (83) ont déclaré qu'il était possible de consulter sur place son dossier médical. Le coût des photocopies est facturé aux usagers dans la majorité des établissements (69). En cas d'hospitalisation d'office, une organisation est prévue pour permettre la consultation du dossier médical dans les établissements concernés (11).

Pour les dossiers de moins de 5 ans, lorsque le délai dépasse le délai réglementaire, les motifs évoqués par les établissements se concentrent autour de la complexité à trouver les dossiers, au manque de complétude des demandes (ex : pas de pièces d'identité) et le manque de disponibilité des équipes médicales et administratives.

Pour les dossiers de plus de 5 ans, lorsque le délai dépasse le délai réglementaire, les établissements évoquent les difficultés à récupérer les documents archivés.

✓ **La personne de confiance :**

L'article L.1111-6 du code de la santé publique dispose qu'en cas d'hospitalisation dans un établissement de santé, il doit être proposé à toute personne majeure de désigner par écrit une personne de confiance « qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

82 établissements déclarent avoir une procédure d'information des usagers relative à la possibilité de désigner une personne de confiance. L'information des usagers se fait par :

- par voie d'affichage et le livret d'accueil (47,4 %)
- lors de l'accueil ou à l'entrée de l'établissement (39,1%)
- par la mise en place de permanences pour l'information des usagers (3,2 %)
- par la désignation d'une personne référente au sein du personnel (1,9 %)

Parmi les 44 établissements répondants, 652 personnes sont formées à la procédure d'information des usagers relative à la possibilité de désigner une personne de confiance.

✓ **Les directives anticipées relatives à la fin de vie :**

L'article L.1111-11 du Code de la santé publique dispose que « toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant. »

62 établissements sur 83 répondants déclarent avoir une procédure d'information des usagers de la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie. Les modalités d'information des usagers sont :

- par voie d'affichage et le livret d'accueil (57,3%)
- lors de l'accueil ou à l'entrée de l'établissement (23,3%)
- par la désignation d'une personne référente au sein du personnel (5,8 %)
- par la mise en place de permanences pour l'information des usagers (1,9 %)

45 établissements déclarent avoir une procédure de recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie. Parmi eux, 27 ont du personnel formé. 475 personnes seraient formées.

✓ **La prise en charge de la douleur :** 85 établissements déclarent avoir une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services et 77 avoir en plus une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur. Les modalités d'information des usagers sont :

- par voie d'affichage et le livret d'accueil (43,5 %)
- lors de l'accueil ou à l'entrée de l'établissement (23,5%)
- par la désignation d'une personne référente au sein du personnel (19,4 %)
- par la mise en place de permanences pour l'information des usagers (2,9 %)

73 établissements déclarent avoir du personnel formé. 1374 personnes seraient formées. 536 plaintes auraient été

✓ **La prise en charge des décès :** 44 établissements parmi 69 établissements ayant répondu déclarent avoir une procédure relative au respect des rites et des croyances.

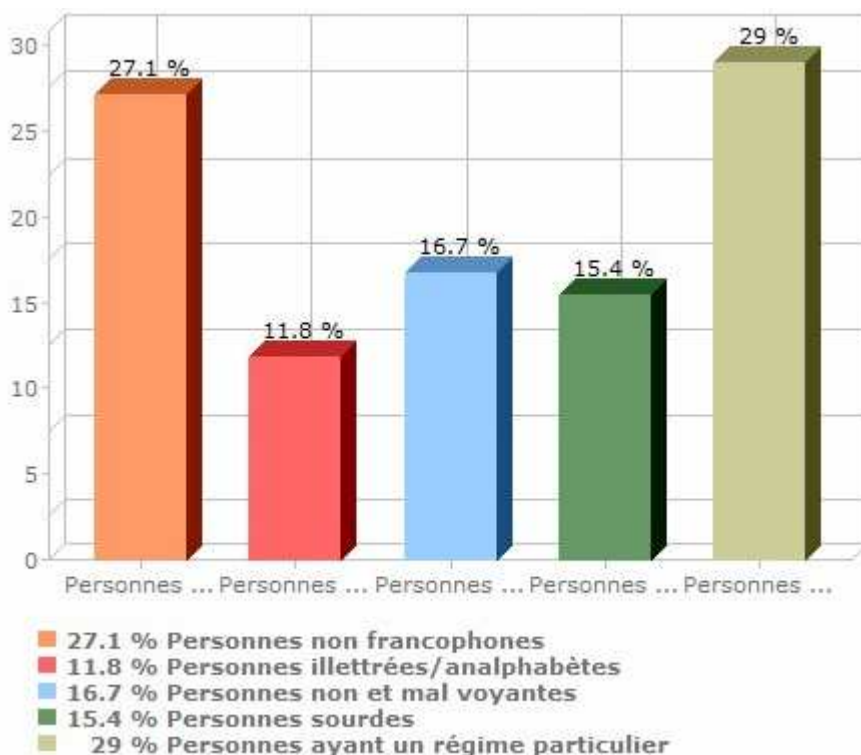
40 ont une procédure relative à la possibilité d'un recueillement auprès du défunt. 70 établissements déclarent une autre procédure relative à la prise en charge du décès. Parmi les 72 établissements répondants, seuls 32 ont une chambre mortuaire accessible 24h/24.

✓ **La promotion de la bientraitance** : il existe des actions de promotion de la bientraitance au sein de 80 établissements sur les 85 ayant répondu. Ces actions sont accompagnées de formations ou séances de sensibilisation proposées aux personnels environ 2,5 séances annuelles en moyenne.

Par ailleurs, 56 établissements parmi les 85 répondants déclarent des Evaluations des Pratiques Professionnelles ayant pour thématique le respect des droits des usagers (confidentialité, accès au dossier médical, prise en charge de la douleur, directives de fin de vie, etc.) en moyenne 2 par an.

E- POLITIQUE LIEE A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCUEIL DES PERSONNES

Les dispositifs d'accueil des publics « spécifiques » existent au sein des établissements pour les publics suivants :



L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite : 98,8 % des établissements sont accessibles aux personnes à mobilités réduites.

F- AVIS DONNES PAR LA CRUQPC

Parmi les missions qui lui sont conférées par l'article L.1112-3 du Code de la santé publique, la CRUQPC doit « contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil [...] et de la prise en charge ». Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement sur ce domaine et doit formuler des propositions. Sur ce point, le rapport annuel de la CRUQPC, dont le contenu est fixé par l'article R.1112-80 du même code, constitue un levier important.

Au delà de l'aspect quantitatif, ce rapport d'activité doit refléter l'activité réelle de la CRUQPC au cours de l'année : son fonctionnement, ses activités, mais aussi ses recommandations, ses avis, qu'ils aient été ou non suivis d'effets :

- les actions menées dans l'amélioration de la qualité,
- les difficultés rencontrées qui mériteraient une plus grande mobilisation de l'établissement et des professionnels.

Les établissements ont indiqué a minima dans leur rapport les recommandations susceptibles d'intéresser les représentants des usagers et qui concernent le respect des droits des usagers.

Au total 75 établissements ont mentionné des recommandations sur l'amélioration de la qualité de prise en charge ce qui représente 275 recommandations. Certains établissements ont déclaré jusqu'à 15 recommandations.

Les thèmes les plus récurrents en matière de plans d'actions relatifs à la prise en charge des patients, que les établissements se proposent de mettre en œuvre en 2014 sont autour :

- de l'information du malade/de la famille (21,3 %)
- de la qualité de l'accueil/du relationnel avec les équipes (15,6 %)
- de la qualité de la prise en charge médicale (13,3 %)
- du respect de la dignité, de la vie privée, des croyances, de l'intimité du patient (10,7 %)
- de la qualité de la prise en charge para-médicale (10,2 %)
- de la prise en charge de la douleur (9,3 %)
- de l'accès au dossier médical du patient (7,1 %)
- de la continuité des soins et de la permanence des soins (7,1 %)
- des directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie (5,3 %)

■ **Rapports de certification HAS :**

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

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	109
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	45
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	2
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D	

Nombre d'établissements : 156

▪ **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 1er 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.

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 (CCI) sont compétentes pour traiter :

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

La CCI est chargée de :

- 1) favoriser la résolution des conflits par la conciliation : Les CCI, 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 déclarée 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	Période 2013 - 2014	Période 2014*
Nombre de dossiers reçus	257	239	303	303
Par voie de règlement amiable	257	239	302	302
Par voie de conciliation	0		1	1
Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond	88	122	94	94
Nombre d'expertises au fond réalisé	188	209	242	242
Demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond	119	106	129	129
Motif de la conclusion négative après expertise au fond				
Constat d'abandon (implicite)	1	4	3	1
Constat de désistement (explicite)	4	1	2	1
Irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic	0	19	11	
Incompétence due à la date du fait générateur antérieure au 05/09/2001	1 62	5 77	8 62	5 62
Rejet après expertise au fond pour : Absence de lien avec l'acte en cause Ni faute ni aléa	44 7	49 22		45 20
Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond	102	68	83	83
Critère de gravité pris en compte				
Décès :	20	14	18	18
Taux d'AIPP :	32	18	24	24
ATAP ou DFT ≥ 50% :	27 ATAP et 17 DFT	28	38	38
Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle :	2	2	0	3
Inaptitude définitive à l'emploi	4	6	3	12
précédent :				
Troubles dans les conditions d'existence :				3
Part indemnisable :				
Totale	83	49	66	66
Partielle	19	17	4	4
Délai moyen entre demande d'indemnisation et avis de la commission	10,2 mois	14,6	8,8	7,2
Nombre de demandes de conciliation concernant une indemnisation	20	23	23	23

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

*les chiffres fournis par la Cci sont désormais transmis en année civile.

Dans le secteur médico-social, l'analyse du processus d'évaluation du respect des droits des usagers pourrait être étudiée au travers le fonctionnement effectif des conseils de vie sociale et celui des conseils de vie sociale départementaux, instances non réglementaires qui ont 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.

- **Conseils de vie sociale (CVS)**

L'analyse des rapports des CVS ne peut être réalisée compte tenu d'une part du faible nombre de rapport CVS transmis à l'ARS (cette transmission repose sur la base du volontariat) et d'autre part, de la forme de ces rapports (ex : comptes-rendus colligés des séances).

Néanmoins, au cours de l'année 2015, l'ARS d'Aquitaine a lancé une enquête assortie d'indicateurs qualité partagés, permettant la mesure des progrès réalisés à échéance régulière. En 2015, les EHPAD, les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisé (FAM) ainsi que les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) ont été interrogés afin de mesurer des évolutions significatives dans le cadre de la mise en œuvre des plans d'action d'amélioration de la qualité par les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Le taux de réponse a été de 66 %.

Types d'établissements	Reçu	Envoyé	Taux de réponse
EEAP	1	2	50%
EHPAD	299	463	65%
Etab Expéri Personne Handicapée	2	2	100%
Etab d'accueil temporaire Personnes âgées	1	3	33%
FAM	28	37	76%
MAS	20	25	80%
Total général	351	532	66%

La loi du 2 janvier 2002 a rénové les secteurs de l'action sociale et médico-sociale et a défini les droits fondamentaux des personnes, de leur entourage et de leur famille, à savoir le respect de la dignité, le libre choix des prestations, l'accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un consentement éclairé, la confidentialité des données, l'accès à l'information, l'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours ainsi que la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

La mise en œuvre de ces droits se fait à travers 7 outils : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, les personnes qualifiées, le contrat de séjour, le projet d'établissement ou de service, Le conseil de la vie sociale (ou autre forme de participation des usagers), le règlement de fonctionnement de l'établissement

Afin de promouvoir les droits des usagers, elle a mis en place 7 outils. L'enquête EQARS a interrogé les établissements pour s'assurer de la mise en place et de l'actualisation des 7 outils.

Livret d'accueil	338	96%
Règlement de fonctionnement de l'établissement	348	99%
Remise et affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie	348	99%
Contrat de séjour	351	100%
CVS	341	97%
autre participation	220	63%

Quelques items de l'enquête EQARS permettent de s'assurer de la participation des usagers et de leurs représentants à la vie de l'établissement.

En moyenne, les CVS se sont réunis **3 fois**. Dans 91 % des établissements, le quorum est respecté à chaque CVS. L'ordre du jour est co-construit avec les usagers (72 %). Le compte-rendu est consultable sur place (96 %). Les principaux thèmes abordés par les CVS se concentrent autour de : l'organisation intérieure et vie quotidienne, les activités et animation socioculturelles, l'animation de la vie institutionnelle, les projets de travaux et équipements.

Un soutien à l'exercice de la fonction de représentant des usagers est proposé dans 54 % des établissements. Les usagers ou leurs représentants participent à la démarche qualité dans 75 % des établissements interrogés.

▪ **Conseils de vie sociale (CVS) départementaux**

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).

Instance où la parole est libre, le CVSD est un lieu de rencontre favorisant l'expression des usagers et/ou de leur famille.

TERRITOIRES	SECTEUR	DATE D'INSTALLATION	COMPOSITION
24	Tous secteurs	09-2013	Président de CVS, directeur d'établissements
33	Personnes âgées	08- 10 - 2015	Représentants de CVS, Coderpa, Conseil Général, personnes qualifiées
40	Handicap adulte	17-06-2014	Président de CVS, personnes qualifiées, représentants des usagers de la conférence de territoire, les représentants d'associations locales du département
	Handicap enfant	17-06-2014	
	Personnes âgées	25-06-2014	
47	secteurs personnes âgées, adultes et enfants handicapés	11-02-2014	Ensemble des usagers d'établissements et structures médico-sociaux, présidents des conseils de vie sociale du secteur personnes âgées et du secteur personnes handicapées (adultes et enfants).
64	Secteur Personnes âgées	14-11-2014	Représentants de CVS, Coderpa, Conseil Général, personnes qualifiées

▪ **Personnes qualifiées**

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'usager d'un établissement, toute personne prise en charge, ou son représentant légal, peut faire appel à une personne qualifiée. L'usager 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'usager, 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'usager.

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

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

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

Les arrêtés sont disponibles sur le site internet de l'ARS à la rubrique « démocratie sanitaire ». Ces arrêtés mentionnent la liste des personnes (nom, prénom) désignées conjointement par le directeur de l'ARS, le préfet du département et le président du conseil départemental ainsi que le moyen de communication pour contacter des personnes.

Dans le cadre de l'enquête EQARS EHPAD, FAM, MAS, EEAP 2015, les informations relatives aux personnes qualifiées figurent dans le livret d'accueil dans 76 % des établissements ayant répondu (345).

DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE

2. Promouvoir la bientraitance

La « bientraitance » est un élément de la réflexion sur les soins et les pratiques médicales. Selon la Haute Autorité de santé, la « bientraitance » est « *une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage* ». Elle vise à « promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance ».

Les actions des professionnels, ponctuelles ou durables, prennent leur sens au regard des choix que l'usager fait à propos de sa propre vie. Lorsque l'usager n'est pas en mesure d'exprimer des choix, les professionnels pourront s'appuyer sur la parole et l'expérience des proches ou du représentant légal. Dans ce cas précis, l'usager devra néanmoins, de manière directe au sein de la structure, être consulté et entendu.

Dans le secteur ambulatoire : les données concernant les plaintes et réclamations ont été colligées dans la partie « rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers » ; elles regroupent celles déposées pour maltraitance et celles pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME.

Dans le secteur des établissements sanitaires, pour analyser si la promotion de la « bientraitance » est effective, le cahier des charges national proposait d'analyser la proportion d'établissements dans lesquels un dispositif ou des procédures de promotion de la « bientraitance » existent. Ces données devaient être recueillies à partir de l'analyse des rapports annuels des CRUQPC. Le cahier des charges national préconisait également d'identifier la proportion d'établissements ayant une cotation « A, B, C ou D », dans les rapports de certifications H.A.S. (certification V2010) au critère 10 a relatif à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la « bientraitance ».

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	25	4	5	6	24
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	54	11	27	14	68
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	5		3	1	3
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 156

Tous secteurs : 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.

Evolution des réclamations entre 2013 et 2014 (Données issues de SIRCE)

RECLAMATIONS 2014 PAR DOMAINE FONCTIONNEL				
Domaine fonctionnel	2014	%	2013	Evolution depuis 2013
A renseigner	6	0,79 %	0	
Ambulatoire	9	1,18 %	12	
Autre	31	4,07 %	35	
Défaut d'offre de soins	17	2,23 %	18	
Détenus	6	0,79 %	6	
Adultes handicapés	58	7,61 %	50	
Enfants handicapés	91	11,94 %	56	[+ 35] +62,5%
Hospitalisation sous contrainte	6	0,79 %	1	
Personnes âgées	280	36,75 %	216	[+64] + 29,6%
Pharmacies - Laboratoires	7	0,92 %	18	
Sanitaire	251	32,94 %	164	[+87] + 53%
TOTAL	762		576	

Figure 4 - Réclamations 2014 par domaine fonctionnel

NB : Les domaines « Enfants handicapés » et « Personnes âgées » étaient déjà en nette progression durant l'année 2013, [+ 80%] pour « Enfants handicapés » et [+ 35%] pour « Personnes âgées ».

Le nombre de réclamations recensées augmente depuis 2013 principalement dans le secteur « enfants handicapés » (+62,5%), dans le secteur sanitaire (+53%), dans le domaine « personnes âgées » (+29,6%)

56,3 % des réclamations relèvent du secteur médico-social, 38,1 % du secteur sanitaire et autres (5,6%).

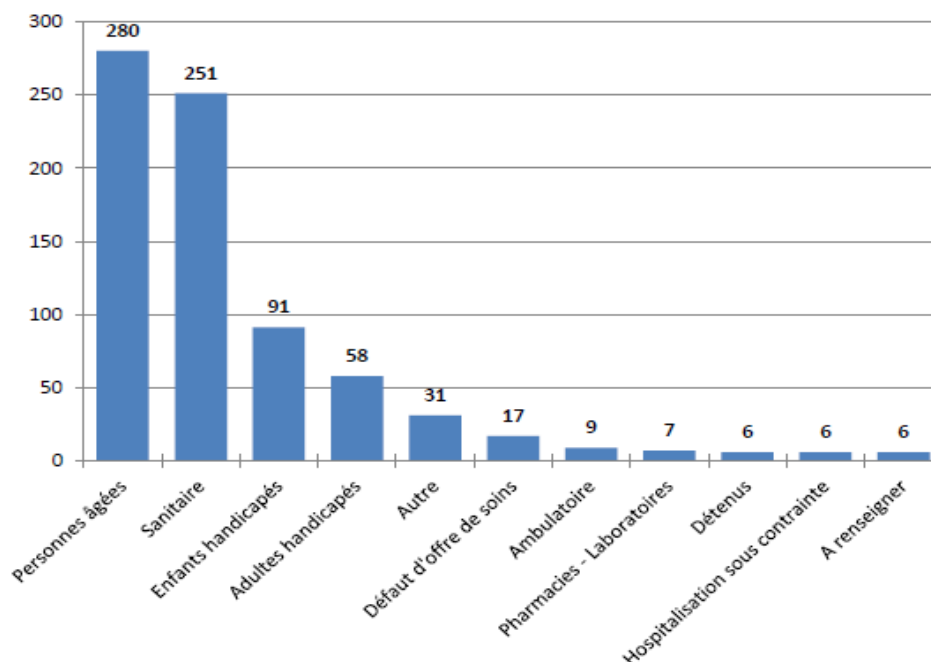


Figure 5 - Réclamations 2014 par domaine fonctionnel

3. Prendre en charge la douleur

Critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, l'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique mais aussi un enjeu éthique et juridique s'inscrivant dans le droit au respect de la dignité de la personne. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.

Dans le secteur ambulatoire : pour analyser si la prise en charge de la douleur est effective, le cahier des charges national propose d'identifier les formations sur la prise en charge de la douleur mises en place à destination des professionnels de santé libéraux. Ces données ont été indiquées dans la rubrique « former les professionnels de la santé (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs) ».

Dans le secteur des établissements sanitaires : pour analyser si la prise en charge de la douleur est effective, il était proposé d'identifier les établissements de santé ayant une cotation H.A.S. « A, B, C ou D » au critère 12a dans leurs rapports de certification ; ce critère correspondant à la prise en charge la douleur pour chaque prise en charge de l'établissement (12a MCO, 12a SM, 12a SSR, 12a SLD, 12a HAD).

Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite correspondant à l'objectif 4 (prendre en charge la douleur) ont été mis à disposition :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	45	6	6	9	45
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	27	8	19	8	42
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	13	2	15	4	10
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 156

Par ailleurs, il existe des structures spécialisées prenant en charge la douleur chronique (SDC). Une douleur est dite chronique dès lors qu'elle est persistante ou récurrente (le plus souvent au-delà de 6 mois), qu'elle répond mal au traitement et qu'elle induit une détérioration fonctionnelle et relationnelle.

Deux niveaux de SDC existent :

- SDC de proximité « consultations » qui assurent une prise en charge pluri-professionnelle c'est-à-dire une prise en charge en équipe (médecin, infirmier, psychologue),
- SDC dotées d'hospitalisation et de plateaux techniques : « centres » qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire c'est-à-dire plusieurs médecins de différentes spécialités (neurologue, psychiatre, orthopédiste, etc.).

Les SDC sont des structures de recours (hautement spécialisées) qui ne sont pas accessibles directement par les patients mais sur avis préalable d'un médecin.

Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe

	TERRITOIRE	Type de SDC	Raison sociale de l'établissement de santé	Activité 2013	Activité 2014		Activité 2015			Taux d'établissement avec SDC	Taux d'établissement * avec SDC
				nombre de consultations externes réalisées par la structure en 2013	Nombre de consultations externes réalisées par la structure en 2014	Délais d'attente moyen 2014	Nombre de consultations externes réalisées par la structure en 2015	File active 2015 des patients venus en consultations externes	Délais d'attente moyen 2015		
1	DORDOGNE	Centre	CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	787 dont activité au CH de Sarlat = 85	1011 dont activité en consultation avancée au <u>CH de Sarlat</u> : 84	4 à 5 mois	1010 (dont SARLAT et BERGERAC)	513	4 à 5 mois	02/22	02/14
2	GIRONDE	Centre	CHU Bordeaux	3600	3200	3 à 4 mois	4286	1876	3,5 mois	6/66	6/36
3	GIRONDE	Centre	INSTITUT BERGONIE	2 168	2 790	15 jours	2 070	712	20 jours (hors urgences)		
4	GIRONDE	Consultation	CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	523	550	4 mois	761	350	4 mois		
5	GIRONDE	Consultation	CENTRE HOSPITALIER DU SUD GIRONDE	852	990	de 6 à 8 semaines	1066	572	6 semaines		
6	GIRONDE	Consultation	Polyclinique Bordeaux-Caudéran	548	557	1 mois	321	234	1 mois		
7	GIRONDE	Consultation	CENTRE HOSPITALIER R.BOULIN-LIBOURNE	1190	1057	3 mois	1 155	298	2 mois et demi		
8	330780552	Consultation	MSPB Bagatelle + HIARP mutualisation (BAHIA)		HIARP 350	6 semaines	569	343	Bagatelle 15j (ouverture) HIARP 6 semaines		
9	330000928	Consultation	AQUITAINE SANTE - JEAN VILLAR			15 j	750	234	15-21 j		
10	LANDES	Consultation	CENTRE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN	726	590	3 mois	927	416	5 mois	02/20	02/09
11	LANDES	Consultation	CENTRE HOSPITALIER DE DAX	1259	1512	45 jours	1250	798	90 jours		

				Activité 2013	Activité 2014		Activité 2015			Taux d'établissement avec SDC	Taux d'établissement * avec SDC
	TERRITOIRE	Type de SDC	Raison sociale de l'établissement de santé	nombre de consultations externes réalisées par la structure en 2013	Nombre de consultations externes réalisées par la structure en 2014	Délais d'attente moyen 2014	Nombre de consultations externes réalisées par la structure en 2015	File active 2015 des patients venus en consultations externes	Délais d'attente moyen 2015		
12	LOT-ET-GARONNE	Consultation	CENTRE HOSPITALIER D'AGEN	TOTAL = 851 (dont 58 à Nérac, 116 à Villeneuve)	1201 - Activité de la SDC d'AGEN comprenant l'activité sur le CH d'AGEN, les vacances sur le CH de NERAC et celles sur le CH de VSL depuis le 1er septembre 2014 : 1067 Cs - Activité de la SDC de Villeneuve-sur-Lot du 01/01/14 au 31/08/14 : 134 Cs	1,5 à 2 mois NB : Les patients de cancérologie sont vus sous 8 jours	TOTAL = 1521 - Activité de la SDC d'AGEN : 1028 Cs - Activité de la permanence sur NERAC : 154 Cs - Activité de la permanence sur le Pôle de santé de Villeneuve-sur-Lot : 339 Cs	655	1,5 à 2 mois NB : Les patients de cancérologie sont vus sous 8 jours	02/19	02/13
13	PYRENEES-ATLANTIQUES	Consultation	CENTRE HOSPITALIER DE PAU	790	701	5 mois	749	569	6 mois	02/53	02/23
14	PYRENEES-ATLANTIQUES	Consultation	CENTRE HOSPITALIER DE BAYONNE	1169	1155	1 mois	1285	468	5 semaines		

*établissements qui ont de type MCO (médecin chirurgie obstétrique)

Pour rappel :

- Les permanences de Bergerac et de Sarlat sont rattachées à la consultation du CH de Périgueux et leur activité est comptabilisée avec cette dernière.
- Les permanences de Villeneuve/Lot et Nérac sont rattachées à la consultation du CH d'Agen et leur activité est comptabilisée avec cette dernière.

Par ailleurs :

- En Gironde, deux nouveaux établissements - la polyclinique Jean Villar et le GCS BAHIA - ont eu, en 2015, une activité dépassant les 500 consultations externes (respectivement 750 et 569 consultations).
- L'activité de la consultation de la polyclinique de Bordeaux Nord est passée en 2015 sous la barre des 500 consultations du fait du départ à la retraite du médecin responsable. La polyclinique n'a pas réussi à recruter un nouveau médecin formé à la prise en charge de la douleur
- Une augmentation importante de l'activité de consultation externe au centre de traitement de la douleur du CHU de Bordeaux, associée à une relative baisse des délais d'attente. Cette évolution est due à des réorganisations effectuées en 2015. Pour rappel, l'activité du centre englobe la consultation douleur chronique de l'enfant.

Dans le secteur médico-social : pour analyser si la prise en charge de la douleur est effective, il était proposé de prendre en compte le nombre ou le pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et les établissements de santé. Compte tenu de l'absence d'éléments sur cet item en région, il est donc difficile de faire une analyse précise de l'effectivité de la prise en charge de la douleur dans ce secteur.

Néanmoins, l'enquête EQARS EHPAD, MAS, FAM, EEAP montre que seuls 50 % des résidents ont eu une évaluation de la douleur réalisée en 2014.

4. Encourager les usagers à respecter des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Aux termes de l'article L. 1111-11 du Code de la santé publique, les directives anticipées « indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement ». Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Dans le secteur ambulatoire : pour analyser l'effectivité des dispositifs visant à « encourager les usagers à rédiger des directives anticipées », le cahier des charges national propose d'identifier les formations des professionnels de santé sur les soins palliatifs et la « fin de vie ». Ces données ont été indiquées dans la rubrique « former les professionnels de la santé (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs).

Dans le secteur des établissements sanitaires : il a été proposé d'évaluer, d'une part, la proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées et, d'autre part, la proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe. Le guide d'application propose d'évaluer les cotations H.A.S. obtenues par les établissements de santé : critère 13a du manuel de certification H.A.S. qui correspond à la « prise en charge et droit des patients en fin de vie ».

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 :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	33	7	4	7	36
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	33	6	12	9	41
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	13		3	7	11
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D			1		

Nombre d'établissements : 156

S'agissant de la proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées, aucune donnée n'est à ce jour disponible en région.

Dans le secteur médico-social : il était proposé d'évaluer d'une part, la proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette thématique dans leur projet d'établissement et d'autre part, pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette thématique, le pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées par rapport au nombre total de résidents.

Les seules données sont disponibles dans l'enquête EQARS EHPAD, MAS, FAM et EEAP 2015 (données 2014) : les établissements ayant répondu demandent systématiquement si le résident a :

- rédigé des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie : 65 % des établissements (228)
- désigné une personne de confiance : 85 % des établissements (298)

5. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical

La loi du 4 mars 2002 a institué à l'article L. 1111 – 7 du Code de la santé de publique, le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant. Toutefois, le patient dispose du droit de demander l'accès à son dossier médical par l'intermédiaire du médecin de son choix. Le décret du 29 avril 2002 a organisé cet accès. Il ressort de l'ensemble de ces textes que la communication de ces données doit être faite au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et au plus tôt dans les 48 heures. Si les informations remontent à plus de 5 ans, le délai est porté à 2 mois.

Dans le secteur ambulatoire : aucune donnée n'est disponible sur les plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical ainsi que le taux de réponse apportée à ces réclamations et plaintes.

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

Le cahier des charges national propose également d'évaluer les cotations H.A.S. obtenues par les établissements de santé : critère 14b du manuel de certification de la HAS qui 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 :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	67	10	21	15	75
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	10	3	9	3	14
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	7	2	5	4	7
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 156

Dans le secteur médico-social : selon l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles, l'accès à toute information ou tout document relatif à sa prise en charge est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Aucune donnée n'est disponible sur les plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical dans ce secteur.

LES RESPECT DES DROITS SPECIFIQUES DES USAGERS

6. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des 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 des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes.

▪ En milieu ordinaire

2,2 % des élèves scolarisés dans le premier degré et 1,9 % dans le second 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	761	2,3	525	1,9	1 286	2,1
Gironde	3 080	2,1	2 085	1,7	5 165	1,9
Landes	800	2,2	642	2,2	1 442	2,2
Lot-et-Garonne	807	2,7	567	2,3	1 374	2,5
Pyrénées-Atlantiques	1 093	1,9	1 125	2,1	2 218	2,0
Total	6 541	2,2	4 944	1,9	11 485	2,0

Répartition départementale des élèves en situation de handicap scolarisés dans l'académie à la rentrée scolaire 2014 - Public et privé sous contrat

Source : Rectorat - DEP Enquête 3 et 12

A la rentrée scolaire 2014, les établissements publics et privés sous contrat des 1er et 2nd degrés de l'éducation nationale scolarisent 11 540 élèves (versus 10 730 élèves en 2012) en situation de handicap ou atteints de maladie invalidante.

Dans l'académie comme au niveau national, cet effectif représente **2 % de l'ensemble des élèves scolarisés**. (Cet effectif s'élevait à 1,9 % de l'ensemble des élèves scolarisés en 2013).

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). Depuis la rentrée scolaire 2006, le nombre total d'élèves en situation de handicap scolarisés au sein des établissements scolaires a triplé. L'es effectifs en ULIS ont été multipliés par quatre.

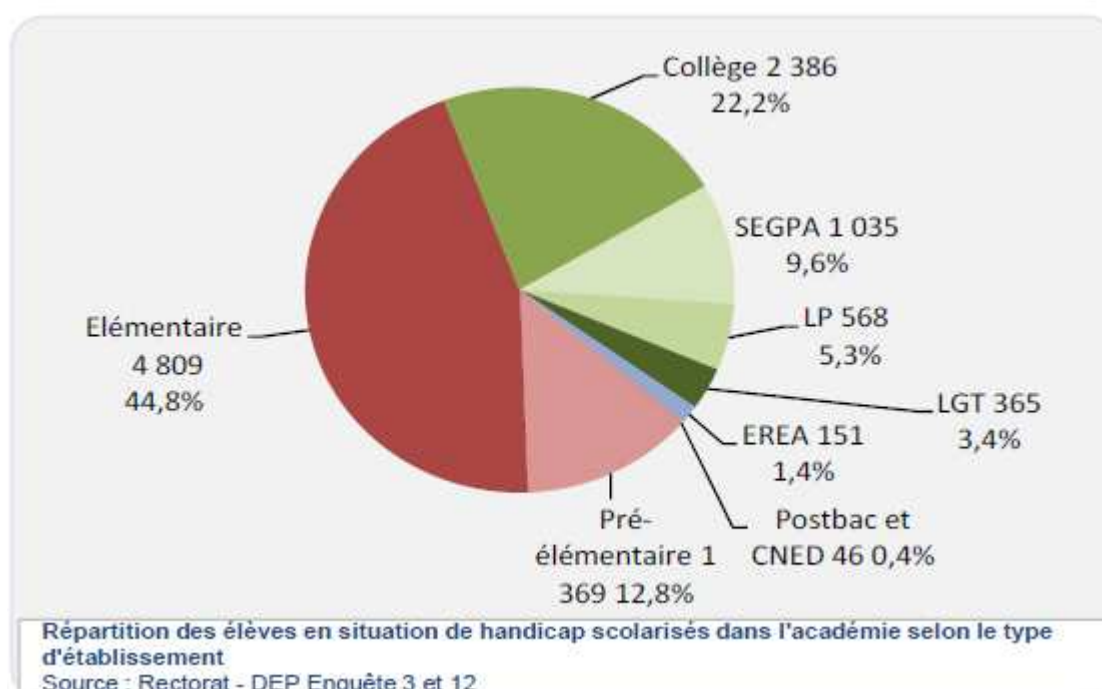
La répartition des élèves par type de déficience varie fortement entre les premier et second degrés. Si les enfants présentant des troubles intellectuels et cognitifs sont majoritaires, ils sont moins nombreux dans le second degré que dans le premier degré (32 % contre 38 %).

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 2014-2015, 5 025 enfants ou adolescents accueillis dans ces structures sont scolarisés dont 420 dans des classes externées d'un établissement de l'Education nationale et 600 de façon partagée entre la structure d'accueil et un établissement scolaire.

Le département du Lot-et-Garonne compte la plus forte part d'élèves handicapés dans la population scolarisée des premier et second degrés (2,5%). Dans le premier degré, les autres départements sont proches de la moyenne académique. Dans le second degré, la part des élèves handicapés dans la population scolarisée varie de 1,7 % en Gironde à 2,3 % en Lot-et-Garonne.

Les établissements du secteur public accueillent 89 % des écoliers en situation de handicap scolarisés dans le premier degré et 82% dans le second degré, soit des proportions proches de celle de l'ensemble des élèves scolarisés.

**11 540 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2014
(10 730 en 2013, 10290 en 2012 et 9 795 en 2011)**



- **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 2014-2015, 5 025 enfants ou adolescents accueillis dans ces structures sont scolarisés dont 420 dans des classes externées d'un établissement de l'Education nationale et 600 de façon partagée entre la structure d'accueil et un établissement scolaire.

La part des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire progresse

Si l'on ajoute aux 11 485 élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements de l'éducation nationale, les 4 420 enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux et sanitaires de l'académie et pris en charge scolairement (hors scolarité partagée), 15 910 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans l'académie.

72% des élèves en situation de handicap scolarisés sont en milieu ordinaire soit une part en hausse de 3,3 points depuis 2010 du fait de la priorité donnée à la scolarisation ordinaire.

La majorité des enfants scolarisés dans les établissements médico-sociaux et sanitaires sont atteints de troubles psychiques (44 %) et de troubles intellectuels et cognitifs (33 %).

Par ailleurs, 410 enfants et adolescents en situation de handicap sont recensés dans des établissements médicosociaux ou sanitaires et ne sont pas scolarisés. Ils sont surtout atteints de troubles psychiques (41 %), intellectuels et cognitifs (22 %) et de polyhandicap (19 %).

72% des élèves en situation de handicap scolarisés sont en milieu ordinaire

	2014	Rappel 2010	Evo. (en %)
Scolarisation en milieu ordinaire	11 485	10 276	11,8
Etablissements hospitaliers*	679	630	7,8
Etablissements médico-sociaux*	4 346	4 317	0,7
Total établissements spécialisés	5 025	4 947	1,6
<i>dont scolarisation partagée</i>	<i>604</i>	<i>319</i>	<i>89,3</i>
Ensemble**	15 906	14 904	6,7
Part de la scolarité en milieu ordinaire	72,2%	68,9%	

Scolarisation des élèves en situation de handicap entre 2010 et 2014 - Public et privé sous contrat

*Scolarisés hors enfants et adolescents accueillis pour de courtes périodes y compris scolarité partagée avec un établissement de l'Education nationale

** Hors scolarité partagée pour éviter les doubles comptes

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

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

Concernant les personnes détenues, notamment leur droit d'accès aux soins, le guide national précise qu'il est possible d'apprécier l'effectivité de ce droit en ayant la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef) ou en observant le nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux et les motifs d'annulation de ces dernières. Ces annulations nécessitent le report de ces examens, générant pour certains des délais d'attente supplémentaires de plusieurs mois. Les raisons peuvent être de la responsabilité de l'administration pénitentiaire, de la police, de la personne détenue voire de l'établissement de santé.

Si les données relatives à la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants sont indisponibles faute d'enquête ad hoc, les informations concernant les extractions du milieu pénitentiaire vers les établissements de santé pour consultations ou examens médicaux sont issues de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues² et disponibles dans le tableau ci-après.

Extractions somatiques	Nombre	Nombre d'établissements³ ayant renseigné l'item
Nombre d'extractions en urgence demandées :	671	4
Nombre d'extractions en urgence réalisées :	674	6
Nombre d'extractions pour consultations et examens demandées :	3312	6
Nombre d'extractions pour consultations et examens réalisées :	2769	8
Nombre total d'hospitalisations demandées :	318	5
Nombre total d'hospitalisations réalisées :	402	7
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'établissement public de référence demandées :	124	9
Nombre d'extractions hospitalisation à l'établissement public de référence réalisées :	145	9
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'UHSI demandées :	103	4
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'UHSI réalisées :	254	8
Nombre d'extractions demandées vers d'autres ES (non psy) :	2	3
Nombre d'extractions autres réalisées :	2	3
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la personne détenue :	218	6
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'Administration Pénitentiaire, de la police :	174	6
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture :	0	2
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé :	90	6
Extractions psychiatriques		
Nombre d'hospitalisations au SMPR ⁴ :	3	2
Nombre de séjours au SMPR :	3	2
Nombre de patients hospitalisés en secteur de psychiatrie générale (HO D398) :	117	8
Nombre de séjours en secteur de psychiatrie générale (HO D398) :	148	9
Nombre d'hospitalisations en UMD :	4	4
Nombre de séjours en UMD :	4	4
Nombre d'hospitalisations en UHSA :	0	5
Nombre de séjours en UHSA :	0	4
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la personne détenue pour hospitalisation en SMPR :	2	1
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'Administration Pénitentiaire, de la police :	0	1

² Plateforme internet sécurisée accessible par toutes les unités sanitaires depuis 2009, il collecte annuellement des données sur les moyens humains et matériels de ces structures ainsi que sur leurs activités, dans une optique d'adaptation des organisations et des financements et de réduction des disparités.

³ Etablissements de santé d'Aquitaine organisant les soins aux personnes détenues : CH AGEN, CH BAYONNE, CH MONT DE MARSAN, CH PAU, CH PERIGUEUX US1, CH PERIGUEUX US2, CH VILLENEUVE, CH BERGERAC, CHU.

⁴ service médico-psychologique régional : unité de soins en santé mentale présent en France au sein d'un établissement pénitentiaire

Extractions somatiques	Nombre	Nombre d'établissements ³ ayant renseigné l'item
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture (refus de HO D398) :	0	1
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé (absence de place en SMPR, refus HO D398) :	0	1

L'accès des personnes détenues aux soins dispensés à l'extérieur est subordonné à la disponibilité des équipes pénitentiaires et des forces de l'ordre pour assurer leur extraction et leur garde. Le conseil de sécurité intérieure du 6 décembre 1999 a, en effet, décidé du principe d'un partage des compétences entre l'administration pénitentiaire et les forces de l'ordre. En 2010, a été confirmé le transfert à l'administration pénitentiaire de l'intégralité des transfèvements et extractions judiciaires, ainsi que des escortes et gardes de détenus hospitalisés en unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), la garde des détenus hospitalisés hors UHSI demeurant de la responsabilité des forces de l'ordre (*Extrait Rapport cour des comptes "La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables » - février 2014*).

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

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^{er} 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	
Dordogne	UNAFAM	Vie libre
Gironde	UNAFAM	Association Métamorphose
Landes	UNAFAM	ADAPEI 40
Lot-et-Garonne	UNAFAM	Non désigné
Pyrénées-Atlantiques	UNAFAM	ASFA

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	2	3
Gironde	10	7
Landes	3	0
Lot-et-Garonne	3	1
Pyrénées-Atlantiques	5	2

Données 2014

Les données agrégées des différentes commissions sont les suivantes :

Période		Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Région
Année 2014	Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE) (ex HO) -dont détenus (art L3214-3 CSP)	102 24	283 9	79 60	146 66	94 31	704
	Soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) dont admissions d'urgence dont soins en cas de péril imminent	455 220 134	1413 943 84	265 132 30	361 74 179	687 424 101	3181

	Nombre d'habitants	421 100	1 473 569	390 771	336 681	664 484	3 286 605
Pour 100 000 HABITANTS	Total SDRE	24	19	20	43	14	21
	Total SDDE	108	96	68	107	103	97

Données 2014

Ces données ne comprennent que les mesures SDDE ou SDRE ouvertes sur l'année 2014 et non les levées de SDDE et SDRE ou les mesures déjà en cours.

- **Nombre de réclamations adressées à la commission par des patients ou leur conseil**

Un certain nombre de patients sont entendus lors des entretiens qu'ils ont sollicités.

	Nombre de réclamations adressées à la commission par des patients ou leur conseil
Dordogne	9
Gironde	27
Landes	2
Lot-et-Garonne	2
Pyrénées-Atlantiques	15

Données 2014

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

ASSURER L'EGAL ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET MEDICO-SOCIALE

L'effectivité de l'égal accès aux structures de soins est apprécié par rapport au degré d'assurance de l'accès aux professionnels de santé libéraux (a) ainsi qu'au regard de l'analyse des politiques régionales de réduction des inégalités d'accès à la prévention et à la manière dont s'effectue les soins et la prise en charge médico-sociale sur l'ensemble du territoire (b).

9. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

L'accès aux professionnels de santé libéraux peut être regardé sous l'angle du recours à des praticiens en tarif opposable dans certaines spécialités.

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	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	342	13	3,7%	12	-	0,0%	13	1	7,1%
Gironde	1 578	126	7,4%	33	90	73,2%	84	53	38,7%
Landes	425	9	2,1%	7	10	58,8%	23	2	8,0%
Lot-et-Garonne	265	10	3,6%	19	2	9,5%	17	-	0,0%
Navarre-Côte basque	323	16	4,7%	11	28	71,8%	28	7	20,0%
Béarn-Soule	361	23	6,0%	18	9	33,3%	30	-	0,0%
Aquitaine 2014	3 294	197	5,6%	100	139	58,2%	195	63	24,4%
Aquitaine 2013	3 303	219	6,2%	105	137	56,6%	196	64	24,6%
Aquitaine 2012	3 266	231	6,6%	102	133	56,6%	200	63	24,0%
Aquitaine 2011	3 292	239	7%	101	131	56%	193	60	24%

	Dermatologie et vénéréologie			Radiologie			Gynécologie		
	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	11	3	21,4%	26	-	0,0%	12	9	42,9%
Gironde	69	35	33,7%	162	34	17,3%	80	96	54,5%
Landes	8	6	42,9%	33	3	8,3%	19	3	13,6%
Lot-et-Garonne	10	1	9,1%	28	-	0,0%	13	7	35,0%
Navarre-Côte basque	20	5	20,0%	46	1	2,1%	15	14	48,3%
Béarn-Soule	16	3	15,8%	28	8	22,2%	25	4	13,8%
Aquitaine	134	53	28,3%	323	46	12,5%	164	133	44,8%

Aquitaine 2013	134	54	28,7%	330	45	12,0%	171	132	43,6%
----------------	-----	----	-------	-----	----	-------	-----	-----	-------

Aquitaine 2012	139	55	28,4%	319	42	11,6%	175	131	42,8%
----------------	-----	----	-------	-----	----	-------	-----	-----	-------

Aquitaine 2011	139	52	27%	320	44	12%	184	132	42%
----------------	-----	----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----

	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	6	-	0,0%	7	5	41,7%	3	3	50,0%
Gironde	14	41	74,5%	17	48	73,8%	42	26	38,2%
Landes	12	2	14,3%	8	6	42,9%	7	3	30,0%
Lot-et-Garonne	2	6	75,0%	3	4	57,1%	5	-	0,0%
Navarre-Côte basque	7	10	58,8%	6	8	57,1%	9	7	43,8%
Béarn-Soule	7	1	12,5%	8	4	33,3%	15	1	6,3%
Aquitaine 2014	48	60	55,6%	49	75	60,5%	81	40	33,1%

Aquitaine 2013	49	60	55,0%	55	72	56,7%	84	33	28,2%
----------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	-------

Aquitaine 2012	49	62	55,9%	56	67	54,5%	85	32	27,4%
----------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	-------

Aquitaine 2011	ND	ND	ND	56	68	55%	88	32	27%
----------------	----	----	----	----	----	-----	----	----	-----

	Pneumologie			Rhumatologie			Ophtalmologie		
	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	5	-	0,0%	1	2	66,7%	16	10	38,5%
Gironde	11	16	59,3%	19	15	44,1%	60	79	56,8%
Landes	6	-	0,0%	4	1	20,0%	13	15	53,6%
Lot-et-Garonne	8	-	0,0%	4	2	33,3%	13	13	50,0%
Navarre-Côte basque	16	2	11,1%	4	8	66,7%	9	33	78,6%
Béarn-Soule	7	-	0,0%	10	2	16,7%	11	8	42,1%
Aquitaine 2014	53	18	25,4%	42	30	41,7%	122	158	56,4%

Aquitaine 2013	56	17	23,3%	45	30	40,0%	122	153	55,6%
----------------	----	----	-------	----	----	-------	-----	-----	-------

Aquitaine 2012	58	17	22,7%	48	29	37,7%	124	150	54,7%
----------------	----	----	-------	----	----	-------	-----	-----	-------

Aquitaine 2011	57	17	23%	46	29	39%	124	149	55%
----------------	----	----	-----	----	----	-----	-----	-----	-----

	Psychiatrie			Neurologie		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	17	3	15,0%	2	1	33,3%
Gironde	239	54	18,4%	18	3	14,3%
Landes	17	1	5,6%	6	-	0,0%
Lot-et-Garonne	16	-	0,0%	4	-	0,0%
Navarre-Côte basque	30	11	26,8%	9	-	0,0%
Béarn-Soule	24	3	11,1%	8	-	0,0%
Aquitaine 2014	343	72	17,3%	47	4	7,8%

<i>Aquitaine 2013</i>	343	68	16,5%	47	4	7,8%
-----------------------	-----	----	-------	----	---	------

<i>Aquitaine 2012</i>	353	64	15,3%	45	4	8,2%
-----------------------	-----	----	-------	----	---	------

<i>Aquitaine 2011</i>	359	63	15%	ND	ND	ND
-----------------------	-----	----	-----	----	----	----

	Chirurgie générale et Chirurgie viscérale et digestive			Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	4	4	50,0%	1	1	50,0%
Gironde	7	45	86,5%	6	12	66,7%
Landes	3	5	62,5%	1	4	80,0%
Lot-et-Garonne	6	3	33,3%	2	3	60,0%
Navarre-Côte basque	1	11	91,7%	4	6	60,0%
Béarn-Soule	1	6	85,7%		4	100,0%
Aquitaine 2014	22	74	77,1%	14	30	68,2%

<i>Aquitaine 2013</i>	24	80	76,9%	15	31	67,4%
-----------------------	----	----	-------	----	----	-------

<i>Aquitaine 2012</i>	26	81	75,7%	15	32	68,1%
-----------------------	----	----	-------	----	----	-------

<i>Aquitaine 2011</i>	25	84	77,1%	16	31	66%
-----------------------	----	----	-------	----	----	-----

	Chirurgie orthopédique et traumatologie			Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	5	7	58,3%	-	1	100,0%
Gironde	4	71	94,7%	-	19	100,0%
Landes	5	8	61,5%	-	-	
Lot-et-Garonne	2	8	80,0%	1	-	0,0%
Navarre-Côte basque	1	19	95,0%	-	7	100,0%
Béarn-Soule	-	11	100,0%	-	-	
Aquitaine 2014	17	124	87,9%	1	27	96,4%

<i>Aquitaine 2013</i>	19	124	86,7%	1	29	96,7%
-----------------------	----	-----	-------	---	----	-------

<i>Aquitaine 2012</i>	19	119	86,2%	1	32	97%
-----------------------	----	-----	-------	---	----	-----

<i>Aquitaine 2011</i>	19	119	86,2%	1	32	97%
-----------------------	----	-----	-------	---	----	-----

	Chirurgie urologique			Chirurgie vasculaire		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	1	5	83,3%	1	2	66,7%
Gironde	-	27	100,0%	1	10	90,9%
Landes	-	3	100,0%	2	1	33,3%
Lot-et-Garonne	1	5	83,3%	-	3	100,0%
Navarre-Côte basque	-	8	100,0%	-	1	100,0%
Béarn-Soule	-	8	100,0%	-	2	100,0%
Aquitaine 2014	2	56	96,6%	4	19	82,6%

Aquitaine 2013	2	54	96,4%	3	18	85,7%
----------------	---	----	-------	---	----	-------

Aquitaine 2012	1	51	98,1%	3	18	85,7%
----------------	---	----	-------	---	----	-------

Aquitaine 2011	3	49	94,2%	3	18	85,7%
----------------	---	----	-------	---	----	-------

- 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												
	Valeur Initiale		Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	2008	1,8%	1,8%	1,8%	1,7%	1,7%	2,4%	1,8%	2,5%	2,4%	2,38%	2,43	nd

- Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire

Indicateur de référence (6-7 du CPOM) : nombre de structures d'exercice coordonné												
Valeur Initiale		Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2008	58	60	62	64	66	82 (dont 20 msp)	62	68	71	75	82	35 dont 32 MSP

- Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins

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

Néanmoins, l'ARS, en partenariat avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, a lancé en mars 2015 sa première enquête d'opinion sur l'accès à la santé en Aquitaine. La mise en œuvre de cette enquête a été confiée à l'Institut de sondages CSA. 1203 citoyens et 302 professionnels aquitains du champ de la santé ont pu s'exprimer et donner leur avis sur l'accès aux services de santé dans leur région.

Les principaux enseignements de ces enquêtes sont les suivants :

Si déclarer son médecin traitant constitue désormais une pratique ancrée dans les habitudes, les Aquitains font face à un certain nombre de difficultés d'accès aux soins.

Des difficultés d'accessibilité aux soins qui concernent près de six Aquitains sur dix

Condition d'un remboursement normal des dépenses de santé depuis 2004, la déclaration d'un médecin traitant constitue désormais une habitude prise par la quasi-totalité des Aquitains (94%). Par ailleurs, une proportion non négligeable d'Aquitains (58%) déclare avoir rencontré des difficultés pour être pris en charge dans au moins un des cas proposés dans l'étude. Le lieu d'habitation apparaît comme un critère discriminant, les habitants des départements parmi les moins urbanisés de la région, à savoir la Dordogne et le Lot-et-Garonne, étant plus nombreux à avoir rencontré des difficultés (63% et 70%) pour être pris en charge.

Ainsi, parmi les difficultés rencontrées, le délai et le coût de la prise en charge figurent en tête (31% et 23%), suivies des démarches administratives complexes (17%) ou encore de l'éloignement géographique (15%). Le manque d'information peut également générer des difficultés (14% ne savaient pas qui consulter).

Un renoncement aux soins pour cause de remboursement insuffisant qui concerne un Aquitain sur quatre

Autre contrainte d'accès aux soins, le niveau de remboursement de ces derniers. Face à la pression engendrée par la crise sur leurs dépenses, près d'un quart des Aquitains (24%) déclarent avoir dû renoncer à certains soins parce qu'ils étaient mal remboursés, et 16% l'ont même fait à plusieurs reprises. Cela concerne principalement les soins dentaires (67% des personnes interrogées, soit 16% des Aquitains), et dans une moindre mesure les dépenses d'optique (28% des personnes urbanisés de la région, à savoir la Dordogne et le Lot-et-Garonne, étant plus nombreux à avoir rencontré des difficultés (63% et 70%) pour être pris en charge. interrogées soit 7% des Aquitains), des résultats déjà observés dans de précédentes enquêtes.

CMUC, ACS : des dispositifs qui pourraient être mieux connus

Et pourtant, des dispositifs d'aide existent pour les plus démunis mais ils pâtiennent d'un certain déficit de notoriété. Touchée par 5,2 millions de personnes en France fin 2014, la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) est connue par un peu plus de six Aquitains sur dix (61%). Parmi eux, 46% déclarent bien voir de quoi il s'agit. L'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) en revanche pâtit d'une notoriété nettement plus faible (20%, dont 15% qui voient bien de quoi il s'agit). Notons que les principaux bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS, à savoir les ouvriers et les chômeurs, sont les moins bien informés de leur existence (51% des ouvriers et 42% des chômeurs déclarent connaître la CMUC).

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

Pour analyser la thématique «Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires», il était proposé de recueillir le nombre de Contrats locaux de santé (C.L.S.) signés sur des territoires prioritaires urbains (CUCS) ou ruraux (isolés)

■ LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

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	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tendance
	0	2	5	8	12	0	0	0	10	12	15	

Le détail par territoire de santé s'établit comme suit :

24	33	40	47	64 NCB	64 Bs
CLS de la communauté d'agglomération Bergeracoise CLS Grand Périgueux (projet 2016) CLS Nord Dordogne	CLS Bordeaux CLS Pays Médoc CLS Bordeaux Métropole (projet 2016)	CLS COBAS CLS Nord Landes CLS Montois CLS Pays Adour Landes Océanes	CLS Communauté d'agglomération du Grand Villeneuvois CLS Agglomération d'Agen CLS Fumel Communauté	CLS Côte Basque CLS Basse-Navarre Soule	CLS Agglo Pau (projet) CLS Pays Lacq Orthez (projet) CLS Val d'Adour CLS Oloron Haut-Béarn
3	3	4	3	2	4

■ ECARTS INTRAREGIONAUX D'EQUIPEMENTS EN ESMS

Le cahier des charges national propose de relever les écarts intra régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux (E.S.M.S.) mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie pour les personnes handicapées de 0 à 59 ans et les personnes âgées de 75 ans et plus. Cet indicateur, contribue à mesurer les disparités d'équipement dans les établissements et services médico-sociaux.

Ecarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (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					
	2009		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	Tendance
Personnes âgées (PA)	2009	8,2%	7,8%	7,5%	7,0%	6,5%	7%	7,0%	7,4%	7,5%	7,9%	8,53%	
Personnes handicapées (PH)	2009	29,3%	28,0%	27,0%	26,0%	25,0%	25%	30,6%	25,5%	22,9%	22,4%	nd	X

Les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes âgées sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). une dispersion des taux d'équipement de 8,53 % autour de la moyenne régionale. Plus le coefficient de variation

est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

La valeur pour le secteur « personnes âgées » est en augmentation. L'analyse comparée de cet indicateur de dispersion met en évidence une évolution défavorable de la répartition de l'offre.

La valeur pour le secteur « handicap » n'est pas disponible pour 2014.

■ LOGEMENTS INSALUBRES

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

		Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure au titre du CSP												
Valeurs Initiales		Valeurs Cibles						Valeurs Réalisées						Tendance
2009	25	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
2009	25	25	27	30	33	80	37	104	117	94	100	89		

Le détail par département s'établit comme suit :

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CIBLE	25	27	30	33	80	66
réalisé	37	104	117	94	100	89
dép. 24	3	5	7	5		17
dép. 33	9	42	67	42		24
dép. 40	13	22	2	2		4
dép. 47	3	25	26	21		22
dép. 64	9	10	15	24		22

La cible de 66 logements pour 2015 est atteinte. Cette année est marquée par une baisse des chiffres de la Gironde et du Lot-et-Garonne :

- Pour la Gironde, par rapport aux années précédentes du fait de l'absence prolongée de personnel et du fait de la jurisprudence récente relative aux logements de petites surfaces qui ne peuvent plus faire l'objet d'un arrêté (L1331-22 logement impropre à l'habitation). Ces arrêtés contribuaient majoritairement sur le secteur de Bordeaux aux résultats des années précédentes.
- Concernant le Lot-et-Garonne, le prestataire en charge de la réalisation des constats techniques a prématurément mis fin au marché qui le liait à la CDLHPI (Commission Départementale de Lutte contre l'Habitat Indigne) 47 en juin 2015. La DTARS intervenant à l'issue de ces pré-visites, le nombre de dossiers suivis a ainsi été beaucoup plus faible et en conséquence le nombre d'arrêté aussi.

En revanche, pour les Pyrénées Atlantiques, le nombre de logement est plus important cette année car certains arrêtés ont concerné plusieurs logements.

ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS

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

ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION

Pour analyser si l'accès aux structures de prévention est assuré, il a été proposé de recueillir le taux de participation au dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans, du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans, le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (R.O.R.), mais aussi la 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 des structures de gestion départementales ou interdépartementales financées par l'Etat, l'Assurance maladie et 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

■ DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

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

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans													
Valeurs Initiales		Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées						
		2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Tendance
2009	26,0%	28,0%	30,0%	40,0%	50,0%	31,5%		35,0%	32,5%	32,40%	31,5%	31,5%	

■ DEPISTAGE ORGANISE 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*

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans													
Valeurs Initiales		Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées						
		2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Tendance
2009	60,0%	62,0%	63,0%	64,0%	65,0%	58,9%		59,9%	59,4%	58,80%	57,4%	nd	

■ 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			

■ PREVALENCE DE L'OBESITE

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.

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%						

Ces indicateurs ne sont pas disponibles faute d'enquête régionale et nationale.

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

FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE

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*

La représentation d'usagers dans les diverses instances de santé incite à organiser des formations pour leur permettre de jouer tout leur rôle au sein de ces instances, de leur donner les moyens de se positionner et de se faire entendre en tant qu'acteur du système de santé à part entière, aux côtés d'autres acteurs.

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

Formations	conditions d'accès à la formation	Lieu	Présents
RU et la qualité à l'hôpital	31/01/2014	BORDEAUX	16
RU en CRUQPC	08/02/2014	AGEN	8
RU et la défense Droits des usagers	15/03/2014	PAU	19
RU l'essentiel	28/04/2014	PAU	17
RU en CPAM	06/06/2014	BORDEAUX	6
RU l'essentiel	20/06/2014	BORDEAUX	17
RU et le système de santé	23/09/2014	BORDEAUX	20
RU en CRUQPC	30/09/2014	PAU	12
RU l'essentiel	04/11/2014	AGEN	9
RU en CRUQPC analyse des plaintes	25/11/2014	APU	9
RU l'essentiel	16/12/2014	BORDEAUX	9
FORMATIONS CISS Aquitaine 2013			142

■ Suite à la concertation entre les différentes composantes d'usagers de services de santé ou médicosociaux (associations agréées, secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées ») de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), la thématique sur le « respect du droit des patients en fin de vie : directives anticipées et les dispositions apparentées » a été identifiée comme axe de formation dans son programme de travail. L'objectif des sessions de formation mises en place était d'expliquer les dispositions existantes sur les « directives anticipées », partager les réflexions sur les conditions pratiques de mise en œuvre, favoriser la constitution d'un réseau régional de référents de proximité pouvant aider à terme à renseigner voire à rédiger les directives anticipées de tout usager du système de santé. Ces formations se sont adressées aux représentants d'usagers d'associations et organismes identifiés sur chacun des territoires de la région Aquitaine. Au total, 63 représentants d'usagers relais ont été formés. La satisfaction globale a été très bonne.

ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

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

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

■ CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE (CRSA)

Taux de participation globale (en %) et par collège des membres des CRSA en 2014

Mandature 2010- 2014

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	7%	8%	0%	nd	0%	0%
2 Usagers	69%	92%	67%	nd	75%	42%
3 Territoires	75%	17%	0%	nd	67%	0%
4 Partenaires sociaux	22%	83%	50%	nd	20%	17%
5 Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	33%	50%	33%	nd	50%	13%
6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	50%	33%	0%	nd	67%	25%
7 Offreurs des services de santé	39%	57%	0%	nd	52%	13%
8 Personnalités qualifiées	50%	67%	42%	nd		1
Global*	40%	67%	28%	nd	56%	22%
Nombre de réunions	1	6	2	1	3	2

Mandature 2014- 2018

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	7%	50%	0%	20%	20%	0%
2 Usagers	84% (2)	33%	75%	83%	83%	75%
3 Territoires	25%	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
4 Partenaires sociaux	78%	83%	100%	73%	73%	83%
5 Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	58%	67%	100%	83%	83%	63%
6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	90%	33%	50%	67%	67%	67%
7 Offreurs des services de santé	79%	73%	100%	77%	77%	38%
8 Personnalités qualifiées	100%	100%				1
Global*	63%	93%	54%	84%	84%	53%
Nombre de réunions	2	3	2	2	3	2

Pour mémoire taux de participation 2011, 2012 et 2013 :

Global 2011	76%	72%	63%	28%	69%	43%
Global 2012	63%	64%	58%	38%	75%	20%
Global 2013	53 %	62 %	56 %	37 %	61 %	39%

■ CONFERENCES DE TERRITOIRE

La conférence de territoire est un lieu privilégié d'échanges et de relais des besoins des usagers et constitue une véritable force de propositions et une interface entre tous les acteurs du territoire.

Au cours de l'année 2014, les conférences de territoire ne se sont pas réunies en Aquitaine.

Recommandations de la Commission « droits des usagers » :

- Expérimenter l'article 158 de la loi de modernisation du système de santé qui prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'Etat peut autoriser tout ou partie des conseils territoriaux de santé à être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations. Les CTS doivent, entre autres, veiller à ce que les usagers puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des professionnels ou des établissements concernés, notamment en les assistant dans la constitution d'un dossier, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes.
- Développer la formation des représentants des usagers et rappeler aux établissements l'obligation de mettre en place des formations pour les représentants d'usagers siégeant au sein de leurs instances,
- Inscrire dans la formation initiale/continue des professionnels de santé des modules autour des droits des usagers (directives anticipées, prise en charge de la douleur, etc.)
- Rappeler aux établissements de santé la nécessité de diffuser les rapports annuels de la CRUQPC au sein de chaque structure
- Transposer la réglementation relative à l'obligation des rapports annuels des CRUQPC à la transmission des rapports des CVS.
- Réflexion sur l'accès aux soins et notamment sur les délais, le reste à charge, l'information sur la CMU/ACS, etc.

ANNEXES

**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**

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique

NOR : ETSP1220103A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;
Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bienveillance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur.
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.
6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Renforcer la démocratie sanitaire

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

Art. 2. – Ce rapport est établi sur la base des données mentionnées dans le tableau annexé et disponibles en région ; ces données sont collectées et consolidées par l'agence régionale de santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie étant chargée de leur analyse.

Art. 3. – Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région.

Art. 4. – Le rapport, portant sur les données de l'année précédente, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la Conférence nationale de santé au plus tard au 31 décembre de l'année en cours.

Art. 5. – La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, la directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 avril 2012.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

*Le directeur général
de l'offre de soins,
F.-X. SELLERET*

*Le directeur général
de la santé,
J-Y. GRALL*

*Le directeur
de la sécurité sociale,
T. FATOME*

*La ministre des solidarités
et de la cohésion sociale,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de la cohésion sociale,
S. FOURCADE*

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

A N N E X E

CAHIER DES CHARGES DU RAPPORT SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Validé par le CNP le 23 mars 2012 (visa CNP 2012-86).

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
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)	Ambulatoire	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	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Médico-social		Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux : <ul style="list-style-type: none"> - résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans); - formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux; - formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD); - formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés
	2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	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	Conseils des ordres des professionnels de santé URPS
Sanitaire		Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : <ul style="list-style-type: none"> - 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	Rapports CRUQPC des établissements de santé Enquête SAPHORA Rapports de certification HAS : <ul style="list-style-type: none"> - pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans); - extractions régionales Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)	
Médico-social		Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) : <ul style="list-style-type: none"> - 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 désignées et nombre d'interventions réalisées 	Résultats du questionnaire ANESM sur la bienveillance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012) Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans) Rapports des CVS ARS	
	3. Droit au respect de la dignité de la personne. - Promouvoir la bienveillance	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Sanitaire	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)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS – référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiqual Evaluation interne Outil « Angélique »
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur		Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	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)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie		Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS - référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	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	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	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)	Rapport de certification HAS – critère 14b – PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés: nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits): – en milieu ordinaire: services de l'éducation nationale (rectorat ou académie); – en milieu adapté: maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	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 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	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		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	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<p>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)</p> <p>Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux 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 plus)</p> <p>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</p>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<p>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</p> <p>Nombre de formations réalisées</p> <p>Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)</p> <p>Dispositif d'information sur ces formations</p>	ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		<p>Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire</p> <p>Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire</p>	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

- **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
- **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.
- **EEAP** : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
- **ESPIC** : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
- **FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HDT** : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
- **HO** : Hospitalisation d'Office
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- **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
- **SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional
- **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
- **UCSA** : unité de consultations et de soins ambulatoires
- **UMD** : Unité pour malades difficiles
- **ZEP** : Zone d'Education Prioritaire

ANNEXE 3 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE – DONNEES 2014

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013	DONNEES 2014
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	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/7dépôts	1 projet labellisé/5 déposés	0 projet labellisé/2 déposés
	Sanitaire	<i>Actions de Formations Régionales mises en place en 2012 sur les droits des usagers</i>	Cf p5			Cf p9
	Médico-social	<i>Etat des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés</i>	-	-	-	-
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	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	33% 3.36	84% 3.01
		<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	« A » : 93 « B » : 40	« A » : 109 « B » : 45
	Médico-social	<i>Proportion d'établissements disposant d'un CVS Proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA</i>	88% 2,89	- -	- -	97 %

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013	DONNEES 2014
		<i>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>	nd ⁵ 6 en Dordogne et 6 en Gironde nd			3 6 en Dordogne et 6 en Gironde
3. Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance	Amb	<i>Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance</i>	nd			nd
		<i>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</i>	nd			nd
	Sanitaire	<i>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</i>	nd			80/85
		<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 » : -	« A » : 50 « B » : 153 « C » : 12 « D » : -	« A » : 64 « B » : 174 « C » : 12 « D » : -
		<i>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</i>				
Médico-social						
4. Droit au respect de la dignité de la personne - prendre en charge la douleur	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		14/180	14/179
		<i>Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)</i>	nd	nd	nd	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 » : -	« A » : 92 « B » : 92 « C » : 36 « D » : -	« A » : 111 « B » : 104 « C » : 44 « D » : -
	Médico-social	<i>Pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" dans la région parmi les conventions signées entre ESMS et ES</i>	-			

⁵ Non disponible

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013	DONNEES 2014
5. Droit au respect de la dignité de la personne - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées	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	« A » : 66 « B » : 90 « C » : 32 « D » : 1	« A » : 87 « B » : 101 « C » : 34 « D » : 1
		<i>Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe</i>	-			45/83
	Médico-social	<i>Proportion d'ESMS prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement</i>				
		<i>Pour les ESMS ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nb total de résidents</i>				
6. Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical	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>	-			212
		<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 » :	« A » : 164 « B » : 32 « C » : 22 « D » : -	« A » : 188 « B » : 39 « C » : 25 « D » : -
		<i>Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical</i>	-			
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		<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 ...	Près de 7 handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire ...	Près de 7 handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire
8. Droits des personnes détenues - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		<i>Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)</i>	nd	nd	nd	nd
9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des Commissions Départementales de Soins Psychiatriques		<i>Proportion de CDSP existantes</i>	5/5	5/5	5/5	5/5
		<i>Proportion de rapports transmis à l'ARS</i>	5/5	5/5	5/5	5/5

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013	DONNEES 2014
(CDSP)						
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		<i>Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé</i>	Cf p25	Cf p27	Cf p30	Cf p40
		<i>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</i>	2,4 %	2,38 %	nd	nd
		<i>Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins</i>	nd	nd	nd	nd
11. Assurer financièrement l'accès aux soins		<i>Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME</i>				
12. Assurer l'accès aux structures de prévention		<i>Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</i>	32,5 %	32,4 %	31.5 %	31,5%
		<i>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</i>	59,4 %	58,8 %	57.9 %	nd
		<i>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</i>	nd	nd	nd	nd
		<i>Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle</i>	nd	nd	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		<i>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)</i>	0	0	10	15
		<i>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 +)</i>	Personnes âgées : 8,1 % Personnes handicapées : 27,8 %	Personnes âgées : 8,1 % Personnes handicapées : 24,4 %	Personnes âgées : 7.9 % Personnes handicapées : 22.4 %	Personnes âgées : 7.9 % Personnes handicapées : 22.4 %
		<i>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP</i>	104	117	94	89

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013	DONNEES 2014
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<i>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</i>	-	-	1 par territoire cf p37	1 par territoire
		<i>Nombre de formations réalisées</i>	12	13	5	5
		<i>Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP)</i>	202 personnes formées	192 personnes formées	91 personnes formées (CISS) 330 personnes formées (ARS/CISS)	142 personnes formées (CISS)
		<i>Dispositif d'information sur ces formations</i>				
15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CT		<i>Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et CT</i>	« CRSA » : 76 % « CT 24 » : 72 % « CT 33 » : 56 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : 78 % « CT 64 NCB » : 54 % % « CT 64 BS » : 62 %	« CRSA » : 63 % « CT 24 » : 57 % « CT 33 » : 40 % « CT 40 » : 52 % « CT 47 » : - « CT 64 NCB » : 58 % % « CT 64 BS » : 67 %	« CRSA » : 53 %	« CRSA » : 40 %
		<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 %	« CRSA » : 63 %	« CRSA » : 69 %



Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

