



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

2012

(portant sur les données 2011)

Introduction et méthodologie	3
I. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers	5
A. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	5
1. Ambulatoire	5
2. Sanitaire	5
3. Bilan quantitatif des réponses par établissement	6
4. Informations en rapport avec les plaintes et réclamations	12
5. Demandes de communication d'informations médicales	16
6. Exploitation des enquêtes de satisfaction	17
7. Conseil de vie sociale (CVS)	18
8. Personnes qualifiées	22
B. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance et prendre en charge la douleur	23
1. Sur la certification V2010	23
2. Rappel du dispositif national des indicateurs IPAQSS	24
3. Promouvoir la bientraitance	24
4. Prendre en charge la douleur	27
C. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical (obj.6)	28
1. Rappel des textes	28
2. Ambulatoire	28
3. Analyse de la référence 14b de la certification HAS V2010 (établissements de santé)	28
4. Informations figurant dans les rapports CRUQPC	28
D. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	30
E. Droits des personnes détenues	30
F. Santé mentale	30
G. Label 2012 « droits des patients »	31
II. Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous	32
A. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux	32
1. 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	32
2. Taux de satisfaction de la permanence des soins	32
B. Assurer l'accès aux structures de prévention	33
1. Dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal	33
2. Vaccination	33
C. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	35
1. Les contrats locaux de santé	35
2. Quelques chiffres : les écarts interrégionaux d'équipements médico-sociaux	36
3. Quelques chiffres : le nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation	36
III. Conforter la représentation des usagers du système de santé	37
A. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	37
IV. Renforcer la démocratie sanitaire	38
A. Garantir la participation des représentants des usagers	38
VI. Suivi des recommandations émises par la CRSA	44

Introduction et méthodologie de l'élaboration du rapport

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

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

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

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

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

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

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

Pour réaliser ce rapport, un groupe de travail a été mis en place et s'est réuni à plusieurs reprises.

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

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

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

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

Précisions :

- Les références aux numéros d'objectifs indiqués dans le cahier des charges repris à l'annexe de l'arrêté du 5 avril 2012 sont signalées pour plus de clarté.

- Les données recueillies pour ce rapport sont en principe celles de l'année 2011.

I. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

1. Ambulatoire (obj. 2a)

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

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

L'ordre des médecins sollicité et n'a pas apporté de réponse à ce thème.

Commentaires du groupe de travail de la commission spécialisée

Il serait utile qu'une classification des motifs des plaintes reçues soit réalisée dans les différents conseils de l'ordre.

Le fonctionnement de ce dispositif mériterait d'être mieux connu du grand public (plaquettes, futur site d'information offres de soins...).

2. Sanitaire (obj.2b)

Rappel du cadre réglementaire

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

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

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

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

- o Les CRUQPC doivent être consultées sur la politique menée dans l'établissement en ce

qui concerne l'accueil et la prise en charge.

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

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

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

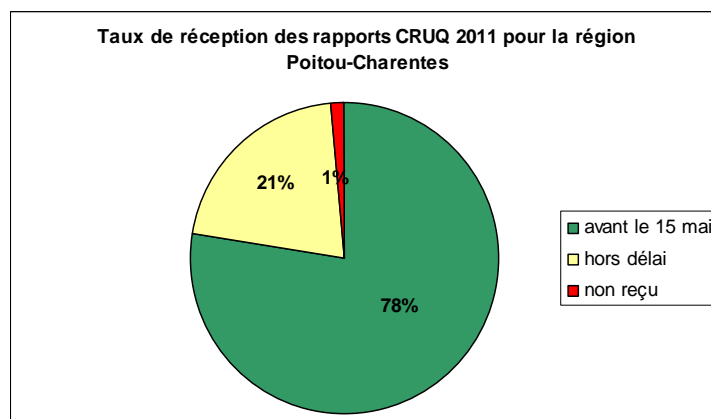
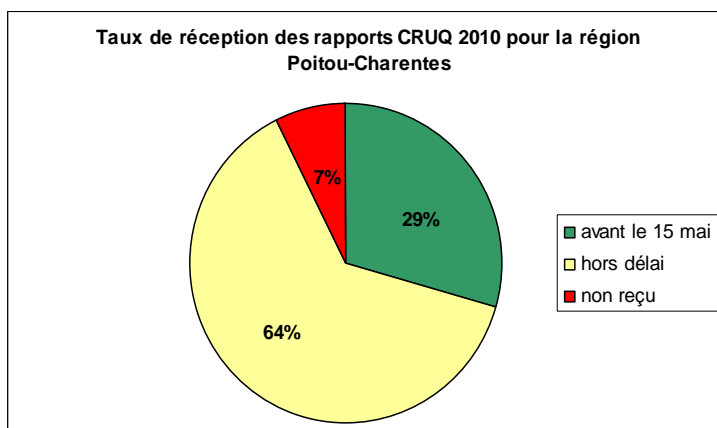
L'ARS étudie et analyse l'ensemble des compte rendus qui lui sont transmis par les établissements de santé, synthétise ses constats dans un rapport qu'elle transmet à la CRSA.

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

3. Bilan quantitatif des réponses par établissement

▪ Fonctionnement des CRUQPC

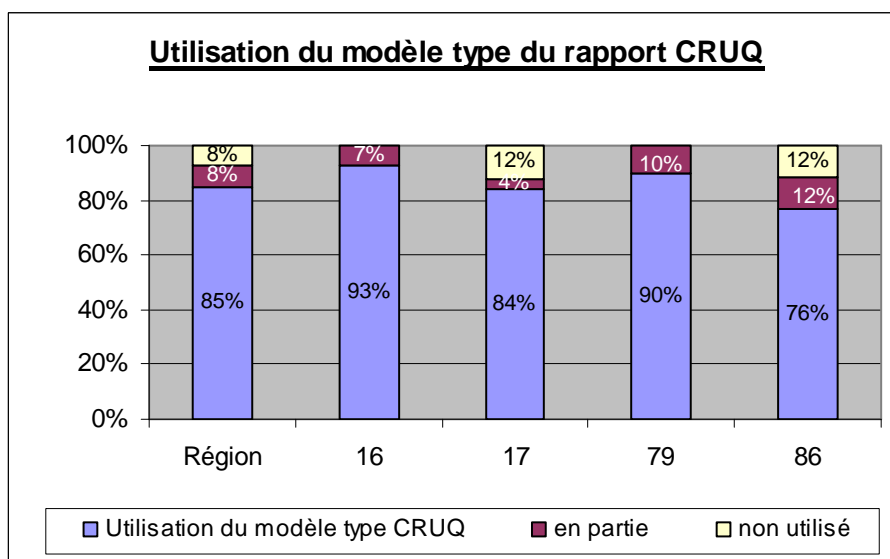
Le taux de réception des rapports CRUQ en 2012 est de 99% contre 93% en 2011. Les établissements n'ayant pas transmis leur rapport cette année ne sont pas les mêmes que l'année précédente.



(sources : rapport CRUQ 2012)

Le taux de réception des rapports au 15 mai (date légale limite de réception) est de 78% contre 29% en 2010.

Le rappel effectué auprès des établissements de la région 1 mois avant la date butoir a permis un meilleur respect des délais.



(sources : rapport CRUQ 2012)

85% des établissements ont utilisé le modèle type du rapport CRUQ contre seulement 67% l'année dernière. Cette amélioration s'explique par la mise en place d'un nouveau modèle type au niveau régional, en février 2012.

Le nombre moyen de personnes ayant participé à la rédaction des rapports CRUQ est 4, 2 (*données comprises entre 1 et 23 selon les établissements*).

Le nombre moyen de réunions de travail qui ont été nécessaires pour finaliser la rédaction du rapport est : 1,8 (*données comprises entre 0 et 4 selon les établissements*).

Le taux de participation des usagers à la rédaction du rapport CRUQ est seulement de 53%.

▪ **Etat d'installation des CRUQPC**

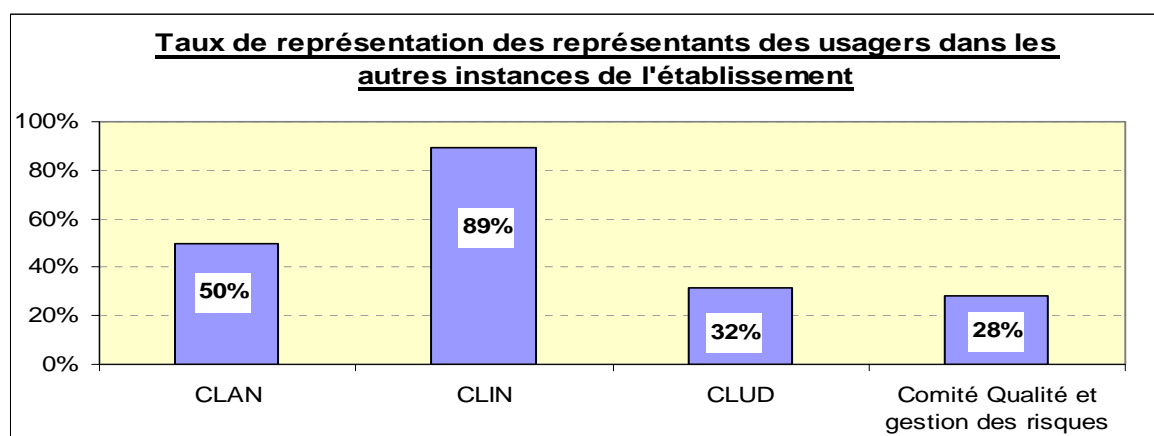
Dans la région Poitou Charente 100 des établissements disposent d'une CRUQPC.

45% des établissements en région déclarent disposer d'un lieu d'écoute dédié aux usagers et 42% ont mis en place une permanence téléphonique.

22% des établissements de la région ont organisé en 2011, *majoritairement grâce à l'intervention du CISS Poitou-Charentes*, au moins une formation à l'attention des membres de la CRUQ.

Les thèmes principaux de ces formations sont les suivants :

- la préparation à la certification V2010,
- le 2^{ème} congrès des usagers organisé par la FHP-MCO,
- le dossier médical personnalisé,
- la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance.



(sources : rapport CRUQ 2012)

Les représentants des usagers participent également à la vie de l'établissement au travers d'autres instances avec notamment 89% qui siègent en CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).

Précision et commentaires du groupe de travail

Les formations CISS Poitou Charente sont comprises dans les 30,5% mentionnés. La source concernant ce chiffre est le rapport CRUQ lui-même. Le « rapport type » CRUQ dirige les établissements dans la rédaction de leur rapport afin d'obtenir des données les plus homogènes possibles.

Volonté du groupe de reformuler la phrase concernant les formations pour les membres et de souligner que les formations du CISS Poitou Charentes y sont intégrées.

Commentaire de la commission des droits des usagers :

Ce taux de 45% semble surestimé par rapport au constat observé par les représentants des associations des droits des usagers siégeant dans les établissements de santé publics et privés. Il faut avoir en tête que ce chiffre repose sur du « déclaratif » relaté dans le rapport CRUQ.

Il est précisé que suite à une enquête sur l'accès aux soins diligentée par le CISS Poitou-Charentes, il apparaît que 90 % des personnes ayant répondu n'ont pas connaissance de la présence de représentants des usagers du système de santé dans les établissements de santé.

Les efforts qui ont commencé d'être engagés par les établissements sur l'information du patient doivent se poursuivre.

Il est constaté qu'il y a très peu de données concernant le secteur médico-social. La commission réaffirme que les établissements médico-sociaux doivent faire un effort pour fournir des éléments concrets sur le fonctionnement des conseils de vie sociale et plus particulièrement sur la place et le respect des droits des usagers, notamment à travers les rapports d'évaluation interne qu'ils doivent communiquer à l'ARS.

- **Représentation des usagers dans les CRUQPC**

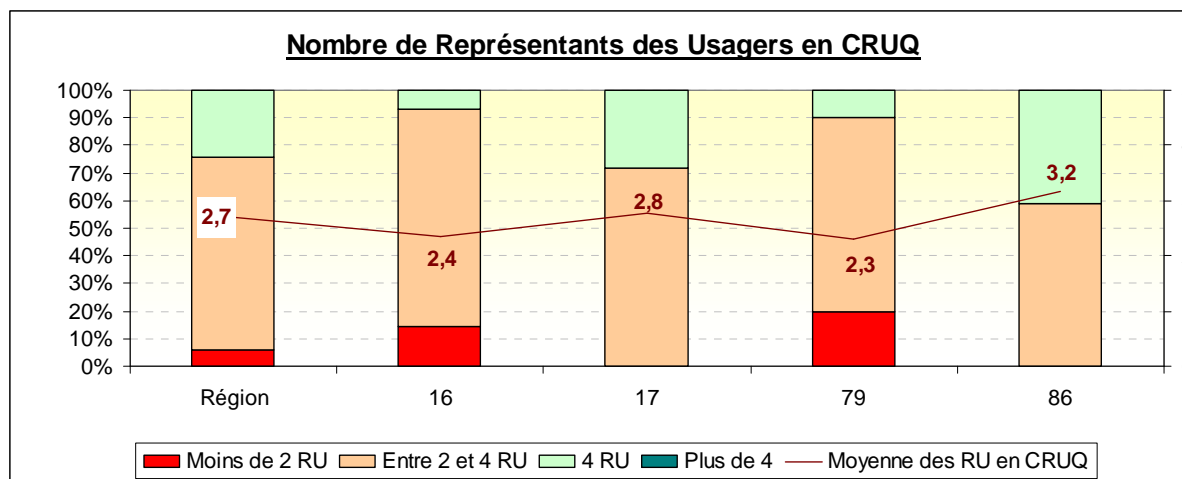
Règlement intérieur

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

Ce règlement intérieur a fait l'objet d'une révision dans seulement 58% des établissements alors que la date moyenne de composition des CRUQ de la région est le 1^{er} octobre 2005.

Les représentants des usagers ont été associés à sa rédaction dans plus de 92 % des établissements.

Composition de la CRUQ



(sources : rapport CRUQ 2012)

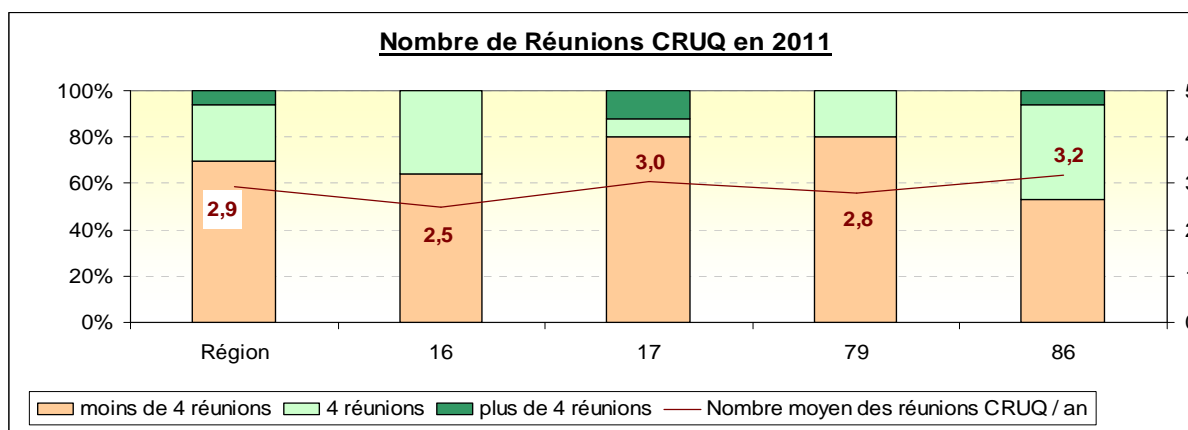
Le pourcentage d'établissements possédant une CRUQ composée de :

- 4 représentants d'usagers (deux titulaires et deux suppléants) est : 24 %,
- 2 ou 3 représentants d'usagers est : 70 %,
- Moins de 2 représentants d'usagers est : 6 %.

Ces résultats sont moins bons que ceux de 2010 puisque la moyenne 2011 des représentants d'usagers en CRUQ est de 2.7 contre 2.9 en 2010. Cette différence peut s'expliquer par le fait que, l'année dernière, très peu d'établissement avaient apporté cette information et qu'en conséquence le résultat était peu fiable.

Un état des lieux de la composition des CRUQ a été fait début 2012, permettant d'avoir une vision exhaustive pour la région et de pouvoir intervenir auprès des établissements afin de demander une mise en conformité. Les résultats de l'année prochaine devraient donc être en nette augmentation.

Nombre des réunions des CRUQPC et participation



(sources : rapport CRUQ 2012)

Il s'est tenu 196 réunions CRUQ en Poitou-Charentes en 2011 soit une moyenne de 2,9 réunions par établissement et par an (en légère hausse par rapport à l'année 2010 où la moyenne était de 2.8).

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

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

70% des établissements réunissent leur CRUQ moins de 4 fois dans l'année (65% en 2010).

Commentaires du groupe de travail

Le groupe de travail souligne que des progrès peuvent encore être faits, concernant :

- *le nombre de réunions organisées, car malgré une amélioration constante, le seuil minimum de réunions prévues n'est pas toujours respecté. Il devrait y avoir 4 réunions par an de ces CRUQ par établissement; il serait sans doute nécessaire d'établir une programmation annuelle de celles-ci.*

La commission souhaite que les textes soient rigoureusement respectés par l'ensemble des établissements de la région.

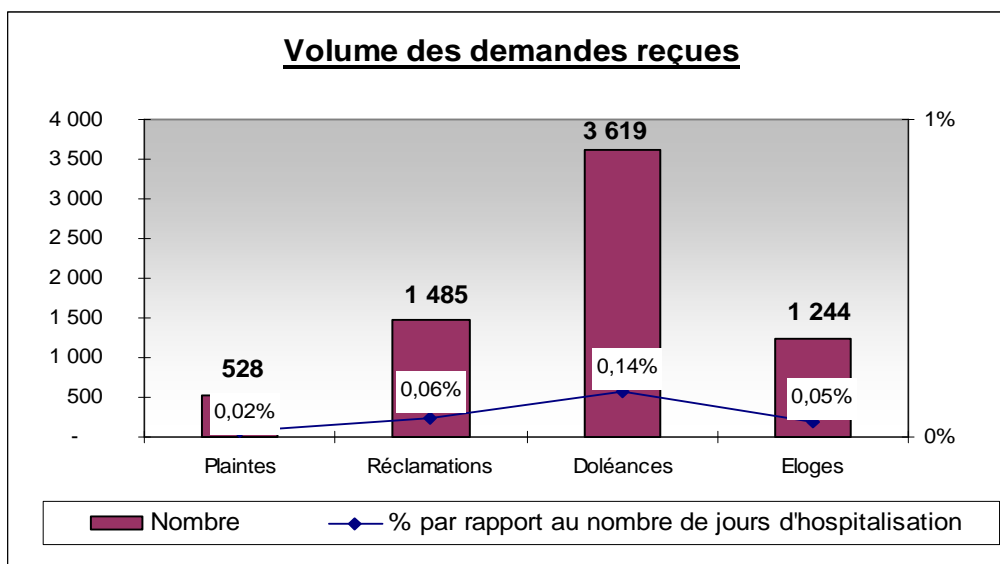
Il est constaté l'insuffisance de formations dispensées aux membres siégeant dans les instances de santé publique alors que la formation est une condition indispensable pour exercer de façon satisfaisante les fonctions de représentants des usagers.

Il est regretté l'insuffisance de participants aux formations organisées par le CISS PC alors que les programmes de formation sont régulièrement communiqués aux associations de santé et à l'ensemble des établissements de santé publics et privés de la région.

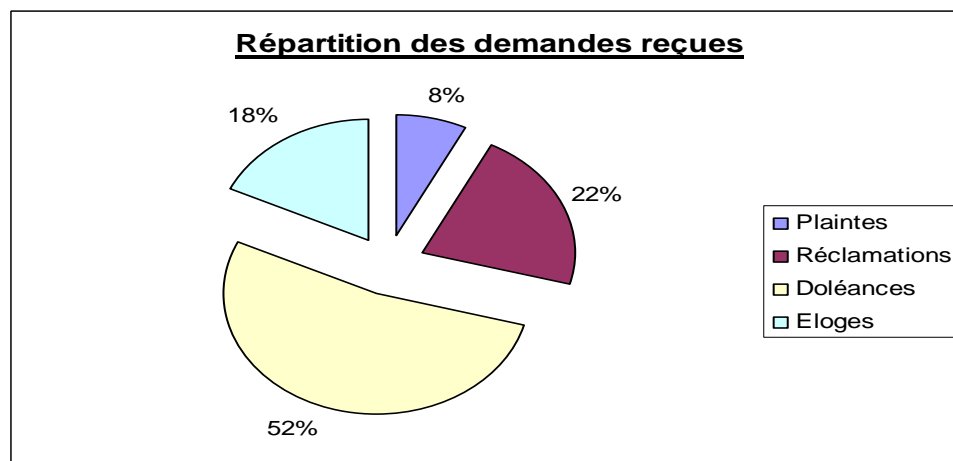
4. Informations en rapport avec les plaintes et réclamations

▪ **Plaintes et réclamations reçues**

92 % des établissements déclarent disposer d'une procédure de traitement des plaintes et réclamations.



(sources : rapport CRUQ 2012)

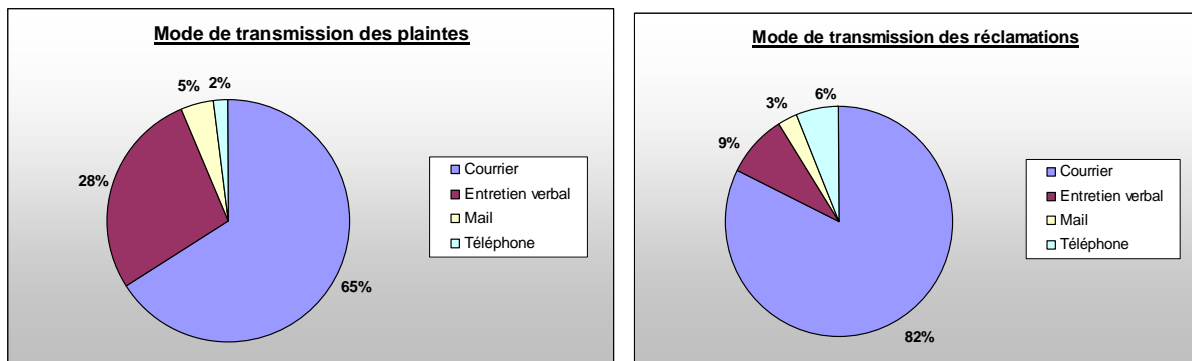


(sources : rapport CRUQ 2012)

Les volumes ne sont pas comparables à l'année dernière car les définitions ont été clarifiées. On remarque cependant que les volumes sont toujours faibles lorsqu'ils sont mis en comparaison avec le nombre de jours d'hospitalisation.

Les établissements reçoivent plus de doléances que de réelles plaintes et réclamations. Et le nombre d'éloges est également non négligeable.

▪ **Modes de transmission**



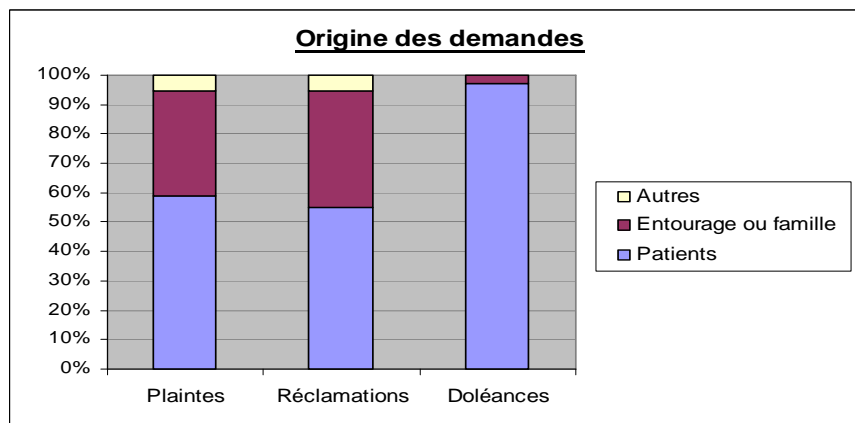
(sources : rapport CRUQ 2012)

Il est étonnant que le mode courrier soit plus utilisé pour déposer une réclamation (82%) qu'une plainte (65%).

De même, les plaintes semblent être déposées plus facilement sous le mode oral (28%) que les réclamations (8%).

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

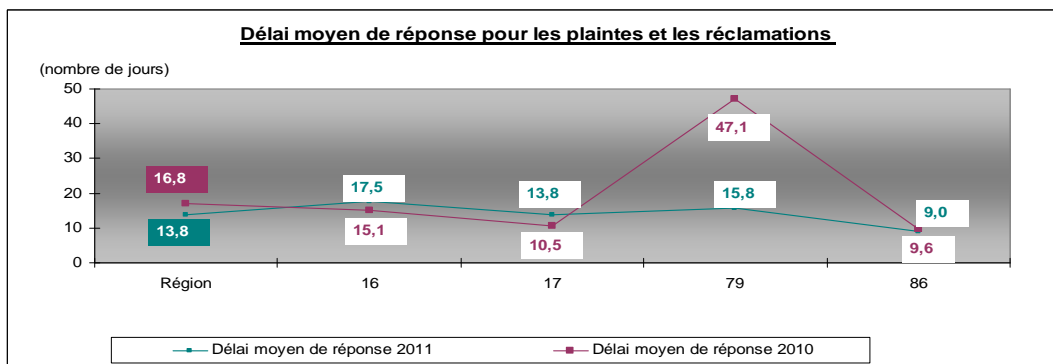
▪ **L'origine des demandes**



(sources : rapport CRUQ 2012)

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

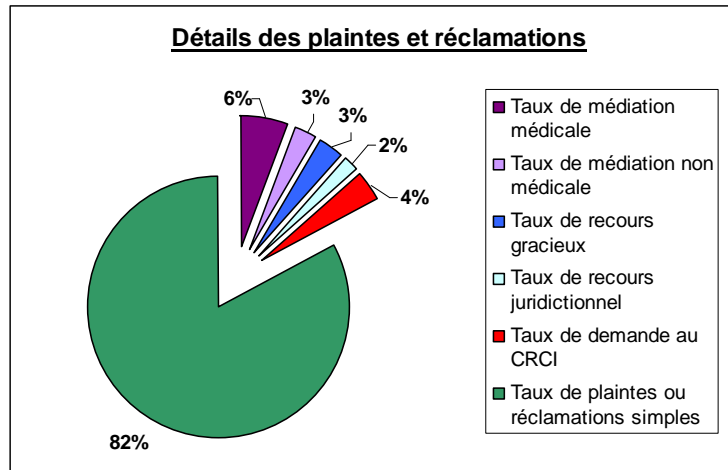
▪ **Les délais de réponse**



(sources : rapport CRUQ 2012)

Dans l'ensemble, les délais de réponse pour les plaintes et réclamations sont en amélioration au niveau de la région puisqu'ils passent de 16.8j en 2010 à 13.8j en 2011.

▪ **Le détail des plaintes et réclamations**

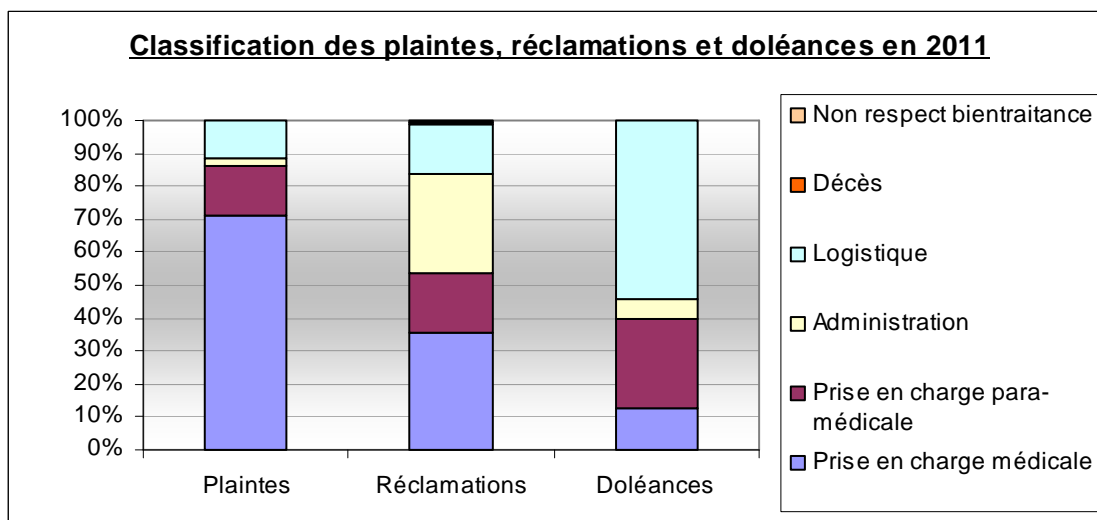


(sources : rapport CRUQ 2012)

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

▪ **Classification des plaintes/ réclamations et doléances**

La mise en place d'un groupe de travail au second semestre 2011 a permis d'établir un tableau commun de classification des plaintes / réclamations et doléances qui a bien été utilisé par les établissements. Il nous permet cette année d'avoir une analyse plus fine des motifs recensés.



(sources : rapport CRUQ 2012)

Analyse des plaintes

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

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

- les accidents thérapeutiques ou médicamenteux, séquelles à 46 %,
- la qualité des soins à 14 %,
- la contestation du diagnostic à 12 %,
- les infections (nosocomiales notamment) à 7 %.

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

- les pertes, vols et objets endommagés à 55 %,
- le confort de la chambre à 18%.

Analyse des réclamations

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

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

- l'organisation de la prise en charge à 20%,
- les problèmes relationnels à 18%,
- la qualité des soins à 12%,
- les informations du malade/de la famille : absence ou insuffisance à 9%,
- le délai d'attente avant prise en charge à 9%,
- la contestation du diagnostic à 8%.

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

- les problèmes relationnels avec le personnel soignant à 24%,
- la qualité des soins à 10%,
- l'organisation des soins/examens à 10%,
- le manque de personnel soignant à 10%,
- les informations : absence ou insuffisance à 9%,
- les problèmes de nursing, surveillance à 9%,
- le respect de la dignité de la personne (confidentialité/intimité) à 7%.

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

- l'accès au dossier médical à 46%,
- la facturation (dépassement d'honoraires, téléphone, télévision, contestation de règlement...) à 45%.

Analyse des doléances

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

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

- les informations du malade/de la famille : absence ou insuffisance à 34%,
- les problèmes relationnels à 19%,
- la qualité des soins à 11%,
- l'organisation de la prise en charge à 12%.

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

- le délai d'attente avant prise en charge à 20%,
- les problèmes relationnels avec le personnel soignant à 19%,
- le respect de la dignité de la personne (confidentialité/intimité) à 14%,
- la qualité des soins à 13%,
- les transports (brancardage, ambulance) à 9%,
- le manque de personnel soignant à 7%.

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

- la restauration à 41%,
- les locaux inadaptés (vétusté...) à 20%,
- les nuisances (promiscuité, bruit, tabagisme...) à 13%,
- le confort de la chambre à 7%.

Les éloges

Les établissements ont reçu 1244 éloges en 2011 soit en moyenne 18 éloges par établissement.

Les motifs les plus récurrents sont :

- La qualité de la prise en charge,
- L'accueil,
- La disponibilité du personnel médical et para-médical.

5. Demandes de communication d'informations médicales

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

Le nombre de demandes de dossiers patients en Poitou-Charentes en 2011 s'élève à 3508 soit une moyenne de 52 demandes par établissement et une diminution d'environ 4% par rapport à l'année 2010.

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

Le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers patients de + **de 5 ans** est de 21 jours.

Ces délais moyens respectent la réglementation en vigueur. Ils ne sont pas comparables avec les résultats de l'année dernière car l'ancienneté des dossiers demandés (+ ou – 5 ans) n'avait pas été distinguée.

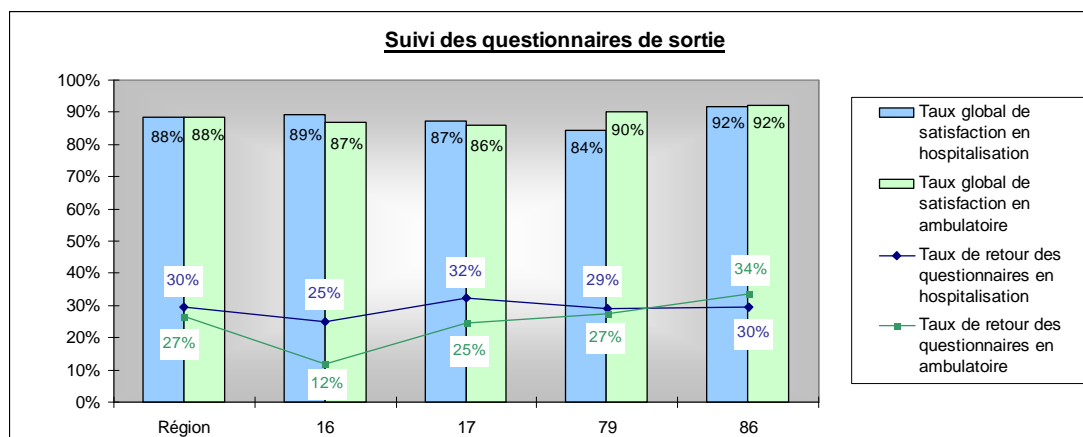
Le taux de réclamations reçues suite à une demande de dossier est seulement de 1,77%.

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

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

Les informations apportées par les établissements ont permis cette année de distinguer les motifs liés aux demandes de dossiers patients de – de 5 ans et ceux liés aux demandes de dossiers patients de + de 5 ans. Ces motifs sont globalement les mêmes toutefois c'est l'ordre de classement qui diffère.

6. Exploitation des enquêtes de satisfaction



(sources : rapport CRUQ 2012)

En hospitalisation :

Le taux moyen régional de retour des questionnaires de sortie est de 30%.

Le taux global de satisfaction des patients pour les établissements de la région est de 88%.

En ambulatoire :

Le taux moyen régional de retour des questionnaires de sortie est de 27%.

Le taux global de satisfaction des patients pour les établissements de la région est de 88%.

Ces résultats ne sont pas comparables à l'année dernière car la distinction n'avait pas été faite entre l'hospitalisation et l'ambulatoire. On note toutefois une amélioration puisque le taux de retour moyen en 2010 était de 25% et le taux de satisfaction de 86%.

Les principaux motifs de satisfaction sont :

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

Les principaux motifs d'insatisfaction sont :

- la restauration,
- le confort de la chambre et le cadre de vie,
- les nuisances sonores (extérieures et intérieures),
- les prestations (TV, Wifi...),
- les activités ludiques

72% des établissements disposent d'autres questionnaires de satisfaction que celui complété par l'usager et jugeant la qualité globale de l'hospitalisation ; ces questionnaires sont moins généralistes et ciblent des points précis du parcours de soins et des conditions d'hébergement.

7. Conseil de vie sociale (CVS)

▪ Rappel du contexte réglementaire

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

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

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

Le Conseil à la vie sociale comprend au moins :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;
- organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement ;

- enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par le décret.

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

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

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

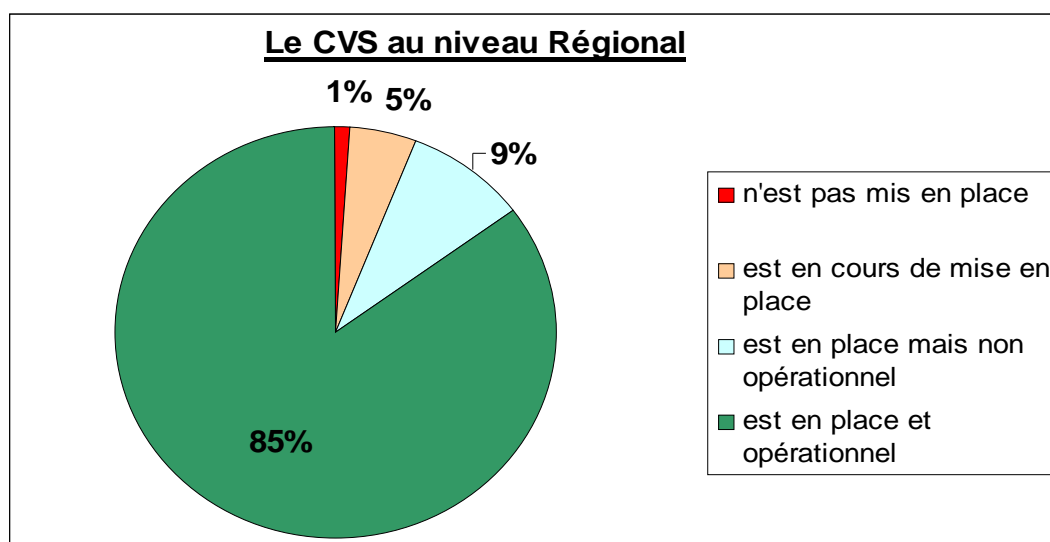
▪ Rappel de l'enquête réalisée en 2011 et de ses résultats

Analyse du fonctionnement des conseils de vie sociale

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

Les conseils de vie sociale installés

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

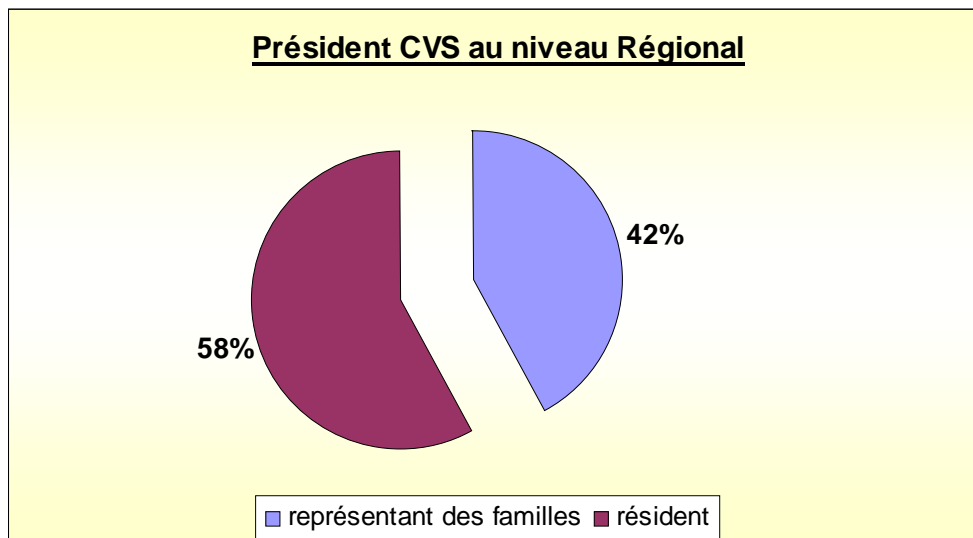


(sources : rapport CRUQ 2012)

En 2010 :

- 94% des établissements de la région ont instauré un CVS même s'il n'est considéré opérationnel que par 85% d'entre eux
- 5% sont en cours d'installation
- seulement 1% ne l'a pas encore mis en place (3% au niveau national)

La présidence des conseils de vie sociale



(sources : rapport CRUQ 2012)

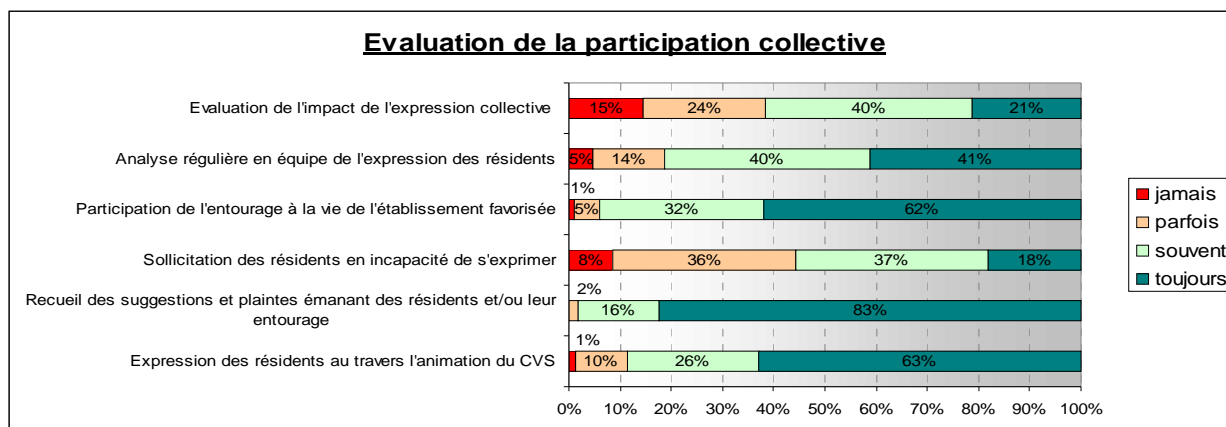
Dans 58% des établissements, le président du CVS est un résident

Pour les 42% restant, il s'agit d'un représentant des familles

(53% et 47% au niveau national).

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

Evaluation de la participation collective



(sources : rapport CRUQ 2012)

L'animation des CVS permet une bonne expression des résidents pour 89% des déclarants

Le recueil des suggestions et plaintes est systématiquement réalisé (98%)

Seulement 18 % des résidents en incapacité de s'exprimer sont sollicités par d'autres moyens

La participation de l'entourage est favorisée (94%)

L'analyse de l'expression des résidents est très souvent réalisée (81%)

La mesure de l'impact sur la vie de l'établissement est non systématique (21%)

Commentaires

Le fonctionnement des CVS doit être retracé dans les rapports d'évaluation interne que les établissements médico-sociaux doivent remettre à l'ARS. Malheureusement, le processus de l'évaluation interne, suivi de la remise du rapport, n'a pas pu atteindre son résultat.

Pour le groupe de travail, il serait important de disposer, sur la base des rapports d'évaluation interne reçus par l'ARS, d'une analyse réalisée par ses services sur le fonctionnement des CVS et plus largement sur le respect des droits des usagers inscrits dans la loi (livret d'accueil compréhensible, projet personnalisé notamment). Pour l'année concernée par ce rapport nous ne disposons malheureusement pas suffisamment d'éléments pour répondre à ce point mentionné par le cahier des charges national.

8. Personnes qualifiées

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

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

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

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

Il est opérationnel dans la Vienne depuis 2008.

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

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

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

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

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

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

Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé.

Les améliorations entreprises par les établissements de santé ont nécessité de revoir les critères de la certification pour qu'ils soient en phase avec la réalité, et vecteurs d'une démarche d'amélioration continue des services. Plusieurs versions de cette procédure se sont succédées, dont la plus récente date de 2010. Les critères d'évaluation sont sensiblement différents de la version précédente.

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

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

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

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

2. Rappel du dispositif national des indicateurs IPAQSS (obj.3b)

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

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

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

- le site internet et intranet de l'établissement,
- parution d'un article dans les journaux internes,
- affichettes au niveau du bureau des admissions ainsi qu'au niveau des accueils patients dans les unités de soins,
- affichettes dans la salle à manger de l'établissement ou bien dans le couloir qui y mène,
- affichettes dans la salle d'attente des urgences,
- parution dans le livret d'accueil,
- information remise en même temps que la fiche de salaire pour les professionnels,
- présentation dans les instances de l'établissement (pour les professionnels) : CLIN, CLUD, CME et CRUQ.

3. Promouvoir la bientraitance (obj.3b)

▪ Analyse de la référence 10a de la certification HAS V2010

En Poitou-Charentes sur les 68 établissements sanitaires, publics et privés, 27 (à la date du 31/12/2011) ont eu leur certification V2010. Cela représente donc 40% des établissements sanitaires, publics et privés.

Concernant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

- 22 % des établissements ont une cotation A
- 74% des établissements ont une cotation B
- 4% des établissements ont une cotation C

▪ Informations figurant dans les rapports CRUQPC

Plus de 93% des rapports CRUQ présentent un plan d'actions portant sur l'amélioration de la prise en charge et sur le respect des droits des usagers, contre 69% en 2010.

Les thèmes les plus récurrents en matière de plans d'actions relatifs à **la prise en charge des patients**, que les établissements se proposaient de mettre en œuvre en 2012, sont les suivants :

- le dispositif d'annonce : formalisation d'une procédure d'annonce d'un dommage associé aux soins du patient, présentation du guide « annonce d'un dommage lié aux soins », réflexion à mener sur les modalités de mise en place d'une procédure dédiée concernant l'information des patients en cas de dommage lié aux soins, améliorer l'information sur les dommages associés aux soins (plaquettes d'information patients sur les risques possibles et la démarche mise en œuvre sur l'établissement), structurer une démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, mettre en place un fascicule sur l'information des patients en cas de dommages liés aux soins,
- promotion de la bientraitance : poursuivre la mise en œuvre du plan de promotion de la bientraitance, former les représentants d'usagers au dispositif de signalement mis en place par l'établissement en organisant une rencontre avec le comité de bientraitance-vigilance, mettre en œuvre des actions de formation relatives aux soins palliatifs, aux droits du patient, à la bientraitance, organisation de 2 réunions de sensibilisation des équipes à la bientraitance,
- directives anticipées : élaboration et mise en place d'un document permettant le recueil des directives anticipées du patient, engager la réflexion pour améliorer le recueil des directives anticipées, réactiver le groupe de travail sur les directives anticipées. En 2011 48% des établissements déclarent avoir mis en place un formulaire de recueil des directives anticipées.

Au regard de la certification V2010 concernant la prise en charge des patients en fin de vie, sur les établissements certifiés

- **45%** en **A** (12 étab.)
- **37%** en **B** (10 étab.)
- **7%** en **C** (2 étab.)
- Et 3 établissements non concernés par ce critère (CH Henri Laborit (86), Centre de réadaptation du Moulin Vert (86), Centre Alpha (17))

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

- les questionnaires de sortie : améliorer le taux de recueil au questionnaire de sortie (QS) en impliquant les équipes, analyse des indicateurs QS et mise en place d'actions d'amélioration avec suivi si besoin, renforcer l'augmentation du taux de retour du QS, conduire une étude sur l'évaluation de la satisfaction des usagers dans les structures alternatives à l'hôpital, mise en place d'enquêtes de satisfaction en courts et moyens séjours avec l'aide des représentants d'usagers présents en CRUQ, solliciter les représentants d'usagers pour aider au remplissage des QS afin d'améliorer le taux de retour, mettre en place un QS plus attractif et plus adapté, ajouter 2 questions sur la maltraitance et l'accompagnement de l'entourage et ajouter des questions relatives aux soins dans le questionnaire DP et envoyer annuellement des questionnaires à tous les patients à programmer en août/septembre plutôt qu'en décembre pour finaliser les actions avant le bilan annuel, améliorer le taux de retour des QS en le simplifiant et en sensibilisant les patients par le biais des équipes, mise en place d'enquêtes de satisfaction patient téléphonique réalisées par un prestataire externe, étudier la satisfaction de l'entourage, maintien du niveau de satisfaction globale, augmenter le taux de retour du QS par la mise à disposition des patients d'enveloppes pré-timbrees facilitant le retour par courrier, en sollicitant après la sortie le patient ou sa famille, oralement et en proposant de remplir un QS après 4 semaines consécutives d'HAD,
- fonctionnement de la CRUQ : impliquer les représentants d'usagers dans le rapport annuel de la CRUQ et le fonctionnement des autres commissions, augmenter le nombre de réunions CRUQ, veiller à une formation des représentants d'usagers soit en interne, soit en utilisant les diverses possibilités proposées dans la région (notamment celles du CISS dans le cadre de ses plans de formation), permettre à la CRUQ d'être force de proposition en direction du COPIL, affichage et présentation de la CRUQ au sein de l'établissement, suivi des indicateurs CRUQ : gestion des plaintes et réclamations, consultation des dossiers par le patient, analyse des critères V2010 vis-à-vis de la CRUQ et plan d'amélioration, mise en place d'une réunion mensuelle animée par les représentants d'usagers pour les patients afin de les informer sur l'existence et les missions des CRUQ, réaffirmer le rôle et la place des représentants d'usagers dans la structure, faire une analyse et présenter les EI en CRUQ, mise à jour de la composition CRUQ,
- information et communication : actualisation des outils de communication (livrets d'accueil, affichages...), améliorer l'information du patient et de son entourage, améliorer l'information des patients concernant la CRUQ en mettant à la disposition dans le classeur domicile une copie de la page du livret d'accueil concernant « la commission de conciliation avec l'utilisateur »,

En ce qui concerne la prise en charge des patients, le thème de la « promotion de la bientraitance » était déjà une des recommandations principales que les établissements envisageaient de développer courant 2011.

En ce qui concerne le respect des droits des usagers, les thèmes relatifs aux « questionnaire de sortie » et à « l'information des patients et des usagers » étaient également deux des recommandations principales développées par les établissements en 2011.

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

Les thèmes relatifs au «questionnaire de sortie» et au «fonctionnement de la CRUQ» ne sont pas ciblés de façon aussi précise par les usagers dans les plaintes, réclamations et doléances mais, de fait, améliorer l'utilisation de ces outils permettra de mettre plus facilement en exergue les difficultés qu'ils rencontrent et la mise en œuvre des actions nécessaires à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient ainsi que du respect de ses droits.

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

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

Sur la même base que pour l'indicateur 10a, sur les 27 établissements certifiés :

- **33%** des étab. cotés **A** (9 étab.)
- **52%** des étab. cotés **B** (14 étab.)
- **15%** des étab. cotés **C** (4 étab.)

Commentaires du groupe de travail

Les éléments seront certainement insuffisants pour répondre à ce point au vue des données 2011. Néanmoins il semble important de préciser le terme de « maltraitance » et de bien faire la distinction entre l'ambulatoire et sanitaire.

Il est également important de relier cela à l'information du patient ou parfois de son représentant (où doit il s'adresser, comment, auprès de qui, quelles sont les démarches...).

Concernant le sujet « fin de vie, directives anticipées » beaucoup de choses sont à développer, à poursuivre ou à améliorer. Il semble important pour les membres que ce qui a trait à ce sujet soit fait par une personne qualifiée : psychologue, travailleurs social, professionnel.

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

1. Rappel des textes

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

2. Ambulatoire

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

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

3. Analyse de la référence 14b de la certification HAS V2010 (établissements de santé)

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

Sur les 27 établissements certifiés :

- **74% en A** (20 établissements)
- **22% en B** (6 établissements)
- **4% en C** (1 établissement)

4. Informations figurant dans les rapports CRUQPC

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

Rappel des textes :

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

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

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

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

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

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

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

Le nombre de demandes de dossiers patients en Poitou-Charentes en 2011 s'élève à 3508 soit une moyenne de 52 demandes par établissement et une diminution d'environ 4% par rapport à l'année 2010.

Le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers patients de – **de 5 ans** est de 8,1 jours.
Le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers patients de + **de 5 ans** est de 21 jours.

Ces délais moyens respectent la réglementation en vigueur. Ils ne sont pas comparables avec les résultats de l'année dernière car l'ancienneté des dossiers demandés (+ ou – 5 ans) n'avait pas été distinguée.

Le taux de réclamations reçues suite à une demande de dossier est seulement de 1,77%.

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

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

- demande dans le cadre d'une expertise médicale.

Les informations apportées par les établissements ont permis cette année de distinguer les motifs liés aux demandes de dossiers patients de – de 5 ans et ceux liés aux demandes de dossiers patients de + de 5 ans. Ces motifs sont globalement les mêmes toutefois c'est l'ordre de classement qui diffère.

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

L'éducation Nationale, par le biais du Rectorat, nous indique qu'elle scolarise tous les enfants soumis par la MDPH. Ainsi 100% des demandes de scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire émanant des MDPH sont prises en considération.

Ce sont les responsables des établissements qui gèrent les demandes de scolarisation en milieu adapté, avec cependant des temps de scolarisation variables selon les capacités des enfants et les temps d'enseignants disponibles.

L'enquête auprès des enfants et adolescents handicapés (31 décembre 2010) a été menée. D'après les résultats de cette enquête : 16 % des enfants présents dans les établissements et services à domicile pour jeunes handicapés ne sont pas scolarisés (22 % au sein des établissements, 3 % au sein des Sessad).

Si l'on considère les 6-16 ans, tranche d'âge où l'enseignement est obligatoire, la proportion d'enfants non scolarisés est de 15 % en établissements, inférieure à 1 % en Sessad.

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

En 2011 aucune plainte n'a été déposée à l'ARS par les personnes sous main de justice sur l'accès à leur dossier médical.

Des inspections des centres pénitentiaires de la région, ont été réalisées par la DRASS en 2009/2010, qui soulignent que les locaux des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ne sont pas toujours adaptés pour assurer une confidentialité des données médicales optimale.

F. Santé mentale (obj.9)

En 2011 les commissions départementales de soins psychiatriques n'étaient pas encore installées. Un comité technique régional (COTER) de santé mentale a été mis en place en 2012. Une première réunion s'est tenue le 25/09/2012 sur la gestion des risques liés aux soins en santé mentale. Ce point sera développé dans le prochain rapport des droits des usagers.

G. Label 2012 « droits des patients »

4 projets ont été labellisés en Poitou-Charentes en 2011 dans le cadre de « 2011, année des patients et de leurs droits » :

- Création d'un espace des usagers au CHU de Poitiers : projet porté conjointement par le CHU de Poitiers et le CISS Poitou-Charentes,
- Foires expositions régionales : projet porté par le CISS Poitou-Charentes,
- Annuaire des représentants d'usagers : projet porté par le CISS Poitou-Charentes,
- Mise en place d'une réunion d'accueil des nouveaux patients : projet porté par la clinique Cardiocéan.

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

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

1. 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

La détermination des zones fragiles sur la région au cours de l'année 2012 répond en partie à cet indicateur.

Les éléments qui suivent sont extraits du CPOM entre l'ARS Poitou Charentes et l'Etat, dont un des objectifs concerne les zones fragiles – données du CPOM 2012 sur les données 2011

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

En Poitou-Charentes 11 bassins de vie sont ciblés. Cela représente 5,04% de la population picto-charentaise.

En outre en 2011, concernant les structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire, 11 structures (maisons de santé, centres de santé, pôle de santé) ont été installées.

2. Taux de satisfaction de la permanence des soins

Aucun indicateur n'a pu être fourni sur ce domaine.

Il convient de noter que le cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires est élaboré. Il reprend par territoire l'organisation retenue.

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

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

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

L'analyse ci-dessous a été faite par la commission spécialisée prévention de la CRSA.

1. Dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal

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

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans : Poitou-Charentes 37,1%
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : Poitou-Charentes 56,3% (France 52,3%)

Cependant, au niveau du national comme du régional, on observe une très faible progression voire une stagnation des résultats en matière de dépistage du cancer du sein et un fléchissement du taux de participation au dépistage du cancer colorectal.

Pour améliorer cette situation, il faut améliorer l'information des publics et des professionnels de santé et réduire l'inégalité d'accès à ces dispositifs, notamment des personnes en situation de précarité.

En effet l'Assurance Maladie a constaté que 60 à 65% des assurées bénéficiant de la CMU-C n'avaient pas fait de mammographie au cours des deux dernières années contre 36% dans la population générale.

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

2. Vaccination

L'accent est mis sur l'insuffisance de la couverture vaccinale régionale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

- Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : données relatives aux départements 17, 79, 86 inexploitable, Charente 95,5% ont reçu la 1ère dose, 61,8% ont reçu 2 doses
- Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle : Poitou-Charentes 12,8% (France 12,1%)

Parmi les raisons de cette insuffisance, les principales sont :

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

Des actions de sensibilisation auprès du public et de promotion auprès des professionnels de santé sont engagées. La vaccination est placée au centre des préoccupations de la CRSA en Poitou Charentes. En effet, face à l'insuffisance préoccupante de la couverture vaccinale, la commission prévention a proposé de :

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

Commentaires du groupe de travail

Au-delà des éléments fournis il est nécessaire de souligner le rôle important que jouent les associations dans la prévention et le dépistage. Le CISS Poitou-Charentes souhaite notamment ajouter des éléments relatifs aux associations qui font de la prévention.

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

1. Les contrats locaux de santé

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

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

Missions et objectifs du CLS

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

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

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

Le CLS vise :

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

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

En 2011 le contrat local de santé de Châtelleraut a été signé, le 12 décembre 2011

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

Comparaison des dépenses personnes handicapées par rapport à la population cible - 2010

Charente :	136 € par habitant
Charente-Maritime	168 € par habitant
Deux-Sèvres	153 € par habitant
Vienne	172 € par habitant
Région	159 € par habitant

Comparaison des dépenses personnes âgées par rapport à la population cible – 2010

Charente :	1 812 € par habitant
Charente-Maritime	1 512 € par habitant
Deux-Sèvres	2 046 € par habitant
Vienne	1 788 € par habitant
Région	1 743 € par habitant

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

Charente :	11
Charente-Maritime	27
Deux-Sèvres	13
Vienne	26
Région	77

Remarque du groupe de travail :

Concernant la problématique « insalubrité des logements » il apparaît au groupe qu'il est aujourd'hui difficile de vérifier les résultats des enquêtes sur la salubrité des logements (conformité, mise aux normes...)

III. Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

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

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

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

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

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

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

En 2011, 7 sessions de formations ont été proposées et 120 personnes formées (dont 97 personnes représentant les usagers).

DATE	FORMATION	LIEU	INTERVENANT
31-mai	INFORMATION DMP	CH NIORT	ASIP
05-juin	Gestion des plaintes	CH LA ROCHELLE	Intervenant Formateur Paris
09-sept	Ethique sur la Bien Traitance et la Laltraitance	CH ANGOULEME	Intervenant Formateur Paris
23-sept	Droit des malades	CH NIORT	Intervenant Formateur Paris
6/7-oct	Accidents de la vie courante	CH ANGOULEME	APAVC-CFIA
02-déc	Mobiliser les bénévoles associatifs	CH NIORT	Lionel Soubeyran (L'S and CO)
13 dec	RU : l'essentiel	CHU POITIERS	

IV. Renforcer la démocratie sanitaire

A. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans la CRSA et les conférences de territoire (obj. 15)

La présence dans les instances des représentants des usagers est un critère d'implication de l'expression collective des usagers. Les taux de présence détaillés par collèges à la CRSA se présentent de la manière suivante :

Collèges	Taux de participation – 2011
Représentants des collectivités territoriales	37,6 %
Représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	85,5%
Représentants des conférences de territoire	57,8 %
Partenaires sociaux	52,8 %
Acteurs de la cohésion et de la protection sociale	65 ,1 %
Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	72,3 %
Offreurs des services de santé	69,7 %
Personnalités qualifiées	25 %
GLOBAL	66,5 %

Chiffres extraits du rapport d'activité CRSA 2011

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

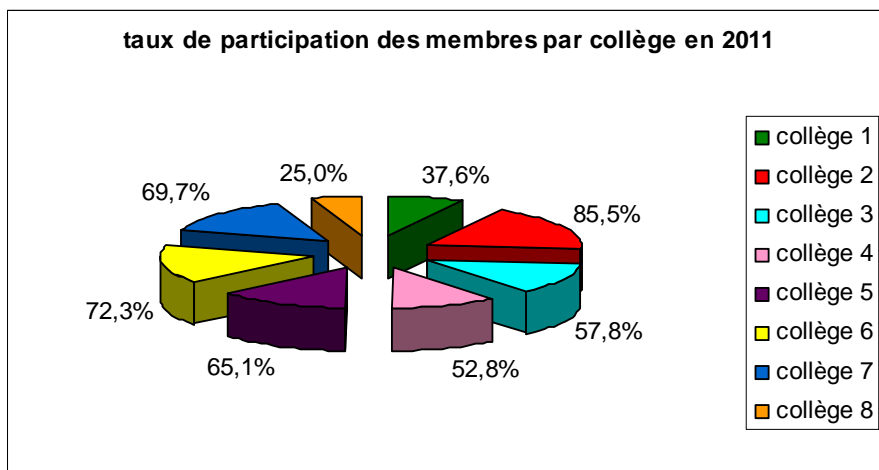
- des associations des usagers de services de santé ou médico-sociaux (collège 2) : 85.5 % contre 76.7 % en 2010,
- des acteurs de la prévention de l'éducation pour la santé (collège 6) : 72.3 % contre 73.3 % en 2010,
- des offreurs des services de santé (collège 7) : 69.7 % contre 72.1 % en 2010.

Le taux de participation des acteurs de la cohésion et de la protection sociales (collège 5) est de 65.1 % contre 60 % en 2010.

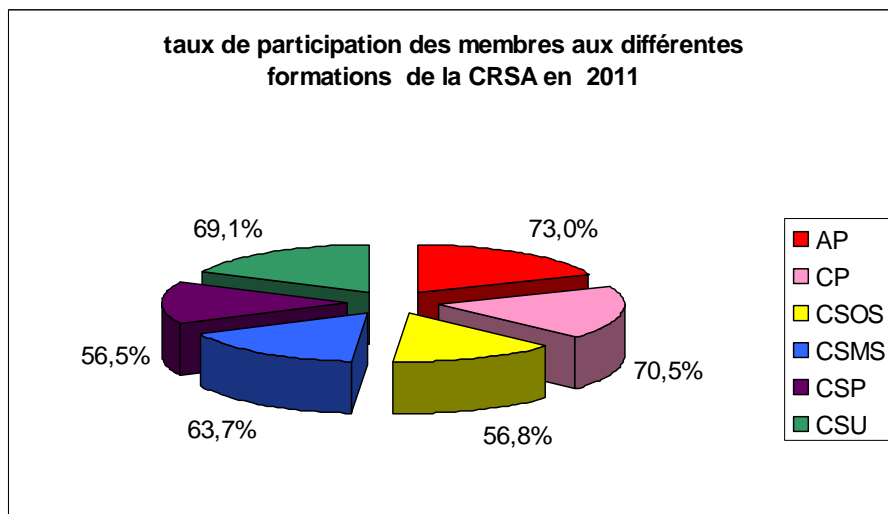
Le taux de participation des représentants des conférences de territoire (collège 3) est de 57.8 %

Le **collège 4** – partenaires sociaux – a eu une participation sensiblement plus forte en 2011 : 52.8 % contre 36.8 % en 2010.

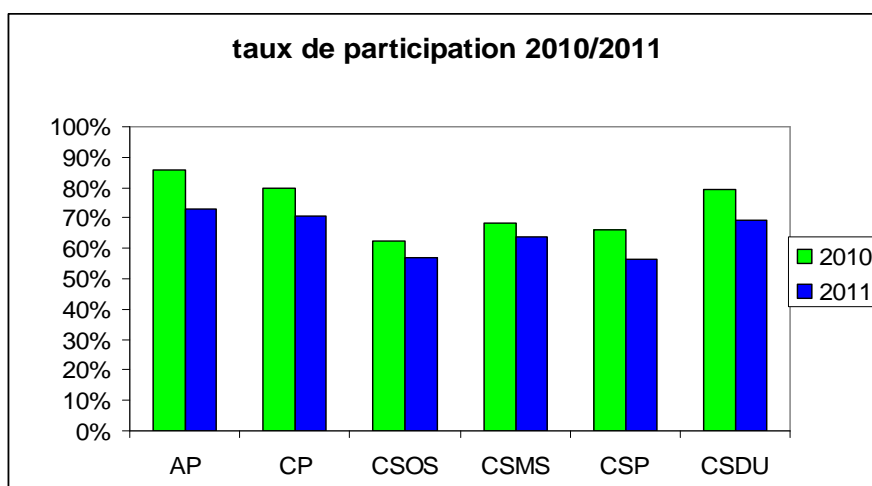
Le taux de participation des représentants des collectivités territoriales (**collège 1**) reste le moins élevé 37.6 % contre 39.1 % en 2010.



Chiffres extraits du rapport d'activité CRSA 2011



Chiffres extraits du rapport d'activité CRSA 2011



Chiffres extraits du rapport d'activité CRSA 2011

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

De l'analyse sur le taux global de participation des membres composant les 5 formations de la CRSA, il ressort que le taux de participation est toujours satisfaisant et toujours supérieur à 50 % :

- 73 % pour les membres composant l'assemblée plénière. En 2010, la participation à la séance d'installation avait été de 86 %.
- 70.5 % pour les membres de la commission permanente (79.6 % en 2010).
- 69 % pour ceux de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (79.5 % en 2010) ;
- 63.7 % pour les membres de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (68.5 % en 2010) ;
- 56.5 % pour ceux de la commission spécialisée de prévention (66 % en 2010) ;
- 56.8 % pour les membres de la commission spécialisée d'organisation des soins (62.5 % en 2010).

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

- **Le Projet régional de santé (PRS)**

Régulièrement informée et concertée sur l'élaboration du PRS, la commission a été amenée à s'exprimer sur :

- **Le plan stratégique régional de santé (PSRS)**

La commission a souhaité que soit ajouté un paragraphe sur le respect des droits des usagers rédigé comme suit :

« Le respect des droits des usagers est une obligation éthique reconnue au niveau européen par l'agenda 22 et transposée au niveau national. La commission du « droit des usagers » s'impose à chaque ARS.

Ce droit doit nécessairement se décliner dans chaque domaine et priorité en s'appuyant sur des valeurs et des principes fondamentaux.

Chaque personne a droit à la vie, la sécurité, l'intégrité et la liberté de sa personne (charte des droits et libertés de la personne, (Québec).

Chaque personne a droit aussi :

- à l'égalité
- à la non discrimination
- à la protection
- au respect de ses droits
- à l'égalité des chances. »

Par ailleurs, les **thèmes prioritaires** proposés par la commission ont été les suivants :

- Sensibiliser la population aux dons de sang et d'organes en Poitou-Charentes.
- Faciliter l'accès aux soins des personnes âgées en situation de dépendance (ex : expérimentation bucco dentaire).
- Faciliter l'accès aux soins des personnes ayant un handicap moteur et/ou mental.
- Favoriser l'éducation thérapeutique.
- Développer les soins palliatifs.
- Respecter le choix des personnes vieillissantes en situation de handicap.
- Coordonner les services hospitaliers et ambulatoires pour s'adapter à l'évolution de la vie de l'enfant en situation de handicap (du dépistage à la sortie de l'enfance).
- Harmoniser le parcours de vie du patient (coordination entre le médico-social et l'hospitalier).

- Améliorer le système d'information et de connaissance sur les dispositifs médico-sociaux (création d'un guichet unique dans le monde médico-social).

- **Avis sur le projet régional de santé dans sa globalité**

Bien que les textes ne prévoient pas un avis express de la commission spécialisée des droits des usagers, le directeur général de l'ARS a souhaité recueillir son avis.

Tout en constatant la carence sur certaines zones de territoires de moyens médicaux, de transports et en règle générale de services adaptés à la population, la commission a, lors de sa séance du 27 septembre, émis à l'unanimité un avis favorable au projet régional de santé.

- **Le Label « 2011, année des patients et de leurs droits »**

La commission a eu à examiner 7 demandes de labellisation :

- **4 dossiers présentés par le CISS Poitou-charentes**

- **annuaire des représentants des usagers du système de santé** : ce projet qui vise à mettre à la disposition des associations d'usagers un document comportant les coordonnées des représentants des usagers siégeant dans les établissements ou instances de santé, a reçu un **avis favorable** de labellisation par la commission. Cet annuaire a été présenté aux membres de la commission.

- **Assises** : le CISS organise des assises biennales permettant d'établir une communication entre les associations d'usagers adhérentes ou non au CISS afin de mieux comprendre les évolutions du système de santé et mieux appréhender la prise en charge des usagers. Cette demande de labellisation a été **refusée** par la commission.

- **espace des usagers du CHU de Poitiers et CH d'Angoulême** : Une convention co- signée par le CISS et les établissements prévoit l'animation de l'espace des usagers par les bénévoles des 37 associations adhérentes au CISS. Ces espaces sont mis à la disposition des usagers pour toutes informations qu'ils souhaitent (échange, plaquettes, n°vert...). Ce projet a recueilli un **avis favorable**.

- **foires – expositions régionales** : le CISS participe aux foires expositions, aux journées des associations dans le but d'informer les usagers du système de santé sur leurs droits et de répondre à leurs attentes. Une évaluation est effectuée par une fiche d'entretien anonymisée qui permet d'apprécier les besoins ainsi que les attentes des usagers. Cette demande a fait l'objet d'un **avis favorable** de la commission

➤ **1 dossier présenté par le CHU de Poitiers :**

La demande porte sur le projet « **espace des usagers** » pour lequel le CISS a eu la labellisation. Le CHU co-porteur de ce projet de création d'espace des usagers (mise à disposition de moyens humains et financiers, du local, souhaite être associé à la labellisation délivrée au CISS PC. Un **avis favorable** a été donné à cette demande.

➤ **1 dossier présenté par le CH de Rochefort :**

La demande concerne un projet intitulé « **création d'une association de représentant des usagers-patients du système de santé dans le pays rochefortais** ». Après avoir demandé des informations complémentaires, la commission a émis un **avis défavorable** considérant que la demande de labellisation ne porte pas sur une action exemplaire dans le domaine de la promotion des droits des usagers.

➤ **1 dossier présenté par la clinique Cardiocéan à Puilboreau**

La demande porte sur le projet « réunion d'accueil des patients » qui consiste à rassembler toutes les nouvelles entrées de la semaine et d'expliquer aux patients les différentes caractéristiques de la prise en charge. L'objectif de cette réunion est d'optimiser leur séjour dès les premiers jours de l'hospitalisation. Une rencontre a également lieu à la fin de leur séjour pour les informer des modalités de retour chez eux ... suivi médical et paramédical ». Un **avis favorable** a été émis par la commission.

Sur l'ensemble de ces dossiers **4 projets ont été labellisés en Poitou-Charentes en 2011** dans le cadre de « 2011, année des patients et de leurs droits » :

- Création d'un espace des usagers au CHU de Poitiers : projet porté conjointement par le CHU de Poitiers et le CISS Poitou-Charentes,
- Foires expositions régionales : projet porté par le CISS Poitou-Charentes,
- Annuaire des représentants d'usagers : projet porté par le CISS Poitou-Charentes,
- Mise en place d'une réunion d'accueil des nouveaux patients : projet porté par la clinique Cardiocéan.

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

■ La réalisation du programme d'actions 2011 de la commission

ACTIONS	BILAN	COMMENTAIRES
Rédaction et diffusion d'un rapport type CRUQPEC respectant le cahier des charges de la DGOS	terminé	Rapport type créé et diffusion prévue lors d'une 1/2 journée d'information à destination des référents CRUQ des établissements de santé
Production des CRUQ comme indicateur dans le CPOM 2011 de l'établissement	terminé	Indicateur pris en compte dans le bilan CPOM 2007-2011 + nouveau CPOM en cours de création
Mise en place d'un groupe de travail permettant une meilleure classification des plaintes, réclamations et doléances	terminé	Réunions du groupe de travail réalisées au 2nd semestre 2011
Organisation d'une journée régionale d'échanges et d'informations à l'automne 2011 avec les référents CRUQ des établissements, co-animée par l'ARS et la commission spécialisée « droits des usagers »,	terminé	1/2 journée d'échange réalisée le 26/10/2011 avec les fédérations hospitalières et les membres des associations agréées de la région
Recensement des modalités d'affichage des indicateurs IPAQSS par les établissements de santé	terminé	Action réalisée via les rapports CRUQ
Etat des lieux de la qualité, de la certification et du droit des usagers dans le champ médicosocial	en cours	Analyse des CVS par l'intermédiaire de l'enquête bien-être ANESM + projet d'enquête plus complète sur le secteur en 2012
Réactivation du groupe de travail des qualitiens afin qu'un suivi des indicateurs de qualité et de prise en charge soit effectué sur plusieurs années et analysé de façon longitudinale.	en cours	Contact pris avec l'ancien réseau GEM (Groupe Echange Mutuel) qualité du secteur public + création en cours d'un réseau Qualité / droits des usagers à la fois public et privé

■ les observations, préconisations et perspectives 2012 de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers :

• Observations

Les questions posées relèvent principalement des moyens d'évaluation, de contrôles et de l'appréciation des effets des préconisations en place.

Par exemple le Conseil de vie sociale pose avec constance, la question de l'expression qui est un droit, mais souvent non totalement exercé, par crainte ou par ignorance. Parfois, et cela a été évoqué, par monopolisation ou organisation par les instances de direction de l'établissement, avec pour conséquence, une orientation des questions-réponses.

Concernant le **secteur médico-social** :

- déterminer des indicateurs pertinents (référentiel ANEMS, recommandations de bonnes pratiques professionnelles...) qui doivent être étendus à l'ensemble des secteurs (accueil familial, aide à domicile...) actuellement non couverts par ces moyens.

Pour le **secteur médico-social** spécialisé : **handicap psychique**:

- manque de SAMSAH pour accompagner les personnes à la sortie d'hospitalisation psychiatrique ; problèmes sanitaires, avec notamment la généralisation des alertes automatiques types GTS, à domicile avec les lignes dédiées,

Au niveau territorial pour les personnes âgées :

- problème du « médecin coordonnateur » de l'établissement d'accueil.

Si la personne souhaite conserver son propre médecin, que devient le médecin traitant, son rôle, son importance, ses moyens ?

Différence entre « Secteur Rural » et « Secteur Urbain », avec en nuance la notion de secteur de grande ville ou ville centre.

Quid du relationnel et de l'accès :

- « Secteur Rural » : accès difficile mais relationnel apparemment plus facile.
- « Secteur Urbain » : accès plus rapide mais plus anonyme.

Importance de l'humanisation des rapports et surtout avec la population fragile ou fragilisée, demandant un grand respect (aspect important pour la réussite).

Comment mesurer ces difficultés ?

- à qui s'adresser ?
- notion d'autocensure
- les vexations (important car cela conduit à un renfermement sur soi du patient ou du client)

Trois niveaux sont à distinguer :

- les personnes en milieu structuré.
- les personnes en accueil à domicile
- les personnes âgées seules ou isolées.

Les Conseils Généraux ne disposent pas toujours de moyens suffisants pour effectuer des contrôles, et s'en remettent le plus souvent aux bonnes volontés et aux familles. C'est tout le problème de la perte d'autonomie et de son accompagnement qui est ciblé.

- **Préconisations**

- **Renforcement des formations, des informations et de l'acquisition de qualifications pour « les aidants », quels que soient leurs statuts (aidants familiaux, professionnels, médico-accompagnants) ;**
- **Labellisation qui constitue la base des données nécessaires à une connaissance étendue des possibilités (exemple le travail du CISS PC et de son annuaire labellisé, à poursuivre et faire vivre) ;**
- **Réalisation extérieure de CRUQPC pour « les aidants », avec cahier des charges adapté (comment et quelles sont les clauses de mises en place ?)**
- **Construire un outil permettant d'évaluer la satisfaction des usagers hors structure.**

- **Perspectives 2012**

La commission a suggéré trois points importants :

- **l'extension à tous les secteurs (médical, médico-social et territorial) d'une grille type CRUQPC** afin d'établir sur le moyen et long terme des comparaisons tangibles. Dans l'attente de cette grille, les rapports d'évaluation externe réalisés dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux pourraient être transmis à la commission (partie traitant du respect des droits des usagers) ;
- **la mise en place d'indices d'évaluation** qui reprennent les bases des indices hospitaliers en place avec si possible plus de lisibilité et de compréhension pour les non initiés ;
- **la mise en place de tableaux de bord du suivi année sur année de chaque élément du cahier des charges CRUQPC et Indices.** (A/A-1 A-1/A-2, ...)

La commission a souhaité aussi voir développer le secteur de la périnatalité, notamment les domaines suivants :

- de la prévention et la détection
- du diagnostic,

- de la mise en place du suivi,
- et des contrôles post natalité en néonatalogie.

Sur la synthèse régionale des rapports des CRUQ, La commission a émis les observations et recommandations de la commission suivante :

- Elle constate que les rapports CRUQ sont établis par les directions d'établissement sanitaire et s'interroge sur le mode de désignation des membres et la participation de ceux-ci à la rédaction des rapports ;
- **Elle réaffirme son exigence d'obtenir des réponses de l'ensemble des établissements en usant des moyens réglementaires de l'ARS pour les y contraindre ;**
- **Elle souhaite que le rapport type, mettant en exergue l'ensemble des items que l'ARS entend exploiter dans sa synthèse régionale, soit rapidement diffusé pour qu'il soit utilisé en 2012 ;**
- Elle note l'amélioration de la communication des rapports CRUQPC aux CME et souhaite que la progression continue en 2012 afin que l'ensemble des établissements répondent à l'obligation de présenter le rapport CRUQPC à la CME préalablement à sa transmission à l'ARS ;
- Elle s'interroge sur le positionnement des usagers compte tenu de leur faible représentation, et souligne qu'il est indispensable de poursuivre leur formation ;
- **Elle suggère que les établissements sollicitent les usagers pour participer aux CRUQPC à travers les associations de malades, les réseaux de santé, les associations de consommateurs ainsi que les groupements d'aînés ; dans un souci d'implication elle ajoute qu'il est souhaitable de développer l'information sur leur droits ;**
- Concernant les délais de fourniture des dossiers patients, la commission s'associe à la démarche de l'ARS de distinguer les dossiers de – de 5 ans et de + de 5 ans ;
- **La commission veillera particulièrement en 2012 à l'application des dispositions proposées par le groupe de travail réuni en 2011 chargé de définir précisément les trois notions : plainte, réclamation, doléance et de proposer aux établissements une ventilation commune, cohérente et pragmatique des plaintes ;**
- **Elle souhaite plus de précisions sur le constat de fortes disparités entre les 4 départements de la région concernant le nombre de médiations, de recours et de**

demandes auprès de la CRCI ;

- Elle constate que le nombre de retours des questionnaires de sortie est très insuffisant et suggère que les cadres de santé sollicitent les patients sortants pour remplir le document afin de nourrir la démarche qualité ;
- Elle s'inquiète de la grande hétérogénéité des évènements indésirables graves recensés, et suggère de mettre en place une échelle de graduation au regard de la gravité des évènements et une grille de recueil des incidents commune à l'ensemble des établissements permettant une analyse annuelle plus cohérente ;
- Concernant la formation des usagers prévue par l'ARS à compter du premier semestre 2012, elle regrette que les échéances n'aient pas été respectées ;
- Elle regrette que seulement 42,65% des établissements aient répondu à la question de savoir s'ils avaient mis à disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
- Elle se félicite de l'existence de plan d'actions dans les établissements portant sur l'amélioration de la prise en charge des patients et sur le respect des droits des usagers, mais s'interroge sur leur suivi, leur mise en œuvre et souhaite être informée de leur avancée.

En conclusion

Concernant le secteur sanitaire, la commission constate une évolution notamment au niveau de :

- l'information de l'utilisateur sur ses droits (personne de confiance, communication du dossier médical par exemple),
- la formation des représentants des usagers du système de santé.

En revanche, elle déplore l'insuffisance ou le manque de dispositif pour accéder à l'information dans le secteur médico-social. Elle souhaite vivement que le travail initié dans les établissements sanitaires soit étendu aux établissements médico-sociaux.