



# Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

Limousin



Année 2011/2012

## Rapport sur l'évaluation du respect du droit des usagers du système de santé et de la qualité de la prise en charge dans les domaines sanitaire et médico-social

Le rapport relatif au respect des droits des usagers du système de santé répond à la mission de la CRSA qui doit 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 de la prise en charge" (article L 1432-4 du Code de la santé publique)

# SOMMAIRE

## → Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers

### 1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers

#### 1-1 domaine ambulatoire

#### 1-2 domaine hospitalier

#### 1-3 domaine médico-social

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

#### 2-1 domaine ambulatoire

#### 2-2 domaine hospitalier

##### 2-2-1 Certification HAS

##### 2-2-2 Analyse des rapports CRUQPEC

- ▶ Nombre de réunions
- ▶ Composition des CRUQPEC
- ▶ Taux moyen de participation
- ▶ Ordre du jour des réunions
- ▶ Règlement intérieur
- ▶ Participation des représentants des usagers aux autres instances de l'établissement
- ▶ Information des usagers (affichage, plaquette; MU)
- ▶ Recensement des réclamations
- ▶ Satisfaction des patients

#### 2-3 domaine médico-social

##### 2-3-1 Conseils de la vie sociale

##### 2-3-2 Enquête « Bientraitance de l'ANESM :

##### 2-3-3 Suites des Conseils de la vie sociales départementaux

##### 2-3-4 Construction d'un référentiel « Services de Soins Infirmiers à Domicile »

#### 2-4 suivi des réclamations autres que celles des rapports CRUQPEC

##### 2-4-1 ARS

##### 2-4-2 Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

### 3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bienveillance

#### 3-1 domaine ambulatoire

#### 3-2 domaine hospitalier

#### 3-3 domaine médico-social

4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur

*4-1 domaine ambulatoire*

*4-2 domaine hospitalier*

*5-3 domaine médico-social*

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

*5-1 domaine ambulatoire*

*5-2 domaine hospitalier*

*5-3 domaine médico-social*

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

*6-1 domaine ambulatoire*

*6-2 domaine hospitalier*

*6-3 domaine médico-social*

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

➔Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

1. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

2. Assurer financièrement l'accès aux soins

3. Assurer l'accès aux structures de prévention

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

➔Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé

1. Formation des représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

➔Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire

1. 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

## **2. Travaux de la CSDU et de ses partenaires en 2012**

**2-1** Label 2012

**2-2** Prix hôpital-citoyen

**2-3** Trophée des usagers

### **ANNEXES**

*(Pages 33 à 94)*

**ANNEXE 1** : Guide d'application du cahier des charges

**ANNEXE 2** : Retour des rapports CRUQPEC 2011

**ANNEXE 3** : Nombre de réunions CRUQPEC en 2011

**ANNEXE 4** : CRUQPEC : « *ordre du jour idéal ; sur quoi travailler* »

**ANNEXE 5** : Enquête ARS du Limousin sur la mise en œuvre des Conseils de la Vie Sociale dans les établissements médico-sociaux du Limousin (2010)

**ANNEXE 6** : Bilan Conseil Départementaux de la Vie Sociale (CVSD)

**ANNEXE 7** : Programme formation : « Représentants des usagers dans les Conseils de la Vie Sociale

**ANNEXE 8** : Plan du référentiel des Services de Soins Infirmiers à Domicile

**ANNEXE 9** : Fiche de médiation à destination des personnes qualifiées du secteur médico-social

## PREAMBULE

Le rapport relatif au respect des droits des usagers du système de santé répond à la mission de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) qui doit 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 de la prise en charge"(article L 1432-4 du Code de la santé publique)

Les rapports doivent répondre au cahier des charges dont les orientations et objectifs ont été fixés par l'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé (*Journal Officiel n°109 du 10 mai 2012 ; texte n°107*)

Ce cahier des charges prend en compte la situation de l'utilisateur dans toute sa dimension puisque doivent être étudiés la promotion et le respect de ses droits, sa représentation, la garantie d'un accès à la santé pour tous et le renforcement de la démocratie sanitaire.

Le présent rapport, élaboré par la Commission Spécialisée du Droit des Usagers de la CRSA du Limousin (CSDU) porte sur des données 2011, pour tout ce qui a trait à l'exploitation des rapports ces Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPEC) mais il fait aussi état de données plus récentes, notamment en ce qui concerne les pratiques et initiatives locales.

A partir du cahier des charges prévu par l'arrêté du 5 mai 2012, un guide de mise en œuvre a été élaboré au plan national (*annexe 1*) et il a servi de base à la CSDU pour conduire sa réflexion.

Néanmoins, eu égard à l'importance des informations à recueillir et à analyser, il n'a pas été possible de tout investiguer.

## →Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers

### 1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers

L'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) né en début d'année 2011 est l'organisme national chargé de mettre en place des formations à destination des professionnels de santé. Il est possible de lui proposer des thèmes de formation sur les problématiques régionales pour toutes les professions de santé. C'est pourquoi, le Directeur Général de l'ARS a souhaité que la CRSA donne son avis sur des thèmes de formations qu'elle estimerait prioritaires pour les professionnels de santé en Limousin.

Cette démarche présente l'intérêt d'identifier et de faire remonter des thèmes de formation concernant les problématiques régionales. Il est donc nécessaire d'arriver à mobiliser les intéressés,

L'accord des membres de la CRSA s'est fait, lors de la réunion de l'Assemblée plénière du 24 octobre 2012 sur les propositions et formulations suivantes :

- Repérage du risque suicidaire
- Repérage des troubles du développement chez l'enfant
- Organisation des soins primaires sur le territoire
- Parcours de santé dans les zones couvertes par les contrats locaux de santé
- Orientation des personnes âgées dans leur parcours de santé
- Dépistage de la maladie d'Alzheimer
- Prise en charge des AVC
- Connaissance du droit des usagers.

La liste des priorités nationales a été fixée par un arrêté du 26/02/2013 mais les priorités régionales n'ont pas été envoyées car la procédure n'a pas encore été arrêtée.

#### 1-1 Dans le domaine ambulatoire :

Selon les informations communiquées à la CSDU par le Conseil Régional de l'Ordre des médecins, il n'y a pas, à ce jour, de programme régional de formation à destination du secteur ambulatoire pour les médecins.

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

### 1-2 Dans le domaine hospitalier :

L'offre de formation proposée par l'Association Nationale de Formation Hospitalière (ANFH) s'articule autour d'actions de formation nationales fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'actions de formation régionales bâties par les délégations régionales ANFH. Les thèmes de formation sont fixés par les instances paritaires régionales de l'ANFH.

Dans le cadre des actions d'initiative nationale, les personnels des établissements de santé du Limousin ont pu suivre, en 2012, une formation à la « santé bucco-dentaire des personnes fragilisées dépendantes » qui a réuni sur 2 sessions 18 personnes.

Cette formation, qui répond à une préoccupation de la CSDU, a été très appréciée.

En ce qui concerne les actions d'initiatives régionales, 5 formations répondant à la thématique du respect du droit des usagers ont été proposées

<b>Après le décès : prendre soin du défunt et de l'entourage</b>	2 sessions	18 stagiaires	Evaluation très satisfaisante
<b>Approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer</b>	2 sessions	21 stagiaires	Evaluation très satisfaisante
<b>Bientraitance : une réflexion collective pour une amélioration des pratiques professionnelles</b>	2 sessions	20 stagiaires	Evaluation plus que satisfaisante
<b>Education thérapeutiques du patient</b>	1 session	16 stagiaires	Evaluation assez satisfaisante
<b>Faire du projet personnalisé du patient l'affaire de tous</b>	5 sessions	57 stagiaires	Evaluation plus que satisfaisante
<b>Repérage du risque suicidaire</b>	1 session	14 stagiaires	Evaluation satisfaisante mais durée trop courte de la formation et public pas assez homogène.

### 1-3 Dans le domaine médico-social :

Il n'a pas été possible de recueillir des informations suffisamment fiables sur cette thématique.

#### **La CSDU:**

- souhaite avoir connaissance, dès qu'il sera publié, du programme de formation à destination des professionnels de santé libéraux
- note que la formation sur le thème du « repérage du risque suicidaire » initiée par l'ANFH rejoint les préoccupations de la CRSA.

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

### 2.1 Dans le domaine ambulatoire :

La DGOS doit saisir les ordres nationaux des professions de santé pour savoir s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales, et en particulier sur les thématiques suivantes :

- maltraitance (objectif 3 du cahier des charges),
- accès au dossier médical (objectif 6),
- refus de soins pour prestataires CMU-AME (objectif 11).

### 2.2 Dans le domaine hospitalier :

L'effectivité du processus d'évaluation du respect du droit des usagers s'apprécie à partir des résultats de la certification de la HAS et de l'étude des rapports CRUQPEC.

#### ► **2.2.1 Certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

La certification est définie par l'article L 6113-3 du Code de la santé publique.

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation, dénommée certification, conduite par la Haute autorité de Santé (HAS). La certification qui doit respecter 3 étapes : auto évaluation, visite des experts et suivi des recommandations, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités.

Les résultats de la certification HAS ont été fournis par le Pôle " Qualité " de l'ARS et elles sont retranscrites dans un tableau, joint en annexe 3 dont le code couleurs permet d'avoir une vision rapide et claire pour l'ensemble des établissements de la région sur les différents items pris en compte :

- Satisfaction des usagers (*critère 9b*)
- Bienveillance (*critère 10a*)
- Prise en charge de la douleur (*critère 12a*)
- Rédaction des directives anticipées (*critère 13a*)
- Accès au dossier médical (*critère 14b*)

Lors de ses visites, la HAS n'examine pas toutes les données qui concourent à la qualité, ce qui explique qu'il n'est pas possible d'avoir une vision totalement exhaustive pour les établissements de la région.

Par ailleurs, seuls les résultats des établissements ayant fait l'objet de la dernière visite de certification (V 2010) sont disponibles. Le prochain rapport de la CSDU tiendra compte des résultats des visites programmées en 2013.



ETABLISSEMENTS	Date visite certification V 2010 (réalisée ou à venir)	Satisfaction des usagers critère 9b	Bienveillance 10a	Critère	Prise en charge douleur Critère 12a	Directives anticipées Critère 13a	Accès au dossier médical Critère 14b
<b>CORREZE</b>							
HL Bort les Orgues	fevrier 2010		SLD		SLD/MCO/SSR	SLD/MCO/SSR	SLD/MCO/SSR
Clinique des Cèdres	juin-13						
CH Ussel	mars-11				SLD/MCO/SSR/SM	SLD/MCO/SSR	SLD/MCO/SSR/SM
CH Pays d'Eygurande	non communiqué						
CH Tulle	février 2010; suivi septembre 2012				MCO/SSR/SM/SLD HAD	MCO/SSR/SM/SLD HAD	MCO/SSR/SM/SLD HAD
CH Brive	déc-10		MCO/SSR		MCO/SM/SSR/SLD	MCO/SM/SSR/SLD	MCO/SM/SSR/SLD
Clinique Saint Germain	juin-13						
Résidence Saint Jean les Cèdres	déc-13						
CHG Cornil	fevrier 2010				SLD	SLD	SLD
HAD Relais Santé	mai-12				HAD	HAD	HAD

<b>CREUSE</b>							
CH Bourgneuf	janv-12				SLD/SSR/CS	CS/SLD/SSR	SSR/CS/SLD
CH La Souterraine	déc-13						
CH La Valette	non communiqué						
Clinique de la Croix Blanche	non communiqué						
Clinique de la Marche	mars-12				CS	CS	CS
CRRF André Lalande	janv-10				SSR/HAD	HAD	SSR/HAD
CMN Alfred Leune Ste	juin2010 suivi juin 2012				MCO/SSR	MCO/SSR	MCO/SSR
CH Evaux les Bains	non communiqué		SLD		SSR.SLD	SSR/SLD	SLD/SSR
CH Aubusson	sept-12				SLD/CS/SSR	SLD/CS/SSR	CS.SSR.SKD
CH Guéret	nov-10				MCO/SSR/SLD	MCO/SSR/SLD	MCO/SSR/SLD
Clinique Chatelguyon	nov-13						

HAUTE-VIENNE						
CH St Yrieix	fev 2011			MCO/SSR/SLD	MCO/SSR/SLD	MCO/SSR/SLD
La Chênaie	sept-11		SSR	SSR	SSR/SLD	SSR
ALURAD	nov-11			CS	CS	CS
Clinique Chénieux	oct-13					
CH St Junien	fevrier 2010		MCO/SSR/SLD	SSR/SLD	MCO/SSR/SLD	MCO/SSR/SLD
CH Esquirol	juin-10		SM	SM/SSR	SM/SSR	SM/SSR
HIHL	non communiqué					
CHU	juin-11		MCO/SSR/SLD/HAD	MCO/SSR/SLD/HAD	MCO/SSR/SLD/HAD	MCO/SSR/SLD/HAD
Clinique des Emailleurs	juin-10			MCO	MCO	MCO
HIMB St Léonard	juin-10			MCO/SSR/SLD	MCO/SSR/SLD	MCO/SSR/SLD
HAD SSL	janv-12		HAD	HAD	HAD	HAD
Hôpital de jour Baudin	juil-11		SSR	SSR		SSR
Clinique du Colombier	mai-11		MCO	MCO	MCO	MCO
Clinique Saint Maurice	juin-13					

	Sans observations
	Recommandation
X	Recommandation(sauf pour discipline en rouge)
	Non évalué

### ►2.2.2 Analyse des rapports CRUQPEC

L'analyse des rapports des CRUQPEC complète utilement les données fournies par les données de la HAS

Comme les années précédentes, le Pôle « démocratie sanitaire » de l'ARS et la CSDU ont bénéficié de la contribution bénévole des trois membres du Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS) du Limousin dont la compétence, compte tenu de leur expérience en tant que représentantes des usagers au sein des CRUQPEC, est une aide précieuse pour l'exploitation de ces rapports.

Sur le plan pratique, la trame harmonisée, élaborée par le Pôle « démocratie sanitaire » de l'ARS, en liaison avec le groupe de travail chargé de l'exploitation des rapports et des représentants des établissements, a été diffusée trop tard pour que tous les établissements puissent la renseigner: seuls 9 établissements, soit 26% de l'échantillon l'ont utilisée.

De ce fait, comme précédemment, l'exploitation des rapports ne permet pas une analyse précise des données quantitatives fournies, rendant encore l'analyse qualitative des rapports beaucoup trop générale.

Cet inconvénient ne devrait plus être soulevé pour le prochain rapport.

#### Taux de retour des rapports CRUQPEC

Pour l'année 2011, l'échantillon régional est composé de 34 établissements et le taux de retour des rapports CRUQPEC est de 97% soit une progression de plus de 10% par rapport à 2010% (*annexe 2*)

	Nombre d'établissements	Nombre de rapport CRUQPEC transmis	Taux de transmission en %
<b>CREUSE</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	100%
<b>CORREZE</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	100%
<b>HAUTE-VIENNE</b>	14	13	92%

**La CSDU se félicite de cette progression constante qui rapproche le taux de retour de 100%**

Nombre de réunions (*annexe 3*)

	Plus de 4 réunions	4 réunions	3 réunions	moins de 3 réunions
<b>Nombre d'établissements</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
<b>%</b>	<b>12%</b>	<b>44%</b>	<b>17.5%</b>	<b>26.5%</b>

La médiane s'établit à 4 réunions

En moyenne, les établissements organisent toujours 3.5 réunions par an, soit un peu moins que ce qui est prévu par la réglementation.

Ceux qui en organisent 4 et plus constituent la majorité de l'échantillon,

**La CSDU réitère les souhaits déjà formulés:**

- Poursuite par les établissements des efforts en vue de la programmation et de l'organisation des 4 réunions réglementaires. Ce souci est partagé par l'ARS puisque c'est l'un des objectifs qui a été fixé aux établissements lors des dialogues de gestion
- Connaître, via les rapports CRUQPEC transmis à l'ARS, les raisons pour lesquelles des établissements n'atteignent pas cet objectif

**Composition des CRUQPEC**

Comme précédemment, la *composition minimale prévue par les textes* : président, médiateurs (médical et non médical) et représentants des usagers est respectée par tous les établissements.

En ce qui concerne les *autres postes*, ils sont bien pourvus, avec un « *bémol* » pour les représentants des Présidents de CME ou de Conférence médicale et ceux des Conseils de surveillance ou Directoire

**La CSDU :**

- souhaite davantage de participation des professionnels au-delà des membres qui constituent la commission restreinte de la CRUQPEC.
- rappelle qu'il convient de réunir la CRUQPEC en Assemblée plénière au moins une fois dans l'année.

## Taux moyen de participation

La participation moyenne est de:

- 90% pour les Présidents
- 81% pour les médiateurs médicaux
- 90% pour les médiateurs non médicaux
- 97.5% pour les représentants des usagers titulaires
- 85% pour les représentants des usagers suppléants

### La CSDU :

- **Salue de nouveau l'assiduité des représentants des usagers et souligne que, les compétences acquises durant les formations auxquelles ils assistent, leur permettent de participer activement et positivement aux réunions des CRUQPEC.**
- **Se félicite que de plus en plus d'établissements associent les représentants des usagers suppléants à cette instance.**

## Ordre du jour des réunions

L'examen des thématiques étudiées lors des séances des CRUQPEC porte essentiellement sur :

- l'examen des rapports CRUQPEC
- les réclamations
- la satisfaction des patients
- l'amélioration de la prise en charge
- la vie de l'établissement
- la certification quand elle est en cours

### La CSDU :

- **note que tous les établissements consacrent au moins une de leur séance à l'examen du rapport CRUQPEC**
- **souhaite, en se référant à ce que rapportent les représentants des usagers, qu'il serait cependant utile d'y consacrer au moins 2 séances, en laissant un temps de réflexion entre la présentation du rapport et sa validation.**
- **estime qu'il est utile de porter à la connaissance des établissements, des représentants des usagers et des membres des CRUQPEC le travail de réflexion du CISS national consacré à l'ordre du jour de cette instance: "ordre du jour idéal : sur quoi travailler » (annexe 4)**

## Règlement intérieur

L'article R 1112-89 du Code de la santé publique (décret n° 2005/213 du 2 mars 2005 relatif à la CRUQPEC ; partie réglementaire) prévoit que les CRUQPEC établissent leur règlement intérieur.

Tous les établissements mentionnent l'existence d'un règlement intérieur pour la CRUQPEC. Ils ne sont cependant pas révisés tous les trois ans lors du renouvellement des membres.

Par ailleurs, on constate que parfois, les frontières sont minces entre le règlement intérieur de la CRUQPEC et le règlement intérieur de l'établissement, d'où risque de confusion.

#### **La CSDU :**

▪ estime qu'il s'agit d'un document très important qui sert de "fil conducteur" au fonctionnement de cette instance.

C'est pourquoi, elle réitère sa proposition pour qu'un groupe de travail associant les établissements, les représentants des usagers et l'ARS, rédige un "règlement intérieur type".

Ce document sera complété par chaque établissement, en fonction de ses spécificités et s'attachera à définir précisément dans ses différents articles et annexes, le fonctionnement de la commission.

Cette formalisation contribuera à garantir l'accès à une information fiable à laquelle sont particulièrement attachés les représentants des usagers qui siègent dans les CRUQPEC.

#### **Participation des représentants des usagers aux autres instances de l'établissement**

Les représentants des usagers participent régulièrement aux réunions des CLAN (57,5%) et des CLIN (77%). S'agissant de la certification, ils sont toujours largement associés.

**La CSDU souhaite, comme l'année dernière, que la participation des représentants des usagers soit effective dans les autres instances des établissements.**

#### **Information des usagers (affichage, plaquette...maison des usagers)**

##### **► Information des usagers et des professionnels**

Les établissements informent les usagers essentiellement par voie d'affichage et en remettant un livret d'accueil.

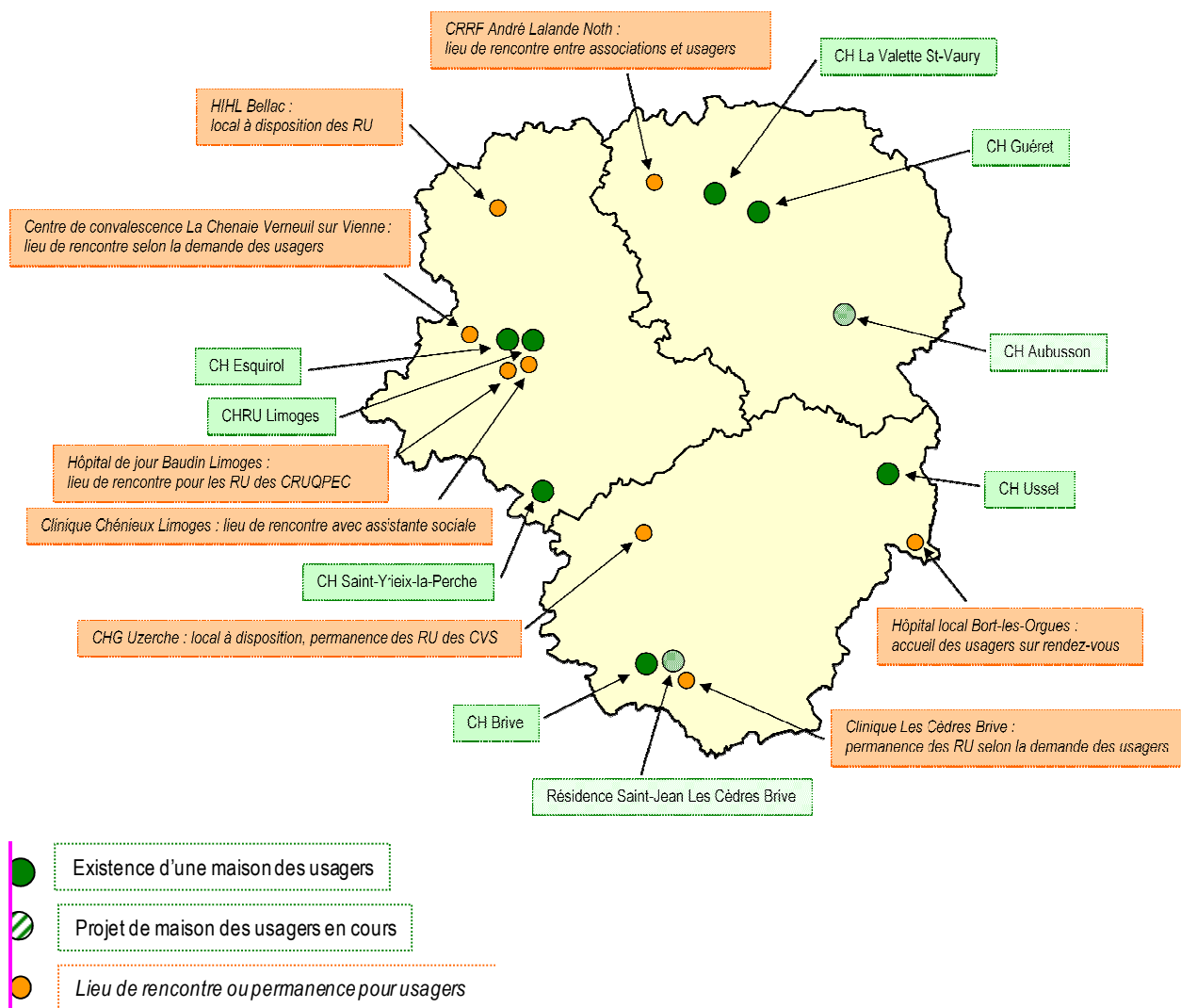
L'information du personnel est réalisée par voie d'affichage, livret d'accueil et journal interne.

##### **► Maison des usagers**

La mise en place des maisons des usagers, lieu d'expression de la parole individuelle et collective, est préconisée par une circulaire du 28 décembre 2006. Ces structures accueillent les associations d'usagers et les professionnels qui se tiennent à la disposition des patients et de leurs proches pour les aider à résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés. A ce jour, en Limousin, la majorité des établissements

n'a pas créé de maison des usagers même s'il existe des lieux de rencontres ou des locaux mis à disposition des RU.

Comme cela a été constaté, ces structures, quand elles existent, ne sont pas suffisamment connues. C'est la raison pour laquelle, un bilan va être réalisé permettant de faire le point sur leur activité : permanences, nombres de visites et motifs, statut des visiteurs... Cette enquête sera exploitée par un groupe de travail associant le CISS Limousin, l'ARS et des représentants d'établissement avec pour objectif l'impulsion d'une nouvelle dynamique.



**Glossaire :**

RU : représentants des usagers

CVS : conseil de la vie sociale

CRUQPEC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

**La CSDU souhaite, que cette initiative puisse être menée à terme dans la mesure où les MU contribuent à la qualité de la prise en charge des patients et à la reconnaissance des associations qui œuvrent en ce sens**

## Recensement des réclamations

Les éléments recueillis dans les rapports CRUQPEC 2011 ne sont pas utilement exploitables.

D'une part, il est difficile de procéder à des comparaisons chiffrées, puisque, comme précisé plus haut, tous les établissements n'ont pas fourni des informations à partir du même support.

D'autre part, sur le plan qualitatif, l'étude des rapports ne permet pas d'apprécier si le circuit des plaintes et tout particulièrement leur examen par les CRUQPEC, est totalement respecté

**La CSDU pense ne plus rencontrer ces obstacles dans le futur puisque :**

- **les données chiffrées fournies par les établissements seront harmonisées (catégories de plaintes)**
- **le circuit des plaintes sera précisément décrit dans le règlement intérieur type ce qui permettra une meilleure évaluation de son respect.**

## Satisfaction des patients

L'ARS a missionné le GCS EPSILIM pour qu'il élabore, des questionnaires de satisfaction individualisés pour les secteurs MCO-SSR; HAD et psychiatrie. Le CISS Limousin a été largement associé aux groupes de travail ayant abouti à la réalisation de ces questionnaires.

En 2012, 17 établissements (MCO/SSR), 4 établissements psychiatriques et 1 structure HAD d'un établissement de santé ont participé à cette enquête.

Type de questionnaires	QSU MCO-SSR	QSU PSY
Nombre de questionnaires exploités en 2012	11 948	1 042
Taux de retour <sup>1</sup> de questionnaires en 2012 pour l'ensemble des établissements participants à l'étude	<b>14,2%</b>	<b>26,3%</b>
Taux de retour le plus faible	5,1%	10,7%
Taux de retour le plus élevé	61,1%	49%
Taux de retour médian	12,5%	25%

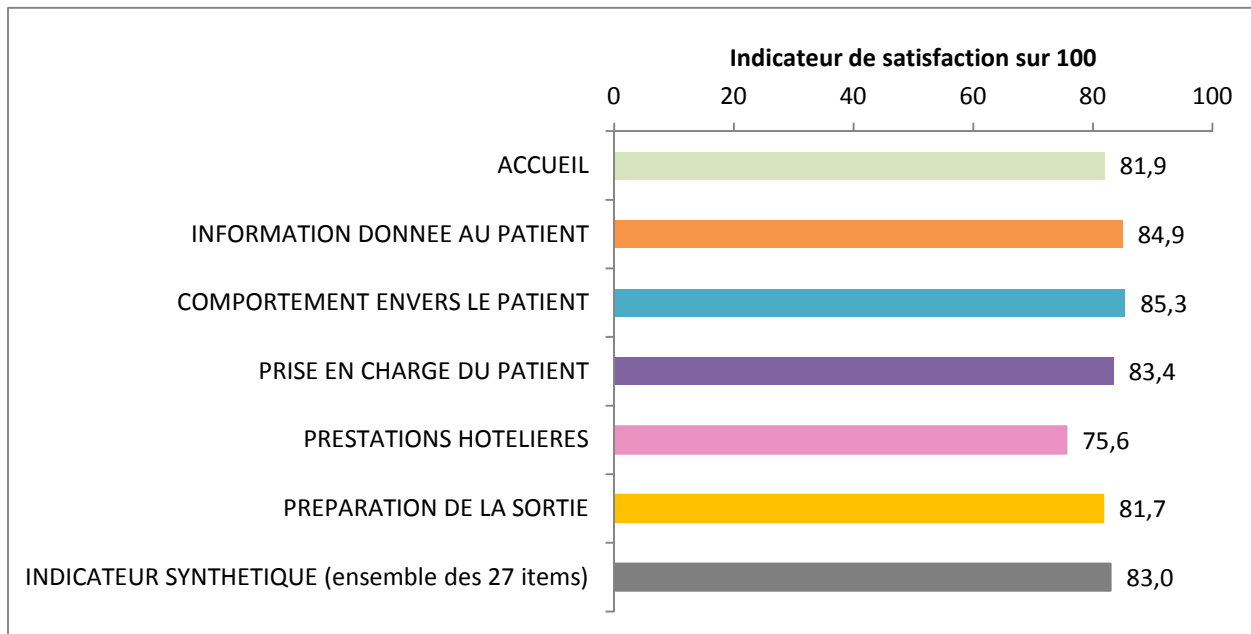
Suite au recueil et à l'analyse des questionnaires de sortie/satisfaction unique, diffusés par les établissements volontaires à activité MCO-SSR et psychiatrique, les résultats obtenus par l'étude conduite en 2012 permettent d'établir des constats par thématique du niveau de satisfaction des usagers en Limousin.



## ► Synthèse des indicateurs de satisfaction

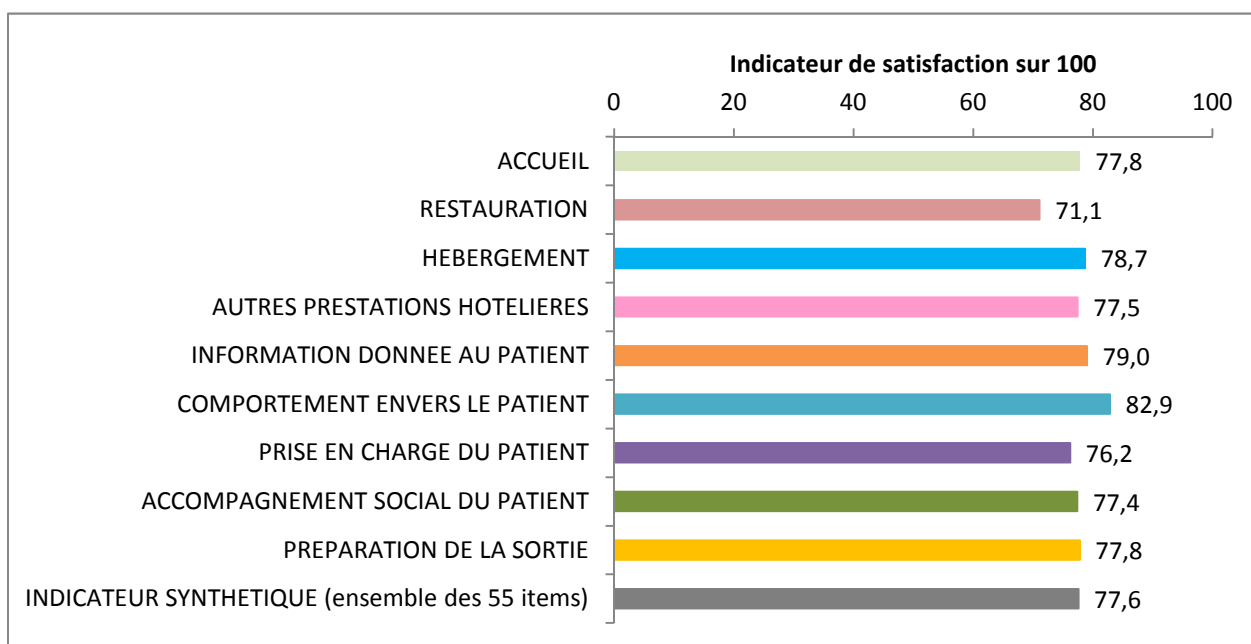
### ◆ QSU MCO-SSR

Le graphique synthétise les indicateurs moyens de satisfaction sur 100 obtenus pour chaque thématique et l'indicateur de satisfaction synthétique sur 100 qui correspond à la moyenne des 27 scores de satisfaction obtenus pour chacun des items du questionnaire de sortie unique concernant les activités MCO-SSR.



### ◆ QSU PSYCHIATRIE

Le graphique synthétise les indicateurs moyens de satisfaction sur 100 obtenus pour chaque thématique et l'indicateur de satisfaction synthétique sur 100 qui correspond à la moyenne des 55 scores de satisfaction obtenus pour chacun des items du questionnaire de satisfaction unique concernant l'activité psychiatrique.



## **Les principaux enseignements issus du questionnaire :**

**Le niveau de satisfaction** des usagers des établissements à activité MCO-SSR est supérieur à celui des établissements à activité psychiatrique.

L'indicateur synthétique (tous items confondus) obtenu au QSU MCO-SSR est de 83 sur 100 alors que celui obtenu au QSU PSY est de 77,6 sur 100.

Ces résultats sont à relativiser en fonction du type de population accueillie et des pathologies prises en charge dans les divers établissements ayant participé.

**La thématique qui obtient le plus haut score de satisfaction** concerne le comportement envers le patient avec des scores respectifs de 85,3 et 82,9 sur 100 pour le QSU MCO-SSR et le QSU PSY. Dans les deux études, la politesse et l'amabilité du personnel est l'item obtenant le plus haut taux de réponses « très satisfaisant ».

**Concernant la thématique de l'information donnée au patient**, il est à noter que le recueil du consentement préalable aux soins a été effectué pour respectivement 87,8% et 81,3% des patients répondants au QSU MCO-SSR et au QSU PSY.

L'indicateur de satisfaction sur la prise en charge du patient atteint 83,4 sur 100 pour le QSU MCO-SSR et 76,2 sur 100 pour le QSU PSY.

**Le score de satisfaction obtenu à l'item de l'accueil dans l'établissement** est respectivement de 85,2 et 84,6 sur 100 pour le QSU MCO-SSR et le QSU PSY.

**Au sujet de la préparation de la sortie**, il est à noter que l'item sur l'information donnée sur les aides à domicile après la sortie obtient un score de 78 sur 100 pour l'étude menée dans les établissements MCO-SRR. Dans le secteur psychiatrique, l'information sur la continuité des soins après l'hospitalisation obtient un score de satisfaction de 77,7 sur 100.

**Les thématiques obtenant les scores de satisfaction les plus bas** portent sur les prestations hôtelières, notamment sur la restauration concernant entre autres la variété des plats proposés, les conseils alimentaires donnés, le respect du choix des menus, la prise en compte des régimes alimentaires.

**L'étude menée dans le secteur psychiatrique** attache une plus grande part aux conditions d'hébergement, services hôteliers proposés ainsi qu'à l'accompagnement social du patient, du fait de la spécificité de prise en charge dans ce secteur. Les indicateurs de satisfaction obtenus, sont de 78,7 sur 100 pour l'hébergement, 77,5 sur 100 pour les autres prestations hôtelières et 77,4 sur 100 pour l'accompagnement social du patient.

**L'étude met en avant un taux de retour moyen** de 14,2% pour le QSU MCO-SSR et de 26,3% pour le QSU PSY. La dispersion des taux de retour par établissement montre des résultats très hétérogènes en région.

## La CSDU :

▪ réitère le souhait de la généralisation du questionnaire de satisfaction unique car son exploitation permettra de mesurer de façon harmonisée la qualité de la prise en charge.

La présentation par l'ARS des résultats de cette enquête à tous les établissements contribuera à la prise en compte de l'intérêt de la démarche et permettra d'avoir une visibilité « plus fine » en ce qui concerne les taux de retour des questionnaires.

▪ est consciente des difficultés que peuvent rencontrer les établissements du secteur privé qui doivent renseigner des questionnaires « spécifiques »

▪ note que les enquêtes téléphoniques de satisfaction seront généralisées au sein des établissements exerçant une activité MCO en 2014

▪ pour ces raisons, propose que la CNS recommande la programmation d'un système d'information unique, quel que soit le statut juridique des établissements, afin que la mesure de la satisfaction des patients soit cohérente.

## 2.3 Dans le domaine médico-social

### ► 2.3.1 Conseils de la vie sociale (CVS) :

Il conviendrait de compléter l'enquête réalisée par l'ARS en 2010 sur cette thématique (*annexe 5*) pour apprécier les évolutions concernant les établissements disposant d'un CVS, le nombre de rapports transmis, la composition et la qualité des membres

### ► 2.3.2 Points de vigilance dégagés par l'enquête « Bientraitance » de l'ANESM :

- Visite préalable de l'établissement
- Recueil de l'accord des résidents à leur entrée
- Attentes de la personne et/ou de l'entourage
- Recueil des habitudes et centres d'intérêts
- Elaboration du projet personnalisé avec le résident
- Partage formalisé des informations individuelles entre professionnels
- Coordination des professionnels dans la mise en œuvre du projet
- Actualisation régulière du projet personnalisé
- Réévaluation du projet à la demande de l'entourage
- Présentation au résident des risques potentiels et des mesures prises
- Liberté d'aller et venir
- Actualisation régulière des connaissances (veille relative aux productions de l'ANESM et aux publications internationales)
- Formation à la « bientraitance »
- Réévaluation du projet personnalisé à la demande du résident et/ou entourage
- Recueil des plaintes et suggestions

Les points de vigilance seront pris en compte dans le programme qualité du Programme Régional de Santé (PRS) qui est en cours de réflexion.

En effet, les travaux de rédaction du PRS ont permis d'intégrer dans chacun des schémas et notamment le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social, des principes d'organisation permettant de renforcer et de favoriser la qualité des actions de l'ARS et de ses partenaires.

Malgré cette intégration et au regard de l'importance que revêt une démarche "qualité" globale sur les parcours de santé des usagers et dans le décloisonnement des actions de l'ARS, le DGARS a souhaité adjoindre au PRS un « *programme qualité* » qui regroupera les orientations stratégiques sur les champs de la qualité, l'intégration des parcours de santé, ainsi que la gouvernance.

### ► **2.3.3 Suites des Conseils de la vie sociales départementaux ( CVSD)**

Après une année de fonctionnement, leur évaluation (*annexe 6*) a fait apparaître la nécessité d'améliorer et d'aider les représentants des usagers dans les établissements médico-sociaux.

C'est pourquoi, un groupe de travail associant l'ARS, le CISS Limousin, des représentants d'établissements et d'usagers a été constitué pour réfléchir à l'organisation d'une formation en direction des Présidents et des représentants d'usagers des CVS dans les domaines suivants :

- prise en soin des personnes âgées
- prise en soin de l'enfance inadaptée
- prise en soin des personnes handicapées adultes
- prise en soin des personnes accompagnées en ESAT

Ces formations qui se dérouleront dans des lieux d'accueil de proximité seront co-animée par :

- le CISS Limousin
- la Présidente de la Commission Spécialisée Prise en Charge et Accompagnements Médico-Social de la CRSA, qui gère une structure pour personne âgées
- des professionnels du secteur médico-social

et permettront aux participants de comprendre l'intérêt de la représentation des usagers et de cerner les différents aspects de ce mandat (*annexe 7*)

Les CVSD seront destinataires du bilan de ces formations

La CSDU :

- se félicite de la collaboration avec Commission Spécialisée Prise en Charge et Accompagnements Médico-Social
- en prévoit la poursuite autour de la réflexion d'un rapport d'activité CVS sur le modèle de celui des CRUQPEC

### ► **2.3.4 Construction d'un référentiel : « Services de Soins Infirmiers à Domicile »** (*annexe 8*)

Les établissements médico-sociaux et sociaux doivent s'inscrire dans une démarche d'évaluation interne qui a été instituée par la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En mars 2012, l'ARS a souhaité proposer à l'ensemble des acteurs des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de la région de travailler autour d'une réflexion commune en vue de créer un référentiel d'évaluation pour ces services.

L'évaluation doit permettre de contribuer à adapter les réponses des services à la prise en soin des personnes fragilisées accompagnées et à prévenir les risques liés à leur vulnérabilité. En effet, l'évaluation interne est un processus dynamique permettant de créer les conditions pour faire évoluer les compétences collectives et l'organisation des services de façon à ce qu'ils soient en adéquation avec les

besoins et attentes des usagers, d'impulser une démarche continue de la qualité et de promouvoir les bonnes pratiques professionnelles.

Il s'est agi de co-constituer un référentiel d'auto évaluation de la qualité en prenant en considération les bibliographies, les référentiels existants et en capitalisant les expériences de terrain et les recommandations en la matière. Ces travaux ont permis d'impulser une dynamique forte sur ce sujet.

Les usagers ont été associés à la démarche puisque la loi de 2002, prévoit la participation de l'utilisateur à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins. C'est pourquoi, le DGARS a souhaité que les usagers interviennent dans l'élaboration du référentiel SSIAD puisqu'ils peuvent apporter une expertise à travers leurs expériences.

Les usagers, par le biais des intervenants au sein des SSIAD, des rencontres avec les usagers et leurs aidants et la consultation de CVS... ont pu donner leurs avis et questionnements sur la prise en soin des personnes accompagnées et sur les critères définis dans l'ébauche du référentiel dont le plan est joint en annexe.

## **2-4 suivi des réclamations autres que celles des rapports CRUQPEC**

### **► 2.4.1 ARS**

Il n'a pas été possible de procéder à un comparatif avec les données produites dans le précédent rapport (organisation des soins; prise en charge médicale et hors médicale; maltraitance) car les items ne sont pas exactement les mêmes d'une année sur l'autre. Il est cependant possible de comparer le nombre de réclamations et de signalements sur les années 2011 et 2012.

Les résultats montrent le nombre de réclamations ou signalements et équilibré entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>%</b>
Sanitaire	53	59	16,7%
Médico-social PA	45	52	14,7%
Médico-social PH	36	37	10,5%
Santé environnement	123	167	42,2%
Hors compétence ARS	29	24	4,2%
Autres	14	15	6,8%

### ► 2.4.1 Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

RECLAMATIONS	CORREZE		CREUSE		HAUTE-VIENNE		TOTAL REGION	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Nombre	4	16	4	5	8	16	16	37
Réclamations recevables	3		3		6	16	9	16
Conciliation	0	12	2	5	3	12	5	29
Saisine Chambre disciplinaire	3	7	1	1	3	4	7	12
Transmission à un autre COMD		1	1	1			1	2
DOLEANCES	CORREZE		CREUSE		HAUTE-VIENNE		TOTAL REGION	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Nombre	0	46	21	9	0	55	21	110
Dossiers traités		46	15	9		54	15	109
Dossiers en cours			2	1		0	2	1
Transmission à un autre COMD			1			1	1	1
Transmission ARS			3	3			3	3

Le nombre de réclamations et de doléances est en augmentation de 2011 à 2012.

A l'avenir, la CSDU souhaite disposer de plus d'informations sur l'origine de ces réclamations et doléances

### 3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance

#### 3.1 Dans le domaine ambulatoire

*En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.*

#### 3.2 Dans le domaine hospitalier

Les données fournies par les rapports de certification montrent que les établissements évalués ont satisfait à ce critère

#### 3.3 Dans le domaine médico-social :

Pour 2012, en Limousin, on peut retenir que 3 inspections suite à plainte pour maltraitance ont été diligentées :

- Janvier 2012 : Institut médico-éducatif en Haute-Vienne
- Mars 2012 : EHPAD en Corrèze
- Septembre 2012 : EHPAD en Corrèze

A l'issue des inspections, des préconisations ont été adressées aux Directeurs des établissements.

## 4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur

### 4.1 Dans le domaine ambulatoire

Aucune information n'est disponible concernant l'identification des formations des professionnels de santé libéraux (*voir supra les remarques concernant la formation des professionnels de santé sur le respect du droit des usagers*).

### 4.2 Dans le domaine hospitalier

Les données fournies par les rapports de certification montrent que 7 établissements sur les 16 ayant été évalués par la HAS ont fait l'objet d'une recommandation.

En la matière, le CH de Brive a mis au point une réglette de la mesure de la douleur pour les patients communicants et non communicants, ce qui permet de mesurer la douleur chez tous les patients pour pouvoir mieux les prendre en charge.

### 4.3 Dans le domaine médico-social

78 EHPAD sur les 115 que compte la région, soit 93% utilisent une échelle d'évaluation de la douleur.

Les échelles les plus couramment utilisées dans les EHPAD sont l'échelle d'auto-évaluation EVA par 62% des établissements et l'échelle DOLOPLUS 2 par 50% d'entre eux.

## 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

### 5.1 Dans le domaine ambulatoire :

Aucune information n'est disponible concernant l'identification des formations des professionnels de santé libéraux sur les soins palliatifs et la fin de vie, (*voir supra les remarques concernant la formation des professionnels de santé sur le respect du droit des usagers*).

### 5.2 Dans le domaine hospitalier :

Les données fournies par les rapports de certification montrent que 3 établissements sur les 16 ayant été évalués par la HAS ont fait l'objet d'une recommandation.

### 5.3 Dans le domaine médico-social :

*L'enquête de la DREES relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) comporte un item relatif à la prise en charge des personnes en fin de vie. Cette enquête est quadriennale et la collecte des informations est en cours pour l'année 2011. Les ARS disposeront des bases de données en juin 2013.*

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

### 6.1 Dans le domaine ambulatoire :

*En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.*

### 6.2 Dans le domaine hospitalier :

Les données fournies par les rapports de certification montrent que les établissements évalués ont satisfait à ce critère

L'examen des rapports CRUQPEC fait apparaître une corrélation entre le nombre de dossiers demandés et la taille des établissements.

Ce sont majoritairement les patients qui saisissent les établissements

En règle générale, les délais de réponse sont respectés et n'excèdent pas 3 mois.

**La CSDU constate que:**

- la réglementation est respectée
- les informations fournies par les établissements sont en progression d'une année sur l'autre ce qui contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

### 6.3 Dans le domaine médico-social :

L'article L 311-5 du Code de la santé publique dispose 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.

En Limousin, ces personnes ont été désignées comme le prévoit la réglementation.

Pour les former et les sensibiliser à leur rôle, l'ARS et les Conseils Généraux ont organisé des réunions avec rappel des missions et réponses aux questions. Des fiches de médiation qui couvrent tous les champs d'intervention facilitent leurs interventions (*annexe 9*)

S'agissant de l'information des usagers, le livret d'accueil doit mentionner leur existence et ce point est systématiquement vérifié lors des inspections.

Pour mieux les faire connaître l'ARS et les Conseils Généraux sont en train de concevoir une plaquette d'information à destination des usagers qui sera largement diffusée.

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

La loi du 11 février 2005 a confirmé le droit de tout élève handicapé à accéder à l'éducation et l'obligation pour l'Etat de garantir cette obligation.

Répondre à cette demande a été très difficile car, selon les informations transmises par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), il n'y a aucune corrélation entre les élèves scolarisés et les demandes déposées.

C'est ainsi que des décisions peuvent être prises pour 1, 2 voire 5 ans. Par ailleurs, une demande d'orientation scolaire ne peut être déposée que tous les 3 ans alors que les enfants sont toujours scolarisés.

En général, les MDPH essaient de prendre des décisions pour plusieurs années lorsque c'est possible, afin de simplifier les démarches des familles.



Les informations chiffrées, qui émanent du Rectorat, permettent d'apprécier la part d'enfants handicapés scolarisés par rapport à la population scolaire de référence ainsi que leur répartition en milieu ordinaire, CLIS ou ULIS dans le 1<sup>er</sup> et le second degré.

	2010/2011		2011/2012	
	Population scolaire de référence	Handicapés	Population scolaire de référence	Handicapés
1er degré	57500	1066	60915	1205
2ème degré	53188	747	48072	893
Elèves en médico-social		911		909
Total	110688	2724	108987	3007

	2010/2011			2011/2012		
	Scolarité en milieu ordinaire	Scolarité en CLIS *	Scolarité en ULIS **	Scolarité en milieu ordinaire	Scolarité en CLIS *	Scolarité en ULIS **
1er degré	612	454		740	465	
2ème degré	347		224	387		332
Total	959	454	224	1127	465	332

**\* Classe pour l'inclusion scolaire**

classes comprenant 12 élèves au maximum avec possibilité de suivre totalement ou partiellement un cursus en milieu ordinaire

**\*\* Unité localisée pour l'inclusion scolaire**

Accueil dans un établissement d'un petit groupe d'élèves présentant le même type de handicap

**La CSDU estime que plusieurs sources et études aisément disponibles permettent d'avoir ces informations**

- **Ministère de l'Education Nationale** : <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>
- **DSDEN** : <http://www.education.gouv.fr/cid3/les-rectorats-services-departementaux-education-nationale.html>
- **Site Intégrascal**: <http://www.integrascal.fr>

**De plus, il serait intéressant que tous les rapports régionaux fournissent les mêmes informations, ce qui permettrait à la CNS d'en retirer des enseignements utiles**

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

Les personnes détenues en Limousin ont accès à leur dossier médical et aux informations concernant les soins qui leur sont prodigués comme tous les citoyens et en application de la réglementation en vigueur.

En 2012, un seul dossier a été demandé dans le département de la Haute-Vienne.

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

Conformément à la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) remplace la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Les éléments fournis par les Délégations Territoriales montrent que les CDSP sont régulièrement constituées et que *tous les rapports sont transmis à l'ARS comme le prévoit la réglementation*.

En 2011, le fonctionnement de la commission de la Corrèze a été perturbé par une longue absence de la secrétaire, ce qui explique le faible nombre de réunions et de dossiers étudiés.

Dans les autres départements, le nombre de réunions est proportionnel au nombre de dossiers à étudier.

S'agissant du respect du droit des usagers, aucune réclamation n'est enregistrée.

### Nombre de réunions

CORREZE	CREUSE	HAUTE-VIENNE
1	4	3

### Activité

	CORREZE	CREUSE	HAUTE-VIENNE
Nombre total de dossiers examinés par la CDHP en 2011	12	88	65
Nombre de visites d'établissements effectuées par la CDHP en 2011	0	2	2
Nombre de plaintes enregistrées par la CDHP en 2011	0	0	0

➔ **Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous**

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

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

<i>Suivi des indicateurs CPOM Etat-Région au 6/12/2012</i>	<b>Valeurs cibles</b>	<b>Valeurs réalisées</b>
<b>2011</b>	7%	6,9%
<b>2012</b>	7%	NR

Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) est aussi un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS

<i>Suivi des indicateurs CPOM Etat-Région au 6/12/2012</i>	<b>Valeurs cibles</b>	<b>Valeurs réalisées</b>
<b>2011</b>	41	41
<b>2012</b>	41	NR

*Le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins n'ont pas pu être renseignés dans le cadre du CPOM et ne doivent donc pas être renseignés.*

**11. Assurer financièrement l'accès aux soins**

*En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.*

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

	2011		2012	
	Valeur cible	Valeur réalisée	Valeur cible	Valeur réalisée
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50/74 ans	43%	30,10%	47%	NR
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50/74 ans	NR	62,30%	65%	NR
Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	93%	NR	94%	NR

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

	2011		2012	
	Valeur cible	Valeur réalisée	Valeur cible	Valeur réalisée
Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure au titre du CSP	14	9	15	NR
Nombre de contrats locaux de santé signés sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés	2	3	4	4
<u>Personnes âgées</u> : écarts intra régionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (75 ans)	15.2%	13.8%	15.1%	NR
<u>Personnes handicapées</u> : écarts intra régionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (0/59 ans)	28.9%	36%	28.8%	NR

#### La CSDU :

- estime qu'au vu des éléments existants, il est prématuré d'émettre des appréciations concernant cette orientation.
- propose que la CRSA organise en 2014 un forum sur l'accès à la santé pour tous en Limousin.

→Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Le CISS national élabore les programmes de formations qui sont déclinés dans les régions pour les représentants des usagers.

Le CISS Limousin propose aussi des formations sur des champs plus techniques qui relèvent de la compétence de l'ARS. Dans ce cas, le programme de formation est élaboré conjointement.

L'étude des rapports CRUQPEC fait apparaître, comme les années précédentes, que les représentants des usagers participent activement aux formations.

<b>Formations Régionales 2011</b>	<b>NOMBRE DE PARTICIPANTS</b>		
	Représentants usagers	Etablissements	ARS et partenaires
Gestion des plaintes	24	3	
Maison des usagers	21	4	1
RU, prenez la parole	11		
RU, l'essentiel	25 (dont médico-social)		1
<b>Formations nationales 2011</b>			
Journées correspondants formations	2		
Médico-social	1		
Ethique	1		

➔Orientation 4 : 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**

La participation à l'Assemblée plénière et à la Commission permanente de la CRSA dépasse les 50%. S'agissant, des commissions spécialisées, ce sont la CSDU et la CSOS qui ont rassemblé le plus de participants en 2012.

Même si les comparaisons, en terme de participation aux différentes instances n'est pas facile, eu égard :

- au nombre de membres qui les composent : de 12 pour la CSDU à 44 pour la CSOS
- au caractère relatif des pourcentages dont l'interprétation dépend du volume de la population en cause

le tableau ci-dessous montre néanmoins que les moins assidus sont ceux du 1er collège (collectivités territoriales) et du 4ème collège (partenaires sociaux).

Il faut cependant noter que le représentant du 1<sup>er</sup> collège qui siège à la CSDU est très assidu depuis le changement de titulaire.

*Plus généralement, la participation des représentants des usagers est particulièrement remarquable.*

TAUX DE PRESENCE CRSA 2012 (en %)						
COLLEGES	plénière	permanente	Droits usagers	Médicosoc	Organisation soins	Prévention
Collectivités territoriales	25	40	100	19	19	0
Usagers	73.5	63	79	33	81.5	0
Territoires	75	25	100	25	75	0
Partenaires sociaux	27.5	30	75	12.5	37.5	0
Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	37.5	80	25	25	87.5	0
Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	59.5	90	0	Pas de représentants prévus par textes	62.5	0
Offreurs des services de santé	52	83	75	30	69.5	0
Personnalités qualifiées	75	40	Pas de représentant prévus par textes	25	Pas de représentant prévus par textes	Pas de représentants prévus par textes
Membres de droit				0	25	

**TAUX DE PRESENCE Conférence de Territoire 2012 (en %)**

COLLEGES	plénière	bureau
Etablissements de santé	50	75
PM gestionnaires de services et ets sociaux et médico sociaux	62.5	50
Promotion de la santé ; lutte ctre la précarité	16.5	Pas de représentants prévus par textes
Professionnels de santé libéraux	25	Pas de représentants prévus par textes
Centres, maisons, pôles de santé	100	Pas de représentants prévus par textes
Hospitalisation à domicile	100	100
Services de santé au travail	50	Pas de représentants prévus par textes
Représentants des usagers	62.5	62.5
Collectivités territoriales	15.5	Pas de représentants prévus par textes
Ordre des médecins	100	100
Personnes qualifiées	50	Pas de représentants prévus par textes

S'agissant de la Conférence de Territoire, la participation aux réunions de l'Assemblée plénière et du bureau dépasse 50%, tous collèges confondus. Comme pour la CRSA, ce sont les représentants des collectivités territoriales, qui font le plus souvent défaut.

La participation des représentants des usagers n'est pas aussi remarquable qu'à la CRSA.

## 15.2 Travaux de la CSDU et de ses partenaires en 2012

### ► 15.2.1 Label 2012

Le label, initié dans le cadre du dispositif « 2011 année des patients et de leurs droits », afin de valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants menés en région en matière de promotion des droits des patients, a été renouvelé en 2012.

La CSDU, chargée de piloter le dispositif, a été destinataires de cinq projets. Deux ont été labellisés :

« Ballades culturelles Alzheimer » présenté par le CH Esquirol

« Plaquette informative sur le deuil périnatal » présenté par le CHU

Outre sa labellisation, le projet du CHU a été sélectionné par la CSDU pour le concours du prix du Droit des Usagers et a été primée par le jury national avec 4 autres lauréats.

[www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers](http://www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers)

### ► 15.2.2 Prix hôpital-citoyen

L'ARS du Limousin est particulièrement investie dans le développement de la démocratie sanitaire et cherche à favoriser l'intégration et la prise en compte de l'utilisateur au sein du système de santé.

Le prix « hôpital-citoyen », qui fait suite au forum citoyen organisé en juin 2011, a eu pour objectif de stimuler l'innovation et de faire des établissements de santé de véritables laboratoires de démocratie participative autour de la relation patients-professionnels.

En effet, La qualité de la relation et des échanges entre l'utilisateur hospitalisé et le personnel de l'établissement qui l'accueille est essentielle et fait partie intégrante de la prise en charge au même titre que la qualité des soins. C'est pour susciter l'émergence de tels projets que l'ARS d Limousin a lancé ce prix.

Parmi les onze dossiers présentés par sept établissements, le jury, auquel étaient associés le Conseil régional et le CISS Limousin, a primé le CH de Tulle pour son projet : « *changer le métier d'accueil pour favoriser un premier contact personnalisé entre professionnels et usagers* » qui traduit les objectifs du cahier des charges et est reproductible.

### ► 15.2.3 Trophée des usagers

Depuis 2007, le CISS Limousin a décidé d'attribuer le "trophée des usagers" à l'établissement dont le projet est le plus innovant pour la prise en charge des personnes hospitalisées. Ce trophée est la manifestation de la reconnaissance des usagers vis-à-vis de l'établissement lauréat.

En 2011, le trophée a été décerné au Centre Hospitalier de Brive qui a initié une démarche autour des soins palliatifs pour soutenir l'entourage du patient en fin de vie et diffuser la culture palliative afin de :

- garantir une continuité dans la démarche palliative
- introduire une réflexion éthique
- améliorer les soins de confort
- promouvoir l'accompagnement auprès des patients et de leur entourage



## CONCLUSION

La région est un lieu d'expression de la démocratie sanitaire et la création, il y a trois ans, de cet interlocuteur unique qu'est l'ARS facilite les relations.

De la réflexion ayant abouti à l'approbation du Plan Régional de Santé (PRS) jusqu'à la mise en œuvre des actions qui en découlent, comme, l'organisation des débats publics sur les territoires de proximité ou l'élaboration du prochain programme qualité, une large place est toujours accordée aux acteurs associatifs et aux représentants des usagers.

Dans ce contexte très favorable, il n'est pas illusoire de réfléchir, pour pouvoir le proposer au plan national, à une évolution législative qui intégrerait au PRS un schéma de la démocratie sanitaire.

S'agissant du rapport annuel élaboré par la CSDU, il n'est pas inutile d'insister de nouveau sur l'ambition du contenu du cahier des charges qui couvre tous les champs de la santé: ambulatoire, sanitaire et médico-social

Pour recueillir ces informations, l'ARS dispose d'outils qui devront être améliorés et optimisés. Pour les analyser, la CSDU doit impérativement mobiliser toutes les commissions spécialisées de la CRSA

Le Président et les membres de la CRSA remercient les membres de la CSDU pour leur présence et leur assiduité qui ont, entre autre, permis l'élaboration du rapport

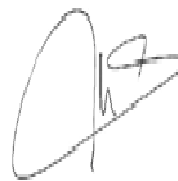
Ils tiennent aussi à féliciter les trois personnes ressources du CISS Limousin qui ont exploité les rapports des CRUQPEC et participé aux travaux de la CSDU ainsi que les agents du Pôle "démocratie sanitaire" de l'ARS qui, par leur investissement, contribuent au renforcement de la démocratie sanitaire.

Le Président de la CSDU



Patrick CHARPENTIER

Le Président de la CRSA



Jean-François NYS

## **Annexe 1**

<p style="text-align: center;"><b>Rapport des CRSA sur les droits des usagers du système de santé</b> <b>Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012</b></p>
--

**Projet**  
**11/10/2012**

Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants fixés par l'arrêté du 5 avril 2012.

Le présent guide a pour objectif de préciser la façon dont ces objectifs doivent être pris en compte par les agences régionales de santé dans le cadre de leur mission de recueil des données pour le compte de la CRSA, en vue du rapport 2012 à remettre avant le 31 mars 2013. Ce rapport porte sur les données de l'année 2011.

D'une manière générale, les bonnes pratiques et initiatives locales en faveur des droits des usagers doivent être repérées, identifiées, et mutualisées au sein du rapport de la CRSA, afin de mieux les faire connaître. Les projets labellisés dans le cadre du label sur les droits des usagers permettent à cet égard de recenser ces différentes initiatives. Le rapport de la CRSA doit permettre de les valoriser.

Sur chacun des objectifs identifiés dans le cahier des charges, des précisions sont apportés pour leur application :

## **Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers**

### **10. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers**

#### **Dans le domaine ambulatoire :**

Depuis début 2012, l'obligation de développement personnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé, instaurée par la loi HPST, est en cours de déploiement ; il ne s'agit donc pas d'identifier le nombre de formations mises en place dans ce cadre, ni le nombre de professionnels ayant suivi des formations.

Il convient cette année de recenser les programmes de DPC collectif annuel ou pluriannuel et les organismes chargés de mettre en œuvre le DPC dans la région et, pour les médecins libéraux, d'identifier les formations disponibles en région en 2012 notamment sur les domaines suivants :

- formation à l'éducation thérapeutique ;
- formation à la relation médecin – patient ;
- mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention / gestion des crises sanitaires ;
- prise en charge de la douleur ;
- sécurité des soins, gestion des risques, iatrogénie ;
- soins palliatifs et fin de vie ;
- système d'information et dossier médical.

Pour en savoir plus sur le DPC :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc)

Sur l'organisme de gestion du DPC : <http://www.ogc.fr/index.php>

#### **Dans le domaine hospitalier :**

Il convient cette année d'examiner l'offre de formation proposée par l'[ANFH](#) à ses adhérents (établissements du secteur public), qui s'articule autour d'actions de formation nationales (AFN), fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'actions de formation régionales (AFR) bâties par les délégations régionales ANFH. Les thèmes de formation sont fixés par les instances paritaires régionales de l'ANFH.

Les données à recueillir sont donc les différentes AFR mises en place en 2012 sur les droits des usagers (relatives aux thématiques recensées par le cahier des charges).

Pour la liste des AFR : [http://www.anfh.fr/site/anfhfr/offre-de-formation?type\\_etablissement=all&filiere=all&action\\_formation=all&region=nationales](http://www.anfh.fr/site/anfhfr/offre-de-formation?type_etablissement=all&filiere=all&action_formation=all&region=nationales)

#### **Dans le domaine médico-social :**

Les ARS peuvent se rapprocher des principaux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) présents sur leur territoire pour dresser un état des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés. Une démarche est en cours au niveau national pour tenter de recueillir les informations à ce niveau.

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

### Dans le domaine ambulatoire :

La DGOS doit saisir les ordres nationaux des professions de santé pour savoir s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales, et en particulier sur les thématiques suivantes :

- maltraitance (objectif 3 du cahier des charges),
- accès au dossier médical (objectif 6),
- refus de soins pour prestataires CMU-AME (objectif 11).

### Dans le domaine hospitalier :

La Haute Autorité de santé va mettre à la disposition du ministère et des ARS, à partir de l'infocentre SARA (Saisie des Auto-évaluations et des Rapports de Certification), 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 correspondants aux objectifs du cahier des charges :

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

Les données 2011 seront fournies sous forme de tableau regroupant les informations relatives à l'établissement (région, finess de l'entité juridique, nom de l'établissement, code postal), qui correspondent à une seule procédure de certification identifiée sous un unique code de démarche HAS. Pour l'année suivante, seules les données pour les établissements ayant fait l'objet d'une nouvelle certification ou d'une procédure de modification seront ajoutées.

Par ailleurs, sur l'objectif 2, les rapports des CRUQPEC des établissements de santé permettront de mesurer leur fonctionnement effectif à partir des données suivantes :

- proportion d'établissements disposant d'une CRUQPEC ;
- proportion des rapports des CRUQPEC 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 CRUQPEC ;
- existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPEC (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPEC pour lesquels il existe une formation pour les membres).

Il est rappelé que les données brutes doivent être transmises par l'ARS à la CRSA qui est chargée de leur analyse (par exemple pour la qualité des membres des CRUQPEC).

L'indicateur de satisfaction des usagers (I-SATIS) est en cours de déploiement et les données ne seront accessibles qu'à partir de 2013.

Dans le domaine médico-social :

L'exploitation des résultats de l'enquête ANESM sur la bientraitance, et le cas échéant des enquêtes spécifiques, permettront de mesurer le fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) à partir des données suivantes :

- proportion d'établissements disposant d'un CVS ;
- proportion des rapports des CVS transmis, sur la base du volontariat, à l'ARS et à la CRSA (pas d'obligation réglementaire) ;
- 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.

**12. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance**

Dans le domaine ambulatoire :

En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

Dans le domaine hospitalier :

S'agissant de la proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent, les données doivent être disponibles dans le rapport des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

Dans le domaine médico-social :

La proportion d'établissements médico-sociaux où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent, est disponible pour les EHPAD à partir de l'enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM.

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2\\_Vdefpdf.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf)

**13. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur**

Dans le domaine ambulatoire :

Il s'agit d'identifier les formations des professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur, dans les conditions prévues ci-dessus au point 1.

Dans le domaine hospitalier :

L'indicateur du taux de satisfaction des usagers n'est pas à renseigner cette année car les données de I-SATIS ne seront disponibles qu'à partir de 2013.

Le taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe n'est pas à renseigner cette année.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

Dans le domaine médico-social :

Il convient de recenser le pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé.

**14. 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**

Dans le domaine ambulatoire :

Il s'agit d'identifier les formations des professionnels de santé sur les soins palliatifs et la fin de vie, dans les conditions prévues ci-dessus au point 1.

Dans le domaine hospitalier :

La proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées devrait être disponible à partir des données des rapports des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

Dans le domaine médico-social :

L'enquête de la DREES relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) comporte un item relatif à la prise en charge des personnes en fin de vie. Cette enquête est quadriennale et la collecte des informations est en cours pour l'année 2011. Les ARS disposeront des bases de données en juin 2013.

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

Dans le domaine ambulatoire :

En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

Dans le domaine hospitalier :

Le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical devrait être disponible à partir des données des rapports des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, voir ci-dessus les données fournies par la HAS.

### Dans le domaine médico-social :

Un état des lieux sur les personnalités qualifiées (nomination, modes de désignations, formations, actions pour faire connaître leur rôle, etc.) pourrait être présenté à la CRSA.

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

Il s'agit ici de demander au Rectorat d'établir un état des lieux annuel sur le taux d'enfants scolarisés en milieu ordinaire et/ou adapté, par rapport aux demandes de scolarisation.

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

Il s'agit ici de demander un état des lieux annuel sur l'accès des personnes sous main de justice à leur dossier médical. A voir avec vous la meilleure manière de procéder.

#### **18. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques**

Il s'agit de vérifier le fonctionnement effectif des commissions départementales de soins psychiatriques, en mesurant la proportion de rapports transmis à l'ARS par chacune de ces commissions. La CRSA peut ensuite procéder à l'analyse de ces rapports si elle le souhaite.

### **Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous**

#### **19. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux**

La part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale est un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) est aussi un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

En revanche, le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins n'ont pas pu être renseignés dans le cadre du CPOM et ne doivent donc pas être renseignés.

#### **20. Assurer financièrement l'accès aux soins**

En attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

#### **21. Assurer l'accès aux structures de prévention**

Les quatre indicateurs identifiés sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS. L'analyse de ces indicateurs relève de la CRSA.

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

Les trois indicateurs identifiés sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

### **Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé**

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

Les ARS doivent disposer des données à recueillir, soit directement, soit dans le cadre de leur conventionnement avec le CISS.

### **Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire**

#### **24. 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**

Les données à recueillir sont à renseigner par les ARS dans le cadre de l'indicateur du rapport annuel de performance sur la participation des associations d'usagers ; elles sont aussi renseignées dans les rapports d'activité des CRSA.



## RETOUR RAPPORTS CRUQPEC 2011

CORREZE	HAUTE-VIENNE	CREUSE
HL Bort les Orgues	CH St Yrieix	CH Bourgneuf
Clinique des Cèdres	La Chênaie	CH La Souterraine
CH Ussel	ALURAD	CH La Valette
CH Pays d'Eygurande	Clinique Chénieux	Clinique de la Croix Blanche
CH Tulle	CH St Junien	Clinique de la Marche
CH Brive	CH Esquirol	CRRF André Lalande
Clinique Saint Germain	HIHL	CMN Alfred Leune
Résidence Saint Jean les Cèdres	CHU	CH Evaux les Bains
CHG Cornil	Clinique des Emailleurs/Colombier	CH Aubusson
HAD Relais Santé	HIMB St Léonard	CH Guéret
	HAD SSL	Clinique Chatelguyon
	Clinique Saint Maurice	
	Hôpital de jour Baudin	
10/10 établissements	12/13 établissements	11/11 établissements

**Annexe 3**

<b>ETABLISSEMENTS</b>	<b>NOMBRE DE REUNIONS</b>
<b>CORREZE</b>	
<b>HL Bort les Orgues</b>	<b>4</b>
<b>Clinique des Cèdres</b>	<b>1</b>
<b>CH Ussel</b>	<b>2</b>
<b>CH Pays d'Eygurande</b>	<b>5</b>
<b>CH Tulle</b>	<b>3</b>
<b>CH Brive</b>	<b>3</b>
<b>Clinique Saint Germain</b>	<b>5</b>
<b>Résidence Saint Jean les Cèdres</b>	<b>4</b>
<b>CHG Cornil</b>	<b>2</b>
<b>HAD Relais Santé</b>	<b>2</b>
<b>HAUTE VIENNE</b>	
<b>CH St Yrieix</b>	<b>4</b>
<b>La Chênaie</b>	<b>4</b>
<b>ALURAD</b>	<b>3</b>
<b>Clinique Chénieux</b>	<b>4</b>

<b>CH St Junien</b>	<b>3</b>
<b>CH Esquirol</b>	<b>4</b>
<b>HIHL</b>	<b>2</b>
<b>CHU</b>	<b>10</b>
<b>Clinique Emailleurs/Colombier</b>	<b>4 (site Emailleurs) 4 (site Colombier)</b>
<b>HIMB St Léonard</b>	<b>4</b>
<b>HAD SSL</b>	<b>4</b>
<b>Hôpital de jour Baudin</b>	<b>4</b>
<b>Clinique Saint Maurice</b>	
<b>CREUSE</b>	
<b>CH Bourganeuf</b>	<b>1</b>
<b>CH La Souterraine</b>	<b>1</b>
<b>CH La Valette</b>	<b>4</b>
<b>Clinique de la Croix Blanche</b>	<b>4</b>
<b>Clinique de la Marche</b>	<b>1</b>
<b>CRRF André Lalande</b>	<b>2</b>
<b>CMN Alfred Leune Ste</b>	<b>3</b>

<b>CH Evaux les Bains</b>	<b>3</b>
<b>CH Aubusson</b>	<b>4</b>
<b>CH Guéret</b>	<b>6</b>
<b>Clinique Chatelguyon</b>	<b>4</b>

## CRUOPC – L'ORDRE DU JOUR IDEAL DE LA CRUOPC : SUR QUOI TRAVAILLER ?

POINT A L'ORDRE DU JOUR	FREQUENCE	SUPPORT ET SOURCES D'INFORMATION	POUR QUOI FAIRE ?
Lecture de l'ordre du jour	A chaque début de séance	Ordre du jour transmis au préalable	Y faire figurer au besoin certains points, notamment par les questions diverses
Approbation du compte rendu de la dernière séance	A chaque début de séance	Compte rendu	Veiller à ce que vos propos soient bien rapportés ; y faire scier des informations et des recommandations dont on veut garder la trace
Suivi des décisions et recommandations prises lors des dernières réunions	A chaque réunion	Compte rendu des séances précédentes, notes du RU ou tableau spécifique	Assurer un suivi effectif des décisions, rappeler au besoin les acteurs à l'ordre (p. 42)
Actualisation du règlement intérieur de la CRUOPC	Des nécessités de changement (tous les 3 ans)	Règlement intérieur de la CRUOPC et propositions de modifications	Veiller à ce que la réglementation soit appliquée et que les points principaux y figurent
Plaintes et réclamations ayant fait l'objet de médiations	A chaque réunion	Pour chacune, lettre de plainte + compte rendu de médiation	Donner un avis (cessament, recommandations, informations sur les recours) et expliciter la plainte dans une logique d'amélioration de la qualité
Autres plaintes et réclamations	A chaque réunion	Lettre de plainte + réponse apportée	Donner un avis sur la plainte, la qualité de la réponse, et expliciter la plainte dans une logique d'amélioration de la qualité
contentieux CRCL, tribunaux, demandes gracieuses	Au moins une fois par an, idéal : à chaque réunion	A la discrétion de l'établissement	Etre informé de dysfonctionnements graves ; formuler le cas échéant des recommandations Demander le détail des résultats !
Indicateurs obligatoires	Une fois par an	Document transmis à la Haute Autorité de Santé et au Ministère de la Santé et Affichage dans l'établissement	Veiller qu'ils sont publiés, lésibles et compréhensibles. Emettre un avis et des recommandations sur les résultats Connaitre la politique de l'établissement en la matière
Nouveaux événements indésirables graves	A chaque réunion	Fiches d'événements indésirables, tableaux de bord	Faire le lien avec les sujets de plaintes et les analyser pour en tirer des recommandations
Présentation et élaboration du programme du CLIN	Une fois par an	Programme du CLIN	Prese en compte des remarques des RU, remontrées via le rapport annuel de la CRUOPC
Demandes d'accès au dossier médical	Au mieux à chaque réunion, au minimum une fois par an	Tableau fourni par l'établissement	Veiller que le droit à l'information de l'utilisateur peut effectivement s'exercer ; analyser les causes des demandes, le respect des délais de transmission, les coûts facturés à l'utilisateur
Bilan des questionnaires de sortie	Au minimum une fois par an	Le questionnaire, les réponses vérifiées par gîte et par service	En prendre connaissance, émettre un avis et des recommandations. Connaitre les commentaires éventuels à chaque réunion

Droits des usagers : observations, débat	Au minimum une fois par an		Se centrer sur un droit en particulier : Est-il connu des usagers ? Des professionnels ? Est-il mis en œuvre ? Comment peut-on améliorer sa mise en œuvre ? En prendre connaissance, émettre un avis et des recommandations
Enquête de satisfaction	Des qu'elle a lieu	Le questionnaire et les réponses	En prendre connaissance, émettre un avis et des recommandations
Autres enquêtes : résultats spécifiques	Des qu'elles ont lieu	Les protocoles d'enquêtes et les résultats	En prendre connaissance, émettre un avis et des recommandations
Grands projets de rétablissement	Des qu'ils sont conçus	Tout document utile	En prendre connaissance, émettre un avis et des recommandations avant la mise en place du projet : mesurer leur impact sur les usagers et vérifier que cet impact est bien pris en compte
Rapport d'activité de l'ES	Chaque année	Le document, mais aussi le document « projet d'établissement »	Vérifier que l'établissement se conforme à ses objectifs
Rapport annuel de la CRUQPC	une fois par an, idéalement sur 2 à 3 réunions	Plan type et données puis texte final	Se mettre d'accord sur une méthode et préciser les principaux contenus Participer à son élaboration activement : faire une synthèse des recommandations. Valider le texte finalisé
Présentation du rapport au conseil de surveillance, écho des débats	Une fois par an	Témoignage, compte rendu du conseil de surveillance	Vérifier qu'il a été entendu et compris par le conseil de surveillance
Certification	Tous les 4 ans, mais travail dans la durée	<p>Selon les années :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation de la démarche</li> <li>- Résultats de l'auto-évaluation</li> <li>- Résultats de la certification</li> <li>- Suivi des recommandations des experts-visitieurs</li> </ul>	Y participer activement pour améliorer la qualité des soins
Actualisation livret d'accueil et des questionnaires de sortie, et tout document à destination des usagers	Données chiffrées : 1 fois/an Relevés : 3 ans	Livret d'accueil	Améliorer l'information du patient
Participation de la CRUQPC à l'élaboration du programme annuel de la CME (le cas échéant, suivi)	Chaque année	Projet de programme d'actions Recommandations de la CRUQPC	Proposer des actions
Autres actions menées : groupes de travail...			Vérifier que l'on tient compte du point de vue de l'usager
Renouvellement de la CRUQPC	Tous les 3 ans		

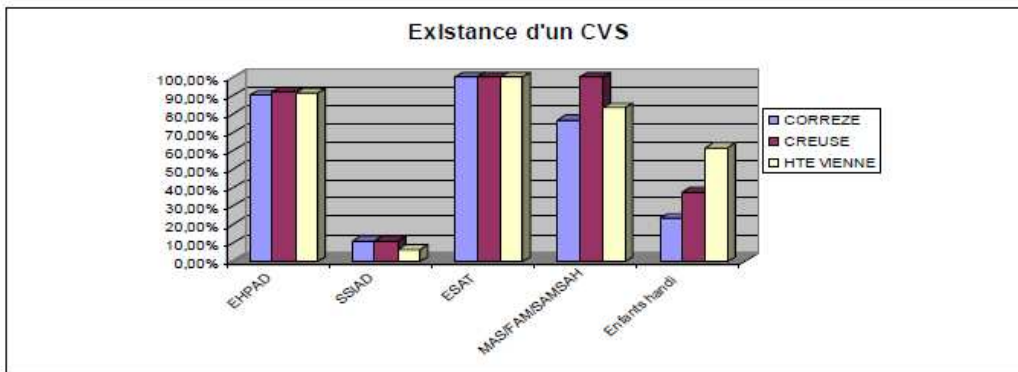
## Annexe 5



limousin

# Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin

Dans le cadre de l'enquête sur la mise en place des outils de la loi 2002-2, menée durant le premier semestre 2010, il était demandé à l'ensemble des établissements médicaux-sociaux du Limousin de transmettre les trois derniers procès verbaux de leur Conseil de la Vie Sociale (CVS).



## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin

Les éléments étudiés dans la présente étude sont :

L'existence effective de 3 procès verbaux du CVS,

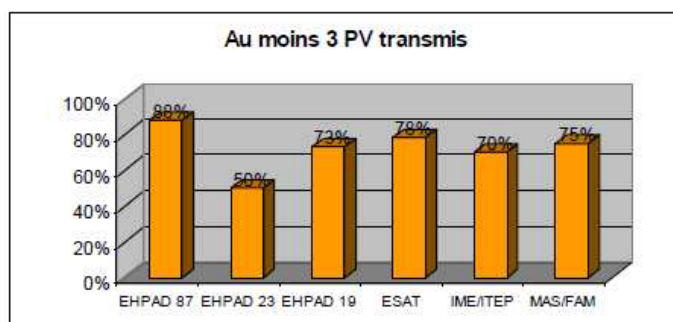
Une composition du CVS conforme à la réglementation,

Un ordre du jour cohérent avec les thèmes relevant de la compétence du CVS,  
La trace des prises de paroles des représentants des usagers et des familles d'usagers,

La bonne tenue du secrétariat du CVS par un représentant des usagers ou des familles d'usagers,

La trace du suivi des avis antérieurs du CVS.

## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin



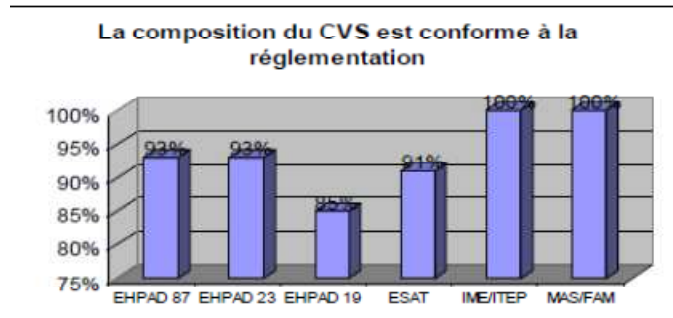
### 1. Transmission effective de trois procès verbaux du CVS

Globalement, dans près de 3 cas sur 10, les établissements ayant répondu qu'ils disposaient d'un CVS n'ont transmis que deux, un ou aucun procès verbal de CVS

*axe d'amélioration* : Rappeler la nécessité de respecter la fréquence de trois réunions minimum du CVS par an (art.15 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au CVS et aux autres formes de participation)



## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin

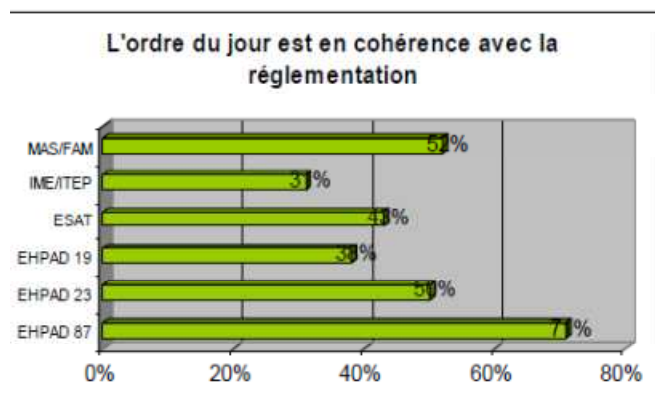


### 2. Conformité de la composition du CVS avec la réglementation

Globalement, lorsque le CVS se réunit, sa composition est conforme dans 9 cas sur 10.

Il est à noter qu'une grande partie des CVS dispose d'un nombre de représentants des usagers supérieur au minimum réglementaire

## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin

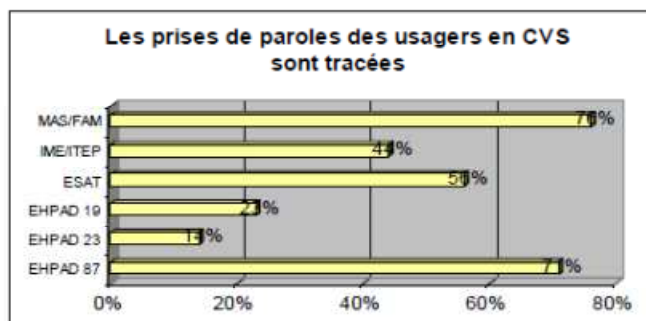


### Ordre du jour cohérent avec les thèmes relevant de la compétence du CVS :

Lorsque les CVS s'écartent de leur vocation première, ceci est essentiellement dû au fait que ces derniers reprennent en grande partie l'ordre du jour du conseil d'administration ou du conseil de surveillance

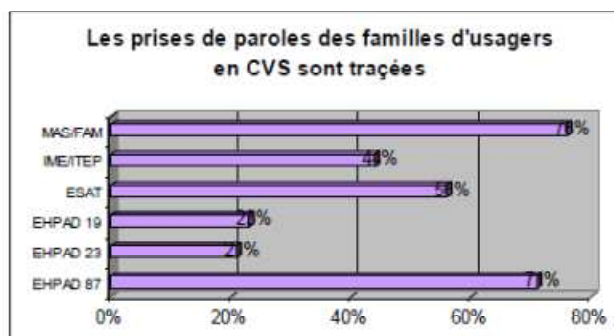
**Axe d'amélioration:** Réaffirmer le rôle du CVS en matière de propositions et d'avis sur les prises en charge, mais aussi sur le fonctionnement général de la structure, y compris sur le plan stratégique

## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin



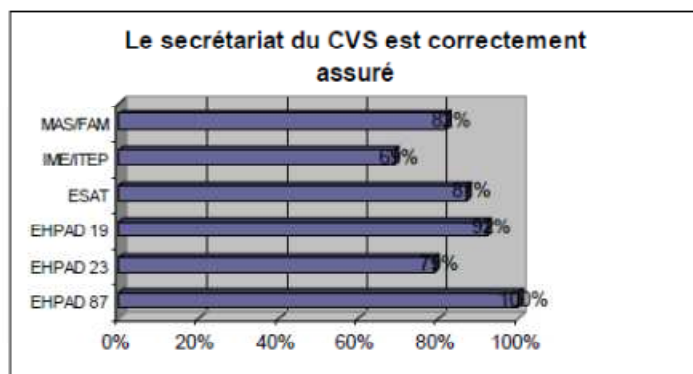
Nous constatons que moins de la moitié des procès verbaux de CVS en EHPAD et en IME/ITEP contiennent une trace de la prise de parole des usagers ou de leur famille.

**Les prises de paroles des représentants des usagers et des familles d'usagers**



**Axe d'amélioration :** Favoriser la prise de parole des usagers et de leurs familles dans le cadre de CVS départementaux

## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin

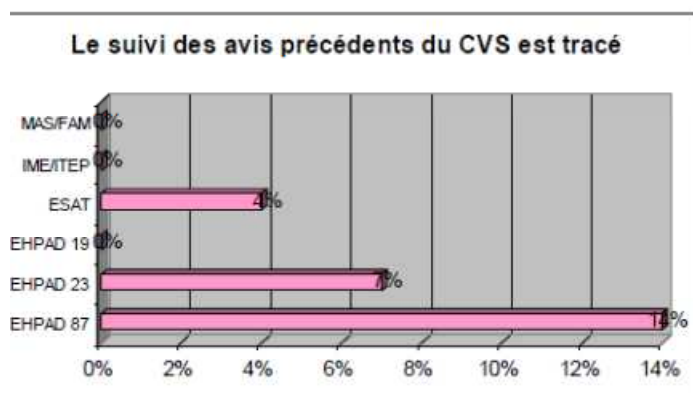


**La bonne tenue du secrétariat du CVS par un représentant des usagers ou des familles d'usagers**

Dans plus de 8 cas sur 10, le secrétariat du CVS est correctement réalisé en EHPAD, en ESAT, en MAS et en FAM et dans près de 7 cas sur 10 en IME et en ITEP.

**Axe d'amélioration :** Rappeler la vocation du CVS à être une instance conduite par et pour les usagers.

## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin



### . Le suivi des propositions et des avis antérieurs du CVS :

Le suivi formalisé des propositions et des avis du CVS est quasi inexistant dans la très grande partie des établissements

**Axe d'amélioration** : Insister sur la nécessité d'assurer le suivi des propositions et des avis des CVS précédents.

## Présentation étude sur la mise en œuvre des cvs dans les établissements médico sociaux du limousin

### Synthèse des axes d'amélioration

Rappeler la nécessité de respecter la fréquence de trois réunions minimum du CVS par an (art.15 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au CVS et aux autres formes de participation)

Réaffirmer le rôle du CVS en matière de propositions et d'avis sur les prises en charge, mais aussi sur le fonctionnement général de la structure, y compris sur le plan stratégique.

Favoriser la prise de parole des usagers et de leurs familles dans le cadre de CVS départementaux.

Rappeler la vocation du CVS à être une instance conduite par et pour les usagers. Insister sur la nécessité d'assurer le suivi des propositions et des avis des CVS précédents.

## Annexe 6



CONSEILS DEPARTEMENTAUX  
DE LA VIE SOCIALE (CVS.D)

Bilan 2011, perspectives et actions 2012

## Sommaire

<b>PREAMBULE.....</b>	<b>52</b>
<b>I / SYNTHÈSE DES RÉUNIONS.....</b>	<b>54</b>
<b>III / BILAN, POURSUITES ET SUITES DONNÉES.....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>72</b>

## PREAMBULE

### **LES CONSEILS DE LA VIE SOCIALE DÉPARTEMENTAUX**

#### **POUR PROMOUVOIR LA DÉMOCRATIE SANITAIRE**

Michel Laforcade, Directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, a souhaité s'engager dans la promotion de l'expression directe des usagers au-delà du cadre de la mise en place des instances de démocratie sanitaire.

Il s'agit de donner la parole aux usagers et à leurs représentants et de tenir en compte de leurs capacités à éclairer et à interpeller les décideurs dans l'élaboration puis la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

#### **LES CONSEILS DE LA VIE SOCIALE DÉPARTEMENTAUX POUR PROMOUVOIR LA DÉMOCRATIE SANITAIRE**

L'objectif du projet est de renforcer les espaces de démocratie sanitaire et l'expression des usagers en établissements et services de santé sociaux et médico-sociaux

Expérimentation innovante, les CVSD se sont installés dans chaque département de la région dès 2011 pour chacun des champs du médico-social : personnes âgées, enfants et adultes en situation de handicap, accueillis en établissements et services

Ils ont vocation à recueillir les attentes et besoins des usagers sur leurs droits et leurs conditions de prise en charge pour dégager des axes d'amélioration, concrètement déclinables sur le territoire. Ils constituent une véritable force de proposition au service de la démocratie sanitaire dépassant les problématiques propres à chaque établissement : le droit des usagers est-il suffisamment respecté

et reconnu? Quelles actions peuvent concourir à améliorer la prise en charge des personnes?

Ces CVSD sont composés d'usagers (ou de leurs représentants légaux) de structures médico-sociales, des présidents des conseils de vie sociale des établissements, des représentants des usagers siégeant à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, et des personnalités qualifiées co-désignées par le préfet, le directeur général de l'ARS et le président du Conseil Général.

Réunis au rythme de deux fois par an, les CVSD définissent des thématiques de travail à partir desquelles des propositions d'amélioration ainsi que des modalités de mise en œuvre et de suivi sont étudiées.

Les premiers CVSD ont permis d'échanger sur l'opérationnalité des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (livret d'accueil, contrat de séjour, projet d'établissement...), sur les droits fondamentaux des usagers (par exemple, réversibilité et effectivité du libre choix, respect de la vie privée, parentalité) comme sur l'ouverture des établissements sur la cité (intégration en milieu scolaire, activités culturelles sportives, sociales).

L'enquête de satisfaction menée auprès des participants aux CVSD a démontré la pertinence de cet outil participatif dans la promotion des droits et de l'expression des usagers. Il trouve sa place dans l'impulsion et la déclinaison locale des actions du Projet régional de Santé.

**Des pistes de travail ont, d'ores et déjà, été dégagées : former les représentants des usagers appelés à siéger dans les instances pour leur donner une légitimité, améliorer les moyens de soutien et de communication en direction des familles et des usagers.**

**Des réunions thématiques des CVSD, à partir d'un échange sur les bonnes pratiques vont être programmées à partir de l'automne 2012.**

## I / SYNTHÈSE DES RÉUNIONS

### 1.1. LE CALENDRIER D'INSTALLATION DES PREMIERS CVS.D

DEPARTEMENT	CVS personnes âgées	CVS handicapés adultes	CVS handicapés enfants
CORREZE	15 mars 2011	21 mars 2012	21 mars 2012
CREUSE	11 octobre 2011	17 mars 2011	7 novembre 2011
HAUTE-VIENNE	3 février 2012	16 novembre 2011	18 mars 2011

### 1.2. LA SYNTHÈSE PAR SECTEUR D'INTERVENTION

#### 1.2.1. Le secteur des personnes âgées

##### ❖ Déroulement

La principale difficulté rencontrée pour ce secteur a été celle de la participation directe des usagers : les personnes hébergées en EHPAD sont majoritairement très dépendantes et leurs familles ne sont pas toujours disponibles ou motivées pour participer au CVS.

Le problème de la représentativité réelle de l'utilisateur et de la prise en compte de sa parole est donc une réalité.

*La présence dans les CVS de représentants d'associations d'utilisateurs a été proposée par les membres présents du CISS Limousin dans le but d'aider les familles à connaître les droits de l'utilisateur en EHPAD et de les accompagner dans l'expression de leurs besoins et attentes.*

Les participants ont soulevé l'intérêt de la démarche et souhaitent que les thèmes soient abordés plus en détail.

## ❖ Les principaux points abordés

- **Les outils de la Loi 2002-2, connaissance et respect des droits des usagers**

Les participants avaient connaissances de l'existence de ces outils. Mais de part leur fonction, ils n'étaient pas en mesure de débattre en profondeur sur cette thématique. Il a cependant été souligné que le règlement de fonctionnement doit être expliqué et le consentement doit être éclairé et recherché.

Une personne qualifiée a souligné que la mise en place des pré-admissions dans les EHPAD a vraiment été un élément d'amélioration dans l'organisation des ces établissements et pour l'accueil des usagers.

La problématique principale soulevée par les participants est l'application de ces outils.

Ils ont également souligné la difficulté voire l'absence d'identification des représentants des usagers. Il y a une réelle nécessité de communiquer sur le rôle des représentants des usagers et des associations.

Une personne qualifiée a indiqué qu'elle souhaiterait être plus associée à la vie des établissements, notamment assister aux Conseils de Surveillance et recevoir les comptes-rendus.

- **Le fonctionnement des conseils de la vie sociale dans les établissements**

Les insatisfactions concernent les difficultés de maîtrise de l'ordre du jour, du rôle trop consultatif des représentants des usagers avec un sentiment de ne pas pouvoir agir sur les décisions. Souvent les propositions ne sont pas suivies d'effet.

- **La prise en charge**

La question de l'accueil en établissement a été soulevée avec une nécessité d'inscrire cette étape charnière dans un parcours de vie avec une véritable politique d'accueil. L'admission n'est pas assez préparée en amont, le placement se



fait par défaut et trop rapidement .Il existe aussi des maladresses dans les questionnaires d'admission (disposition à prendre au moment du décès ...)

Ensuite, au cours du séjour, les familles ont fait part de leur besoin d'avoir un interlocuteur qui puisse répondre sur l'ensemble des problématiques de la prise en charge quotidienne.

Le cadre de santé pourrait être cet interlocuteur .Les usagers et leur famille sont parfois confrontés à certains personnels pas assez formés et démunis dans leurs relations avec eux.

Une formation ciblée sur le partage d'information pourrait être envisagée pour certains personnels.

- **L'animation et les activités**

Les participants ont indiqué qu'il n'y avait pas assez d'activités, de stimulations.

Des exemples intéressants ont été évoqués : espaces vert "jardin des sens", activités de jardinage, bénéficié de la compagnie d'animaux, promenade dans les parcs, cuisine ...

De plus l'EHPAD doit s'ouvrir sur l'extérieur, des expériences de rencontres intergénérationnelles sont décrites comme toute à fait bénéfiques.

Beaucoup se sont exprimés sur le fait que l'animation n'a pas une place assez importante dans les établissements.

Un participant a souligné les bienfaits, par exemple, des salons de coiffure dans les établissements.

Les rencontres inter générations sont aussi à développer dans les établissements. Il est nécessaire de montrer une autre image de la vieillesse.

- **L'alimentation**

Il s'agit d'un point de préoccupation important dans la vie d'une structure et très naturellement ce thème a nourri abondamment les échanges. Les participants ont rappelé la nécessité d'une prise en charge nutritionnelle adaptée à la dépendance mais qu'il ne fallait jamais perdre de vue la notion de plaisir: participer au choix de ses aliments, contribuer à la préparation des menus et de certains plats, les consommer avec goût.

## ❖ échanges divers

En raison d'un manque de représentativité directe des usagers, le débat a été ouvert à d'autres questionnements.

- l'évaluation interne et externe dans les EHPAD (tous les cinq ans)
- Le rôle des évaluations ont été expliqué ainsi que le déroulement. Le résultat des évaluations conditionne le renouvellement des autorisations. Les organismes d'évaluation sont habilités par l'ANESM. Ce sont aux établissements de sélectionner leur organisme en fonction d'un cahier des charges. L'ANESM a sélectionné 780 organismes.
- Le prix de journée
- Un participant a soulevé la problématique du prix de journée des EHPAD et surtout du reste à charge pour les usagers. Comment peut-on être pris en charge sans les moyens disponible pour les usagers et leur famille ?
- Le fonctionnement des SSIAD
- Il y a une réelle problématique de place dans les SSIAD : la sortie en SSIAD est complexe : réorientation des patients vers d'autres structures, le coût...
- Le débat que la dépendance.
- ❖ Les participants ont tous regrettés le report de la réforme sur la dépendance.

### 1.2.2. Le secteur des personnes handicapées adultes

#### ❖ Déroulement

Les problématiques soulevées ont été très différentes selon qu'il s'agissait de personnes relevant d'ESAT (très participatives) ou de représentants de personnes relevant de MAS.

## Le Conseil de la Vie Sociale

Les échanges ont porté essentiellement sur les points suivants:

- Rédaction de l'ordre du jour varie en fonction des établissements: représentant des usagers, directeur, co-écriture entre direction et usagers. Il peut parfois être arrêté le jour même du CVS en fonction des thèmes qui seront abordés, ou après rencontre entre le président et les usagers afin de recenser les souhaits des sujets à aborder.
- Connaissance des représentants mais ils ne se confient pas uniquement à lui : ils s'adressent aussi aux moniteurs, au directeur, au personnel de soutien qui sont alors des personnes relais pour transmettre leurs problèmes.
- Communication non systématique du compte-rendu
- Réunions CVS: entre 2 et 4 par an.
- Non retour sur les traitements des plaintes. En règle générale, les personnels privilégient le travail en amont pour éviter les plaintes.
- Nécessité de plus de neutralité dans le CVS
- Il est déploré le manque d'investissement des familles dans les CVS sur certaines structures.

La non implication des familles dans les CVS s'expliquerait par :

- une méconnaissance de cette instance,
- l'éloignement des familles
- un problème financier lié à l'éloignement (cout des transports et d'hébergement)
- Certaines familles ne portent pas d'intérêt sur le fonctionnement de l'établissement et de la prise en charge des résidents. A titre d'exemple, il a été envoyé par une MAS un questionnaire anonyme aux familles, réponses décevantes très peu de familles ont répondu.
- Proposition de faire une information systématique aux familles pour expliquer le rôle d'un CVS.

## Les échanges ont mis en avant certaines difficultés rencontrées:

- Reformulations non fidèles des questions posées.
- Difficulté de compréhension (déception ressentie de la part des usagers).
- Le statut de représentant n'est pas évident. C'est la voix de TOUS les usagers. Il a été soulevé un besoin en formation des représentants des usagers pour informer du rôle et de la légitimité. La nécessité d'une bonne identification des représentants a été identifiée
- Avis divergents: quelle est la place des problèmes personnels au sein d'un CVS. La tribune rappelle que le CVS est un lieu d'échange.

### *Exemple d'un cas de résolution de problème traité lors d'un CVS :*

Un usager souligne que leur CVS a validé un changement de leurs horaires de travail ce qui leur permet désormais de terminer la semaine plus tôt le vendredi et suite à un roulement d'équipe, de pouvoir bénéficier d'un vendredi de libre régulièrement.

### *Présentation d'un outil de communication au sein d'un ESAT:*

Mise en place d'un journal interne des délégués où le compte-rendu du CVS est écrit. C'est un relais d'information pour faire le lien entre représentants et usagers. Un exemple de journal sera envoyé à l'ARS et aux autres établissements du département.

### *Remarque concernant les Maisons Accueil Spécialisées*

Méconnaissance des représentants des usagers et nécessité de mieux se faire connaître. Il est envisagé par certains de présenter l'établissement aux familles, au public, lors d'une journée portes ouvertes.

L'ordre du jour est établi par le Directeur.

## **Contrat de séjour - Projet Individuel**

Le contrat de séjour correspond au contrat de soutien et d'aide par le travail en ESAT.

### ***Les échanges ont mis en avant certaines difficultés rencontrées***

#### **Difficultés exprimées:**

- Explication et échange autour du projet avec un retour tracé.
- Difficile à mettre en place (demande beaucoup de travail et des remises à jour régulières.) mais est un gage de la qualité de la prise en charge.
- Les problèmes architecturaux (chambres à 2 ou 3 lits) entraînent des problèmes de respect de l'intimité.
- Très peu d'intégration en milieu ordinaire du fait d'un déficit de personnel dans l'accompagnement. En effet, le personnel nécessaire à l'extérieur de la structure n'est pas remplacé dans l'enceinte de l'établissement et fait donc défaut au groupe. (deux exemples ont été cités)
- Le manque de finance a des répercussions sur les activités au sein des établissements (exemple: les sorties sur 4 ou 5 jours ne sont plus possibles (problème de personnel, de transfert). Seules des sorties sur la journée sont organisées mais elles n'offrent pas le même dépaysement) et d'un encadrement préparé dans l'activité d'accueil.

#### **Difficultés particulières en ESAT :**

- Importance de prendre en compte le travail et la vie dans le foyer.
- Dans le cadre d'un ESAT, l'intégration dans la vie professionnelle ordinaire ne se fait que sur accord de l'utilisateur
- Dans le cadre d'une mise à disposition dans une entreprise d'un travailleur handicapé, l'ESAT augmente le salaire de celui-ci afin de valoriser sa mise à disposition mais l'AAH est diminuée d'autant. Les travailleurs handicapés ont des difficultés financières, vivant avec un minimum vital, et cela n'encourage pas à accéder au milieu ordinaire.
- Une différence de rémunérations des travailleurs handicapés d'un ESAT à un autre est constatée.

*(Concernant l'AAH, il est précisé que cette problématique relève du niveau national.)*

- Les travailleurs handicapés en ESAT souhaiteraient rencontrer les membres des CVS des autres ESAT du département.

### **Une problématique particulière : les liens avec les familles (accueil, retour des résidents)**

*Mise à disposition dans les établissements d'hébergement d'un appartement pour les familles éloignées.*

Il est signalé pour une MAS qu'il n'existe pas d'appartement pour les familles afin de passer quelques jours avec leurs enfants/frères/sœurs. Il est demandé à l'ARS de solliciter les associations afin que dans toutes nouvelles constructions soit prévu un appartement destiné aux familles.

Actuellement les dernières constructions de structures pour hébergements de personnes handicapées ont toutes un appartement réservé aux familles.

*Un exemple illustrant les difficultés rencontrées dans le cadre de l'accompagnement de résident dans leur famille:*

Un établissement a réduit depuis le début de l'année 2012 de 7 jours à 3 jours par an, le nombre des "retours accompagnés" de résidents dans leurs familles à Paris. Un attachement des familles aux 7 retours par an les obligeront à assurer les retours non accompagnés. Cela induit une fatigue par 2 jours de transports et un coût financier important en ayant recours à des accompagnateurs et à des taxis. Cette réforme risque de réduire le nombre des retours déjà peu élevé et de distendre les liens familiaux.

Les participants estiment nécessaire de rechercher des solutions adaptées qui ne pénalisent pas les familles et les résidents.

## Des questions ont été posées :

- *Lors de l'absence du médecin salarié dans la structure, les résidents ont-ils le libre choix du médecin ? Peuvent-ils choisir un autre médecin que le médecin salarié de l'établissement ?*
  - Selon la réglementation chaque résident a le libre choix du médecin traitant.
- *Quelle est la place du représentant légal au CVS ?*
  - Les textes ne prévoient rien de précis, les CVS sont un lieu d'expression.
- *Comment est déterminé le % d'invalidité pour des travailleurs handicapés ?*
  - la réglementation définit des critères permettant de fixer le taux de handicap, une orientation en ESAT est donnée par la CDAPH et revue si nécessaire.

## Des thématiques abordées avec des propositions d'axes d'amélioration

<b>Prise en compte de la spécificité des personnes handicapées (PH) en milieu hospitalier</b>	<b>▪ réduire les délais d'attente des PH lors des consultations, sur le modèle du régime applicable aux accidentés du travail</b>
Respect de la vie privée et de l'intimité: nudité, toilette, sexualité	▪ Il est nécessaire de lever certains tabous qui résistent. Une formation spécialisée sur les soins techniques peut y contribuer.
Formation des personnels	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Agir sur la formation initiale : enrichir le contenu de la formation des soignants (notamment AS) afin qu'ils bénéficient d'une formation spécifique, adaptée aux différents types de handicaps (ex : manutention de polyhandicapés, sous forme de stages in situ ou modules complémentaires)</li><li>▪ Agir sur la formation continue : institutionnaliser un temps régulier (au moins 1X/mois) d'analyses des pratiques professionnelles, toujours par le même intervenant dans un souci de continuité, à l'extérieur de l'établissement, afin d'éviter</li></ul>

	l'épuisement.
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ entre équipes de professionnels : au sein d'une même structure ou entre structures différentes, le cahier de liaison, outil de transmission existant, pourrait être davantage exploité</li> <li>▪ entre familles et équipes de professionnels : un support ad hoc "relations avec les familles" devrait être travaillé</li> </ul>
Le vieillissement des personnes handicapées adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ une réflexion doit être menée par les EHPAD et ESAT sur la préparation à la retraite, l'accompagnement vers les EHPAD. Anticipation via intégration dans projet de vie.</li> </ul>
Accessibilité et ouverture sur la cité, vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elargir l'amplitude horaire des transports adaptés</li> </ul>

### 1.2.2. Le secteur des personnes handicapées enfants et adolescents

#### ❖ Déroulement

Forte participation (notamment en Haute-Vienne) et une grande richesse dans les échanges et dans les propositions surtout de la part des jeunes adolescents.

Les parents d'enfants les plus lourdement handicapés se sont également largement exprimés.

#### ❖ Les principaux points abordés

Un membre de l'assemblée indique que la participation de la MDPH manque à cette réunion en tant qu'organisme qui prononce l'orientation. On parle de libre choix pour les personnes handicapées. Mais ce libre choix se solde souvent par un « non choix » du fait que les établissements sont complets. Le choix est donc fait par défaut.



## Remarques autour du fonctionnement du CVS

Certaines familles ont la crainte de s'impliquer dans les CVS de peur des conséquences qu'il pourrait y avoir sur leur enfant.

*Une présidente d'un CVS explique la mise en œuvre au sein de l'établissement qui accueille son enfant ainsi que son propre rôle:*

- elle téléphone aux familles avant chaque CVS afin de recueillir les questions et sujets à aborder,
- elle écoute les parents qui « osent parler » ; pour certaines familles, le CVS est le lieu qui leur permet de s'exprimer,
- elle assure une permanence d'accueil et d'écoute des parents,
- elle se rend disponible pour l'écoute des parents,
- les éducateurs assistent au CVS en accompagnement du jeune qui n'a pas la capacité de s'exprimer,
- il existe un projet de mise en place d'un journal du CVS,
- l'ordre du jour est établi en concertation avec le directeur,
- les questions abordées sont reprises au CVS suivant afin d'assurer le suivi.

Elle signale toutefois son inquiétude sur la représentation des parents au conseil de vie sociale à l'avenir ainsi que la perte du sens collectif dans les établissements.

Un échange a eu lieu entre des jeunes d'un établissement n'ayant jamais participé à un CVS (bien qu'élus) et des enfants issus d'un autre établissement qui participent concrètement au CVS. Ces derniers ont présentés leur expérience et leur point de vue :

- Préalablement au CVS, des réunions par groupe d'enfants sont organisées par les éducateurs dans le but de recueillir leurs besoins (activités, sorties, animations, équipements...) et de souligner leurs

problématiques. Après le CVS, des réunions pour restituer les réponses obtenues sont organisées.

- Les thèmes abordés en CVS sont évoqués, la partie budgétaire paraît compliquée pour les enfants. Il est suggéré d'élargir la participation des enfants dans la vie de l'établissement, notamment dans le suivi budgétaire qui peut être adapté par mini budget les concernant directement, sous forme éducative et ludique.
- Lors des CVS, il est constaté qu'il y a peu de questions des parents. Il apparaît qu'il y a peu d'échanges entre les parents et les Présidents du CVS.
- Des rencontres régulières avec les parents sont pourtant organisées mais les questions spécifiques au CVS ne sont pas forcément évoquées.
- Il y aurait nécessité de rechercher une solution pour permettre aux parents d'échanger sur leur situation, de favoriser le partage d'informations et d'expériences.

*Un jeune présente l'organisation du CVS dont il est président dans son établissement d'accueil :*

- il recueille les demandes auprès de ses camarades (besoins spécifiques au fonctionnement quotidien),
- il réalise l'ordre du jour avec la directrice de l'IME, lors de la séance. Celle-ci indique qu'elle a présenté au dernier conseil de vie social le projet d'établissement, les délégations du directeur, le document de liaison avec les familles à rendre au prochain CVS.

**Il ressort également qu'il n'y a pas d'échange entre établissements sur la thématique du CVS ; par contre la demande de formation pour les représentants est très importante.**

### ***Le projet de vie***

La plupart des participants a indiqué qu'il est réactualisé tous les ans, en concertation avec les parents, le directeur, les professionnels. Ce projet est toujours signé par les parents.

Les professionnels de la structure sont à la disposition des parents, sur rendez-vous.

*La thématique de la réversibilité, de l'effectivité du libre choix et de l'optimisation des projets individuels a été abordée et les propositions suivantes ont été exprimées :*

- mieux accompagner la mise en œuvre du projet individuel
- mieux anticiper la sortie (périodes de stages, accueil temporaire)
- organiser des passerelles entre ESMS enfants/adultes et adultes/adultes
- mieux articuler les politiques enfances et adulte et mieux coordonner les actions des différents décideurs. Des passerelles seraient nécessaires pour faciliter le passage des structures enfances aux structures adultes
- augmenter, dans le respect des possibilités des enveloppes, les capacités d'accueil en structures pour adultes
- aménagement de temps de travail partiel pour les personnes handicapées vieillissantes

Des enfants d'IME ont demandé plus de stages d'apprentissage.

Est également soulevé le problème des places réservées aux amendements « Creton » qui surcharge les effectifs des IME.

#### *Scolarisation en milieu ordinaire*

- Il est souligné la nécessité de mener des actions de sensibilisation, de formation et d'information, à destination des élèves comme des équipes enseignantes et éducatives

#### ***Livret d'accueil, règlement de fonctionnement et charte des droits et libertés,***

*Principales remarques émises :*

- Remise du livret et du règlement de fonctionnement aux parents et aux enfants.
- Les enfants ont signés ces documents mais ne les connaissent pas. Les participants soulignent la nécessité d'un travail d'appropriation des éléments contenus dans ces outils, à réaliser avec les éducateurs. La présentation de ces documents aux enfants est un exercice difficile car les documents doivent être expliqués avec des mots d'enfants.

### *Nécessité d'adaptation des adultes vis-à-vis des enfants, pour faciliter le rôle des enfants dans un fonctionnement d'adultes*

- Les règles collectives doivent être connues des enfants ainsi que les droits individuels. Des exemples ont été donnés par un représentant d'IME concernant les suites données par le CVS du fait du non respect des règles de fonctionnement.

### *Personnes qualifiées :*

- Préconisation : intégrer dans le livret d'accueil les références des personnes qualifiées.
- Présentation des personnes qualifiées : 2 personnes qualifiées présentes rappellent que leur rôle est précisé notamment dans leur mission de médiateur. Un exemple d'intervention est cité par l'une d'elles. Elles souhaitent des précisions concernant leurs attributions et leur domaine d'intervention.

### ***L'animation et les activités***

Les enfants ainsi que les représentants des usagers ont cité les nombreuses activités sportives, culturelles auxquelles participent les enfants. Il est souligné l'intégration particulièrement exemplaire des jeunes dans un ITEP : Les enfants ainsi que les représentants d'usagers semblent satisfaits de toutes les activités qui y sont proposées.

### *Accès à des activités sociales, culturelles, sportives, de loisirs :*

Certains participants ont souligné la nécessité d'améliorer cet accès en proposant les pistes suivantes :

- recenser et diffuser les informations sur les dispositifs existants
- veiller à fédérer les différents intervenants

### ***Vie privée, intimité, sexualité***

- Les adolescents et jeunes adultes présents ont insisté sur le fait que la réglementation applicable aux établissements pour enfants ne leur permet

pas d'avoir une vie privée et une vie sexuelle semblable à celles des autres jeunes du même âge.

- Ils expriment leur souhait que les sections d'hébergement soient organisées par tranche d'âge et demande la généralisation des chambres individuelles.
- 

Ils ont demandé qu'une journée d'échanges sur le thème du respect de la vie privée et la sexualité des jeunes handicapés soit organisée en Limousin.

### ***Soutien aux familles***

Les participants ont exprimés le besoin de mettre en place des groupes de parole avec, le cas échéant, l'intervention d'un psychologue

### 3.1. LES PRINCIPAUX POINTS SOULEVES

3.1.1. Des besoins en matière d'amélioration du recueil de la parole collective et de la connaissance des droits.

- Le président de CVS :
  - Meilleure définition, besoin de valorisation et affirmation du rôle.
  - Besoin de formation sur les droits, le rôle, le positionnement dans l'établissement
- Déploiement de l'information sur le droit des usagers : aller au-delà des outils prévus par la loi
- Initier, innover des mesures et actions permettant de mieux associer les usagers

3.1.2. Des questions sur le respect des choix de projet de vie évolutifs (projet de vie et non pas projet « à vie »)

- Comment mieux anticiper les orientations, se préparer à entrer dans une nouvelle structure?
- Comment agir pour mieux exercer le libre de choix de l'utilisateur : facilitation de l'expression de l'utilisateur, proposition de choix clairement présentés
- Comment améliorer la connaissance en matière d'accès aux offres de services culturels, sportifs, sanitaires...

3.1.3. Une réflexion sur la vie privée: son respect qui doit être adapté à chaque période de la vie

- Personnes âgées
- Personnes handicapées: enfants, jeunes, adultes, âgés.

3.1.3. Des témoignages d'actions concrètes menées dans certains établissements: l'intérêt de partager les expériences.

- Des échanges ainsi que des remarques formulées dans le cadre de l'enquête de satisfaction (Cf. annexe p.21) ressort le besoin de partager les bonnes pratiques tenant compte de l'attente de l'utilisateur et que certains ont mis en place dans leur structure.

## 3.2. LES SUITES PROPOSEES

### 3.2.1. La diffusion de la synthèse et du bilan des CVS.D.

Envoi à l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région du présent rapport qui sera également publié sur le site internet de l'ARS du Limousin.

Tous les présidents de CVS sont également destinataires.

Le courrier d'accompagnement de ce rapport invite les responsables d'établissement à diffuser largement ce rapport et à le porter à la discussion de leur CVS afin de susciter des échanges autour des points évoqués.

Il est aussi l'occasion d'insister sur l'obligation pour tous les établissements de mettre en place un CVS (cette obligation est un item intégré dans la démarche d'évaluation interne)

### 3.2.2. La mise en place d'une formation des membres des CVS par le CISS Limousin.

Dès le mois de septembre l'ARS va organiser une réunion de travail préparatoire avec le CISS Limousin sur les modalités d'organisation de ces formations (recueil des besoins, contenu de la formation, modalités d'organisation en départements...)

Usagers et responsables d'établissements vont être associés à la démarche de construction afin de répondre au plus près des attentes.

L'objectif est de pouvoir proposer des premières sessions en fin d'année 2012 ou début 2013.

### 3.2.3. Recensement de bonnes pratiques qui facilitent le parcours de l'utilisateur et respecte son libre choix.

Cet été, les délégations territoriales vont recenser, chacune pour l'une des 3 catégories de secteur, les bonnes pratiques auprès des établissements :

- La DT 19 pour le secteur des personnes âgées
- La DT 23 pour le secteur « enfants handicapés »
- La DT 87 pour le secteur « adultes et adultes vieillissants handicapés ».

Dès septembre une mise en commun des bonnes pratiques observées permettra de préparer les prochaines réunions de CVS.D. dont l'ordre du jour portera sur ces bonnes pratiques.

A partir des échanges, les modalités d'une « généralisation » des pratiques retenues par les groupes pourront être accompagnées.

### 3.2.4. Etude de la faisabilité d'un débat ouvert sur le thème du respect de l'intimité et de la vie sexuelle.

Avec l'aide des professionnels du secteur et les usagers, engager dès l'automne une réflexion sur l'organisation d'un débat en région associant l'ensemble des personnes concernées et les décideurs.



## Bilan de satisfaction (réalisé en juin 2011)

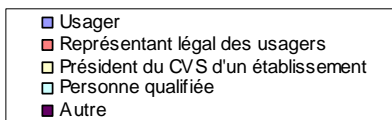
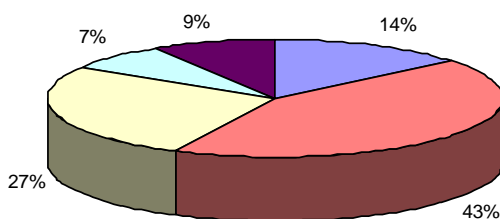
**68 personnes ont participé aux 3 premières rencontres et 56 questionnaires de satisfaction ont été complétés**

**58 % ont déclaré être satisfaits et 40 % très satisfaits**

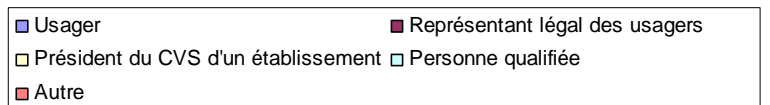
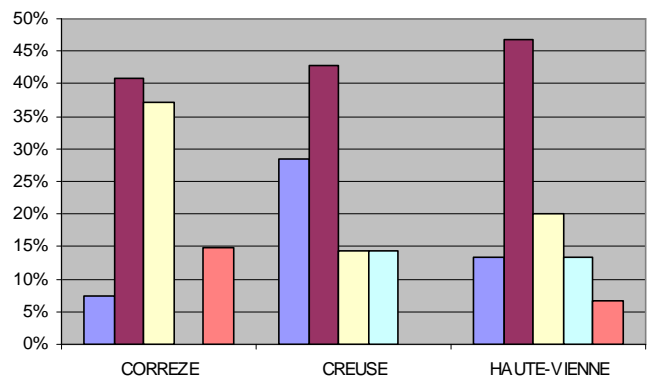
- CORREZE : 63 % satisfaits, 31 % très satisfaits et 2 % très insatisfaits
- CREUSE : 77 % très satisfaits et 23 % satisfaits
- HAUTE-VIENNE : 80 % satisfaits et 20 % très satisfaits

### 2.1. "QUALITE" DES PARTICIPANTS

Répartition des participants selon leur "qualité" pour les CVS de Creuse, Corrèze et Haute-Vienne



Répartition des participants par "qualité" et par département



Globalement, presque la moitié (43%) des participants sont des "*représentants légaux des usagers*". Un peu plus d'un quart sont des "*présidents du CVS d'un établissement*" (27%).

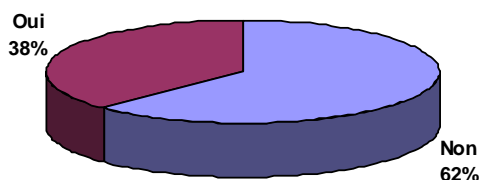
On observe, une plus forte participation des "usagers" dans le département de la Creuse (29%). En Corrèze, après "les représentants légaux des usagers", ce sont plutôt les "présidents du CVS d'un établissement" (37%) qui sont présents.

Les "Autres" types de participants sont :

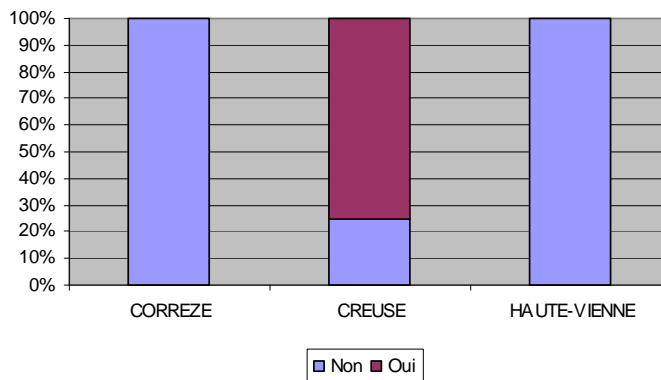
- Accompagnant de la Présidente du CVS
- Accompagnant-responsable bureau des entrées
- Directeur de l'autonomie - Conseil Général de la Corrèze
- Invitée
- Parents

## 2.2. DIFFICULTES POUR PARTICIPER A CETTE REUNION

"Avez-vous eu des difficultés pour participer à cette réunion?" (total des réponses des 3 CVS)



Part des réponses (Oui/Non) par département



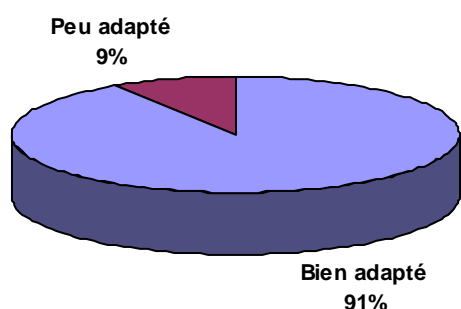
Sur les 8 participants "Usagers", 3 ont eu des difficultés pour participer à la réunion, uniquement dans le département de la Creuse.

## 2.3. DETAIL DES DIFFICULTES

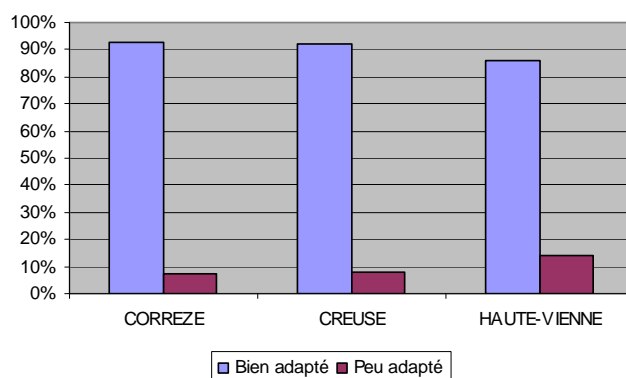
- "La lettre a été compliquée" (courrier à simplifier)
- "La lettre était très compliquée" (Compréhension du courrier d'envoi)
- "Obtenir un congé de l'employeur pour participer à la réunion" (réponse concernant un participant qui était parent d'usager).

## 2.4. ORGANISATION DE LA REUNION

"L'horaire était-il peu ou bien adapté ?"  
(total des réponses des 3 CVS)

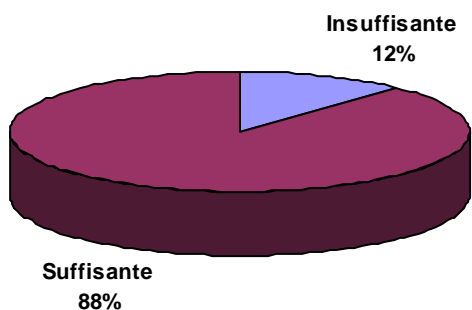


Part des réponses par département

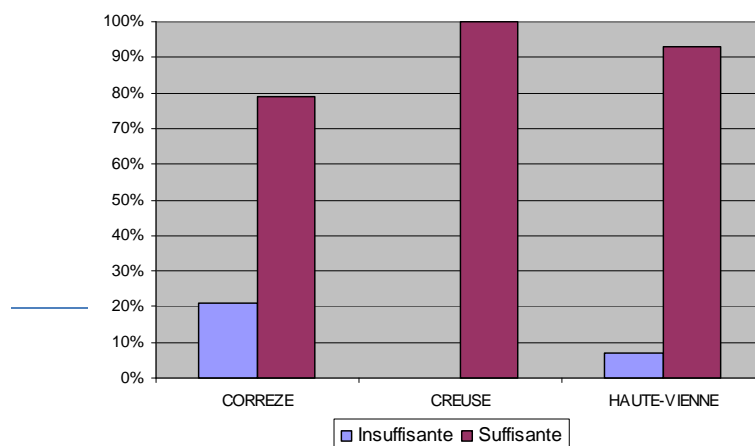


Globalement les participants ont trouvé que l'horaire des réunions était bien adapté. Seules quelques personnes auraient souhaité un horaire différent, avec une réunion débutant plus tôt.

"La durée de la réunion était-elle suffisante ou insuffisante ?"  
(Total des réponses des 3 CVS)

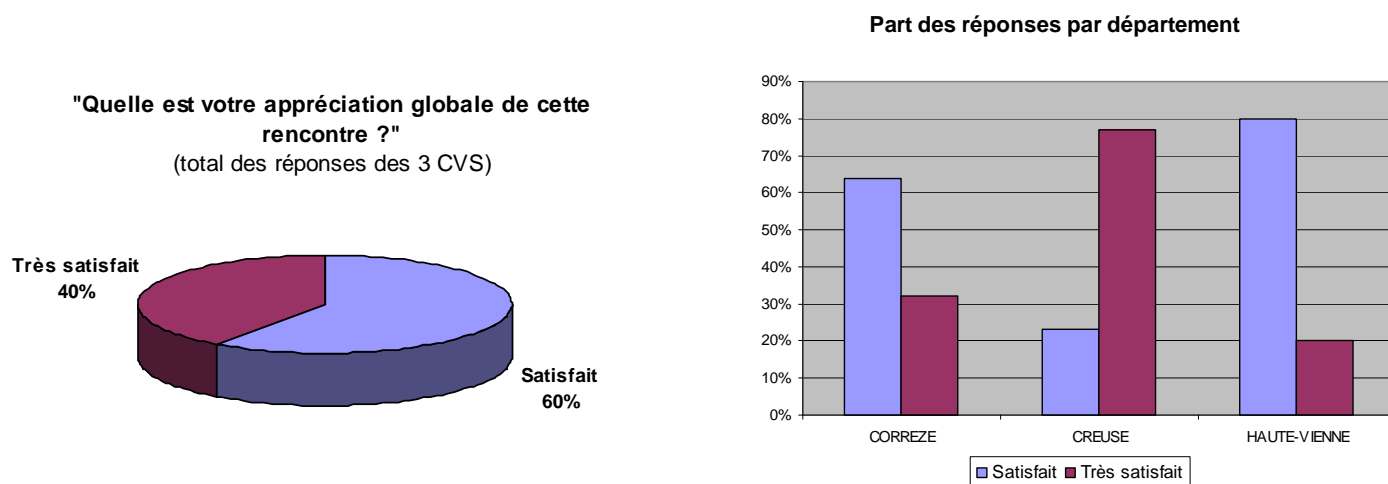


Part des réponses par département



Pour une grande majorité, la durée des réunions était suffisante.

## 2.6. APPRECIATION GLOBALE DES RENCONTRES



La majorité des participants sont "satisfaits" (60%) voire "très satisfaits" (40%) de ces rencontres.

## 2.7. RECENSEMENT PAR THEME DES REPONSES A LA QUESTION 5 : "SUJETS NON SOULEVES DANS LES ECHANGES, A ABORDER LA PROCHAINE FOIS"

### FORMATION

- Formation à la fonction de représentant des usagers.
- Formation représentant CVS.
- Formation et Rôle du directeur entre les résidents.
- Formation à destination des usagers, des salariés (volet très important dans une culture partagée).
- Formation des représentants.

## PARCOURS DE VIE - INTEGRATION

- Réflexion sur la prise en compte du parcours de vie.
- L'accueil : passerelles entre différents établissements, secteur du handicap.
- Le devenir de la prise en charge des personnes âgées.
- Le devenir des usagers : où vont-ils à la retraite ? Comment ? Quelle part prise en charge ? secteur du handicap.
- Est-ce que l'IME pourrait avoir le même fonctionnement (calendrier) que l'éducation nationale ?
- Le développement de l'intégration (scolaire, sociale, culturelle et professionnelle), demande des moyens en personnels éducateurs techniques spécialisés et assistants socio-éducatifs.
- Elaboration du projet de vie sociale en dehors du temps d'école : centre de loisirs, centre aéré, associations culturelles, loisirs, sport.
- Entrée en MAS.
- Intégration scolaire, sportive, culturelle.
- Ouverture aux activités sociales, sport, musique, culture, chant, sur Limoges.
- Mise en place des moyens de transports (TCL) pour faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap.
- Moyens financiers de l'Etat, d'aides individuelles qui restent insuffisants.

## SUR LE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES

- Problème de personnel qui va de paire avec les résidents.
- Réfléchir et travailler sur l'évaluation des bonnes pratiques (groupe de travail).
- Aborder le problème des repas et des soins.
- Situation actuelle : la moyenne d'âge des résidents se situe désormais aux alentours de 90 ans au lieu de 70 ans, voici quelques années. Ainsi la charge de travail des agents de service devient difficilement réalisable à certains moments et ceci bien évidemment au détriment du service rendu (manque de personnel au lever et surtout au coucher, manque de temps pour aider les résidents à faire une petite promenade...). Cette situation suscite actuellement de nombreuses questions dans la majorité des EHPAD.
- Etablissement qui doit respecter la personne handicapée en évitant de mettre des jeunes et des personnes âgées ensemble.

## SUR LE CVS DEPARTEMENTAL

- Il est dommage que dans le conseil de la vie sociale départemental il n'y ait pas de représentants des EHPAD qui pourraient répondre aux questions posées. Le Conseil Général ne peut répondre à leur place.
- La présence des directeurs EHPAD paraît indispensable.
- L'ordre du jour devrait être proposé avant la réunion.
- L'ensemble des sujets ont été brossés. Toutefois, cela reste superficiel. Effet positif : les rencontres humaines entre ARS, CG et l'ensemble des représentants des CVS départementaux.
- Recentrer les débats sur le bien être de la personne.

## Préprogramme : "Représentants des Usagers du Conseil de la Vie Sociale : l'essentiel"

## Représenter les usagers dans les CVS : l'essentiel

## Le but de la formation

Comprendre l'objectif de la représentation des usagers (pourquoi représenter les usagers) et cerner les différents aspects de votre mandat (comment le représenter)

## Les Objectifs

- Repérer les types d'instances où sont représentés les usagers et la place des RU
- Connaître les grands principes à faire respecter au sein du système médico social
- Analyser des situations pour définir des positions et des actions à mener
- Trouver les ressources (humaines et techniques) pour agir



OBJECTIFS de la séquence de la formation	Ouverture de	MESSAGES CLES à faire passer	METHODE préconisée, SUPPORTS
Comprendre ce que signifie : Représenter les usagers		Le RU : celui qui observe et qui parle au nom de quelqu'un d'autre	Présentation croisée des participants <b>1</b>
Où siègent les RU Leur complémentarité		Présentation des usagers dans les instances : Sanitaire et médico social Sanitaire ou médico social	Organisation : Nationale / Régionale / Territoriale QCM - Le Mandat (par le formateur)
Le secteur Médico social en bref		Missions des établissements Champ d'action Exemple de structures et services	Proposition de la formation intra muros : - Etablissement enfants/adolescents handicapés - Etablissements adultes handicapés Etablissements personnes âgées Commencer avec des établissements en demande, intéressés, mobilisés Présentation : Professionnels salariés <b>2</b>
Le Droit des usagers dans le Médico social		Loi du 2 janvier 2002 renouvant l'action sociale et médico sociale Les garants de l'exercice des droits dans l'établissement	Tableau récapitulatif
Quel est le rôle du RU ? Que doit-il faire valoir ? Droit des usagers dans le Médico social		Les principes sur lesquels s'appuyer Les 12 points clés de la représentation	Exercices interactifs de groupe Exposé de reprise (par le formateur) <b>3</b>
<b>Pause déjeuner</b>			
Le Conseil de la Vie Sociale		Composition La participation de l'utilisateur Mission La transparence L'évaluation des actions Les missions de l'instance (à quel niveau d'action ? Sur quoi y travaille-t-on ? Dans quel but y participer ?	Utilisation de supports internes <b>4</b> Compte rendu CVS, bilan CVS à exploiter Cas pratiques (à récupérer en amont de la formation pour préparation par le formateur) Règlement de fonctionnement (droits et devoirs du personnel et des usagers) Livret d'accueil pour l'utilisateur
Le Conseil de la Vie Sociale Départemental			
Méthodes pour comprendre agir et s'exprimer		<b>La Loi, les faits, l'idéal</b> QQQQCP (Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi ?)	Exercices - Exposés en grand groupe <b>5</b>
Evaluation		Expérimentation modules de formation Retours exploités par le Comité de pilotage afin de finaliser une Formation "clef en main"	Grille d'évaluation <b>6</b>

M  
A  
T  
I  
NA  
P  
R  
E  
S  
M  
I  
D  
I

## Annexe 8



Direction de l'offre médico sociale

le 16 août 2012

### Référentiel interne SSIAD

## Chapitre 1 : stratégie -mission -pilotage

### 1-1 la stratégie

- les orientations stratégiques sont inscrites en lien avec le projet de service
- les orientations stratégiques sont mises en œuvre, suivies et évaluées

### 1-2 le service est organisé en fonction des exigences règlementaires

- les missions sont connues de l'ensemble du personnel
- le projet de service est établi
- les outils de la loi 2002-2 sont mis en œuvre

### 1-3 le pilotage

- les délégations et les responsabilités sont définies, connues et diffusées
- l'organigramme est formalisé



- la veille juridique est assurée
- l'analyse de l'activité est réalisée
- les partenariats avec les intervenants extérieurs et les réseaux sont formalisés
- une politique de l'amélioration continue de la qualité est en place

## **Chapitre 2 la gestion et le management des ressources humaines**

### 2-1 les fonctions et l'évaluation des compétences

- la GPEC est définie en lien avec les orientations stratégiques
- l'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charges
- l'évaluation des compétences est assurée

### 2-2 le service est organisé en fonction des exigences réglementaires concernant le recrutement du personnel et des formalités administratives

- chaque agent du service dispose d'un dossier administratif complet
- une procédure de recrutement est formalisée
- la procédure d'accueil et d'intégration de tout nouvel arrivant ou stagiaire est organisée
- les registres du personnel et des stagiaires sont tenus à jour
- la formation continue est organisée et la promotion professionnelle est favorisée

### 2-3 la gestion du personnel

- l'organisation du travail et la gestion du temps sont organisées
- des réunions de travail sont programmées et préparées

- des actions de soutien psychologique sont organisées en interne avec un intervenant externe
- les instances représentatives du personnel sont installées
- le dialogue social est mis en œuvre

## **Chapitre 3 la gestion financière**

### 3-1 le service met en œuvre avec rigueur la stratégie budgétaire et financière en conformité avec les orientations de l'association et selon la réglementation

- le compte administratif et le budget prévisionnel sont élaborés selon la réglementation en vigueur
- le suivi budgétaire est réalisé régulièrement
- une information à l'ensemble des agents sur la gestion et le suivi budgétaire du service est réalisée

### 3-2 la gestion de la paye, des déclarations fiscales et sociales sont assurées conformément à la réglementation

- la paye est réalisée mensuellement à terme fixe en tenant compte des variables individuelles et de la convention collective applicable au service
- les bordereaux récapitulatifs de cotisations sont élaborés aux échéances requises
- une procédure est mise en place en cas d'absence de la personne chargée de la gestion de la paye
- une veille juridique et réglementaire est faite en continue

### 3-3 la gestion des honoraires

- une vérification des honoraires des infirmiers libéraux est réalisée au regard de la prescription médicale et le règlement est effectué conformément règles de la NGAP

- les honoraires des autres prestataires sont négociés et contractualisés conformément aux orientations du projet de service

## **Chapitre 4 la gestion des fonctions logistiques et la gestion du secrétariat**

### 4-1 le service gère l'organisation des stocks et des achats

- le service dispose d'une procédure formalisée de gestion des commandes, des approvisionnements et des stocks

### 4-2 le service dispose d'une organisation qui assure l'entretien, l'hygiène, la sécurité, la maintenance des locaux et du matériel

- l'hygiène des locaux répond aux règles d'hygiène
- une évaluation des dispositifs de sécurité, de maintenance et des contrats y afférant est tracée et réalisée périodiquement
- la gestion et la maintenance technique du parc automobile sont assurées,

### 4-3 l'accueil téléphonique et physique

- l'accueil téléphonique et physique sont organisés
- l'accès téléphonique et physique au service sont satisfaisants

### 4-4 le dispositif de gestion documentaire permet d'assurer la gestion du fond documentaire

- le système est connu de tous
- le système de mise à jour des documents est opérationnel

## Chapitre 5 la gestion des risques professionnels

### 5-1 la prévention des risques professionnels est déclinée dans le projet de service

- le DUERP, document unique d'évaluation des risques professionnels, est élaboré
- la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité est diffusée et connue de l'ensemble du service

### 5-2 la gestion des évènements indésirables est mise en œuvre : risques organisationnels, routiers, physiques, psychosociaux, biologiques, liées à l'environnement de l'activité

- les modalités de signalements et de traitements des évènements indésirables sont définis
- l'analyse des causes des événements indésirables est réalisée
- la mise en œuvre de la législation sur les DASRI est effective

### 5-3 la gestion de crise est définie

- une organisation est mise en place et connue de tous pour des situations de crises identifiées
- les procédures d'alerte sont opérationnelles

## Chapitre 6 l'usager et sa prise en charge individualisée

### 6-1 l'accueil

- l'accueil physique dans les locaux
- l'accueil téléphonique
- la gestion des demandes

## 6-2 l'admission

- les modalités de l'admission dans le service sont consignées dans une procédure écrite
- une procédure de pré-admission personnalisée est réalisée par l'infirmier coordonnateur auprès de l'utilisateur et de son entourage
- les obligations légales concernant le respect des droits des usagers sont mises en œuvre dès l'entrée du patient dans le service

## 6-3 la prise en charge

- dès l'entrée dans le service un contrat individuel de prise en charge est établi
- un projet de soins individualisé est construit avec l'utilisateur dans le respect des principes énoncés par la charte de la personne accueillie
- l'organisation des soins est formalisée dans le plan de soins en cohérence avec l'organisation globale de la prise en charge et sous la responsabilité de l'infirmière coordonnatrice
- il est constitué pour chaque patient du service un dossier de soins individuel régulièrement actualisé
- la gestion du dossier soins permet une utilisation fiable des informations afin d'optimiser la coordination et la continuité de la prise en charge
- le dossier de soins fait l'objet d'une évaluation régulière par l'infirmière coordonnatrice
- la confidentialité des informations et l'accès au dossier sont protocolisés

## 6-4 le respect des droits des usagers est mise en œuvre dans le fonctionnement du service

- le service favorise l'expression des usagers et des aidants familiaux
- mise en œuvre d'une démarche où les professionnels du SSIAD s'engagent à respecter et à informer l'utilisateur sur ses droits et ses libertés : respect de son intimité, de sa dignité et de sa liberté

- l'utilisateur est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance

## Chapitre 7 la dimension éthique

### 7-1 la dimension éthique de la prise en charge est prise en compte dans la politique institutionnelle

- la dimension éthique est clairement identifiée dans le projet de service qui porte les valeurs et donne du sens aux pratiques

- le service a mis en œuvre un dispositif pour traiter les questions d'éthique

### 7-2 L'ensemble du personnel du service partage les valeurs éthiques du service

- tous les professionnels du service sont sensibilisés à la réflexion éthique

- l'identification des conflits de valeurs (postures d'accompagnement, respects des droits fondamentaux et contraintes organisationnelles ...) résulte d'une démarche collégiale interne

### 7-3 la démarche éthique du service intègre les valeurs du patient

- le projet de soins individualisé respecte l'utilisateur et ses choix

- le service assure à l'utilisateur et/ou à son représentant légal leurs droits en matière d'accès aux informations contenues dans leur dossier

### 7-4 le projet de soins individualisé respecte la place de l'aidant

- la place de l'aidant est reconnue

- mettre en œuvre l'accompagnement et le soutien de l'aidant

### 7-5 la démarche éthique du service et son environnement

- l'ouverture du service à son environnement est effective

## Chapitre 8 la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

### 8-1 la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile

- la démarche de prévention des risques de maltraitance est intégrée dans le projet de service
- des outils et des procédures sont à disposition du personnel pour prévenir la maltraitance
- il y a un traitement systématique et protocolisé des faits de maltraitance

### 8-2 la promotion de la bientraitance adaptée au service

- la question de la bientraitance est inscrite dans le projet de service
- les professionnels sont sensibilisés sur le sens de leur mission
- ouvrir la structure et développer des partenariats

## Annexe 9 : Personnes qualifiées (fiche médiation)

Nom de la personne qualifiée (médiateur)		FICHE DE MEDIATION	
		Date de la saisine :	
		Courrier <input type="checkbox"/> appel téléphonique <input type="checkbox"/> autre.....	
		Personne âgée <input type="checkbox"/>	
		Personne handicapée <input type="checkbox"/>	
	Personne ayant saisi le médiateur	Usager concerné	Etablissement ou service concerné
Civilité			
Nom			
Prénom			
Age			
Adresse			
Code postal			
Ville			
☎ Domicile			
☎ Travail			



☎ portable			
Lien avec l'utilisateur			
Autres coordonnées utiles			
Nom du représentant légal de l'utilisateur			

**\* il convient de s'assurer que l'utilisateur dispose de ses droits - lui demander si il est sous tutelle ou pas :**

- s'il sait, lui demander les coordonnées du tuteur afin d'avertir celui-ci de la demande de l'utilisateur**
- s'il ne sait pas, contactez le Conseil Général qui pourra avoir cette information**

### Problématiques concernant les droits de l'utilisateur

(cocher le ou les domaines concernés)

Respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée de son intimité et de sa sécurité confidentialité des informations le concernant	Libre choix entre les prestations adaptées offertes soit par le service à son domicile, soit par l'établissement d'accueil	Participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil ou d'accompagnement	Information sur ses droits fondamentaux et sur les protections ainsi que sur les voies de recours	Accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge	Autre problématique (préciser)

Exposé

Objectifs de la médiation

**Etapas de la médiation**

Date	Démarches effectuées	Personnes associées	Temps passé	Nbre de Kms parcourus ou frais de transport


Solution (s) apportée (s)		
Satisfaction de la personne Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Date de fin de médiation</b>	📄 <b>Adresser un exemplaire de la fiche à l'autorité compétente</b>  📄 <b>Joindre éventuellement un état de frais avec les justificatifs</b>
Commentaire éventuel		

↳ **Périmètre des établissements et services concernés et autorités compétentes**

Catégorie d'ESMS (article L 312-1 du CASF)		Autorités compétentes	
		ARS	Conseil général
<b>Personnes âgées</b>	<b>1-6°</b>		
Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), accueil de jour autonome		X	X
Etablissement hébergeant des personnes âgées (EHPA) : logement foyer, petite unité de vie,			X
Service prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)			X

<b>Personnes handicapées</b>			
Etablissements ou services prenant en charge habituellement y compris au titre de la prévention des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans IME, ITEP, SESSAD ....	<b>1-2°</b>	X	
CAMSP	<b>1-3°</b>	X	
les établissements et services d'aide par le travail ESAT et les établissements et services de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle	<b>1-5°</b>	X	
	<b>1-7°</b>		
Maison d'accueil spécialisé (MAS)		X	
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)		X	X
Foyer de vie (FV), appartement de suite			X
Foyer d'hébergement, section d'animation			X
Service d'accompagnement médico-social pour handicapés (SAMSAH)		X	X

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS et SAPHAD)			X
Service prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)			X
Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie CAARUD , les lits haltes soins santé et les appartements thérapeutiques	1-9°	X	
Les centres de ressources et les services à caractère expérimental	1-11° et 1-12°	X	
Service de soins infirmiers à domicile (SSSIAD) PA PH		X	

## ↳ Coordonnées des autorités compétentes

### Conseil général

Pôle personnes âgées-personnes handicapées

11, rue François Chénieux

CS 83112

87031 Limoges cedex

### Vos contacts

Jean-Marc PITON, sous-directeur

Etablissements et services pour personnes âgées

☎ 05 44 00 11 31

[mpiton.etablissements-pa@cg87.fr](mailto:mpiton.etablissements-pa@cg87.fr)

Annie LUCAS-JOYEUX, sous-directrice

Etablissements, services et aides aux personnes handicapées

☎ 05 44 00 12 69

[alucasjoyeux.ph@cg87.fr](mailto:alucasjoyeux.ph@cg87.fr)

Docteur Ghislaine MONIER, chef du service actions médico-sociales

(suivi du protocole relatif à la protection des personnes adultes vulnérables à domicile – traitement des informations préoccupantes)

☎ 05 44 00 11 66

[gmonier.paph@cg87.fr](mailto:gmonier.paph@cg87.fr)

Marie-Claude GASMAND, chargée de planification prospective

☎ 05 44 00 11 29

[mccgasmand.paph@cg87.fr](mailto:mccgasmand.paph@cg87.fr)

Michelle LAGE sous-directrice

Prestations personnes âgées (APA, aide sociale)

☎ 05 44 00 11 89

[mlage.prestations-pa@cg87.fr](mailto:mlage.prestations-pa@cg87.fr)

### **Agence régionale de santé du Limousin**

**Françoise LASCAUX**

ARS siège Limoges

Direction de l'offre médico-sociale

05 55 11 54 86

[francoise.lascaux@ars.sante.fr](mailto:francoise.lascaux@ars.sante.fr)

**Isabelle AMEDRO**

Adjointe à la directrice

Délégation territoriale de Haute Vienne

ARS du Limousin

05 55 45 80 60

[isabelle.amedro@ars.sante.fr](mailto:isabelle.amedro@ars.sante.fr)

**maltraitance contact ARS**

[ars-limousin-plaintes@ars.sante.fr](mailto:ars-limousin-plaintes@ars.sante.fr)

## ↳ Compte rendu de médiation

**Article R311-1** : En temps utile et, en tout état de cause, dès la fin de son intervention, la personne qualifiée, mentionnée à l'article L. 311-5, informe le demandeur d'aide ou son représentant légal par lettre recommandée avec avis de réception des suites données à sa demande et, le cas échéant, des mesures qu'elle peut être amenée à suggérer, et des démarches qu'elle a entreprises.

Elle en rend compte à l'autorité chargée du contrôle de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil et, en tant que de besoin, à l'autorité judiciaire.

Elle peut également tenir informé la personne ou l'organisme gestionnaire.

### 1. l'information de l'utilisateur

Elle se fait conformément aux termes de l'article ci-dessus, par lettre recommandée avec avis de réception.

### 2. l'information de l'autorité compétente

Chaque fin de médiation donne lieu à l'envoi d'une copie de la fiche à l'autorité compétente, en fonction de la nature de l'établissement ou du service.

### 3. l'information du gestionnaire de l'établissement ou du service

Une information succincte de l'intervention est faite, **par écrit**, au gestionnaire de l'établissement ou du service. Son enregistrement, par la structure, permet une traçabilité des événements indésirables.

## ↳ Frais de transport

**Article R311-2** (Modifié par [Décret n°2006-781 du 3 juillet 2006 - art. 12 \(V\)](#))

Les frais de déplacement, engagés le cas échéant par la personne qualifiée, peuvent être remboursés :

1° Soit en application du décret n° 2001-654 du 19 juillet 2001 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels des collectivités locales et établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et abrogeant le décret n° 91-573 du 19 juin 1991, pour les personnes accueillies dans des établissements et services autorisés par le président du conseil général en application du a) de l'article L. 313-3 ;

2° Soit en application du [décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006](#) fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat, pour les personnes accueillies dans des établissements et services autorisés par le représentant de l'Etat en application du b) de l'article L. 313-3 ;

3° À parts égales, en application de ces mêmes décrets, pour les personnes accueillies dans des établissements et services autorisés conjointement par ces mêmes autorités publiques en application du dernier alinéa de l'article L. 313-3.

Les frais de timbres et de téléphone peuvent aussi faire l'objet d'un remboursement sur la base de justificatifs. Le remboursement de ces frais est pris en charge selon les cas énoncés aux alinéas précédents par l'Etat ou le département.

Dès la fin de médiation, un état de frais pourra être présenté à l'autorité compétente (cf. tableau ci-dessus). En cas d'autorité conjointe, celui-ci sera systématiquement adressé à l'ARS pour paiement.