

Rapport

sur le respect des droits des usagers du système de santé

●● 2012



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Le rapport sur le respect des droits des usagers, a été élaboré, comme l'an passé, avec l'appui des moyens logistiques mis à la disposition par l'ARS pour l'exercice de la démocratie sanitaire : la CDUSS se félicite du soutien et de l'aide du Pôle pilotage, Direction stratégique de l'ARS pour l'exercice du mandat dévolu à la Commission, et tient à remercier Delphine FLESCQ et ses collaboratrices qui ont eu à collecter et traiter les informations et données les plus pertinentes pour l'élaboration des recommandations en groupe de travail issu de la commission.

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

La Commission a noté avec intérêt la progression du nombre de rapports issus des CRUCPC: on trouvera, après l'analyse des rapports l'évaluation et le suivi des mesures ou des actions mises en œuvre par les établissements de santé pour promouvoir et faire respecter les droits de usagers dans le secteur sanitaire; on ne peut que regretter que le secteur ambulatoire n'ait fourni aucun indicateur.

Pour les établissements du secteur médico-social, la difficulté d'évaluation et de suivi demeure en l'absence d'obligation de transmission des rapports des CVS : la Commission ne disposait que de l'enquête déclarative réalisée en 2011; nous ne disposons d'aucune indication sur la nature des plaintes et réclamations, sur le réel fonctionnement des CVS, sur les recours adressés aux personnes qualifiées etc. On ne peut que regretter que la loi du 2 février 2002 n'établisse l'obligation pour les CVS (comme pour les CRUCPC) de la production d'un rapport annuel qui pourrait être analysé. Nous devons nous montrer très attentifs à l'expression des usagers des établissements médico-sociaux : nous sommes en présence de personnes ou de familles souvent fragilisées par des difficultés personnelles et de prise en charge. En l'absence de réglementation plus incitative sur les attributions, la composition, et le fonctionnement des CVS, la Commission souhaite que les personnalités qualifiées puissent jouer leur rôle de recours complètement (réunion, information sur les droits des usagers, modalités de consultation par la Commission...)

La Commission insiste sur la possibilité de disposer d'outils lui permettant d'évaluer le respect des droits des usagers dans tous les types d'établissements ou de structures.

Des progrès sont souhaités afin que les RU aient la possibilité de jouer leur rôle de représentation, d'alerte et de recours, en particulier par:

- le développement de l'information des usagers sur l'existence et le fonctionnement des CRUCPC et des CVS.
- le développement de l'information et la formation des personnels de santé en matière de respect des droits des usagers dans tous les types d'établissements.

La formation des représentants des usagers est un élément essentiel pour conforter leur statut et leur rôle : la Commission se félicite de la mise en œuvre expérimentale d'une formation des représentants des usagers dans les instances de santé, ouverte aux membres des CVS ; cette formation assurée en collaboration entre l'ARS et le CISSA, initiée en Dordogne devra être étendue à tous les départements Aquitains.

Information et formation (pour les RU et les personnels) en matière de respect des droits des usagers sont donc la ligne de force qui doit guider les préoccupations de la Commission et de la CRSA afin que la démocratie sanitaire puisse atteindre une réelle effectivité

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
ORIENTATION N°1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS	6
1. FORMER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS (PERSONNELS MEDICAUX, PARAMEDICAUX, SOCIAUX ET ADMINISTRATIFS)	6
a. <i>Secteur ambulatoire</i>	6
b. <i>Secteur sanitaire</i>	6
c. <i>Secteur médico-social</i>	7
2. RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D’EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS.....	7
a. <i>Secteur ambulatoire</i>	7
b. <i>Secteur sanitaire</i>	7
c. <i>Secteur médico-social</i>	15
3. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE – PROMOUVOIR LA BIEN-TRAITANCE	18
a. <i>Secteur ambulatoire</i>	18
b. <i>Secteur sanitaire</i>	18
c. <i>Secteur médico-social</i>	18
4. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE – PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR.....	18
a. <i>Secteur ambulatoire</i>	18
b. <i>Secteur sanitaire</i>	18
c. <i>Secteur médico-social</i>	19
5. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE – ENCOURAGER LES USAGERS A RESPECTER DES DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES AUX CONDITIONS DE LEUR FIN DE VIE	19
a. <i>Secteur ambulatoire</i>	19
b. <i>Secteur sanitaire</i>	19
c. <i>Secteur médico-social</i>	19
6. DROIT A L’INFORMATION – PERMETTRE L’ACCES AU DOSSIER MEDICAL.....	19
a. <i>Secteur ambulatoire</i>	19
b. <i>Secteur sanitaire</i>	20
c. <i>Secteur médico-social</i>	20
7. ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE	20
8. DROITS DES PERSONNES DETENUS – ASSURER LA CONFIDENTIALITE DES DONNEES MEDICALES ET L’ACCES DES PERSONNES A LEUR DOSSIER MEDICAL.....	22
9. SANTE MENTALE – VEILLER AU BON FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES	22
ORIENTATION N°II : RENFORCER ET PRESERVER L’ACCES A LA SANTE POUR TOUS.....	27
10. ASSURER L’ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX	27
11. ASSURER FINANCIEREMENT L’ACCES AUX SOINS	29
12. ASSURER L’ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION	29
a. <i>Dépistage organisé du cancer colorectal</i>	30
b. <i>Dépistage organisé du cancer du sein</i>	30
c. <i>Couverture vaccinale</i>	31
d. <i>Prévalence de l’obésité</i>	31
13. REDUIRE DES INEGALITES D’ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES.....	32
a. <i>Les contrats locaux de santé</i>	32
b. <i>Logements insalubres</i>	33

ORIENTATION N°III : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE.....	35
14. FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE.....	35
ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE.....	36
15. GARANTIR LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LES CONFERENCES REGIONALES DE LA SANTE ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE	36
ANNEXES	38
ANNEXE 1 : ARRETE DU 5 AVRIL 2012 PORTANT CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'ELABORATION DU RAPPORT DE LA CRSA SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE.....	39
ANNEXE 2 : GLOSSAIRE	40
ANNEXE 3 : INDICATEURS HAS	41
ANNEXE 4 : DONNEES REGIONALES DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES	43
ANNEXE 5 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	46

INTRODUCTION

L'article L1432-4 du code de la santé publique confère à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie la mission de procéder chaque année à « *l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge* ». Le rapport de la CRSA doit être transmis à la conférence nationale de santé à qui il revient, à partir des documents des régions, d'élaborer son propre rapport national.

En 2012, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé d'Aquitaine a élaboré son rapport sur le respect des droits des usagers selon les axes suivants définis par l'instruction ministérielle du 24 octobre 2011 à savoir :

- l'évaluation du respect des droits des usagers au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- une analyse de la synthèse régionale des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) portant sur les données de l'année 2010,
- le suivi des recommandations émises par la CRSA dans son rapport annuel 2010 sur le respect des droits des usagers du système de santé,
- la présentation de propositions pour la mise en œuvre des objectifs sur le respect des droits des usagers du plan stratégique régional de santé adopté en 2011 ou des objectifs ayant un impact sur les droits des usagers.

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

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

chacune de ces orientations s'étendant à la fois au champ sanitaire et aux secteurs médico-social et ambulatoire. Ce rapport porte sur les données de l'année 2011.

Compte tenu des difficultés à obtenir les données nécessaires, il a été impossible de traiter de manière exhaustive l'ensemble des objectifs définis dans le cahier des charges national.

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

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

a. Secteur ambulatoire

L'article L4021-1 du code de la santé publique modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (article 59) instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Selon cet article, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Pour les médecins libéraux, les formations disponibles en Aquitaine en 2012 dans 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.

Aucune donnée n'a été fournie ni par l'URPS ni par les organismes en charge de la formation continue.

b. Secteur sanitaire

Les données à recueillir sont donc les différentes Actions de Formation Régionales (AFR) mises en place en 2012 sur les droits des usagers.

⇒ **AFR/ responsabilités liées à l'informatisation de la production des soins : impact sur le secret médical et la confidentialité des données de santé**

FORMATIONS DROITS DES PATIENTS / DROITS DES USAGERS - 2012			
régions	Nbre Ets	Nbre actions	Intitulés formation + OF
AQUITAINE	11	10	DIRECTEUR D'EHPAD ET DROIT DES USAGERS : ENJEUX OUTILS METHODES (EHESP)
			DROITS DES PATIENTS (ETRE FORMATIONS)
			DROITS DES PATIENTS (CNEH)
			DROIT DES PATIENTS ET LA LEGISLATION EN PSYCHIATRIE (CNEH)
			DROITS DES PATIENTS (EUROPE MANAGEMENT)
			EVOLUTION DU DROIT DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE (SHAM)
			RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES ET DROIT DES USAGERS (GRIEPS)
			FORMATION ACTUALISATION DROITS DU PATIENT ET PERSONNE DE CONFIANCE (DUPUY OLIVIER)
			INFORMATION RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS (SM)
			2EME CONGRES UFRSI : 'DROIT/ETHIQUE-PATIENT/SOIGNANT (UFRSI)
			DROIT DES PATIENTS ET/OU DE LEUR FAMILLE ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES (CH PAU)

c. Secteur médico-social

Les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) présents sur leur territoire pour dresser un état des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés. A la date de parution du rapport, aucune donnée n'a été communiquée.

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

a. Secteur ambulatoire

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

b. Secteur sanitaire

▪ Synthèse des rapports CRUQPC des établissements de santé

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

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

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

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

La synthèse des rapports des CRUQPC des établissements de la région permet les constats suivants.

Transmission des rapports CRUQPC par départements :

	Nombre total d'Etablissements	Nombre total de rapports transmis 2010	Nombre total de rapports transmis 2011	Nombre total de rapports transmis 2012
Dordogne	22	14	14	16
Gironde	66	51	46	51
Landes	20	14	12	16
Lot et Garonne	19	9	10	11
Pyrénées Atlantiques	56	36	27	34
TOTAL	183	124 soit 68 %	109 soit 60 %	128 soit 70%

Pourcentage de rapports CRUQPC transmis par type d'établissement :

Année	région	PUBLIC			PRIVE			ESPIC			Autres ¹	
		Total Ets publics	Nb rapports	%	Total Ets privés	Nb rapports	%	Total ESPIC	Nb rapports	%	Total Autres	Nb rapports
2011	183	51	41	82	98	68	69	28	16	57	6	3

Installation des CRUQPC

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

Année d'installation de la CRUQPC	Nombre d'établissements
≤ 2005	67
2006	21
2007	9
2008	5
2009	7
2010	4
2011	1
nd	14
TOTAL	128

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

Les commissions se sont réunies en moyenne **3,32** fois en cours de l'année 2011. Le taux de participation des membres est d'environ **77 %**. Ce taux est à différencier du taux de participation des représentants des usagers (76%).

a) Organisation matérielle de la CRUQPC

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

Nombre d'établissements ayant mis :	
<i>un local à disposition</i>	58
<i>une ligne téléphonique</i>	42
<i>un poste informatique avec internet</i>	43
<i>d'une permanence physique</i>	59

¹ Ex : GCS (groupement de coopération sanitaire), centre d'imagerie, etc.

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

Service en charge du secrétariat de la CRUQPC	Nombre d'établissements
<i>direction</i>	33
<i>qualité</i>	47
<i>autres</i>	50
<i>Non renseigné</i>	98

b) Information des usagers

L'article R1112-84 du code de la santé publique précise que le représentant de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement.

Les usagers sont informés du fonctionnement de la CRUQPC par :

<i>le livret d'accueil</i>	90 % des établissements
<i>Voie d'affichage</i>	72 % des établissements
<i>par le site internet de l'établissement</i>	45 % des établissements

c) Information des personnels de l'établissement sur le fonctionnement de la CRUQPC

Les professionnels de santé et le personnel sont informés du fonctionnement de la CRUQPC :

dans le livret d'accueil du nouvel arrivant	70 % des établissements
par voie d'affichage	62 % des établissements
par le site internet de l'établissement	43 % des établissements
lors de réunions du personnel	56 % des établissements
par la diffusion des comptes-rendus	63 % des établissements

d) Coordination avec les autres instances de l'établissement

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

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

e) Formation des membres

75 % des établissements n'ont pas mis en place une action de formation pour les représentants des usagers en 2011.

Lorsqu'elles sont mises en œuvre, les sujets des formations concernent la fonction de représentation (notamment au travers des formations mises en place par le CISS Aquitaine), sur les missions de l'établissement. En 2011, les thèmes de formations portaient principalement :

- sur la fonction de représentant d'usagers et à la gestion des plaintes,
- sur la Loi Léonetti « Directives anticipées et personnes de confiance »,
- sur les droits des patients et les personnes de confiance,
- sur l'hygiène des mains,
- sur la certification V2010 et l'auto-évaluation de la HAS (préparation à la visite de certification V2010).

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

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

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

▪ ELOGES

La satisfaction des usagers peut se caractériser par des témoignages et des commentaires élogieux (écrits ou oraux) voire des remerciements. 68 établissements ont déclaré des « éloges » (qui varient de 1 à 854). Cela concernait : la qualité de l'accueil, la prise en charge médicale, la prise en charge paramédicale, la restauration, la satisfaction globale vis à vis du personnel et du séjour.

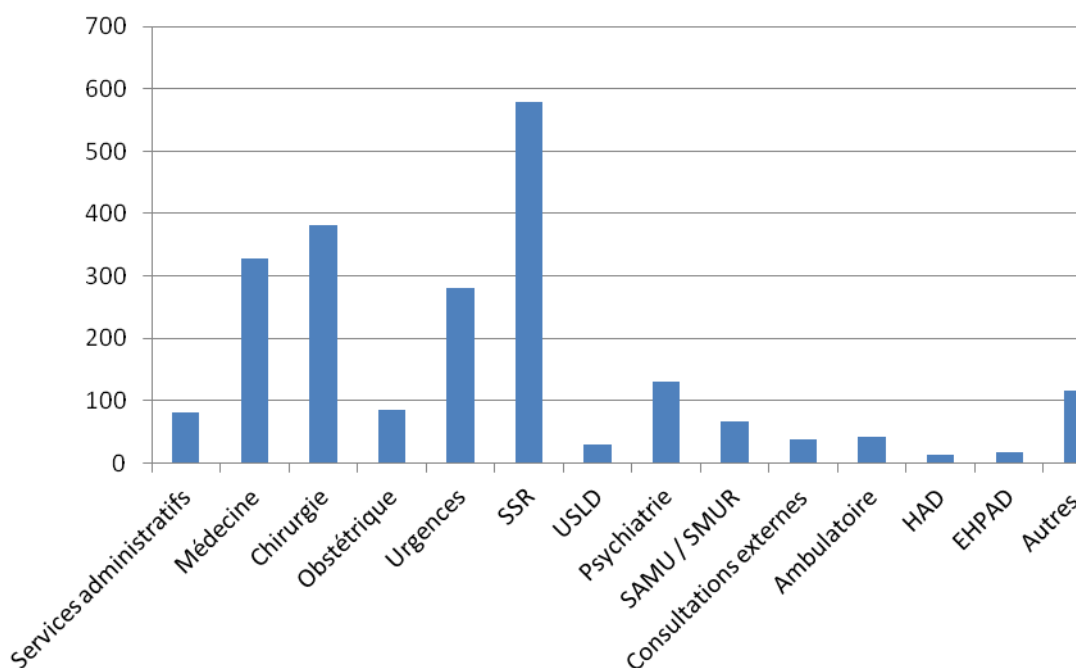
• PLAINTES ET RECLAMATIONS

98 établissements ont indiqué avoir recensé des plaintes ou des réclamations. Au total, 3333 plaintes et réclamations ont été comptabilisées grâce aux déclarations des établissements. Ce nombre de plaintes varie entre 0 et 832 plaintes (versus en 2010, le nombre de plaintes variait entre 0 et 812 plaintes).

TYOLOGIE DES PLAINTES ET RECLAMATIONS	NOMBRE TOTAL
Qualité de l'accueil	132
Prise en charge	643
Accès aux soins	26
Qualité des soins	83
Erreur diagnostic	41
Complications postopératoires	53
Traitements médicamenteux / iatrogène	37
Infection associée aux soins	29
Décès	17
Facturation	162
Relationnel	297

TYPOLOGIE DES PLAINTES ET RECLAMATIONS	NOMBRE TOTAL
Maltraitance	0
Organisation du service	203
Respect de la vie privée	1
Qualité hôtelière	321
Perte/Vol	64
Autre	363
TOTAL	2472

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



g) Les recours gracieux, juridictionnels et devant le CRCI

	Recours gracieux ou juridictionnels	Demandes formulées à la CRCI
Nombre d'établissements déclarants	27	29
Nombres	154	118

▪ MEDIATIONS

27 établissements déclarent avoir eu des médiations au cours de l'année 2011. Elles peuvent concerner une médiation médicale, non médicale, conjointe (médicale et non médicale).

	Nombre
Proposition de médiation médicale	191
Proposition de médiation non médicale	135
Proposition de médiation conjointe	57
Saisine du médiateur médical	3
Saisine du médiateur non médical	1
Entretien de médiation médicale	107
Entretien de médiation non médicale	72
Entretien de médiation commune	33
Réclamations ayant été classées par la CRUQPC	771

▪ DOSSIERS MEDICAUX

La loi du 4 mars 2002, et le décret du 29 avril 2002 posent le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant. Ce droit d'accès est prévu par l'article L.1111-7 du code de la santé publique qui dispose en son alinéa 1 : « *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissements de santé qui sont formalisés et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrites entre professionnels de santé* »

➤ Nombre de demandes

Nombre total de demandes	3 829
Nombre de demandes faites par le patient	2 710
Nombre de demandes faites par un ayant-droits	797
Nombre de demandes faites par un Tiers habilité	249
Non renseigné	73

Les demandes de dossiers médicaux ont été de 3 829 dont la majorité émane du patient (71%) puis des ayant-droits (21%) et d'un tiers habilité (6%).

➤ Délai de communication

La communication du dossier médical doit avoir lieu dans un délai de 48 heures (délai de réflexion) au plus tôt et dans un délai maximal de 8 jours à compter de la demande. Ce délai est porté à 2 mois si les informations médicales datent de plus de 5 ans (article L111-7 alinea 2).

Délai moyen de réponse pour les dossiers de - 5 ans	7,86 jours
Délai de réponse pour les dossiers de + 5 ans	17 jours

▪ ENQUETES DE SATISFACTION ET QUESTIONNAIRES DE SORTIE

77 déclarants donnent un taux de retour de questionnaires de sortie. Les taux de retour (tous établissements confondus) oscillent entre 2,5 et 91,6 %.

Des enquêtes de satisfaction sont mises en place dans les établissements. Globalement, elles sont spécifiques :

- à la qualité de la prise en charge,
- aux conditions de séjour (locaux, repas, animation et attitude du personnel),
- à la satisfaction globale du patient,
- au respect de la dignité et des droits des patients et la prise en charge de la douleur,
- sur l'éducation thérapeutique
- sur la sortie d'établissement.

▪ Rapports de certification HAS :

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

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

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

Le critère 9b du manuel de certification de la HAS correspond à l'évaluation de la satisfaction des usagers.

Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale ou leur modalité de suivi pour les critères du manuel de certification correspondant à l'objectif 2 (processus d'évaluation du respect des droits) ont été mis à disposition :

Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	28
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	17
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	-
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D	-

La majorité des établissements engagés dans la procédure de certification V2010 ont obtenu la cotation A et B.

- **Rapport d'activité de la Commission de conciliation d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de la région Aquitaine (CCI) – période du 1^{er} mai 2011 au 30 avril 2012**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Secteur médico-social

En 2011, les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles et du champ de compétence de l'ARS ou de compétence conjointe (ex : conseil général) ont été interrogés par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne.

L'objectif est de réaliser un état des lieux dans la région de la mise en œuvre et de l'appropriation de ces outils garantissant l'exercice effective des droits par les établissements sociaux et médico-sociaux (le livret d'accueil, le contrat de séjour, les personnes qualifiées, le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement).

790 questionnaires ont été envoyés aux établissements. La très grande majorité d'établissements a accepté de renseigner le questionnaire puisque le taux de réponse a été de 78,73 %.

En 2011, 88 % des établissements ont instauré un CVS même s'il n'est considéré opérationnel que dans 84 % d'entre eux.

Indicateurs	2011
Proportion d'établissement disposant d'un CVS	88 %
Proportion des rapports ² des CVS transmis à l'ARS	2,92%
Nombre moyen de réunions par an	3,02

Fréquence	Moins de 1	de 1 à 2 fois par an	de 3 à 4 fois par an	+ de 4 fois par an
Nombre d'établissements	8	85	315	8

Globalement, les établissements sociaux et médico-sociaux ont tous un Conseil de Vie sociale, un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Les CVS font l'objet d'un compte-rendu systématique, largement diffusé aux résidents, aux familles et aux représentants légaux, joint quelquefois aux factures des résidents.

Suite à une interrogation des établissements en fin d'année 2012, seuls 3 % d'entre eux déclarent établir un rapport annuel ou élaborer une synthèse des travaux qui est ensuite envoyée à tous les représentants légaux et familles, voire mise à disposition des personnels.

Lors des séances des CVS, sont généralement abordés les points suivants :

- l'organisation intérieure de la vie quotidienne,
- les activités, les animations socioculturelles et les services thérapeutiques, l'animation de la vie institutionnelle,
- les projets de travaux et d'équipements,
- les budgets et les moyens,
- le renouvellement des conventions tripartite,
- la nature et le prix des services rendus,
- la démarche qualité,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les mesures prises pour favoriser les relations entre les usagers, familles, professionnels,
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Compte tenu du statut sanitaire de certains établissements, les directions d'établissement ont fait remarquer que le conseil de vie sociale pouvait faire double emploi avec certaines instances comme la CRUQPC. Dans certains cas, celle-ci intègre largement des objectifs qualité concernant l'EHPAD.

Les établissements évoquent aussi de grandes difficultés à faire vivre ces instances dans le temps compte tenu d'un "turn-over" des personnes suivies par l'établissement, de l'état de dépendance des résidents, des pathologies, des catégories de personnes accueillies (ex : mineurs) ou encore le faible engagement des usagers lors de l'installation du CVS.

Certaines initiatives d'établissement sont à souligner pour favoriser l'expression des usagers et le fonctionnement du CVS :

- la diversification des groupes ou comités (animation, restauration, bienveillance et lingerie), et des modes de recueil de manière individuelle avec ou sans l'aide des familles (enquête de satisfaction, référent soignant par exemple),
- davantage de participation d'autres membres pouvant enrichir ces CVS,
- des rencontres avec les parents dans le cas d'établissements pour enfants handicapés afin de les associer à une réflexion sur le fonctionnement de l'établissement,

² Pas d'obligation réglementaire

- des réunions inter-CVS permettre la rencontre de tous les représentants des résidents des établissements supportés par une entité juridique,
- rencontre à un rythme régulier entre les représentants des usagers et la direction d'établissement pour adulte handicapé, assistés d'une éducatrice pour les aider à structurer leur parole,
- la mise en place d'un logo propre au CVS,
- des réunions pour les nouveaux arrivants,
- la mise en place d'une « lettre » du CVS,
- l'élaboration de tableau de suivi des demandes émanant des membres du CVS.

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

L'article L311-5 du code de l'action sociale et des familles indique que toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal c'est-à-dire les titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou son tuteur peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général.

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

Choisi par l'intéressé sur une liste établie, ce conciliateur rend compte de ses actions à l'usager, aux autorités de contrôle et au juge si un manquement grave à la législation est constaté. Il intervient ponctuellement. La personne qualifiée constitue donc une aide au droit de l'usager.

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

En 2011, 59 % des établissements sociaux et médico-sociaux interrogés n'avaient pas connaissance de la liste des « personnes qualifiées » en vigueur dans leur département.

Le nombre de personnes qualifiées ont été désignées par arrêté :

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

Les données sur le nombre d'interventions ne sont pas disponibles.

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

a. Secteur ambulatoire

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

b. Secteur sanitaire

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

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

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	5		1	2	6
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	17	2	7	5	19
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	1		2		2
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

La majorité des établissements engagés dans la procédure de certification V2010 ont obtenu la cotation A et B sur le critère 10a quel que soit le mode de prise en charge.

c. Secteur médico-social

Aucune donnée n'a pu être recueillie dans ce domaine.

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

a. Secteur ambulatoire

Aucune donnée n'a pu être recueillie dans ce domaine.

b. Secteur sanitaire

Le critère 12a du manuel de certification de la HAS correspond à la prise en charge la douleur pour chaque prise en charge de l'établissement (12a MCO, 12a SM, 12a SSR, 12a SLD, 12a HAD).

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

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	14		2	2	12
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	8	2	5	2	13
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	2		3	3	2
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

La majorité des établissements engagés dans la procédure de certification V2010 ont obtenu la cotation A et B sur le critère 12a quel que soit le mode de prise en charge.

c. Secteur médico-social

- **Pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé.**

Aucune donnée n'a pu être recueillie sur ce domaine.

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

a. Secteur ambulatoire

Aucune donnée n'a pu être recueillie sur ce domaine.

b. Secteur sanitaire

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

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

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

La majorité des établissements engagés dans la procédure de certification V2010 ont obtenu la cotation B sur le critère 13a quel que soit le mode de prise en charge.

c. Secteur médico-social

Aucune donnée n'a pu être recueillie sur ce domaine.

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

a. Secteur ambulatoire

Aucune donnée n'a pu être recueillie sur ce domaine.

b. Secteur sanitaire

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

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

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	19	1	5	5	21
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	4	1	3	1	5
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	1		2	1	1
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

La majorité des établissements engagés dans la procédure de certification V2010 ont obtenu la cotation A sur le critère 14b quel que soit le mode de prise en charge.

c. Secteur médico-social

Le nombre de plaintes et des réclamations relatives à l'accès au dossier médical sont des données indisponibles à la date d'élaboration du rapport. Néanmoins, les orientations relatives à la démocratie sanitaire en région prévoient qu'un état des lieux sur les personnalités qualifiées (nomination, modes de désignations, formations, actions pour faire connaître leur rôle, etc.) soit réalisé courant d'année 2013.

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

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des enfants handicapés. Elle accorde la priorité à la scolarisation de l'enfant handicapé en milieu ordinaire, c'est-à-dire dans un établissement de l'Education nationale. On parle de milieu scolaire ordinaire quels que soient l'enseignement dispensé (ordinaire ou adapté) et le type de scolarisation (individuel ou collectif). Les enfants handicapés dont l'état de santé nécessite un dispositif plus adapté peuvent être scolarisés dans un établissement médicoéducatif ou hospitalier dépendant du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

- **En milieu ordinaire**

2,5% des élèves scolarisés dans le 1er degré sont en situation de handicap en Lot-et-Garonne contre 2,0% dans l'académie

	1er degré		2nd degré		Ensemble	
	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)
Dordogne	714	2,1	425	1,5	1 139	1,8
Gironde	2 737	1,9	1 555	1,3	4 292	1,7
Landes	699	2,0	471	1,6	1 170	1,8
Lot-et-Garonne	738	2,5	372	1,5	1 110	2,1
Pyrénées-Atlantiques	1 138	2,0	912	1,8	2 050	1,9
Total	6 026	2,0	3 735	1,5	9 761	1,8

Répartition départementale des élèves en situation de handicap scolarisés dans l'académie - Public et privé sous contrat

Source : Rectorat - DEP Enquête 3 et 12

A la rentrée scolaire 2011, 9 795 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire dans l'académie de Bordeaux, dont 6 026 dans des écoles et 3 735 dans des établissements du second degré.

Dans l'académie comme au niveau national, cet effectif représente **1,8 % de l'ensemble des élèves scolarisés**.

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

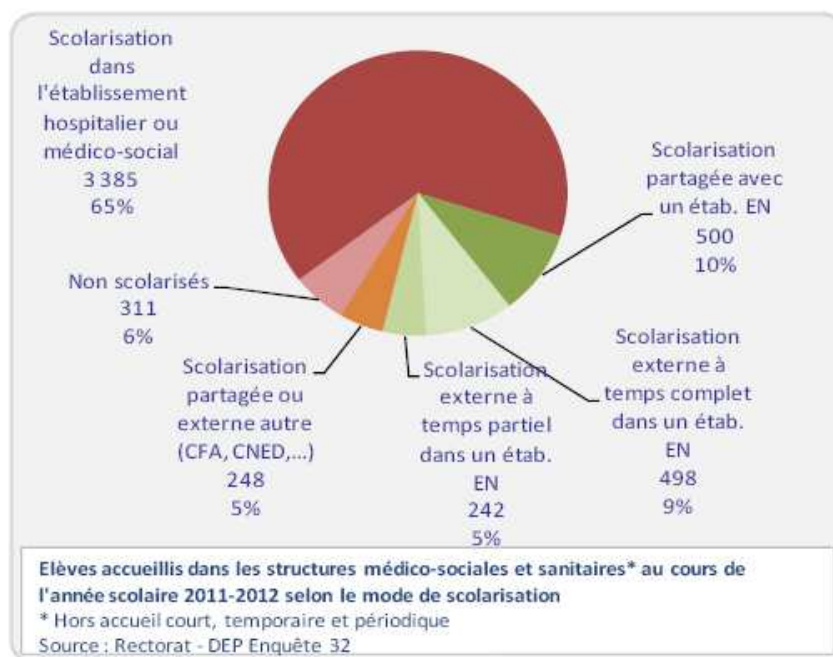
Si les enfants souffrant de troubles intellectuels et cognitifs sont majoritaires, ils sont moins nombreux dans le second degré que dans le premier degré (33 % contre 40 %).

Le département du Lot-et-Garonne compte la plus forte part d'élèves handicapés dans la population scolarisée du 1^{er} degré (2,5 %) tandis que les autres départements sont proches de la moyenne académique. Dans le second degré le part des élèves handicapés est plus faible que dans le premier degré pour les cinq départements. Elle varie de 1,3 % en Gironde à 1,8% en Pyrénées-Atlantiques.

- **En milieu adapté**

Quand la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas possible, les structures médico-sociales et sanitaires offrent une prise en charge globale. Au cours de l'année scolaire 2011-2012, 4 370 enfants ou adolescents accueillis dans ces structures sont scolarisés dont 740 dans des classes d'un établissement de l'Education nationale et 500 de façon partagée entre la structure d'accueil et un établissement scolaire.

1 240 enfants et adolescents en structure médico-sociale ou sanitaire intégrés dans un établissement de l'Education nationale ...



Si l'on ajoute aux 9 795 élèves handicapés scolarisés dans les établissements de l'éducation nationale, les 4 380 enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux et sanitaires de l'académie et pris en charge scolairement (hors scolarité partagée), 14 175 élèves handicapés sont scolarisés dans l'académie. Sur un an, le poids de la scolarisation en milieu ordinaire s'est accru, passant de 66,8% à 69,1% du fait de la priorité donnée à cette dernière.

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

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

Scolarisation des élèves handicapés entre 2010 et 2011 - Public et privé sous contrat

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

** Hors scolarité partagée pour éviter les doubles comptes Source : Rectorat - DEP Enquête 3 et 12 et enquête 32

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

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

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

Suite à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011 portant réforme de loi d'hospitalisation sous contrainte du 27 juin 1990 et applicable depuis le 1^{er} août 2011, les Commissions Départementales

des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) s'appellent désormais Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP).

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

▪ Composition

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

Les 5 CDSP de la région ont été installées et tous les représentants des usagers ont été désignés.

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

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

▪ Missions

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

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

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

Les nombres de réunions annuelles déclarées par chacune des CDSP sont les suivants :

	Nombre de réunions	Nombre de visites d'établissements
Dordogne	3	2
Gironde	12	6
Landes	1	1
Lot-et-Garonne	2	1
Pyrénées-Atlantiques	2	2

Un changement induit par la loi du 5 juillet 2011 par rapport à la loi du 27 juin 1990 réside dans une modification des termes utilisés. Ainsi, l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers devient l'admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ADT, SDT ou SPDT). L'Hospitalisation d'Office devient l'Admission en Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ADRE, SPDRE ou SDRE)

Les données agrégées des différentes commissions sont les suivantes :

Période		Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Région
<i>Du 1^{er} janvier au 31 juillet 2011</i>	Hospitalisation d'office (HO)	57	173	24	93	33	380
	Hospitalisation à la demande d'un Tiers (HDT)	272	572	128	203	493	1668
<i>Du 1^{er} août au 31 décembre 2011</i>	Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE)	53	113	29	47	33	275
	Soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE)	175	437	102	127	368	1209
Année 2011	Total HO + SDRE	110	286	53	140	66	655
	Total HDT + SDDE	447	1009	230	330	861	2877

	Nombre d'habitants	421 100	1 473 569	390 771	336 681	664 484	3 286 605
Pour 100 000 HABITANTS	Total HO + SDRE	26	19	14	42	10	20
	Total HDT + SDDE	106	68	59	98	130	88

Recommandations de la Commission « droits des usagers » :

La Commission remarque le manque de données sur le secteur ambulatoire et souhaite pour l'élaboration des prochains rapports sur le respect des droits des usagers, un rapprochement en direction des partenaires (notamment des conseils de l'ordre et des caisses primaires d'assurance maladie) :

- **sur la formation des professionnels de santé**, elle souligne la nécessité de mettre en place des sessions de sensibilisation aux droits des usagers pour l'ensemble des professionnels de santé (médecins, masseurs - kinésithérapeutes, dentistes, etc.) et une interrogation de l'Université Bordeaux II pour de données sur la formation continue des professionnels,
- **sur les plaintes et réclamations**, elle souhaite un rapprochement avec le conciliateur des caisses primaires pour obtenir les données,

Sur le fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC),

- la commission note avec satisfaction le taux de participation des membres des CRUQPC (77 %) et de celui des représentants des usagers (76%),
- elle tient à rappeler qu'un rapport d'activité type pour les CRUQPC a été élaboré en 2011 conjointement par l'ARS et les fédérations d'établissements. Le taux de retour des rapports est globalement satisfaisant. Néanmoins, ils ne sont pas tous transmis sous le même format. Les membres de la commission fait remarquer que l'utilisation du rapport type (.xls) disponible sur le site de l'ARS faciliterait la synthèse des données par les services de l'ARS,
- selon la commission, l'information des familles et des usagers sur l'existence des CRUQPC dans les établissements doit être poursuivie,
- les établissements doivent poursuivre le processus de formation des représentants des usagers siégeant au sein de leur instance.

Sur le rapport d'activité de la Commission de conciliation d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de la région Aquitaine (CCI), la commission note comme intéressante l'initiative prise par l'ARS d'intégrer les données de cette instance dans le rapport « Droits des usagers » et souhaite qu'elle soit poursuivie pour les années suivantes, ceci afin de pouvoir comparer l'évolution du traitement des dossiers.

Sur les Conseils de Vie Sociale (CVS), le fonctionnement de ces instances doit être retracé dans les rapports internes que les établissements médico-sociaux doivent établir et remettre à l'ARS. La commission souligne son vif intérêt à disposer de ces éléments.

Certains membres rappellent les difficultés auxquelles sont confrontés certains résidents dans les établissements médico-sociaux au quotidien et souhaiteraient que l'ARS fasse des visites à l'improviste de ces établissements en dehors des inspections effectuées suite à des plaintes.

Sur les personnalités qualifiées, les membres reprennent l'orientation fixée par le directeur de l'ARS sur la démocratie sanitaire à savoir sur la mise en place d'une rencontre des personnes qualifiées dans le domaine médico-social. Celle-ci permettrait un travail sur leur rôle attendu, les règles de saisine, les profils recherchés, les modalités concrètes de gestion.

Cette rencontre réunirait les personnes qualifiées, des représentants des conseils généraux et l'ARS. Les membres de la commission souhaitent également la présence de représentants de la conférence de territoire.

Sur la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté, la commission suggère que l'analyse soit faite en commun avec la commission spécialisée de « prise en charge et d'accompagnement médico-sociaux ».

Sur le fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques, la loi portant réforme de loi d'hospitalisation sous contrainte du 27 juin 1990 a été promulguée en 2011. L'examen des rapports d'activité de ces commissions compte tenu de leurs nouvelles attributions est complexe et sera plus approfondi les années suivantes.

ORIENTATION N°1 : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

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

	OMNIPRATICIENS			Anesthésie-réanimation chirurgicale			Pathologie cardio-vasculaire		
	Secteur 1	Secteur 2		Secteur 1	Secteur 2		Secteur 1	Secteur 2	
	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %
Dordogne	359	16	4%	12	0	0%	15	2	12%
Gironde	1549	149	9%	33	83	72%	78	48	38%
Landes	422	9	2%	4	11	73%	21	3	13%
Lot-et-Garonne	274	16	6%	16	5	24%	18	0	0%
Navarre Cote basque	312	22	7%	14	26	65%	31	7	18%
Béarn Soule	376	27	7%	22	6	21%	30	0	0%
Ensemble	3292	239	7%	101	131	56%	193	60	24%

	Dermato-vénérologie			Radiologie			Gynécologie		
	Secteur 1	Secteur 2		Secteur 1	Secteur 2		Secteur 1	Secteur 2	
	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %
Dordogne	11	5	31%	29	0	0%	13	8	38%
Gironde	70	33	32%	161	33	17%	91	96	51%
Landes	9	6	40%	30	3	9%	21	4	16%
Lot-et-Garonne	10	1	9%	31	0	0%	12	7	37%
Navarre Cote basque	22	4	15%	42	0	0%	16	14	47%
Béarn Soule	17	3	15%	27	8	23%	31	3	9%
Ensemble	139	52	27%	320	44	12%	184	132	42%

	Pédiatrie			Ophtalmologie			Psychiatrie		
	Secteur 1	Secteur 2		Secteur 1	Secteur 2		Secteur 1	Secteur 2	
	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %
Dordogne	3	4	57%	18	10	36%	19	2	10%
Gironde	45	21	32%	57	81	59%	248	47	16%
Landes	6	3	33%	15	12	44%	18	1	5%
Lot-et-Garonne	5	0	0%	10	11	52%	16	0	0%
Navarre Cote basque	11	4	27%	11	30	73%	28	9	24%
Béarn Soule	18	0	0%	13	5	28%	30	4	12%
Ensemble	88	32	27%	124	149	55%	359	63	15%

	Pneumologie			Rhumatologie			Oto-rhino-laryngologie			Gynécologie		
	Secteur 1		Secteur 2	Secteur 1		Secteur 2	Secteur 1		Secteur 2	Secteur 1		Secteur 2
	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %	en nombre	en nombre	en %
Dordogne	7	0	0%	1	4	80%	7	5	42%	13	8	38%
Gironde	14	14	50%	18	12	40%	23	44	66%	91	96	51%
Landes	6	0	0%	8	1	11%	7	6	46%	21	4	16%
Lot-et-Garonne	9	0	0%	4	2	33%	3	4	57%	12	7	37%
Navarre Cote basqu	15	3	17%	5	9	64%	6	7	54%	16	14	47%
Béarn Soule	6	0	0%	10	1	9%	10	2	17%	31	3	9%
Ensemble	57	17	23%	46	29	39%	56	68	55%	184	132	42%

	Neurologie		
	Secteur 1		Secteur 1 avec DP ou secteur 2
	en nombre	en nombre	en %
Dordogne	2	1	33%
Gironde	18	3	14%
Landes	6	0	0%
Lot-et-Garonne	5	0	0%
Navarre Cote basque	9	0	0%
Béarn Soule	7	0	0%
Ensemble	47	4	8%

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

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

En Aquitaine, la part de la population vivant dans un bassin de vie INSEE dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale connaît une légère amélioration en passant de 2,5 % en 2010 à 2,4 % en 2011. Cette valeur est bien inférieure à la moyenne nationale de 5,8 % et est supérieure à la cible (1,7 %). La situation de l'Aquitaine est donc favorable (4ème région de métropole).

Toutefois dans les départements les plus ruraux (Dordogne et Lot-et-Garonne), la densité continue de diminuer même si elle observe quelques installations dans ces départements dans les zones prioritaires identifiées dans le SROS au 1er janvier 2013

La densité des médecins généralistes libéraux s'établit ainsi :

- en Dordogne au 1^{er} janvier 2012 à 93,2 pour 100 000 habitants contre 101,8 au 1^{er} janvier 2010,
- celle du Lot et Garonne passant de 91,6 à 88,3 pour 100 000 habitants sur la même période.

La densité de ces 2 départements se situe donc en-dessous de la moyenne nationale (96,9 au 1^{er} janvier 2012). Cette dégradation n'est pas illustrée par l'indicateur qui apparaît en légèr

amélioration, car l'indicateur positionne les différentes zones en difficulté par rapport à une moyenne nationale, elle-même en baisse.

Au 1^{er} janvier 2013, quelques installations sont toutefois observées en Dordogne (3) et en Lot-et-Garonne (3) dans des zones prioritaires identifiées dans le SROS, en lien avec les actions menées : développement des stages des internes chez des médecins généralistes ruraux en Lot et Garonne, ouverture de Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP) en Dordogne.

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

Le nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire est de 71 en Aquitaine dont 18 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dont la moitié en zones déficitaires.

L'ouverture de plusieurs MSP dans des zones en difficultés démographiques des Landes et en Dordogne a contribué à l'installation de quelques nouveaux médecins.

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

Aucune donnée n'est disponible à ce jour sur cet indicateur. En revanche, les orientations sur la démocratie sanitaire de l'ARS d'Aquitaine prévoient de mener en 2013 une étude d'opinion auprès de la population afin de mieux connaître la perception du système de santé en Aquitaine. L'objectif est d'interroger la population aquitaine sur l'accessibilité géographique, financière, sur l'adaptation de l'offre de soins et l'accès aux informations sur les dispositifs d'aide. La permanence des soins sera intégrée à l'enquête.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins

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

Aucune donnée n'a pu être recueillie sur ce domaine.

12. Assurer l'accès aux structures de prévention

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

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

En Aquitaine, les structures de gestion sont :

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

Parmi elles, quatre sont adossées à des centres d'examens des CPAM et une gérée par une association en Gironde.

Ces structures en charge de l'organisation des dépistages gèrent et assurent la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages, envoient les lettres invitant les personnes à se faire dépister ainsi que les relances et participent à la sensibilisation et à l'information des populations concernées. En outre, elles organisent la formation des professionnels de santé sur les dépistages

et veillent à la qualité du dispositif. Elles sont responsables, pour le dépistage du cancer colorectal, de l'approvisionnement des médecins généralistes en tests de dépistage.

a. Dépistage organisé du cancer colorectal

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

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	26,0%	28,0%	30,0%	40,0%	50,0%		35,0%	32,5%			

En 2011, le taux de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) de 32,5 % (moyenne nationale (32,1%)) témoigne cependant d'une baisse de 2,5 points par rapport à 2010 qui devrait se poursuivre. Les remontées d'informations des structures de gestion (SG) laissent présager une stabilité voire une baisse de la valeur 2012 pour le dépistage des cancers colorectaux.

b. Dépistage organisé du cancer du sein

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

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

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	60,0%	62,0%	63,0%	64,0%	65,0%		59,9%	59,4%			

Le taux de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) reste stable à 59,4 %, plus de 7 points au-dessus de la moyenne nationale de 52,3 %.

Deux difficultés coexistent quant au dépistage du cancer du sein : l'une liée à une démographie en baisse du nombre de radiologues, l'autre étant la part du dépistage individuel estimée entre 10 et 20 %, notamment dans les grandes agglomérations.

Une étude sur l'accessibilité du dépistage du cancer du sein est en cours en Aquitaine, particulièrement sur la démographie des professionnels de santé, afin de proposer des solutions alternatives comme la dématérialisation des résultats de radiologie ainsi que la délocalisation des sites de deuxième lecture.

Concernant les deux dépistages des cancers, une commission régionale du dépistage des cancers a été installée en septembre 2012 s'appuyant sur un groupe technique dédié aux pratiques de dépistage, un autre dédié aux actions de communication et de sensibilisation afin de mobiliser l'ensemble des acteurs de terrain : Ligue contre le cancer, Assurance Maladie, mutualité, associations.

c. Couverture vaccinale

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

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	85,0%	87,0%	89,0%	92,0%	95,0%	ND	ND	ND			

Quatre départements transmettent les données au niveau national, le département des Pyrénées-Atlantiques étant dans l'incapacité de les transmettre.

Selon le rapport de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) de novembre 2012, le taux de couverture ROR 24 mois se situe en dessous de 86 % dans le Lot-et-Garonne, entre 86 et 89 % pour les autres départements.

Un travail d'amélioration de la qualité et d'harmonisation du recueil de données est engagé avec la CIRE afin de réaliser un rapport annuel.

En communication, la semaine européenne de la vaccination (SEV) constitue un temps fort de l'action régionale coordonnée par un comité de pilotage régional réunissant l'ensemble des partenaires. La SEV mobilise notamment les établissements sociaux et médico-sociaux et les pharmacies d'officine. Une expérimentation de carnet de vaccination électronique est réalisée en Aquitaine pour aider les patients et les professionnels de santé à gérer au mieux un calendrier vaccinal devenu. Animé par une équipe d'experts reconnus en vaccinologie, MesVaccins.net permet de définir pour chaque âge et chaque situation individuelle, un schéma vaccinal adapté.

d. Prévalence de l'obésité

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

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

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

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

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

Ces indicateurs ne sont pas disponibles faute d'enquête régionale et nationale. Néanmoins, cet indicateur ne permet pas de rendre compte de la majeure partie des actions engagées par l'ARS matière de nutrition (en direction des enfants, adolescents, jeunes). En effet, le projet régional de santé au travers du schéma régional de prévention a priorisé des actions sur les déterminants de santé "alimentation" et "activité physique".

Le programme régional "*Manger mieux, bouger plus en Aquitaine*" prévoit la mobilisation de l'ensemble des acteurs sur ce champ (pilotage par la Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la

protection maternelle et infantile, le partenariat avec la DRAAF³ et avec la DRJSCS⁴ pour promouvoir l'activité physique...).

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

a. Les contrats locaux de santé

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

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2005	0	0	2	5	8		0	0	0		

La démarche CLS avait été neutralisée dans l'attente de l'adoption du PRS, survenue le 1^{er} mars 2012, afin que les CLS en soit la déclinaison territoriale (objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé). A ce jour un CLS a été signé avec l'agglomération montoise sur base d'un atelier santé ville (ASV) préexistant.

Des négociations sont avancées avec 3 collectivités, trois autres collectivités ont été approchées. La démarche progresse notamment avec la ville de Bordeaux, dans le Médoc (projet local de santé en cours) et dans les Pyrénées-Atlantiques.

En 2013, l'ARS d'Aquitaine a souhaité adopter une démarche dynamique. Un cadrage régional permettant de prioriser les CLS est en cours de finalisation, ciblant les intercommunalités : pays en milieu rural et agglomérations en milieu urbain. Il s'agira de réaliser des CLS transversaux. L'ARS cofinance avec la DRJSCS la mission « santé et territoires » de l'IREPS visant l'accompagnement des collectivités.

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

Année de référence : 2011	Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
			2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
Personnes âgées (PA)	2009	8,2%	7,8%	7,5%	7,0%	6,5%		7,0%	8,1%			
Personnes handicapées (PH)	2009	29,3%	28,0%	27,0%	26,0%	25,0%		30,6%	27,8%			

Sur le secteur « personnes âgées », l'indicateur montre une accentuation des écarts d'équipements en établissements sociaux et médico-sociaux sur la région. Cette évolution défavorable est un élément de vigilance qui n'est pas entièrement à la main de l'ARS : les écarts

³ Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

⁴ Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

importants sont pour l'essentiel dus aux Actes de Soins Infirmiers (AIS) réalisés par les infirmières diplômées d'Etat Libérales (IDEL).

Le financement des suites d'opérations, les interventions nationales et le tarissement des autorisations d'engagement pour les prochaines années font obstacle à l'amélioration de cet objectif. Ce sont essentiellement les dépenses infirmières libérales (A.I.S) qui expliquent l'accentuation des écarts constatée, la Gironde et les Pyrénées Atlantiques étant particulièrement concernées.

En 2012, un appel à projet a été lancé sur les SSIAD pour favoriser le maintien à domicile mais également à rééquilibrer les prestations de service sur le territoire.

Sur le secteur « personnes handicapées », la tendance de l'indicateur 4.4 est bonne. La « simulation » de l'impact du PRIAC 2012-2016 sur cet indicateur est favorable car elle aboutit à une baisse de 2 points (25,8%).

b. Logements insalubres

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

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

Valeurs Initiales 2009	Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					Tendance
	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	
25	25	27	30	33		37	104	117		

Le détail par département s'établit comme suit :

	2010	2011	2012
Dordogne	3	5	7
Gironde	9	42	67
Landes	13	22	2
Lot-et-Garonne	3	25	26
Pyrénées-Atlantiques	9	10	15

La variation de l'indicateur d'une année sur l'autre s'explique par le fait qu'en 2011 des arrêtés concernant des immeubles ont été pris, ce qui augmente le nombre de logements pris en considération.

Recommandations de la Commission « droits des usagers » :

La commission « Droits des usagers » se réjouit des données sur **l'accès aux professionnels de santé** et plus précisément sur le pourcentage d'offres en tarifs opposables par spécialité et par territoire de santé.

Selon les membres, ces éléments sont à mettre en regard de la répartition des professionnels de santé au sein des territoires de proximité.

De plus, la commission aimerait disposer de données identiques pour les chirurgiens dentistes. Elle attire l'attention sur les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées et des personnes âgées.

Sur l'accès financier aux soins, la commission juge inacceptable qu'aucune donnée ne soit disponible. Elle interpelle l'ARS pour qu'elle agisse et obtienne le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.

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

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

En 2011, aucune formation par rapport au cahier des charges en janvier 2011 n'a été proposée. Un projet mené conjointement entre l'ARS d'Aquitaine et le Collectif Interassociatif sur la Santé Aquitaine sera en revanche mené sur 2012 en Dordogne.

Néanmoins, la formation des représentants des usagers a été concrétisée par l'action du CISS A puisqu'il a assuré ces formations selon le planning suivant :

DATE	TYPLOGIE FORMATION	LIEUX	PRESENTS	HEURES
03/02/2011	RENCONTRE FORMATION DES MEMBRES DE LA CRSA Thème : grandes étapes de la CRSA, son rôle, ses missions	BORDEAUX	14	56
31/03/2011	FORMATION CPAM	BORDEAUX	25	147
24/05/2011	FORMATION SUR LA GESTION DES PLAINTES Thème : traiter les plaintes des usagers : les procédures juridiques	BORDEAUX	22	154
24/06/2011	FORMATION INTERREGIONS CISS MIDI PYRENEES / CISS AQUITAINE	TARBES	3	21
28/06/2011	FORMATION CISSA - LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL	BORDEAUX	17	51
14/09/2011	FORMATION CISS/CISSA - LES REPRESENTANTS DES USAGERS ET LE PROJET REGIONAL DE SANTE EN AQUITAINE	BORDEAUX	18	126
29/09/2011	FORMATION DEPARTEMENT FNATH 40	MONT DE MARSAN	18	102
14/11/2011	FORMATION BAYONNE CISS/CISSA	BAYONNE	10	56
21/11/2011	FORMATION CISSA - LA SECURITE DES PATIENTS	BORDEAUX	27	108
28/11/2011	FORMATION DEPARTEMENT UDAF 24	PERIGUEUX	14	72
09/12/2011	FORMATION INITIATION ETABLISSEMENTS DE SANTE	BORDEAUX	19	38
19/12/2011	FORMATION DEPARTEMENT AMOC	MERIGNAC	15	70
2011 TOTAL PARTICIPATIF			202	1001

Recommandations de la Commission « droits des usagers » :

La commission note l'importance de réaliser des formations au plus près des territoires sur le rôle et les missions des représentants des usagers.

Elle soutient l'action de l'ARS d'ouvrir les formations au secteur médico-social.

ORIENTATION N°4 : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

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

Taux de participation globale (en %) et par collège des membres des CRSA en 2011

Collège	Assemblée plénière	Commission permanente	Commission « Droits des usagers »	Commission spécialisée « prise en charge et accompagnement médicosociaux »	Commission spécialisée d'Organisation des soins	Commission spécialisée de prévention
1 Collectivités territoriales	57%	29%	0%	13%	69%	13%
2 Usagers	94%	83%	87%	67%	78%	56%
3 Territoires	100%	50%	40%	37%	75%	0%
4 Partenaires sociaux	60%	58%	100%	25%	42%	29%
5 Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	83%	75%	40%	67%	75%	50%
6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	80%	100%	20%		56%	75%
7 Offreurs des services de santé	74%	80%	40%	63%	74%	42%
8 Personnalités qualifiées	100%	100%				
Membres de droit	41%	33%	27%		46%	14%
Global* (hors mb de droit)	76%	72%	63%	28%	69%	43%
Nombre de réunions	1	8	5	3	8	6

Taux de participation globale (en %) et par collège des membres des conférences de territoire en 2011

Collège	CT Dordogne	CT Gironde	CT Landes	CT Lot-et-Garonne	CT 64 Navarre Cote basque	CT 64 Béarn Soule
1- représentants des établissements de santé	60%	55%	70%	80%	60%	60%
2- représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux	88%	63%	83%	63%	25%	69%
3- représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité	67%	100%	56%	100%	100%	50%
4- représentants des professionnels de santé libéraux et du représentant des internes en médecine	86%	43%	86%	57%	43%	71%
5- représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé	50%	75%	67%	50%	100%	75%
6- représentants des établissements assurant des activités de soins à domicile	0%	100%	67%	100%	100%	50%
7- représentants des services de santé au travail	100%	50%	33%	100%	0%	100%
8- représentants des usagers	63%	63%	63%	88%	88%	81%
9- représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements	71%	29%	38%	86%	29%	29%
10- représentants de l'ordre des médecins	100%	0%	100%	100%	0%	0%
11- personnalités qualifiées	100%	75%	67%	100%	50%	75%
TOTAL	72%	56%	63%	78%	54%	62%

Recommandations de la Commission « droits des usagers » :

La commission note le taux de participation globalement important aux diverses formations de la CRSA. Néanmoins, elle s'interroge sur ce présentéisme en 2012 et juge préoccupantes la démobilisation et la désaffection des membres pour les instances.

Elle souhaite que soient engagées une réflexion et une action face au désengagement constaté (absence de quorum, etc.) et progressif.

Elle rappelle aux membres titulaires la nécessité de siéger ou à défaut en cas d'absence de prévenir leurs suppléants des délais raisonnables.

ANNEXES

**ANNEXE 1 : ARRETE DU 5 AVRIL 2012 PORTANT CAHIER DES CHARGES RELATIF A
L'ELABORATION DU RAPPORT DE LA CRSA SUR LES DROITS DES USAGERS DU
SYSTEME DE SANTE**

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

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

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

NOR : ETSP1220103A

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

Arrêtent :

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

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

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

Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Renforcer la démocratie sanitaire

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

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

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

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

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

Fait le 5 avril 2012.

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

Pour le ministre et par délégation :

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

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

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

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

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

Pour la ministre et par délégation :

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

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

A N N E X E

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

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

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : – par professions de santé ; – par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		Rapport de l'ANFH pris en application de la circulaire DGOS/ANFH sur la formation des personnels hospitaliers dans les établissements de santé Formations initiales et continues assurées par l'EHESP, l'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc. Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Médico-social		Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux : - résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans); - formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux ; - formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD); - formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés
	2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé URPS
Sanitaire		Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : - proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ; - proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres de la CRUQPC ; - existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres) ; Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	Rapports CRUQPC des établissements de santé Enquête SAPHORA Rapports de certification HAS : - pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans) ; - extractions régionales Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)	
Médico-social		Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) : - proportion d'établissements disposant d'un CVS ; - proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres des CVS ; - proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ; - nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	Résultats du questionnaire ANESM sur la bienveillance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012) Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans) Rapports des CVS ARS	
	3. Droit au respect de la dignité de la personne. - Promouvoir la bienveillance	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS – référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiqual Evaluation interne Outil « Angélique »
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur		Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie		Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS - référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	Rapport de certification HAS – critère 14b – PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés: nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits): – en milieu ordinaire: services de l'éducation nationale (rectorat ou académie); – en milieu adapté: maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<p>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</p> <p>Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)</p> <p>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique</p>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<p>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</p> <p>Nombre de formations réalisées</p> <p>Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)</p> <p>Dispositif d'information sur ces formations</p>	ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		<p>Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire</p> <p>Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire</p>	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

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

ANNEXE 3 : INDICATEURS HAS

Nombre d'Etablissements de santé ayant une cotation ABCD, basé sur les cotations issues de la visite initiale

	Critère 10.a					Critère 12.a					Critère 13.a					Critère 14.b					Critère 9.b
	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	
HOPITAL LOCAL DE NONTRON				B	B				C	C				C	C				A	A	B
CLINIQUE SAINTE ANNE	B					A					B					A					A
CLINIQUE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE LES GRANDS CHENES					A					B					A					B	B
CLINIQUE MEDICALE ET CARDIOLOGIQUE D'ARESSY	B				B	A				A	A				A	A				A	A
CENTRE HOSPITALIER DE BELVES	B				B	A				A	B				B	B				B	B
CENTRE MEDICO CHIRURGICAL WALLERSTEIN	B					B					B					B					A
CLINIQUE MEDICALE ET PEDAGOGIQUE JEAN SARRAILH			B					C										B			B
CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE ET CARDIAQUE					A					A					B					A	A
CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE LA CANDELIE	C		C		C	A		B		A			D			A		A		A	B
CENTRE HOSPITALIER DES PYRENEES			B					C					B					B			A
CLINIQUE CANTEGRIT			B					A										C			A
CLINIQUE TIVOLI-DUCOS	B					A					A					A					A
CLINIQUE SAINT-AUGUSTIN	A				A	A				A	B					A				A	A
LES ACACIAS					B					B					B					A	A
CLINIQUE DU SPORT DE BORDEAUX MERIGNAC	A					A										A					A
HOPITAL PRIVE SAINT-MARTIN	B				B	A				A	C				B	A				A	B
CLINIQUE KORIAN CHATEAU LEMOINE					B					A					C					B	A
CENTRE HOSPITALIER DE DAX	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B			B	B	A	A	A	A	A	B
CLINIQUE BAILLIS	B					A										A					A
CLINIQUE DELAY	B					A					A					A					A
CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLE MARIENIA					B					B					B					A	B

	Critère 10.a					Critère 12.a					Critère 13.a					Critère 14.b					Critère 9.b
	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	Court Séjour	HAD	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation	
CENTRE HOSPITALIER SAINT NICOLAS	B			B		C			C		C			C		A			A		B
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE LES PLATANES			A					C										C			A
MAISON SAINT VINCENT VILLA CONCHA					B					A					A					A	A
MAISON DE CONVALESCENCE PRIMEROSE					B					A					A					A	B
CENTRE HOSPITALIER DE VAUCLAIRE	B		B			B		B					B			B		B			B
CENTRE HOSPITALIER DE PAU	B	B		B	B	B	B		A	B	B	B		B	B	B	B		B	B	B
POLYCLINIQUE COTE BASQUE	A					A					A					A					A
CENTRE DE SANTE MENTALE MGEN			B					B										A			A
ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE LA MAISON BASQUE					B					A					A					A	A
CENTRE DE LA TOUR DE GASSIES			B	A	B			A	C	B				C				A	A	A	A
HOPITAL LOCAL D'EXCIDEUIL	B				B	C				C	C				C	A				A	B
CLINIQUE DU PARC -PERIGUEUX	B					A									A						A
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT SEVER	A			A	A	B			B	B	A			A	A	A			A	A	A
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PELLEGRIN DE BORDEAUX	B			B	B	B			A	A	B			C	B	C			C	C	B
CLINIQUE MUTUALISTE DE PESSAC	C				C	B				B	B				B	A				A	A
CLINIQUE D'AMADE			C					B						B				A			B
POLYCLINIQUE D' AGUILERA	A					A					A					A					A
MAISON SAINTE ODILE					B					B										A	A
CENTRE EUROPEEN DE REEDUCATION DU SPORTIF					A					A										A	A
LA PALOUMERE					A					B					B					B	A
CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION DE L'ADAPT - VIRAZEIL					B					B					B					A	A
LES JEUNES CHENES - PAU					B					B					B					A	A
HOPITAL LOCAL DE MONSEGUR	B				B	B				B	B				B	A				A	B
CLINIQUE SAINT LOUIS	B					A									A						B
Nombre ES ayant cotation A	5		1	2	6	14		2	2	12	6			1	6	19	1	5	5	21	28
Nombre ES ayant cotation B	17	2	7	5	19	8	2	5	2	13	9	1	3	2	13	4	1	3	1	5	17
Nombre ES ayant cotation C	2		2		2	2		3	3	2	3			4	3	1		2	1	1	
Nombre ES ayant cotation D													1								

ANNEXE 4 : DONNEES REGIONALES DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Les données agrégées des différentes commissions sont les suivantes :

Références à la loi	NATURE DES ACTES	Hospitalisations à la demande d'un tiers			Hospitalisations d'office		
		art. L3212-1	art. L3212-3	Total	art. L3213-1	art. L3213-2	Total
I - DONNEES DE CADRAGE							
Art. L. 3223-1-1°	Nombre d'hospitalisations sans consentement	676	546	1202	144	169	313
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'hospitalisations sur demande d'un tiers de plus de 3 mois (1)			356			
	Nombre d'hospitalisations d'office renouvelées au quatrième mois						
Art. L. 3223-1-1°	Nombre de levées d'hospitalisation			1114			
Art. L. 3211-11	Nombre de sorties d'essai			0			
Art. L. 3213-7	Nombre d'hospitalisations d'office en application de l'article L. 3213-7						
Art. D. 398 (CPP)	Nombre d'hospitalisations d'office en application de l'article D. 398 (CPP)						
II - ACTIVITE DES COMMISSIONS							
		art. L3212-1	art. L3212-3	Total	art. L3213-1	art. L3213-2	Total
Art. L. 3223-1-3°	Nombre total de dossiers examinés par les commissions (2)	46	46	92	16	23	39
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'hospitalisations sur demande d'un tiers de plus de 3 mois (1) <u>examinées par les commissions</u>			49			
	Nombre d'hospitalisations d'office renouvelées au 4ème mois <u>examinées par les commissions</u>						23
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du préfet par les commissions	0					
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du procureur par les commissions	0					
Art. L.3223-1-5°	Nombre de visites d'établissements effectuées	6					
Art. L.3223-1-5°	Nombre de plaintes enregistrées par les commissions	56					

Art. L.3223-1-7°	Nombre de propositions des commissions au président du tribunal de grande instance aux fins d'ordonner la sortie immédiate	0
Art. L. 3212-9-7°	Nombre de levées d'HDT proposées par les commissions	0
Art. L. 3213-4	Nombre de levées d'HO proposées par les commissions	0

(1) Il faut comptabiliser ici les hospitalisations sur demande d'un tiers renouvelées à 3,5 mois en 2005 + les hospitalisations sur demande d'un tiers maintenues en 2005 et dont la durée de prolongation était supérieure à 3 mois au 1er janvier 2005.

(2) y compris les hospitalisations sur demande d'un tiers de plus de 3 mois et les hospitalisations d'office renouvelées au 4ème mois examinées.

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

dont Nombre de levées de mesures prises en application de l'art. 706-135 du CPP	0
dont Nombre de levées de mesures prises en application de l'art. L. 3214-3 du CSP	28
dont Nombre de levées de SDDE	908
Nombre de dont levées de SPI	32

Fonctionnement et activité de la CDSP

Activité de la commission du 1er août au 31 décembre 2011	
Nombre de réunions	12
Nombre de visites d'établissements	6
Nombre total de dossiers examinés	767
dont SDRE et SDJ	5
dont SDDE	12
dont SPI	0
Nombre total de mesures de soins psychiatriques de plus d'un an examinées	1
dont SDRE et SDJ en hospitalisation complète	1
SDRE et SDJ en programme de soins	0
SDDE en hospitalisation complète	0
dont SPI	0
SDDE en programme de soins	0
dont Nombre total de SPI examinées	0
dont SPI en hospitalisation complète	0
dont SPI en programme de soins	0
Nombre total de demandes ou de propositions de levée de la mesure de soins psychiatriques	0
dont Nombre de demandes adressées au préfet	0
dont Nombre de demandes satisfaites	0
dont Nombre de demandes adressées au directeur d'établissement	0
dont Nombre de demandes satisfaites	0
Nombre de demandes adressées au dont JLD	0
dont Nombre de demandes satisfaites	0
Nombre de réclamations adressées à la commission par des patients ou leur conseil	34

ANNEXE 5 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE – DONNEES 2011

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

⁵ Non disponible

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

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011
Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP)			
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		<i>Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé</i>	Cf p25
		<i>Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale</i>	2,4 %
		<i>Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins</i>	nd
11. Assurer financièrement l'accès aux soins		<i>Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME</i>	
12. Assurer l'accès aux structures de prévention		<i>Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</i>	32,5 %
		<i>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</i>	59,4 %
		<i>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</i>	nd
		<i>Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle</i>	nd
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<i>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</i>	0
		<i>Ecarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)</i>	Personnes âgées : 8,1 % Personnes handicapées : 27,8 %
		<i>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP</i>	104
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<i>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</i>	0
		<i>Nombre de formations réalisées</i>	12
		<i>Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP)</i>	202 personnes formées
		<i>Dispositif d'information sur ces formations</i>	
15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CT		<i>Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et CT</i>	« CRSA » : 76 % « CT 24 » : 72 % « CT 33 » : 56 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : 78 % « CT 64 NCB » : 54 %

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011
			« CT 64 BS » : 62 %
		<i>Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les CT</i>	« CRSA » : 94 % « CT 24 » : 63 % « CT 33 » : 63 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : 88 % « CT 64 NCB » : 88 % « CT 64 BS » : 81 %



Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

