

Rapport

sur le respect des droits des usagers du système de santé

●● 2014



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Le rapport de la CSDU sur le respect des droits des usagers a été élaboré, comme les années passées avec l'appui des moyens logistiques mis à disposition par l'ARS sous la responsabilité de D. FLESCQ référente Démocratie Sanitaire.

Les données ont été collectées et mises en forme selon les préconisations du cahier des charges du 05 avril 2012.

Au terme de l'examen de ces données il est noté que des difficultés subsistent ;

L'évaluation du respect des droits des usagers et de la qualité de prise en charge :

- Dans les établissements de santé se fait par l'analyse du rapport de la CRUQ dans chaque établissement (analyse des éloges, plaintes et réclamations, fonctionnement de la CRUQ, la place des R.U dans l'établissement etc.

Cette année le nombre de rapports transmis et exploitables a considérablement diminué.

- En secteur ambulatoire et au domicile, la CSDU ne dispose d'aucun outil pour évaluer le respect des droits des usagers et de la qualité des Prises en charge,
- Dans les établissements et services médico-sociaux : la remontée d'informations des établissements est très aléatoire,

La CSDU donc n'a disposé que d'informations fragmentaires.

Cependant, une enquête qualité diligentée par l'ARS auprès des EHPAD attire l'attention sur des points de faiblesse dans le respect des droits des usagers :

- En matière de santé (PC de la douleur, bientraitance, consentements aux soins, personne de confiance, soins palliatifs, accès au dossier de soins...),
- comme usagers de la structure (personnalisation de l'accompagnement, contrat de séjour, livret d'accueil, fonctionnement du CVS etc...).

La mutation des conditions de prise en charge : d'une prise en charge ponctuelle en situation aiguë à une prise en charge dans la durée des maladies chroniques d'une population en perte d'autonomie dans le cadre de parcours de santé au long cours et en proximité impose de revoir les modalités et dispositions garantissant l'évaluation du respect des droits des Usagers et de leur participation à leur Parcours Personnalisé de soins.

Pour la convergence des droits tout au long du parcours, la participation de la personne à l'élaboration des projets la concernant (projet de soins, projet d'accompagnement, projet de vie...), devant l'évolution des prises en charge diversifiées tout au long du parcours de santé, dans le cadre de la consolidation de l'exercice de la Démocratie en santé, il est urgent de mettre en place des lieux de proximité qui garantissent aux usagers des services de santé, Informations, observations, alertes, recours pour l'exercice et le respect de leurs droits individuels et collectifs.

Les Représentants des Usagers et les professionnels en santé et médico-sociaux qui y siègent devront bénéficier d'un parcours de formation sur les enjeux et méthodologie du fonctionnement de tel organe, au service du respect des Droits de tous les Usagers, surtout les plus fragiles et des plus vulnérables.

Ginette POUPARD

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
ORIENTATION N°1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS.....	5
LE RESPECT DES DROITS GENERAUX DES USAGERS.	5
1. <i>La mise en œuvre des droits des usagers</i>	5
• Former les professionnels de la santé (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	5
• Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	7
DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE	17
2. <i>Promouvoir la bientraitance</i>	17
3. <i>Prendre en charge la douleur</i>	19
4. <i>Encourager les usagers à respecter des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie</i>	21
5. <i>Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical</i>	22
LES RESPECT DES DROITS SPECIFIQUES DES USAGERS	23
6. <i>Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté</i>	23
7. <i>Droits des personnes détenues – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical</i>	26
8. <i>Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques</i> ..	27
ORIENTATION N°II : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS	30
ASSURER L'EGAL ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET MEDICO-SOCIALE.....	30
9. <i>Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux</i>	30
10. <i>Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires</i>	35
• Les contrats locaux de santé	35
• Ecart intrarégionaux d'équipements en ESMS.....	35
• Logements insalubres.....	36
ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS	37
ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION.....	40
• Dépistage organisé du cancer colorectal.....	41
• Dépistage organisé du cancer du sein	41
• Couverture vaccinale.....	42
• Prévalence de l'obésité	42

ORIENTATION N°III : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE.....	43
FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE.....	43
ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE	45
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.....	45
• Conférence Régionale de la Sante et de l'Autonomie (CRSA)	45
• Conférences de territoire	46
ANNEXES	49
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	50
ANNEXE 2 : GLOSSAIRE	51
ANNEXE 3 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE – DONNEES 2013	52

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 2014, 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 2013. Faute de données sur l'année 2003, quelques indicateurs sont fournis pour l'année 2014 (ex : formation des professionnels de santé).

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

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

LE RESPECT DES DROITS GÉNÉRAUX DES USAGERS

1. La mise en œuvre des droits des usagers

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

■ FORMER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (PERSONNELS MÉDICAUX, PARAMÉDICAUX, SOCIAUX ET ADMINISTRATIFS)

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

Programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel et les organismes chargés de mettre en œuvre le DPC dans la région Aquitaine – 2014

Thèmes	Organismes	Nombre de formations disponibles en 2014
Education thérapeutique	UNIVERSITE DE BORDEAUX - UNITE MIXTE DE FORMATION CONTINUE EN SANTÉ : MÉDECINE, ODONTOLOGIE, PHARMACIE, Doxea santé, NGC, proxianté, CPEFOR, Cap officine	47
Relation patient médecin	SMB (Societe Medicale Balint)	0
Mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention / gestion de crises sanitaires		0
Prise en charge de la douleur	FASE GERONTO, CFPBNA, INSTITUT ORPHEE, Form'UTIP, OCP R, UNAFOC, OCP Formation, CERP ROUEN, SUD MANAGEMENT, MADEA, TerraForma	15
Sécurité des soins, gestion des risques, iatrogénie		10 (iatrogénie) 3 (gestion des risques)
Soins palliatifs et fin de vie	IFJS , CFPBNA, LE CLEF, CENTRE MEDICAL ANNIE-ENIA, Pallia24, ORION SANTE, SUD MANAGEMENT	8 (soins palliatifs)
	MG FORM, DOXEA SANTE, GRETA PAYS BASQUE, CHCB, LABO FORMATION, Pallia24, ORION SANTE, EFORS, CESAM FORMATION, CFPS, Centre de Formation Adapei64	15 (fin de vie)
Système d'information et dossier médical		0

Parmi les organismes institutionnels, les ARS complètent les orientations nationales de DPC par des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec le programme régional de santé après avis de la commission scientifique compétente. Elles s'assurent que l'obligation annuelle de DPC est remplie pour les audioprothésistes, opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées qui n'exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel, au moins une fois tous les 5 ans (art. R4382-14). Pour ces professionnels, l'organisme de DPC transmet ces attestations de participation à l'ARS. Sur la base de ces attestations, un bilan des formations (éducation thérapeutique, douleur, soins palliatifs et fin de vie, etc.) suivies par les professionnels de santé paramédicaux en région peut être dressé :

Catégories de Professionnels de Santé (orthophonistes et orthoptistes), années de formations et département d'exercice au 31/12/2014

Professionnels de santé suivis par l'ARS et intitulé de la formation DPC suivie	Nb de PS en Aquitaine au 31/12/2014	Années de formation	Département d'exercice				
			24	33	40	47	64
91 - Orthophonistes	976		53	583	95	58	188
Ethique en orthophonie	12	2014		7	2	3	
Mieux appréhender la maladie d'Alzheimer pour mieux communiquer. Regard pragmatique et psycho-social	2	2014	1				1
92 - Orthoptistes	196		16	111	19	13	41
Dépistage de la rétinopathie diabétique	1	2015		1			
Perturbations visuelles, sensorielles et fonctionnelles de l'enfant à l'âge des apprentissages : dépistage et projet thérapeutique	11	2014		8	2		1
Pré-requis visuels nécessaires aux apprentissages scolaires	7	2014	1	4	2		
Rôle de l'orthoptiste dans le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie non Mydriatique	2	2014					2
Vision et dépendance	13	2013	1	10			2
Total général	48		3	30	6	3	6

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

Dans le secteur des établissements sanitaires, les données recueillies sont issues des différentes actions de formation régionales (AFR) mises en place en 2014 sur les droits des usagers par l'Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier (ANFH) :

- Mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – 2 jours – 13 personnes formées

- Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des professionnels confrontés à des situations de fin de vie (Services non spécialisés) – 6 sessions de 3 jours – 94 personnes formées

Dans le secteur médico-social, aucune donnée n'est disponible sur les formations (douleur, fin de vie, etc.) financées par les organismes paritaires collecteurs agréés.

Néanmoins, les données de l'enquête EQARS menée en direction des EHPAD précisent que 99 % des EHPAD favorisent la bientraitance en l'incluant dans le plan de formation ainsi que la maladie Alzheimer ou les maladies apparentées à la démence.

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

Dans le secteur ambulatoire, un courrier de sollicitation a été envoyé aux conseils des ordres des professionnels de santé (médecins, chirurgiens dentistes et infirmiers) pour obtenir les données régionales relatives au nombre de plaintes et réclamations pour maltraitance, celle pour l'accès au dossier médical et celles pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME sur l'année 2013.

Les statistiques des plaintes et des réclamations ont été fournies à ce jour uniquement pour les médecins :

MEDECINS

	Maltraitance	Refus de soins pour les personnes sous CMU et AME	Accès au dossier médical
Dordogne	0	0	0
Gironde	7(*)	0	3 (**)
Landes	0	0	3
Lot-et-Garonne	0	0	15
Pyrénées-Atlantiques	0	0	0

(*) 3 plaintes conciliées et non transmises à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de l'ordre des médecins d'Aquitaine (mission de service public) et 4 doléances

(**) 1 plainte conciliée et 2 doléances

Au cours de l'année 2013, la Chambre Disciplinaire de Première Instance de l'Ordre des médecins d'Aquitaine a été saisie de :

- 5 plaintes pour maltraitance
- 1 pour accès au dossier médical
- 0 pour refus de soins pour les personnes sous CMU et AME.

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

▪ Synthèse des rapports CRUQPC des établissements de santé

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), doit être mise en place dans chaque établissement de santé public ou privé et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Conformément à la réglementation définie au II de l'article R.1112-80 du code de la santé publique, la Commission de Relation des Usagers assure une double mission :

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

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

➤ Transmission des rapports CRUQPC par départements :

	Nombre total d'Établissements	Nombre total de rapports transmis 2010	Nombre total de rapports transmis 2011	Nombre total de rapports transmis 2012	Nombre total de rapports transmis 2013	Nombre total de rapports transmis 2014
Dordogne	22	14	14	16	9	5
Gironde	66	51	46	51	9	18
Landes	20	14	12	16	8	9
Lot et Garonne	19	9	10	11	0	6
Pyrénées Atlantiques	56	36	27	34	25	23
TOTAL	183	124 soit 68 %	109 soit 60 %	128 soit 70%	52	61

Le taux de transmission des rapports CRUQPC reste faible (33 %).

La grande hétérogénéité dans le nombre de retour et dans le contenu de ces rapports au sein et entre les régions rend donc impossible une comparaison. Dans cette logique, la réalisation d'un formulaire unique et standardisé pour la rédaction des rapports annuels est apparue comme une nécessité tant pour faciliter la rédaction du rapport par les établissements, que pour améliorer leur retour et enfin permettre une étude comparative des données dans le temps.

Un formulaire unique informatisé de ces rapports mis en place par le niveau national a été proposé aux établissements aquitains lors d'une réunion le 10 mars 2015. Ce rapport informatisé remplacera désormais le rapport manuscrit mais ne dispensera pas les membres de la CRUQPC de discuter du contenu du rapport annuel d'activité de son établissement. Une phase de test du questionnaire sera démarrée en conviant quelques établissements à remplir le questionnaire. Cette phase a pour objectif de vérifier le bon fonctionnement technique du formulaire de saisie et la cohérence des contrôles de saisie, et le cas échéant de procéder à des modifications.

➤ Composition des CRUQPC

La composition de la CRUQPC a été indiquée dans **56** établissements.

NB : Pour renforcer la représentation des usagers en Aquitaine et favoriser l'égal accès de tous à la fonction de représentation, l'ARS diffusera dès 2015 largement les appels à candidature pour le renouvellement des

sièges de représentants des usagers au sein des CRUQPC via un questionnaire type téléchargeable depuis son site internet.

➤ Nombre annuel de réunions des CRUQPC

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 **3.36** fois en cours de l'année 2013.

➤ Organisation matérielle de la CRUQPC

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

Nombre d'établissements ayant mis :	
<i>un local à disposition</i>	21
<i>une ligne téléphonique</i>	24
<i>un poste informatique avec internet</i>	25
<i>une permanence physique</i>	35

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>	10
<i>qualité</i>	33
<i>autres</i>	7
<i>Non renseigné</i>	2

➤ 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 : Conseil de surveillance, CLIN, CLUD, Comité Qualité Risques et Vigilances.

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.

➤ Formation des membres

43 établissements sur 61 ont mis en place une action de formation pour les représentants des usagers en 2013 ou ont permis à leurs représentants d'usagers d'accéder à une formation.

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.

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

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

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

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

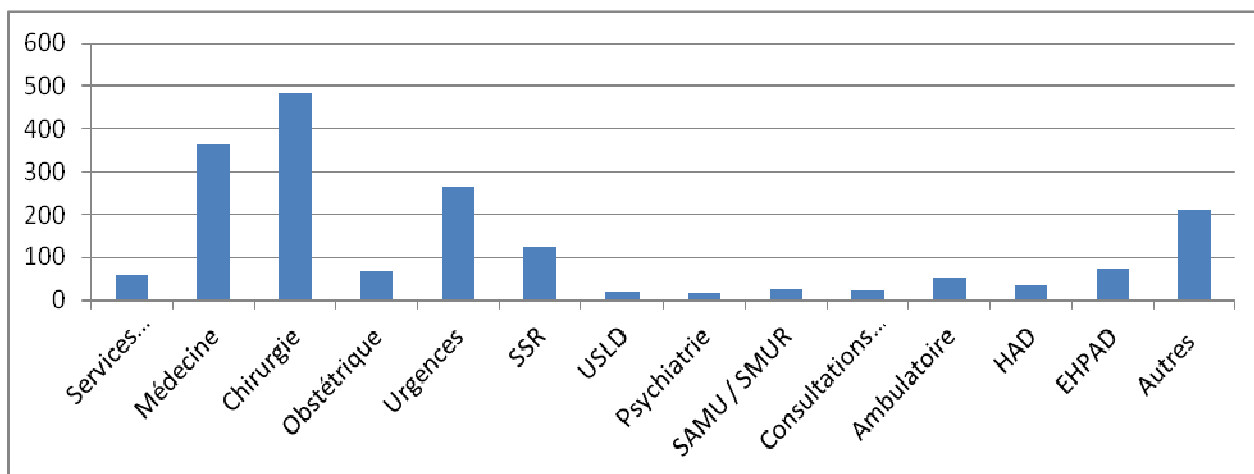
• **PLAINTES ET RECLAMATIONS**

TYPOLOGIE DES PLAINTES ET RECLAMATIONS	
Qualité de l'accueil	100
Prise en charge	413
Accès aux soins	31
Qualité des soins	132
Erreur diagnostic	62
Complications post-opératoires	142
Traitements médicamenteux / iatrogène	26
Infection associée aux soins	39
Décès	39
Facturation	215
Relationnel	196
Maltraitance	12
Organisation du service	118
Respect de la vie privée	7
Qualité hôtelière	141
Perte/Vol	208
Autres	166
Total	2047

Une réclamation déposée par un usager dans un établissement peut avoir plusieurs objets. Le nombre total indiqué ici est donc supérieur au nombre total de réclamations enregistré par les établissements.

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

Services administratifs	60
Médecine	362
Chirurgie	485
Obstétrique	68
Urgences	266
SSR	125
USLD	20
Psychiatrie	16
SAMU / SMUR	26
Consultations externes	22
Ambulatoire	51
HAD	36
EHPAD	75
Autres	211



➤ **Les recours gracieux, juridictionnels et devant la CCI**

	Recours gracieux ou juridictionnels	Demandes formulées à la CCI
Nombre d'établissements déclarants	56	56
Nombres	198	121

▪ **MEDIATIONS**

50 établissements déclarent avoir eu des médiations au cours de l'année 2013. Elles peuvent concerner une médiation médicale, non médicale, conjointe (médicale et non médicale).

Nombre de propositions de médiation médicale	110
Nombre de propositions de médiation non médicale	107
Nombre de propositions de médiation conjointe	78
Nombre de saisines du médiateur médical	88
Nombre de saisines du médiateur non médical	47
Nombre d'entretiens de médiation médicale	63
Nombre d'entretiens de médiation non médicale	64
Nombre d'entretiens de médiation commune	29
Nombre de réclamations ayant été classées par la CRUQPC	451

▪ 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 écrits entre professionnels de santé* »

➤ Nombre de demandes

Nombre total de demandes	4430
Nombre de demandes faites par le patient	3492
Nombre de demandes faites par un ayant-droits	626
Nombre de demandes faites par un Tiers habilité	282
Autres	30

Les demandes de dossiers médicaux ont été de 3 829 dont la majorité émane du patient (79%) puis des ayant-droits (14%) et d'un tiers habilité (6%).

▪ 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	93
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	40
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	2
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D	

Nombre d'établissements : 134

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

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

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

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

La CCI est chargées de :

- 1) favoriser la résolution des conflits par la conciliation : Les CCI, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé,
- 2) permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil (ex : taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 %).

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

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

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

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

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

	Période 2011 – 2012	Période 2012 - 2013	Période 2013 - 2014
Nombre de dossiers reçus	257	239	303
Par voie de règlement amiable	257	239	302
Par voie de conciliation	0		1
Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond	88	122	94
Nombre d'expertises au fond réalisé	188	209	242
Demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond	119	106	129
Motif de la conclusion négative après expertise au fond			
Constat d'abandon (implicite)	1	4	3
Constat de désistement (explicite)	4	1	2
Irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic	0	19	11
Incompétence due à la date du fait générateur antérieure au 05/09/2001	1	5	8
due au seuil de gravité non atteint	62	77	62
Rejet après expertise au fond pour :			
Absence de lien avec l'acte en cause	44	49	
Ni faute ni aléa	7	22	
Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond	102	68	83
Critère de gravité pris en compte			
Décès :	20	14	18
Taux d'AIPP :	32	18	24
ATAP ou DFT ≥ 50% :	27 ATAP et 17 DFT	28	38
Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle :			
Inaptitude définitive à l'emploi précédent :	2	2	0
Troubles dans les conditions d'existence :	4	6	3
Part indemnisable :			
Totale	83	49	66
Partielle	19	17	4
Délai moyen entre demande d'indemnisation et avis de la commission	10,2 mois	14,6	8,8
Nombre de demandes de conciliation concernant une indemnisation	20	23	23

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

Dans le secteur médico-social, l'analyse du processus d'évaluation du respect des droits des usagers pourrait être étudiée au travers le fonctionnement effectif des conseils de vie social et celui des conseils de vie sociale départementaux, instances non réglementaires qui ont vocation à recueillir les attentes et les besoins des usagers sur leurs droits et leurs conditions de prise en charge, afin de dégager des axes d'amélioration, concrètement déclinables sur le territoire. Par ailleurs, peut être fait un point sur les personnes qualifiées

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

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

Néanmoins, au cours du dernier trimestre de 2013, l'ARS d'Aquitaine a lancé par l'intermédiaire du CREAL une enquête auprès des 466 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) de la région afin de s'assurer de l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et du respect de l'obligation d'offrir des prestations de qualité et de garantir la bientraitance des usagers. Le taux de réponse a été de 75 %.

A la question « la structure a-t-elle mis en place un Conseil de la Vie Sociale ou d'autres formes de participation conformément à l'art L.311-6 du CASF ? », 99,1 % des EHPAD de la région ont mis en place un CVS.

DORDOGNE			GIRONDE				LANDES				LOT-ET-GARONNE				PYRENEES-ATLANTIQUES					
Nb*	Oui	Oui %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	Oui	Oui %
57	57	100	122	120	98.36	2	1.64	54	53	98.15	1	1.85	39	39	100	0	0	79	79	100

*Nb : nombre d'EHPAD

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

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

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

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

A titre d'exemple, les CVSD mis en place dans les Landes se sont fixé des axes stratégiques :

- ✓ Faire évoluer la veille juridique en formation/action,
- ✓ Développer le retour de pratique des Conseils de vie sociale,
- ✓ Développer l'information et le tutorat,
- ✓ Territorialiser les réunions.

▪ **Personnes qualifiées**

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

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

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

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

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

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

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

	24	33	40	47	64
Par téléphone		X			
Par courriel		X			
Par courrier		X	X	X	
Par courrier (aux adresses personnelles)					X

DORDOGNE					GIRONDE					LANDES					LOT-ET-GARONNE					PYRENEES-ATLANTIQUES				
Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %
57	43	75,44	14	24,56	122	69	56,56	53	43,44	54	43	79,63	11	20,37	39	29	74,36	10	25,64	79	46	58,23	33	41,77

Données issues de l'enquête EQARS – indicateur 2.4.12 « les coordonnées des personnes qualifiées sont-elles affichées à l'entrée de l'établissement ? »

DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE

2. Promouvoir la bientraitance

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

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

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

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

Le critère 10a du manuel de certification de la HAS correspond à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance pour chaque prise en charge de l'établissement. Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale correspondant à l'objectif 3 (promouvoir la bientraitance) ont été mis à disposition :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	18	3	4	5	20
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	48	9	26	11	59
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	5		3	1	3
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 134

Dans le secteur médico-social : pour apprécier l'effectivité de la promotion de la bientraitance, l'enquête EQARS permet de voir que :

- Seuls 67 % des EHPAD en Aquitaine ont déclaré avoir une procédure qui concerne des faits de maltraitance
- 52 % des EHPAD dispose d'une charte de bientraitance,
- 60 % des EHPAD n'ont pas nommé de référent bientraitance en interne.

Indicateur 2.4.9 « Existe-il une procédure de traitement des faits de maltraitance ? »

DORDOGNE					GIRONDE					LANDES					LOT-ET-GARONNE					PYRENEES-ATLANTIQUES				
Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %
57	39	68.42	18	31.58	122	87	71.31	35	28.69	54	64	62.96	20	37.04	39	21	53.85	18	46.15	79	56	70.89	23	29.11

Indicateur 2.4.15 « L'établissement dispose-t-il d'une charte de bientraitance ? »

DORDOGNE					GIRONDE					LANDES					LOT-ET-GARONNE					PYRENEES-ATLANTIQUES				
Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %
57	34	59.65	23	40.35	122	68	55.74	54	44.26	54	24	44.44	30	55.56	39	21	53.85	18	46.15	79	35	44.30	44	55.70

Indicateur 2.4.16 « L'établissement a-t-il nommé un (ou des) référent(s) bientraitance en interne ? »

DORDOGNE					GIRONDE					LANDES					LOT-ET-GARONNE					PYRENEES-ATLANTIQUES				
Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %
57	27	47.37	30	52.63	122	51	41.80	71	58.20	54	24	44.44	30	55.56	39	14	35.90	25	64.10	79	24	30.38	55	69.62

Données issues de l'enquête EQARS

L'enquête EQARS a été menée auprès des EHPAD. Cependant, une partie des thématiques (bientraitance douleur, accompagnement en fin de vie, etc.) concernent également les établissements sociaux et médico-sociaux du secteur handicap accueillant des usagers lourdement handicapés (MAS, FAM et EEAP) qui jusqu'à présent ont été peu enquêtés. L'ARS déploiera donc l'enquête auprès de ces établissements en 2014. Cette enquête sera lancée ensuite tous les deux ans afin de mesurer des évolutions significatives dans le cadre de la mise en œuvre des plans d'action d'amélioration de la qualité par les ESMS.

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

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

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

RECLAMATIONS RECUES EN AQUITAINE

PAR DOMAINE FONCTIONNEL

Sources : extraction des données SIRCE

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

3. Prendre en charge la douleur

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

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

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

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

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	38	4	5	7	38
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	26	6	16	7	37
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	9	2	14	3	8
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 134

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

Deux niveaux de SDC existent :

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

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

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

Département	Ville	Type de SDC	Raison sociale de l'établissement de santé	Activité 2013 (nombre de consultation)	Délai attente 2013	Taux d'établissement avec SDC	Taux d'établissement * avec SDC
24	PERIGUEUX	Centre	CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	702	4 à 5 mois	2/22	2/14
24	BERGERAC	consultation	CENTRE HOSPITALIER DE BERGERAC	85			
33	BORDEAUX	centre	CHU Bordeaux	3600	4 mois	6/66	6/36
33	BORDEAUX	Centre	INSTITUT BERGONIE	2168	15 jours		
33	LA TESTE-DE-BUCH	consultation	CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	523	3 mois		
33	La Réole	consultation	CENTRE HOSPITALIER DU SUD GIRONDE	852	1,5 mois		
33	Bordeaux	consultation	Polyclinique Bordeaux-Caudéran	548	1 mois		
33	LIBOURNE	consultation	CENTRE HOSPITALIER R.BOULIN-LIBOURNE	1190	1 mois		
40	MONT-DE-MARSAN	consultation	CENTRE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN	726	2/3 mois	2/20	2/9
40	DAX	consultation	CENTRE HOSPITALIER DE DAX	1259	1,5 mois		
47	VILLENEUVE-SUR-LOT	consultation	CENTRE HOSPITALIER DE VILLENEUVE	116		2/19	2/13
47	AGEN	consultation	CENTRE HOSPITALIER D'AGEN	735 dont 58 à Nérac	1,5 mois		
64	PAU	consultation	CENTRE HOSPITALIER DE PAU	790	3 mois	2/53	2/23
64	Bayonne	consultation	CENTRE HOSPITALIER DE BAYONNE	1169	1,5 mois		

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

En 2014, deux permanences de prise en charge de la douleur chronique sont créées au Centre hospitalier Jean LECLAIRE (24 206 Sarlat) et au Centre hospitalier de Nérac (47600).

Dans le secteur médico-social : pour analyser si la prise en charge de la douleur est effective, il était proposé de prendre en compte le nombre ou le pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » parmi les conventions signées entre établissements et services médico- sociaux et les établissements de santé. Compte tenu de l'absence d'éléments sur cet item en région, il est donc difficile de faire une analyse précise de l'effectivité de la prise en charge de la douleur dans ce secteur. Néanmoins, l'enquête EQARS permet de voir que 91 % des EHPAD interrogés et ayant répondu (351) ont mis en place une procédure d'évaluation et de la prise en charge de la douleur (indicateur 2.1.34).

Indicateur 2.1.34 «Existe-t-il une procédure d'évaluation et de la prise en charge de la douleur ? »

DORDOGNE					GIRONDE					LANDES					LOT-ET-GARONNE					PYRENEES-ATLANTIQUES				
Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %
57	54	94.74	3	5.26	122	112	91.8	10	8.20	54	44	81.48	10	18.52	39	33	84.62	6	15.38	79	76	96.2	3	3.8

Données issues de l'enquête EQARS

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

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

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

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

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

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	26	4	4	5	27
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	29	6	11	7	37
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	11		3	7	11
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D			1		

Nombre d'établissements : 134

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

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

Les seules données sont disponibles dans l'enquête EQARS : dans le cadre de l'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées, 89 % des EHPAD ont signé des conventions avec divers acteurs pour s'assurer que les personnes accueillies seront convenablement accompagnées à leur fin de vie. 19 % des structures n'ont pas établi une procédure interne sur cette partie de l'accompagnement. 8 % des établissements estiment ne pas apporter un soutien efficace aux professionnels permettant de mieux accompagner les usagers à la fin de leur vie.

Indicateur 3.2.32 « Existe-t-il une procédure d'accompagnement à la fin de vie permettant de respecter la volonté de la pers, de soulager ses douleurs & de prendre en compte ses souffrances »

DORDOGNE					GIRONDE					LANDES					LOT-ET-GARONNE					PYRENEES-ATLANTIQUES				
Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %
57	47	82.46	10	17.54	122	103	84.43	19	15.57	54	44	81.48	10	18.52	39	28	71.79	11	28.21	79	63	79.75	16	20.25

Données issues de l'enquête EQARS

Indicateur 3.2.34 « Existe-t-il une procédure collégiale d'aide à la décision médicale pour les résidents « non conscients » en situation d'arrêt ou de limitation de traitement? »

DORDOGNE					GIRONDE					LANDES					LOT-ET-GARONNE					PYRENEES-ATLANTIQUES				
Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %	Nb	oui	Oui %	Non	Non %
57	21	36.84	36	63.16	122	58	47.54	64	52.46	54	25	46.30	29	53.7	39	11	28.21	28	71.79	79	36	45.57	43	54.43

Données issues de l'enquête EQARS

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

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

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

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

Le cahier des charges national propose également d'évaluer les cotations H.A.S. obtenues par les établissements de santé : critère 14b du manuel de certification de la HAS qui correspond à l'accès du patient à son dossier pour chaque prise en charge de l'établissement (14b MCO, 14b SM, 14b SSR, 14b SLD, 14b HAD). Les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale correspondant à l'objectif 6 (permettre l'accès au dossier du patient) ont été mis à disposition :

	MCO	HAD	SM	SLD	SSR
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation A	59	7	20	13	65
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation B	7	3	8	2	12
2Nombre d'établissements de santé ayant une cotation C	6	2	5	3	6
Nombre d'établissements de santé ayant une cotation D					

Nombre d'établissements : 134

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

LES RESPECT DES DROITS SPECIFIQUES DES USAGERS

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

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

▪ En milieu ordinaire

2,0% des élèves scolarisés dans le premier degré et 1,8% dans le second degré dans l'académie sont en situation de handicap

	1er degré		2nd degré		Ensemble	
	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)	Elèves handicapés	Part dans l'ensemble des élèves scolarisés (en %)
Dordogne	707	2,1	496	1,8	1 203	1,9
Gironde	2 804	1,9	1 844	1,5	4 648	1,8
Landes	747	2,1	613	2,1	1 360	2,1
Lot-et-Garonne	845	2,8	509	2,1	1 354	2,5
Pyrénées-Atlantiques	1 075	1,8	1 043	2,0	2 118	1,9
Total	6 178	2,0	4 505	1,8	10 683	1,9

Répartition départementale des élèves en situation de handicap scolarisés dans l'académie à le rentrée scolaire 2013 - Public et privé sous contrat

Source : Rectorat - DEP Enquête 3 et 12

A la rentrée scolaire 2013, les établissements publics et privés sous contrat des 1er et 2nd degrés de l'éducation nationale scolarisent 10 730 élèves (versus 10 290 élèves en 2012) en situation de handicap ou atteints de maladie invalidante.

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

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

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

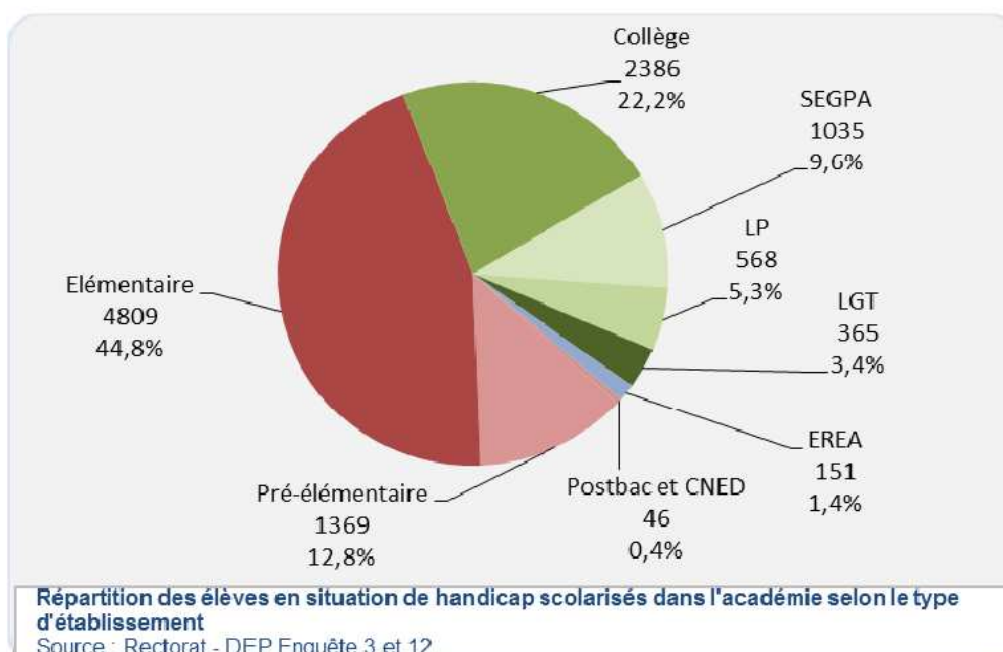
Quand la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas possible, les structures médico-sociales et sanitaires offrent une prise en charge globale. Au cours de l'année scolaire 2013-2014, 4 740 enfants ou adolescents accueillis dans ces structures sont scolarisés dont 370 dans des classes externées d'un établissement de l'Education nationale et 580 de façon partagée entre la structure d'accueil et un établissement scolaire.

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

Dans le second degré, la part des élèves handicapés dans la population scolarisée est stable sur un an dans les Pyrénées -Atlantiques et en progression dans les autres départements. Elle est la plus faible en Gironde.

Les établissements du secteur public accueillent 88 % des écoliers en situation de handicap scolarisés dans le premier degré et 82% dans le second degré, soit des proportions proches de celle de l'ensemble des élèves scolarisés.

10730 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2013 (10290 en 2012 et 9 795 en 2011)



- **En milieu adapté**

Quand la situation de l'enfant ou de l'adolescent n'est pas compatible avec une scolarisation en milieu ordinaire (dans un établissement de l'Education nationale), il peut être orienté vers une structure médico-sociale ou hospitalière (ministère de la Santé) qui offre une prise en charge globale (scolaire, éducative et thérapeutique). Ainsi, au premier décembre 2013, 4 740 enfants et adolescents sont scolarisés dans ces structures. Cet effectif ne comprend pas les 90 enfants accueillis de manière temporaire, périodique ou pour un court séjour dans les établissements.

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

Si l'on ajoute aux 10 680 élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements de l'éducation nationale, les 4 160 enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux et sanitaires de l'académie et pris en charge scolairement (hors scolarité partagée), 14 850 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans l'académie.

72% d'entre eux sont scolarisés en milieu ordinaire, soit une part en hausse de 5 points depuis 2010 du fait de la priorité donnée à la scolarisation ordinaire.

La majorité des enfants scolarisés dans les établissements médico-sociaux et sanitaires sont atteints de troubles psychiques (43%) et de troubles intellectuels et cognitifs (35%).

Par ailleurs, 305 enfants et adolescents en situation de handicap sont recensés dans des établissements médicosociaux ou sanitaires et ne sont pas scolarisés. Ils sont surtout atteints de troubles psychiques (36%), intellectuels et cognitifs (28%) et de polyhandicap (12%)

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

	2010	2011	2012	2013
Scolarisation en milieu ordinaire	9 025	9 794	10 276	10 683
Etablissements hospitaliers*	316	505	630	537
Etablissements médico-sociaux*	4 467	4 372	4 317	4 205
Total établissements spécialisés	4 783	4 877	4 947	4 742
<i>dont scolarisation partagée</i>	293	501	319	578
Ensemble**	13 515	14 170	14 904	14 847
Part de la scolarité en milieu ordinaire	66,8%	69,1%	68,9%	72,0%

Scolarisation des élèves en situation de handicap entre 2013 et 2014 - Public et privé sous contrat

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

** Hors scolarité partagée pour éviter les doubles comptes

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

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

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

Si les données relatives à la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants sont indisponibles faute d'enquête ad hoc, les informations concernant les extractions du milieu pénitentiaire vers les établissements de santé pour consultations ou examens médicaux sont issues de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues¹ et disponibles dans le tableau ci-après.

Extractions somatiques	Nombre	Nombre d'établissements ² ayant renseigné l'item
Nombre d'extractions en urgence demandées :	702	7
Nombre d'extractions en urgence réalisées :	696	8
Nombre d'extractions pour de consultations et examens demandées :	3 770	9
Nombre d'extractions de consultations et examens réalisées :	2 628	8
Nombre total d'hospitalisations demandées :	485	8
Nombre total d'hospitalisations réalisées :	363	8
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'établissement public de référence demandées :	309	8
Nombre d'extractions hospitalisation à l'établissement public de référence réalisées :	245	8
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'UHSI demandées :	157	7
Nombre d'extractions pour hospitalisation à l'UHSI réalisées :	191	8
Nombre d'extractions demandées vers d'autres ES (non psy) :	50	7
Nombre d'extractions autres réalisées :	23	7
Nombre d'extractions non réalisée du fait de la personne détenue :	232	8
Nombre d'extractions non réalisée du fait de l'Administration Pénitentiaire, de la police :	157	8
Nombre d'extractions non réalisée du fait de la Préfecture :	0	6
Nombre d'extractions non réalisée du fait de l'établissement de santé :	146	8
Extractions psychiatriques		
Nombre d'hospitalisations au SMPR ³ :	4	5
Nombre de séjours au SMPR :	3	4
Nombre de patients hospitalisés en secteur de psychiatrie générale (HO D398) :	85	6

¹ Plateforme internet sécurisée accessible par toutes les unités sanitaires depuis 2009, il collecte annuellement des données sur les moyens humains et matériels de ces structures ainsi que sur leurs activités, dans une optique d'adaptation des organisations et des financements et de réduction des disparités.

² Etablissements de santé d'Aquitaine organisant les soins aux personnes détenues : CH AGEN, CH BAYONNE, CH MONT DE MARSAN, CH PAU, CH PERIGUEUX US1, CH PERIGUEUX US2, CH VILLENEUVE, CH BERGERAC, CHU.

³ service médico-psychologique régional : unité de soins en santé mentale présent en France au sein d'un établissement pénitentiaire

Nombre de séjours en secteur de psychiatrie générale (HO D398) :	81	4
Nombre d'hospitalisations en UMD :	0	4
Nombre de séjours en UMD :	0	4
Nombre d'hospitalisations en UHSA :	0	6
Nombre de séjours en UHSA :	0	5
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la personne détenue pour hospitalisation en SMPR :	0	3
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'Administration Pénitentiaire, de la police :	0	3
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture (refus de HO D398) :	0	3
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé (absence de place en SMPR, refus HO D398) :	0	3

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

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

Suite à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011 portant réforme de loi d'hospitalisation sous contrainte du 27 juin 1990 et applicable depuis le 1^{er} août 2011, les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) s'appellent désormais Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP). Dans chaque département, une commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Son rôle est d'examiner le bien fondé des hospitalisations effectuées à la demande de tiers.

▪ Composition

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

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

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

▪ Missions

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

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

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

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

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

Données 2013

Les données agrégées des différentes commissions sont les suivantes :

Période		Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Région
Année 2013	Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE) (ex HO)	116	293	60	139	91	699
	-dont détenus (art L3214-3 CSP)	20	8	47	58	33	166
	Soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE)	465	1282	242	322	774	3085
	dont admissions d'urgence	338	959	139	82	521	2039
	dont soins en cas de péril imminent	NR	83	17	108	39	247

	Nombre d'habitants	421 100	1 473 569	390 771	336 681	664 484	3 286 605
Pour 100 000 HABITANTS	Total SDRE	28	20	15	41	14	21
	Total SDDE	110	87	62	96	116	94

Données 2013

Ces données ne comprennent que les mesures SDDE ou SDRE ouvertes sur l'année 2013 et non les levées de SDDE et SDRE ou les mesures déjà en cours.

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

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

	Nombre de réclamations adressées à la commission par des patients ou leur conseil
Dordogne	14
Gironde	29
Landes	2
Lot-et-Garonne	4
Pyrénées-Atlantiques	6

Données 2013

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

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

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

9. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

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

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

	Médecine générale			Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale			Pathologie cardio-vasculaire		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	353	17	4,6%	12	1	7,7%	14	2	12,5%
Gironde	1 569	135	7,9%	35	90	72,0%	83	51	38,1%
Landes	422	10	2,3%	6	10	62,5%	22	2	8,3%
Lot-et-Garonne	261	13	4,7%	18	1	5,3%	17	1	5,6%
Navarre-Côte basque	330	19	5,4%	14	28	66,7%	29	8	21,6%
Béarn-Soule	368	25	6,4%	20	7	25,9%	31	-	0,0%
Aquitaine 2013	3 303	219	6,2%	105	137	56,6%	196	64	24,6%

<i>Aquitaine 2012</i>	3 266	231	6,6%	102	133	56,6%	200	63	24,0%
-----------------------	-------	-----	------	-----	-----	-------	-----	----	-------

<i>Aquitaine 2011</i>	3 292	239	7%	101	131	56%	193	60	24%
-----------------------	-------	-----	----	-----	-----	-----	-----	----	-----

	Dermatologie et vénéréologie			Radiologie			Gynécologie		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	11	3	21,4%	29	-	0,0%	13	8	38,1%
Gironde	69	37	34,9%	166	33	16,6%	85	95	52,8%
Landes	8	6	42,9%	32	3	8,6%	20	3	13,0%
Lot-et-Garonne	9	1	10,0%	31	-	0,0%	12	8	40,0%
Navarre-Côte basque	20	4	16,7%	46	1	2,1%	15	14	48,3%
Béarn-Soule	17	3	15,0%	26	8	23,5%	26	4	13,3%
Aquitaine 2013	134	54	28,7%	330	45	12,0%	171	132	43,6%

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

<i>Aquitaine 2011</i>	139	52	27%	320	44	12%	184	132	42%
-----------------------	-----	----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----

	Gastro-entérologie et hépatologie			Oto-rhino-laryngologiste			Pédiatrie		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	7	1	12,5%	7	5	41,7%	4	3	42,9%
Gironde	13	41	75,9%	22	48	68,6%	43	24	35,8%
Landes	12	1	7,7%	7	5	41,7%	7	1	12,5%
Lot-et-Garonne	2	6	75,0%	3	4	57,1%	5	-	0,0%
Navarre-Côte basque	7	10	58,8%	6	8	57,1%	10	4	28,6%
Béarn-Soule	8	1	11,1%	10	2	16,7%	15	1	6,3%
Aquitaine 2013	49	60	55,0%	55	72	56,7%	84	33	28,2%

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

<i>Aquitaine 2011</i>	ND	ND	ND	56	68	55%	88	32	27%
-----------------------	----	----	----	----	----	-----	----	----	-----

	Pneumologie			Rhumatologie			Ophtalmologie		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	6	-	0,0%	1	3	75,0%	16	10	38,5%
Gironde	13	15	53,6%	20	14	41,2%	58	79	57,7%
Landes	6	-	0,0%	6	1	14,3%	14	14	50,0%
Lot-et-Garonne	9	-	0,0%	4	2	33,3%	12	12	50,0%
Navarre-Côte basque	16	2	11,1%	5	8	61,5%	10	31	75,6%
Béarn-Soule	6	-	0,0%	9	2	18,2%	12	7	36,8%
Aquitaine 2013	56	17	23,3%	45	30	40,0%	122	153	55,6%

<i>Aquitaine 2012</i>	58	17	22,7%	48	29	37,7%	124	150	54,7%
-----------------------	----	----	-------	----	----	-------	-----	-----	-------

<i>Aquitaine 2011</i>	57	17	23%	46	29	39%	124	149	55%
-----------------------	----	----	-----	----	----	-----	-----	-----	-----

	Psychiatrie			Neurologie		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	17	2	10,5%	2	1	33,3%
Gironde	240	53	18,1%	18	3	14,3%
Landes	17	1	5,6%	6	-	0,0%
Lot-et-Garonne	17	-	0,0%	4	-	0,0%
Navarre-Côte basque	29	9	23,7%	9	-	0,0%
Béarn-Soule	23	3	11,5%	8	-	0,0%
Aquitaine 2013	343	68	16,5%	47	4	7,8%

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

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

	Chirurgie générale et Chirurgie viscérale et digestive			Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	4	4	50,0%	1	2	66,7%
Gironde	8	49	86,0%	7	13	65,0%
Landes	3	4	57,1%	1	4	80,0%
Lot-et-Garonne	6	3	33,3%	2	3	60,0%
Navarre-Côte basque	1	14	93,3%	4	5	55,6%
Béarn-Soule	2	6	75,0%	-	4	100,0%
Aquitaine	24	80	76,9%	15	31	67,4%

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

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

	Chirurgie orthopédique et traumatologie			Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	6	8	57,1%	-	1	100,0%
Gironde	4	69	94,5%	-	21	100,0%
Landes	5	8	61,5%	-	-	///
Lot-et-Garonne	3	9	75,0%	1	-	0,0%
Navarre-Côte basque	1	19	95,0%	-	7	100,0%
Béarn-Soule	-	11	100,0%	-	-	///
Aquitaine	19	124	86,7%	1	29	96,7%

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

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

	Chirurgie urologique			Chirurgie vasculaire		
	Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)		Secteur 1	Secteur 2 (et secteur 1 avec DP)	
		en nombre	en %		en nombre	en %
Dordogne	1	5	83,3%	1	2	66,7%
Gironde	-	26	100,0%	-	9	100,0%
Landes	-	3	100,0%	2	1	33,3%
Lot-et-Garonne	1	5	83,3%	-	3	100,0%
Navarre-Côte basque	-	8	100,0%	-	1	100,0%
Béarn-Soule	-	7	100,0%	-	2	100,0%
Aquitaine	2	54	96,4%	3	18	85,7%

<i>Aquitaine 2012</i>	1	51	98,1%	3	18	85,7%
-----------------------	----------	-----------	--------------	----------	-----------	--------------

<i>Aquitaine 2011</i>	3	49	94,2%	3	18	85,7%
-----------------------	----------	-----------	--------------	----------	-----------	--------------

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

Obj 4-1	Part de la population vivant dans un bassin de vie INSEE dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale											
	Valeur Initiale		Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées				
			2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013
2008	1,8%	1,8%	1,8%	1,7%	1,7%	2.4	1,8%	2,5%	2,4%	2.38%	2.43	

La 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 est en augmentation par rapport à 2012 (2.38 %).

En effet, même si la densité régionale de médecins généralistes reste supérieure à la moyenne nationale (102,1 /100 000 habitants au 01/01/2014, contre 91.4 pour la France métropolitaine), la répartition des professionnels est très inégale sur le territoire, avec une concentration dans les zones urbaines et une densité moins élevée dans les bassins de vie les plus ruraux de Dordogne et de Lot-et-Garonne.

Ainsi, le solde entre les installations et les départs reste négatif en Dordogne et en Lot-et-Garonne. La densité des médecins généralistes libéraux y a même diminué entre 2013 et 2014 :

- Dordogne : 80.9 médecins généralistes/100 000 habitants au 01/01/2014 contre 81.1 au 01/01/2013.
- Lot-et-Garonne : 75.3 médecins généralistes/100 000 habitants au 01/01/2014, contre 75.8 au 01/01/2013.

La densité de ces deux départements demeure donc en-dessous de la moyenne régionale (102.1) et de la moyenne nationale (91.4)

Ces écarts de densité augmentent sous l'effet du vieillissement des professionnels installés dans les zones rurales et des installations des jeunes professionnels qui privilégient les pôles urbains ou les zones littorales du Sud de l'Aquitaine.

Même si le nombre de contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) et de contrats d'engagement de service public (CESP) a augmenté en 2014, ces mesures de rééquilibrage démographique, récemment mises en place, ne permettent pas encore d'infléchir cette tendance.

- Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire

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

35 structures d'exercice coordonné en fonctionnement, dont :

- 32 maisons de santé pluridisciplinaire (MSP)
- 0 pôles de santé
- 3 centres de santé pluri-professionnels

L'exercice regroupé est un élément favorisant l'implantation de jeunes médecins dans les territoires où la densité médicale est faible. De plus, l'augmentation des maladies chroniques impose une évolution des pratiques en ambulatoire (exercice pluri-professionnel et coordonné, développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique, continuité des soins).

Après plusieurs années de développement de maisons de santé pluridisciplinaires, l'ARS Aquitaine a réorienté sa démarche conformément à l'engagement 5 du Pacte Territoire Santé : impulsion plus franche dans les territoires fragiles, soutien plus large à l'exercice regroupé et coordonné (y compris en centres de santé), et promotion de l'éducation thérapeutique en ambulatoire.

- MSP et pôles de santé :

L'année 2014 marque une évolution assez nette dans l'ouverture des maisons de santé, car nombre d'entre elles, en construction, ont pu enfin ouvrir leur porte. De plus, la valorisation de l'exercice coordonné, par l'inscription au titre de nouveaux modes de rémunération (5 nouvelles équipes en 2014) ou l'octroi d'un forfait de coordination par l'ARS Aquitaine dans le cadre du FIR (7 équipes), a permis à des professionnels de se structurer en dehors d'un projet de construction.

L'accompagnement de l'ARS Aquitaine au fonctionnement des structures d'exercice coordonné s'est parallèlement élargi à l'éducation thérapeutique par le lancement d'un appel à projets spécifique permettant de financer deux nouveaux programmes chaque année, ainsi que la formation des professionnels.

- Centres de santé :

L'Aquitaine compte au total 44 centres de santé, mais ce sont en majorité des centres à activité dentaire ou infirmière unique. Les centres pluri-professionnels ne sont que 3 : Pavillon de la Mutualité et MSP Bagatelle à Bordeaux, et Centre de santé de la CARMI à Pau.

Il serait possible d'y ajouter les 2 services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) de Bordeaux et Pau, et leurs annexes (4 centres en tout), ainsi que le Centre de biologie et médecine du sport de Pau. En effet, ces structures sont pluri-professionnelles dans la mesure où elles emploient à la fois des médecins et des auxiliaires médicaux. Cependant, elles ne semblent pas relever d'un exercice pluri-professionnel et coordonné de premier recours, au sens où on l'entend des maisons et pôles de santé. Les SUMPPS s'adressent uniquement à la population étudiante, et le Centre de biologie et médecine du sport ne prend en charge que les affections liées au sport.

Ces éléments expliquent que l'indicateur 6.7 soit en forte baisse par rapport à 2013, où c'est le nombre total de centres de santé qui avait été pris en compte.

A noter que même si l'Aquitaine comptabilise en 2014 l'ensemble des centres de santé, l'indicateur serait également en baisse par rapport à 2013. En effet, la modification, en 2014, des règles d'enregistrement des centres de santé dans le répertoire Finess, réalisée dans le cadre de l'instruction N°DGOS/PF3/DREES/DMSI/2013/402 du 19 décembre 2013, a entraîné une forte baisse du nombre de structures pouvant légitimement être répertoriées comme des centres de santé.

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

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

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

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

■ LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

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

Obj 4-3 du CPOM	Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées					
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	Tendance
	0	2	5	8	8	0	0	0	10	12	

A ce jour, la région Aquitaine compte 12 contrats locaux de santé (CLS) :

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

L'année 2013 a vu de multiples modalités d'accompagnement des CLS se poursuivre ou s'engager :

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

■ ECARTS INTRARÉGIONAUX D'ÉQUIPEMENTS EN ESMS

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

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 +)

	Écarts intra régionaux d'équipement en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (0-59 ans pour les personnes handicapées ; 75 ans et plus pour les personnes âgées)										
	Valeurs Initiales	Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					Tendance
		2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013		

Personnes âgées (PA)	2009	8,2%	7,8%	7,5%	7,0%	6,5%	7,0%	7,4%	7,5%	7,9%	
Personnes handicapées (PH)	2009	29,3%	28,0%	27,0%	26,0%	25,0%	30,6%	25,5%	22,9%	22,4%	

Note de lecture :

Les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes handicapées et âgées sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). On observe sur le secteur « personnes handicapées » une dispersion des taux d'équipement de 22,4 % autour de la moyenne régionale et une dispersion à hauteur de 7,9 % sur le secteur « personnes âgées ». Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

L'analyse comparée des indicateurs de dispersion sur les deux secteurs met en évidence une situation contrastée entre les deux secteurs au niveau de la répartition de l'offre, plus inégalement répartie pour les structures relatives aux adultes handicapés par rapport au secteur « personnes âgées ».

Sur le secteur « personnes handicapées », les écarts inter-régionaux de taux d'équipement sont en baisse constante depuis 2010. Cette diminution des écarts est le fruit de la politique de rééquilibrage territorial menée par l'ARS.

L'ARS assure le financement des suites d'opérations, dans un contexte de tarissement des autorisations d'engagement (AE), pour tous les départements, y compris ceux n'étant pas éligibles au rééquilibrage territorial. Elle a par la suite décidé d'affecter toutes les AE complémentaires, disponibles une fois soldées les suites d'opérations, au département de Gironde en déficit pour les places institutionnelles adultes handicapés.

Sur le secteur « personnes âgées », on constate un léger maintien de l'écart en 2013 par rapport à 2012. Ce sont essentiellement les dépenses infirmières libérales (A.I.S) sur lesquelles l'ARS n'a guère de prise qui expliquent les écarts constatés.

■ 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

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

Le détail par département s'établit comme suit :

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

ASSURER FINANCIÈREMENT L'ACCÈS AUX SOINS

Pour analyser si l'accès financier aux soins est assuré, il était proposé de recenser auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et des Conseils des ordres des professionnels de santé le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins à l'égard des personnes bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide médicale d'Etat (AME)

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

Les étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire depuis plus de trois mois peuvent, pour accéder aux soins, bénéficier de l'Aide médicale d'Etat (AME) sous conditions de ressources ; tandis que les Français et étrangers en situation régulière peuvent bénéficier de la CMU s'ils n'ont pas d'autres affiliations à l'assurance maladie obligatoire et à la CMU-c, sous condition de ressources, pour bénéficier d'une assurance maladie complémentaire

Plaintes relatives aux refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C / AME en 2013

Région Aquitaine	Nbr de plaintes	Commentaires
CPAM 24	0	
CPAM 33	5	
CPAM 40	1	
CPAM 47	0	
CPAM 641 (Bayonne)	0	Aucune saisine pour refus de soins stricto sensu mais 6 saisines pour refus de la dispense des frais pour des bénéficiaires de l'ACS. La circulaire 33/2008 indique que ces refus peuvent être considérés comme des refus de soins
CPAM 642 (Pau)	0	
Total		

Données DCGDR

Au-delà des plaintes pour refus de soins, certains indicateurs complémentaires peuvent être recensés dans la cadre d'une cartographie de l'accès aux droits et à la santé :

▪ la consultation de médecins généralistes lors de deux dernières années par les bénéficiaires de CMU, de la CMU-c et de l'AME vus en bilans de santé dans les centres d'examen de santé de la région

Volume et part des patients : CMU – CMUC - AME

	Nombre d'EPS 2013	CMU			CMUC			AME		
		FEMME	HOMME	%	FEMME	HOMME	%	FEMME	HOMME	%
AGEN	7 369	153	149	4	496	466	13	6	6	0,16%
BAYONNE	1 548	96	136	15	189	218	26	0	2	0,13%
BORDEAUX	13 044	236	266	4	1 200	1 017	17	51	50	0,62%
MONT DE MARSAN	1 259	54	77	10	199	178	30	1	1	0,16%
PAU	9 105	276	216	5	614	501	12	5	5	0,11%
PERIGUEUX	4 603	25	20	1	421	359	17	4	7	0,24%
AQUITAINE	56 928	840	864	5	3 119	2 719	16	67	51	0,32%

CMU – CMUC – AME n'ayant pas consulté un médecin généraliste lors des deux années précédentes

CMU vus en bilan de santé et n'ayant pas consulté de médecin généraliste

	Nombre de CMU 2013	N'ayant jamais consulté		
		FEMME	HOMME	%
AGEN	302	6	15	7%
BAYONNE	232	9	22	13%
BORDEAUX	502	15	44	12%
MONT DE MARSAN	131	6	13	15%
PAU	492	16	25	8%
PERIGUEUX	45	2	2	9%
AQUITAINE	1 704	53	121	10%

CMUC vus en bilan de santé et n'ayant pas consulté de médecin généraliste

	Nombre de CMUC 2013	N'ayant jamais consulté		
		FEMME	HOMME	%
AGEN	962	23	62	9%
BAYONNE	407	17	36	13%
BORDEAUX	2 217	53	142	9%
MONT /MARSAN	377	16	26	11%
PAU	1 115	34	61	8%
PERIGUEUX	760	17	39	7%
AQUITAINE	5 838	160	366	9%

AME vus en bilan de santé et n'ayant pas consulté de médecin généraliste

	Nombre AME 2013	N'ayant jamais consulté		
		FEMME	HOMME	%
AGEN	12	2	1	25%
BAYONNE	2	0	0	0%
BORDEAUX	81	3	3	14%
MONT /MARSAN	2	1	0	50%
FAU	10	0	1	10%
PERIGUEUX	11	0	0	0%
AQUITAINE	118	6	10	14%

- le suivi gynécologique depuis un an de patientes bénéficiaires de la CMU, de la CMU-c et de l'AME vus en bilans de santé dans les centres d'exams de santé de la région

CMU - CMUC - AME n'ayant pas de suivi gynécologique :

- 16 - 25 ans
- 26 - 49 ans
- 50 - 65 ans
- + 65 ans

CMU n'ayant pas de suivi gynécologique

	Nombre de femme CMU 2013	Total >1 an	Total >1 an %	16-25 ans		26-49 ans		50-65 ans		+ 65 ans	
				>1an	%	>1an	%	>1an	%	>1an	%
AGEN	153	79	52	34	43	24	30	18	23	3	4
BAYONNE	96	54	56	18	33	24	44	12	22	0	0
BORDEAUX	236	100	42	33	33	42	42	19	19	6	6
MONT /MARSAN	54	29	54	6	21	12	41	11	38	0	0
FAU	276	153	57	55	35	64	40	26	16	2	1
PERIGUEUX	25	19	76	1	5	0	0	9	47	9	47
AQUITAINE	840	439	52	147	33	166	38	95	22	20	4

CMUC n'ayant pas de suivi gynécologique

	Nombre de femme CMUc 2013	Total >1 an	Total >1 an %	16-25 ans		26-49 ans		50-65 ans		+ 65 ans	
				>1an	%	>1an	%	>1an	%	>1an	%
AGEN	496	232	47	77	33	90	39	61	26	4	2
BAYONNE	189	104	55	36	35	49	47	19	18	0	0
BORDEAUX	1 200	482	40	159	33	216	45	91	19	16	3
MONT /MARSAN	199	102	51	20	20	50	49	29	28	3	3
PAU	614	318	51	102	32	182	41	48	15	3	1
PERIGUEUX	421	242	57	57	24	131	54	50	21	4	2
AQUITAINE	3 119	1 480	47	451	30	668	45	298	20	30	2

AME n'ayant pas de suivi gynécologique

	Nombre de femme AME 2013	Total >1 an	Total >1 an %	16-25 ans		26-49 ans		50-65 ans		+ 65 ans	
				>1an	%	>1an	%	>1an	%	>1an	%
AGEN	6	5	83	1	20	0	0	3	60	1	20
BAYONNE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BORDEAUX	51	26	51	3	31	11	42	4	15	3	12
MONT /MARSAN	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAU	5	3	60	0	0	0	0	2	67	0	0
PERIGUEUX	4	2	50	0	0	1	50	1	50	0	0
AQUITAINE	67	36	54	9	25	12	33	10	28	4	11

ASSURER L'ACCÈS AUX STRUCTURES DE PRÉVENTION

Pour analyser si l'accès aux structures de prévention est assuré, il a été proposé de recueillir le taux de participation au dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans, du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans, le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (R.O.R.), mais aussi la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle.

L'organisation locale et la promotion des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal sont assurées sur le territoire national par des structures de gestion départementales ou interdépartementales financées par l'Etat, l'Assurance maladie et également par les conseils généraux.

En Aquitaine, les structures de gestion sont :

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

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

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

■ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

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

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

■ 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*

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

Note de lecture :

Les valeurs réalisées témoignent des difficultés rencontrées sur ces deux dépistages, difficultés observables au plan national (taux de participation France entière 31 % pour le cancer colorectal et 52.1 % pour le cancer du sein). Une redynamisation est fortement attendue dans le cadre du plan cancer 3 et, pour le dépistage organisé du cancer colorectal, dans le cadre du déploiement des nouvelles modalités de test prévues fin avril 2015.

En 2013, plusieurs structures de gestion ont changé de médecin directeur (24-40-47-64) : ils ont mis en place une dynamique régionale dans un contexte difficile (arrêt du test au Gaïac, polémiques sur l'intérêt de la mammographie...)

Une Commission régionale du dépistage des cancers a été installée le 20 septembre 2012. Des réunions téléphoniques d'informations régulières ont été mises en place avec les structures de gestion afin de maintenir une dynamique.

■ COUVERTURE VACCINALE

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

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

Seuls quatre départements transmettent les données au niveau national : le département des Pyrénées-Atlantiques est toujours dans l'incapacité de fournir ses données : les données régionales ne sont donc pas disponibles. A l'heure actuelle, les données disponibles pour les autres départements datent de 2010 et concernent la génération d'enfants nés en 2008.

■ PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ

L'âge moyen du rebond physiologique d'adiposité est de 6-7 ans et l'âge auquel ce rebond d'adiposité devient un indicateur de risque de surcharge pondérale se situe avant 6 ans (transition Grande Section de Maternelle-CP), d'où l'intérêt de l'indicateur IMC en grande section de maternelle.

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

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

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

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

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

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

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

FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIÉGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Indicateurs / Données à recueillir :

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

La représentation d'usagers dans les diverses instances de santé incite à organiser des formations pour leur permettre de jouer tout leur rôle au sein de ces instances, de leur donner les moyens de se positionner et de se faire entendre en tant qu'acteur du système de santé à part entière, aux côtés d'autres acteurs. L'ARS et le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) d'Aquitaine ont assuré sur l'ensemble de la région des formations communes en direction des représentants des usagers qui siègent dans les instances régionales et locales, par exemple dans les conseils de surveillance des établissements de santé ou dans les conseils de vie sociale des établissements sociaux et médico-sociaux.

Ces formations ont été articulées autour des axes suivants : l'exercice de la représentation (connaître les droits individuels et collectifs, le représentant des usagers et son réseau) et la politique régionale de santé (architecture de l'offre dans le territoire, présentation synthétique du PRS). Un kit pratique du représentant des usagers du système de santé a été remis à chaque participant et comporte des documents utiles de l'ARS et du CISS.

Elles se sont déroulées en 2013 et 2014 :

- en Dordogne le 23 avril 2013
- en Gironde sur chacun des territoires du département : le 25 juin 2014 (territoire sud), le 24 septembre 2014 (territoire Ouest), le 22 novembre 2014 (territoire Est)
- dans les Landes le 16 décembre 2013
- en Lot-et-Garonne le 22 novembre 2013
- dans les Pyrénées-Atlantiques le 2 octobre 2014.

Le nombre de personnes formées s'élève à 330 personnes ce qui représente 13% de l'effectif visé initialement dans le cahier des charges ministériel.

	24	33	40	47	64	TOTAL
Nombre d'inscrits	68	164	80	88	84	484
Nombre de personnes	65	120	ND	71	74	330
%	95,6%	73,2%	ND	80,7%	88,1%	68,2%

Au-delà de cet aspect quantitatif, les remarques des participants sont positives et nombreuses sont les personnes à avoir souligné :

- l'intérêt de la démarche (notamment par les représentants des CVS qui disent se sentir "isolés au sein de l'établissement"),
- l'intérêt de disposer du kit "représentant des usagers" conçu spécialement pour ces formations.
- la place laissée au dialogue et aux échanges,

- l'effort mis en œuvre par les formateurs pour donner une vision synthétique et concise de l'architecture de l'offre sur le territoire et de la feuille de route de l'ARS,

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

Formations	conditions d'accès à la formation	Période de réalisation envisagée	Lieu envisagé	commentaires	Présents	heures
RU, l'essentiel	pas de pré-requis	24-janv.-13	AGEN	FORMATION CISS/CISSAQUITAINE	17	119
RU, l'essentiel	pas de pré-requis	8-févr.-13	PAU	FORMATION CISS/CISSAQUITAINE	17	119
RU en CRUQPC	RU débutants ou confirmés + RU l'essentiel	21-févr.-13	BORDEAUX	FORMATION CISS/CISSAQUITAINE	17	119
Défendre les droits des usagers	Mandat de RU + formation RU l'essentiel	11-avr.-13	DAX	FORMATION CISS/CISSAQUITAINE	11	77
Le rapport de la CRUQPC : y participer, l'exploiter	Mandat + RU en CRUQPC	23-mai-13	BORDEAUX	FORMATION CISS/CISSAQUITAINE	15	105
Rencontre Formation RU CPAM	Mandat de CPAM	28-juin-13	BORDEAUX	CISS/CISSAQUITAINE	14	98
FORMATIONS CISS Aquitaine 2013					91	637

ORIENTATION N°IV : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

GARANTIR LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS SIÉGEANT ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES CONFÉRENCES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

Indicateurs / Données à recueillir :

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

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

Taux de participation globale (en %) et par collège des membres des CRSA en 2013

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	21%	25%	0%	15%	13%	0%
2 Usagers	63%	75%	61%	53%	59%	94%
3 Territoires	38%	0%	33%	0%	88%	0%
4 Partenaires sociaux	45%	75%	100%	27%	43%	33%
5 Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	67%	69%	33%	40%	44%	50%
6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	65%	50%	33%	0	63%	22%
7 Offreurs des services de santé	57%	50%	0%	58%	55%	42%
8 Personnalités qualifiées	100%	100%		0		
Global*	53%	62%	56%	37%	61%	39%
Nombre de réunions	2	8	3	5	8	3

Pour mémoire taux de participation 2011 et 2012 :

Global 2011	76%	72%	63%	28%	69%	43%
Global 2012	63%	64%	58%	38%	75%	20%

■ CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

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

Néanmoins au cours de l'année 2013, les conférences de territoire se sont peu réunies en Aquitaine. Seules deux conférences se sont tenues :

- la conférence de territoire de Dordogne lors de sa réunion plénière de juillet 2013 pour y présenter le Contrat Local de Santé Nord (CLS) Dordogne et le projet de CLS Bergeracois
- la conférence de territoire des Landes lors de sa réunion plénière du 29 mai 2013 dédiée à la validation des conclusions des travaux sur les parcours de santé engagés depuis 2012.

Recommandations de la Commission « droits des usagers » :

1 .Formations

1 .Pour rendre effectif le respect des droits des usagers dans les pratiques professionnelles

Développer le nombre et la pertinence des formations initiales et continues à destination des personnels au respect des droits des usagers pour tout le parcours dans l'établissement : de l'accueil à la lisibilité des informations, des pratiques professionnelles respectueuses de la dignité de chaque personne à la qualité de chaque prise en charge, du respect du consentement éclairé, au respect de la confidentialité.

2. Pour rendre effective et efficace la mission des représentants des usagers (observation, veille, écoute, information, médiation, et, si nécessaire recours)

Proposer des formations aux représentants des usagers (contenus et méthode) à l'observation de la qualité de l'accueil, des soins, au recueil des doléances, plaintes et réclamations des usagers et au traitement de ces données.

3. Pour développer une culture et un langage communs entre professionnels, usagers et leurs représentants :

Développer des groupes d'échange, afin de construire et faire vivre un regard partagé sur les droits et les besoins des usagers en santé

4. Pour rendre effective la participation des Représentants des usagers dans les instances de santé publique, en CCI, en CPAM, en Comité d'éthique, etc.:

Diversifier l'offre de formation pour chaque mandat de représentation.

5. Pour rendre l'exercice et le respect des droits des usagers en établissement médico-social PERTINENT

- Faire vivre les CVSD départementaux
- Construire une offre de formation pour les présidents de CVS sur les outils de démocratie en santé dans les EMS
- Redéfinir rôle et place de la personnalité qualifiée dans les voies de recours

2. Le recueil et le traitement des observations, plaintes et réclamations des usagers

- L'élaboration du **rapport annuel de chaque CRUQPC** ne doit pas se limiter, à la compilation des éléments statistiques, mais doit participer d'une évaluation de la qualité, de la sécurité et de l'accessibilité des soins tout au long du parcours dans l'établissement, à partir de ces éléments et des observations réalisées tout au long de l'année
- le **CVS** doit devenir le lieu et le moment où les usagers peuvent s'emparer des outils de la démocratie en santé et les faire vivre par leur expression propre

- devant le développement de l'ambulatoire et des soins et accompagnements à domicile, mettre en place une commissions territoriale des usagers, qui pourrait recueillir et traiter toutes les observations des usagers.
- La Commission spécialisée Droits des usagers reste le lieu où convergent les remarques et observations, les points faibles des CRUQPC, des CVS et des **Commissions territoriales des usagers** (à créer ou expérimenter) pour l'établissement du rapport de la CRSA sur le respect des droits des usagers.
- La Commission spécialisée doit pouvoir saisir ou être saisie par les autres les autres commissions spécialisées de la CRSA (prévention, organisation des soins, médico- sociale) sur toute question ou alerte concernant l'exercice des droits individuels et/ou collectifs des usagers.(ex : soumettre à la prochaine CSOS le tableau sur les établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique et les délais d'attente)

ANNEXES

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

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

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

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

NOR : ETSP1220103A

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

Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

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

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

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

Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Renforcer la démocratie sanitaire

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

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

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

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

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

Fait le 5 avril 2012.

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

Pour le ministre et par délégation :

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

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

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

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

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

Pour la ministre et par délégation :

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

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

A N N E X E

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

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

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : – par professions de santé ; – par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Médico-social		Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux : - 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** : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **CUCS** : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- **CVS** : Conseil de Vie Sociale
- **DPC** : Développement Professionnel Continu
- **DRAAF** : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
- **DRJSCS** : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
- **EEAP** : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
- **ESPIC** : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
- **FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HDT** : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
- **HO** : Hospitalisation d'Office
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- **MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- **MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- **OPCA** : Organisme Paritaires Collecteurs Agrées
- **PRIAC** : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- **SDDE** : Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement
- **SDJ** : Soins sur Décision de Justice
- **SDRE** : Soins sur décision du représentant de l'Etat
- **SDT** : ou SPDT voir ADT
- **SDT** : Soins sur Demande d'un Tiers
- **SDTU** : Soins sur Demande d'un Tiers en Urgence
- **SEV** : Semaine Européenne de la Vaccination
- **SLD** : Soins de Longue Durée
- **SM** : Santé Mentale
- **SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional
- **SPDRE** : ou SDRE voir ADRE
- **SPI** : Soins en cas de Péril Imminent
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- **SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **UCSA** : unité de consultations et de soins ambulatoires
- **UMD** : Unité pour malades difficiles
- **ZEP** : Zone d'Education Prioritaire

ANNEXE 3 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE – DONNEES 2013

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Amb	<i>Formations par les URPS via le dispositif de Formation continue (D.F.C.)</i>	-	-	
		<i>Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers</i>	2 projets labellisés / 6 déposés	5 projets labellisés/7déposés	1 projet labellisé/5 déposés
	Sanitaire	<i>Actions de Formations Régionales mises en place en 2012 sur les droits des usagers</i>	Cf p5	Cf p	
	Médico-social	<i>Etat des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés</i>	-		
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Amb	<i>Nombre de plaintes Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</i>	-		
	Sanitaire	<i>Proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC Proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA Nombre de réunions par an Composition et qualité des membres Existence ou non de formations pour les membres.</i>	70 % 3.32	28 % 3.08	33% 3.36
		<i>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification</i>	« A » : 28 « B » : 17	« A » : 62 « B » : 31	« A » : « B » :
		<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 ⁴ 6 en Dordogne et 6 en Gironde		

⁴ Non disponible

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013
			nd		
3. Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance	Amb	<i>Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance</i>	nd		
		<i>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</i>	nd		
	Sanitaire	<i>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</i>	nd		
		<i>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification (référence 10 de la V2010)</i>	« A » : 14 « B » : 50 « C » : 6 « D » : -	« A » : 35 « B » : 11 « C » : 10 « D » : -	« A » : « B » : « C » : « D » :
Médico-social	<i>Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent</i>				
4. Droit au respect de la dignité de la personne - prendre en charge la douleur	Amb	<i>Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)</i>	-		
	Sanitaire	<i>Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe</i>	nd		14/180
		<i>Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)</i>	nd		
		<i>Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)</i>	« A » : 30 « B » : 30 « C » : 10 « D » : -	« A » : 64 « B » : 66 « C » : 26 « D » : -	« A » : « B » : « C » : « 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	Amb	<i>Formations par les URPS via le dispositif de Formation continue (D.P.C.)</i>	-		
		<i>Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers</i>			
	Sanitaire	<i>Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées</i>	« A » : 13 « B » : 28 « C » : 10 « D » : 1	« A » : 42 « B » : 62 « C » : 17 « D » : 1	« A » : « B » : « C » : « D » :
		<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>			
<i>Pour les ESMS ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nb total de résidents</i>		Données disponibles en juin 2013			

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013
6. Droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical	Amb	<i>Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical</i>	-		
		<i>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</i>	-		
	Sanitaire	<i>Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical</i>	-		
		<i>Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification (référence 14 de la V2010 HAS)</i>	« A » : 51 « B » : 14 « C » : 5 « D » : -	« A » : 116 « B » : 25 « C » : 15 « D » :	« A » : « B » : « C » : « 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>	Près de 7 handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire ...	Près de 7 handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire ...	Près de 7 handicapés sur 10 scolarisés en milieu ordinaire ...
8. Droits des personnes détenues - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		<i>Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)</i>	nd	nd	nd
9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des Commissions Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP)		<i>Proportion de CDSP existantes</i>	5/5	5/5	5/5
		<i>Proportion de rapports transmis à l'ARS</i>	5/5	5/5	5/5
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		<i>Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé</i>	Cf p25	Cf p27	Cf p30
		<i>Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale</i>	2,4 %	2,38 %	nd
		<i>Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins</i>	nd	nd	
11. Assurer financièrement l'accès aux soins		<i>Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME</i>			
12. Assurer l'accès aux structures de prévention		<i>Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</i>	32,5 %	32,4 %	31.5 %
		<i>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</i>	59,4 %	58,8 %	57.9 %
		<i>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</i>	nd	nd	nd
		<i>Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en</i>	nd	nd	nd

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS	DONNEES 2011	DONNEES 2012	DONNEES 2013
		<i>grande section de maternelle</i>			
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<i>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</i>	0	0	10
		<i>Ecart intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)</i>	Personnes âgées : 8,1 % Personnes handicapées : 27,8 %	Personnes âgées : 8,1 % Personnes handicapées : 24,4 %	Personnes âgées : 7.9 % Personnes handicapées : 22.4 %
		<i>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP</i>	104	117	94
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<i>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</i>	-	-	1 par territoire cf p37
		<i>Nombre de formations réalisées</i>	12	13	5
		<i>Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP)</i>	202 personnes formées	192 personnes formées	91 personnes formées (CISS) 330 personnes formées (ARS/CISS)
		<i>Dispositif d'information sur ces formations</i>			
15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CT		<i>Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et CT</i>	« CRSA » : 76 % « CT 24 » : 72 % « CT 33 » : 56 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : 78 % « CT 64 NCB » : 54 % « CT 64 BS » : 62 %	« CRSA » : 63 % « CT 24 » : 57 % « CT 33 » : 40 % « CT 40 » : 52 % « CT 47 » : - « CT 64 NCB » : 58 % « CT 64 BS » : 67 %	« CRSA » : 53 %
		<i>Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les CT</i>	« CRSA » : 94 % « CT 24 » : 63 % « CT 33 » : 63 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : 88 % « CT 64 NCB » : 88 % « CT 64 BS » : 81 %	« CRSA » : 90 % « CT 24 » : 63 % « CT 33 » : 63 % « CT 40 » : 63 % « CT 47 » : - « CT 64 NCB » : 50 % « CT 64 BS » : 63 %	« CRSA » : 63 %



Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

