



Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

Limousin



Année
2013/2014

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

**Commission Permanente :
Assemblée Plénière**

**3 juillet 2015
8 septembre 2015**

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	page 5
ORIENTATION 1 PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LE DROIT DES USAGERS	page 6
1 FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE	page 6
1/1 Domaine ambulatoire	page 6
1/2 Domaine hospitalier	page 7
1/3 Domaine médico social	page 8
2 RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D’EVALUATION DU RESPECT DU DROIT DES USAGERS	page 9
2/1 Domaine ambulatoire	page 9
2/2 Domaine hospitalier	page 11
<i>2/2-a Certification</i>	page 11
<i>2/2-b Rapports des CRUQPEC</i>	page 12
2/3 Domaine médico social	page 19
<i>2/3-a Les Conseils de la Vie Sociale</i>	page 19
<i>2/3-b Les personnes qualifiées</i>	page 19
<i>2/3-c Parcours santé des personnes handicapées</i>	page 20
2/4 Réclamations et signalements enregistrés par l’ARS	page 22
3 DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE	page 23
3/1 Promouvoir la bienveillance	page 23
3/2 Prendre en charge la douleur	page 24
3/3 Encourager la rédaction de directives anticipées	page 24
4 DROIT A L’INFORMATION : ACCES AU DOSSIER MEDICAL	page 25
4/1 Certification	page 25
4/2 Rapports CRUQPEC	page 25

5 ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE	page 25
5/1 Evolution de la scolarisation des enfants handicapés par rapport à la population scolaire de référence	page 26
5/2 Suites de la convention ARS/Rectorat du 4 février 2014	page 27
6 DROIT DES PERSONNES DETENUES	page 27
6/1 Nombre d'extractions pour consultations ou hospitalisations	page 28
6/2 Initiatives régionales	page 29
7 FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES	page 30
7/1 Missions des CDSP	page 30
7/2 Composition des CDSP	page 31
ORIENTATION 2 RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS	page 33
8 ASSURER L'ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX	page 33
8/1 Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale	page 32
8/2 Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire	page 34
9 ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION	page 35
9/1 Dépistage organisé du cancer colorectal	page 35
9/2 Dépistage organisé du cancer du sein	page 36
9/3 Vaccination : taux de couverture vaccinale rougeole à une dose avant 24 mois	page 36
9 REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET A LA PRISE ENCHARGE MEDICO-SOCIALE	page 37
10/1 Contrats locaux de santé	page 37
10/2 Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure au titre du code de la santé publique	page 39
10/4 Ecart intra régionaux d'équipements en établissements médico-sociaux	page 40

ORIENTATION 3 CONFORTER LE REPRESENTATION DES USAGERS *page 41*
Former les usagers du système de santé siégeant dans les instances de démocratie sanitaire

ORIENTATION 4 RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE *page 44*
Garantir la participation à la CRSA et à la Conférence de Territoire
Travaux de la CRSA et de la Commission spécialisée des usagers et de ses partenaires

CONCLUSION *page 48*

ANNEXES *page 50*

Annexe 1 : Cahier des charges *page 50*

Annexe 2 : Plaintes et doléances (sources CROM) *page 56*

PREAMBULE

L'article D1432-44 du Code de la santé publique confère à la CRSA et plus particulièrement à la Commission spécialisée des usagers (CSDU), la mission de procéder chaque année à l'élaboration, en collaboration avec les autres commissions spécialisées de la CRSA, du rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

Ce rapport qui sera transmis à la Conférence nationale de la Santé, à qui il revient, à partir des rapports régionaux, d'élaborer un rapport national, s'inscrit pour la 3^{ème} année consécutive dans le cadre fixé par l'arrêté du 5 avril 2012 (*annexe 1*) portant sur le cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA sur les droits des usagers.

Le cahier des charges fixe 4 orientations au rapport :

- 1) Promouvoir et faire respecter le droit des usagers
- 2) Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous
- 3) Conforter la représentation des usagers du système de santé
- 4) Renforcer la démocratie sanitaire

Ces orientations, qui sont déclinées en objectifs, concernent la qualité de la prise en charge de l'utilisateur dans tous les champs de compétences de l'ARS: sanitaire, médico-social et ambulatoire.

Les données du rapport ont été recueillies par l'ARS, en lien avec les Directions métiers : Direction d'Appui à la Stratégie et du Droit des Personnes, Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et Direction de la Santé Publique. Elles ont ensuite été complétées et analysées par la CDSU qui a formulé des recommandations.

Les données présentées dans ce rapport 2013/2014 correspondent, dans la mesure du possible, à l'année 2014 pour ce qui est du travail de la CRSA, de ses commissions spécialisées et de l'implication de l'ARS pour mettre en œuvre des initiatives locales en faveur du droit des usagers.

Le reste des informations et notamment ce qui concerne l'exploitation des rapports des Commissions des relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPEC) porte sur l'année 2013.

ORIENTATION 1 PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LE DROIT DES USAGERS

1 FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE

1/1 Domaine ambulatoire

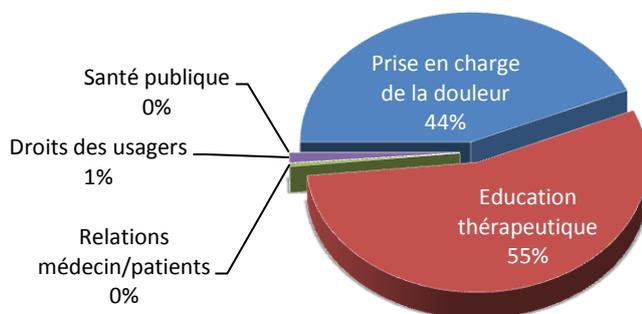
Le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qui associe la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé.

L'OGDPC assure le pilotage du DPC dans sa globalité comme en atteste son dernier rapport d'activité disponible (2013).

<https://www.ogdpc.fr/ogdpc/publications>

Les thématiques des formations ciblées par le cahier des charges et auxquelles il est important que les professionnels de santé participent sont proposées par les organismes de formation agréés par l'OGDPC mais elles sont très rarement organisées en Limousin

Nombre de formations proposées en 2013



Thèmes	Nombre de formations proposées en 2013	Nombre de formations organisées en Limousin
Prise en charge de la douleur	106	0
Education thérapeutique	134	1
Relations médecin/patients	1	0
Droits des usagers	3	0
Santé publique	0	0

Comme précédemment, ces informations ne permettent toujours pas d'apprécier combien de professionnels se sont déplacés hors de la région pour suivre ces formations.

Parallèlement, en application de l'article R4382-14 du Code de la santé publique:

«le directeur général de l'ARS doit s'assurer, au moins une fois tous les cinq ans, pour les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées qui n'exercent pas à titre salarié et les auxiliaires médicaux à exercice libéral, lorsqu'ils ne relèvent pas d'un ordre professionnel, du respect de leur obligation annuelle de développement professionnel continu.

Si cette obligation n'est pas satisfaite, le directeur général de l'ARS demande à l'auxiliaire médical concerné les motifs du non-respect de cette obligation. Le directeur général apprécie, au vu des éléments de réponse communiqués, s'il y a lieu d'établir un rapport pour apprécier si la méconnaissance par l'auxiliaire médical de son obligation de développement professionnel continu est de nature à entraîner une insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de sa profession. Ce rapport motivé est établi par trois auxiliaires médicaux de la même profession que l'intéressé désignés comme experts, l'un par celui-ci, le deuxième par le directeur général de l'agence régionale de santé et le troisième par les deux premiers experts. Ce dernier est choisi parmi les enseignants de la profession.

Le directeur général apprécie, au vu des conclusions de ce rapport, s'il y a lieu de saisir, conformément à [l'article L. 1435-7](#), le représentant de l'Etat territorialement compétent de la situation de l'intéressé afin de mettre en œuvre les mesures de police administrative qui relèvent de sa compétence.

Au vu des attestations transmises à l'ARS, les seules informations disponibles concernent les formations suivies par les orthoptistes et les orthophonistes :

- orthoptistes : prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées
dépistage de la rétinopathie diabétique
diplopie
- orthophonistes : troubles de la déglutition neuro-gériatriques
amélioration de la prise en charge des patients

Faute de temps et de moyens, l'ARS n'est pas en mesure d'appliquer la réglementation aussi strictement que prévu par le Code de la santé publique.

1/2 Domaine hospitalier

Les données recueillies proviennent des informations fournies par l'ANFH qui dispense des actions de formation financées par des crédits nationaux et des actions de formation financées par des crédits régionaux.

Actions d'initiative nationale	Réédition d'actions d'initiative régionale	Nouvelles actions d'initiative régionale
Gestion des risques associés aux soins en équipe 1 session/10 stagiaires	Bienveillance : une réflexion collective pour une amélioration des pratiques professionnelles 1 session/10 stagiaires	Bienveillance dans le cadre des soins à domicile 1 session/9 stagiaires
	Après le décès : prendre soin du défunt et de l'entourage 2 sessions/26 stagiaires	Education thérapeutique : motiver les patients, impulser une démarche 2 sessions/27 stagiaires
	Diagnostic précoce des personnes présentant un risque suicidaire élevé 1 session/10 stagiaires	Education thérapeutique : impulser un programme d'ETP 2 session/31 stagiaires
		Prise en charge des troubles psychiatriques en EHPAD 1 session/13 stagiaires
		Faire du projet personnalisé du résident l'affaire de tous 2 sessions/26 stagiaires
		Fondamentaux de la gériatrie 1 session/16 stagiaires

Les formations proposées par l'ANFH ne sont pas les seules auxquelles peuvent participer les professionnels de santé puisque les établissements ont leurs propres programmes de formation. Les formations listées dans le tableau ci-dessous ont été réalisées sur 18 sessions au bénéfice des agents de 13 établissements de la région.

Intitulé formation	Organisme de formation
Droit des usagers	CH BRIVE
Le droit des patients	ADVITAM
Les droits des patients et ceux des professionnels	IGL
Les droits des patients	INFOR SANTE
Optimiser la gestion des plaintes et des réclamations	L'ENTREPRISE MEDICALE
Respect des droits des patients et de leurs familles	CHU LIMOGES
Responsabilité juridique et gestion des plaintes en établissements de santé	SHAM
Responsabilités juridiques des professionnels de santé - Droits des patients et des usagers du système de santé	AMS GRAND SUD
Soins Palliatifs : éthique et droits des patients	CHU LIMOGES

1/3 Domaine médico social

Aucune donnée n'est disponible sur les formations financées par les OPCA.

Il faut cependant noter que les formations proposées par l'ANFH permettent aux professionnels dépendant des structures hospitalières qui interviennent dans le secteur médico-social, de se former.

La CSDU :

- **Constate à nouveau la réelle difficulté pour obtenir ces informations qui sont importantes.**
- **Souhaite que la CNS intervienne auprès de l'OGDPC pour la communication à chaque région des données dont il dispose.**

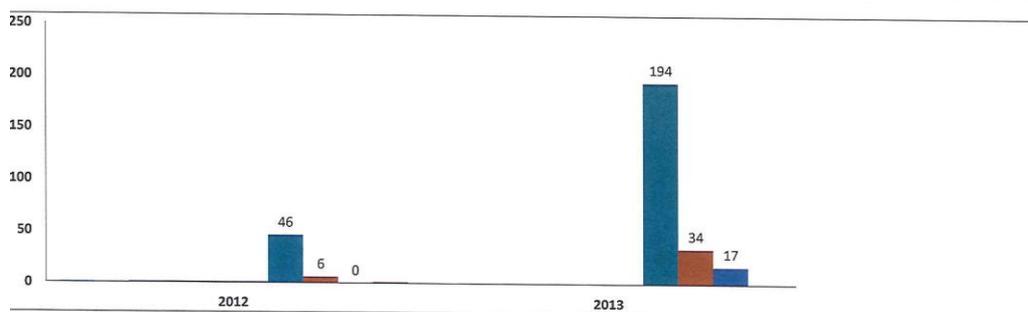
2 RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'EVALUATION DU RESPECT DU DROIT DES USAGERS

2/1 Domaine ambulatoire

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a accepté, à la demande de la Mission des usagers du ministère de la santé, de transmettre aux Conseils régionaux la synthèse par région des informations recueillies concernant les plaintes et doléances reçues dans chaque région.

Cette initiative permettra, dorénavant, de suivre et de mieux exploiter les informations fournies d'une année sur l'autre

REGION LIMOUSIN (Corrèze - Creuse - Haute Vienne)		2012	2013	
AFFAIRES DISCIPLINAIRES	Total des plaintes et Doléances reçues	Entre médecins	10	28
		Entre particuliers et médecins	34	160
		Entre médecins et établissements de soins	2	6
		Total	46	194
	Conciliations	Entre médecins (art. L4123-2 CSP)	2	11
		Entre particuliers et médecins (art. L4123-2 CSP)	4	19
		Autres conciliations (dans le cadre de l'art.56 CDM)	0	4
		Total	6	34
	Plaintes transmises	Entre médecins		6
		Entre particuliers et médecins		9
		D'une administration		0
		Par le conseil départemental (art 4 124-2 CSP)		0
		Plaintes directes du CD		2
	Total	0	17	



En cas de plainte, le Conseil Départemental est dans l'obligation légale d'organiser une conciliation dans le mois qui suit la date de réception de la plainte.

Cela permet aux parties de s'expliquer et met fin à un grand nombre de conflits. Un procès-verbal, signé par les parties est établi à l'issue de la conciliation.

Si aucun accord n'intervient, la plainte est transmise à la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} Instance, qui dépend du Conseil Régional de l'Ordre et qui est présidée par un magistrat de l'Ordre administratif. Le Conseil départemental peut s'associer ou non à la plainte en motivant sa position.

Le reste des courriers transmis aux conseils départementaux est considéré comme des doléances.

Ce sont des lettres qui critiquent l'attitude d'un médecin, sans porter plainte. Dans ce cas, le Conseil Départemental demande des explications au médecin puis répond au plaignant.

De nombreux courriers signalent des délais important pour obtenir un rendez-vous spécialisé.

S'agissant de signalements de refus de soins, les seules réclamations concernent les refus de déplacement.

De 2012 à 2013, on note une augmentation des plaintes reçues entre particuliers et médecins en Haute-Vienne (+ 7.5%) et Corrèze (+5.4%) et une diminution en Corrèze (- 22%) (*annexe 2*)

La CSDU :

- ▶ **Salue l'avancée que constitue la transmission de ces données, même s'il est difficile de commenter des chiffres bruts.**
- ▶ **Souhaite dans un deuxième temps et dans un souci d'information complet, pouvoir disposer d'informations concernant la nature des plaintes et doléances reçues.**

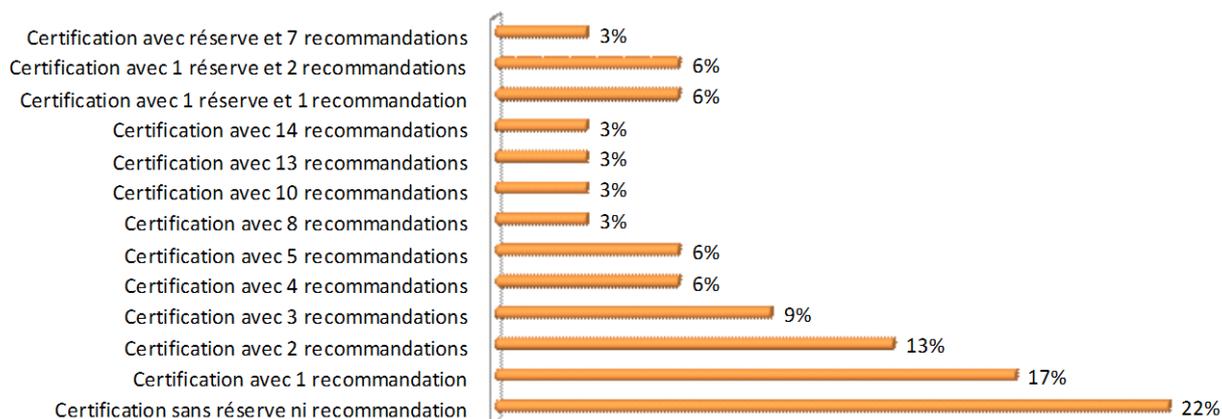
2/2 Domaine hospitalier

2/2-a Certification

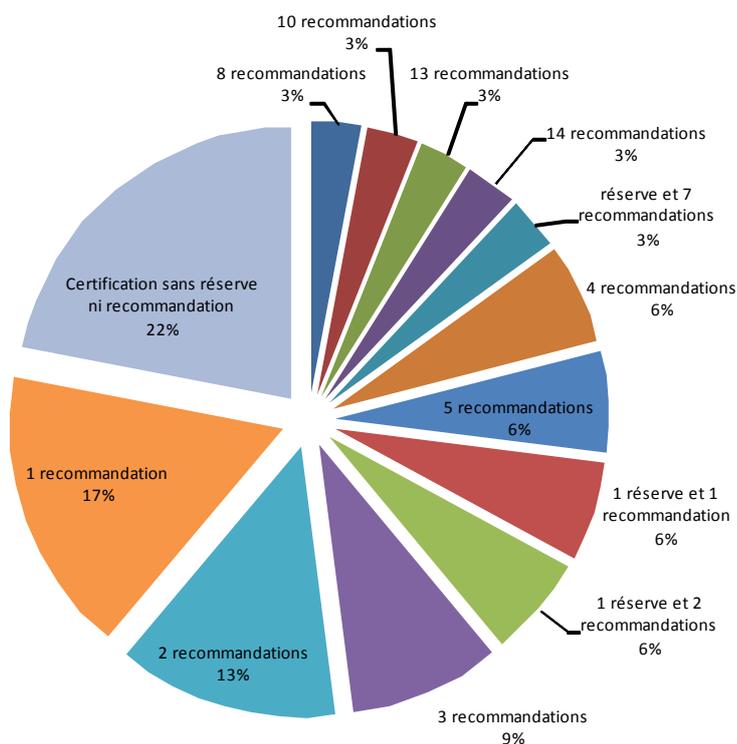
Tous les établissements de santé de la région ont été soumis à la V 2010 entre 2010 et 2014 sauf le Centre de l'Obésité dont la création est trop récente.

Les résultats ont été fournis par la Direction de l'offre de Soins et de l'Autonomie de l'ARS (Pôle « Gestion du risque/Qualité/Performance »)

Résultats V2010 pour les établissements de santé entre 2014 et 2014 (hors Centre de l'Obésité)



Part des certifications avec...



La CSDU salue la mobilisation des établissements pour associer les représentants des usagers à toutes les phases de la procédure de certification.

2/2-b Rapports des CRUQPEC

Les rapports des CRUQPEC constituent un point important de la réflexion des établissements sur la politique qu'ils mènent en faveur des usagers.

La participation de représentants des usagers au sein de ces instances permet des échanges constructifs qui débouchent sur des actions concrètes.

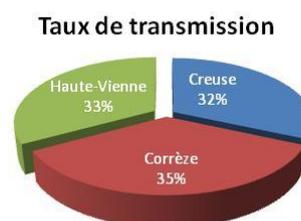
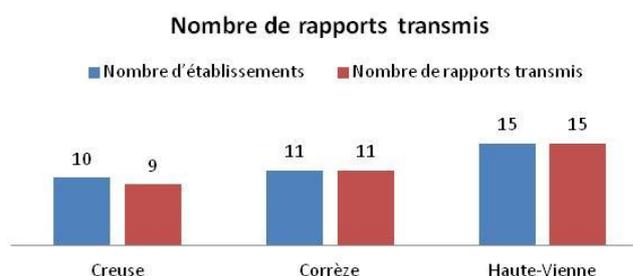
Quant à la synthèse régionale, elle permet à la CSDU de formuler des préconisations et aux établissements d'établir des comparaisons.

La trame commune, qui est de mieux en mieux renseignée, permet une analyse plus précise et plus fiable des données recueillies.

Depuis 2012, la montée en charge a été progressive mais et pour la 2^{ème} année consécutive, tous les établissements s'y conforment..

Pour l'année 2013, l'échantillon régional est composé de 36 établissements.

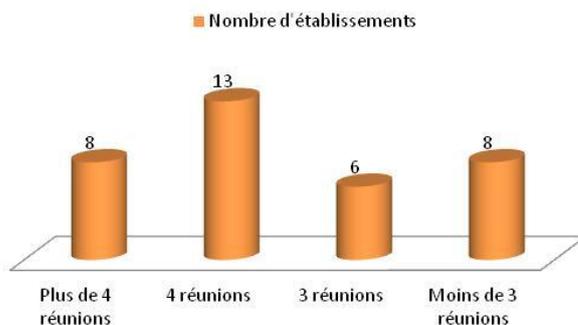
Le taux de retour des rapports est de 97%, en légère baisse par rapport à 2012.



◆ Fonctionnement des CRUQPEC

► Nombre de réunions

34 établissements sur la période de référence



La médiane s'établit à 4 réunions, en augmentation par rapport à 2012.

En général, ce sont les établissements dont l'activité est la plus importante qui organisent le plus de réunions.

Certains organisent des réunions intermédiaires en commission restreinte.

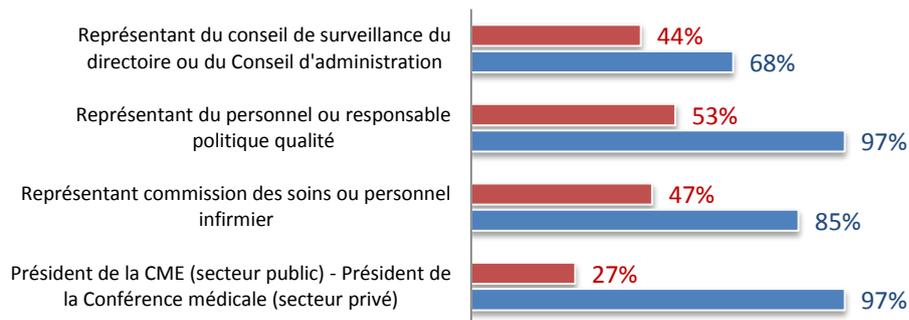
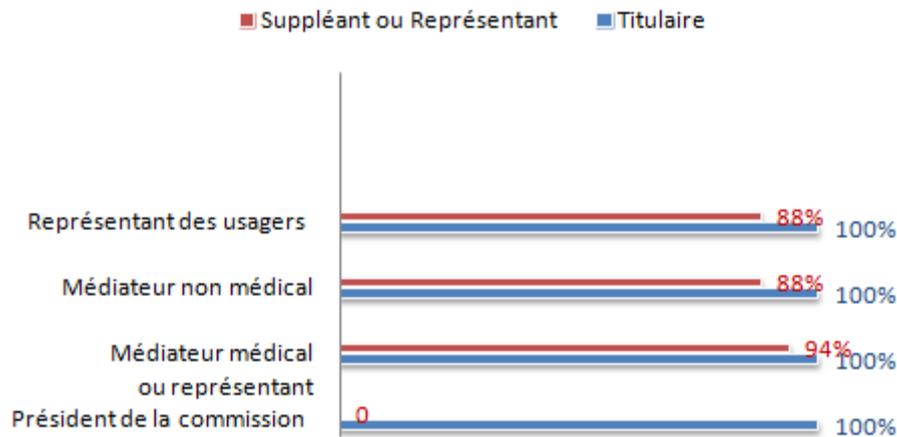
► Composition des CRUQPEC

Les observations sont les mêmes que les années précédentes

La composition minimale prévue réglementairement : président, médiateurs et RU est respectée.

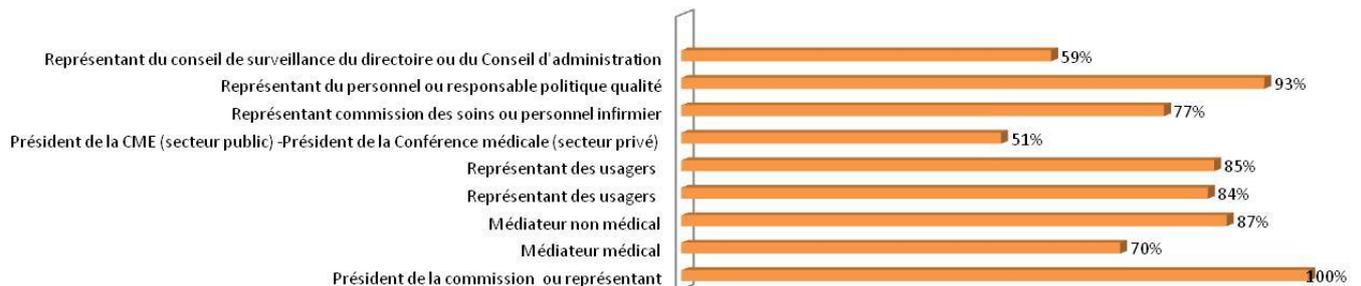
Dans les plus petits établissements, il est fréquent que 2 postes soient occupés par la même personne

Les autres postes sont assez correctement pourvus pour ce qui est des titulaires avec une attention particulière à apporter pour la représentation du personnel infirmier.



► Taux moyen de participation

Taux moyen de participation des titulaires



En dehors de la présidence qui est toujours assurée, ce sont les RU, médiateurs médicaux et responsables qualité qui sont les plus assidus.

► **Ordre du jour des réunions**

Tous les établissements indiquent que les réunions font l'objet d'un PV qui est diffusé et soumis à l'approbation des membres.

Les ordres du jour sont essentiellement consacrés aux informations sur la vie de l'établissement, les réclamations et la mesure de la satisfaction.

Tous ces éléments contribuent à la production du rapport envoyé à l'ARS.

En ce qui concerne son élaboration, les pratiques diffèrent selon les établissements. Il n'a pas toujours été possible de savoir si les membres des CRUQPEC disposent d'un temps de réflexion entre la présentation du rapport et sa validation.

► **Recensement des réclamations**

Aux questions posées concernant l'existence d'un registre des réclamations accessible et d'une information exhaustive des réclamations, tous les établissements répondent positivement.

Les pratiques de communication varient cependant selon les établissements.

Nombre de réclamations reçues par les établissements

0	entre 1 et 20	entre 21 et 40	entre 41 et 60	entre 61 et 80	entre 81 et 100	entre 101 et 300	319
3	19	7	1	2	1	0	1

Ces chiffres sont à manier avec précaution car l'activité des établissements de l'échantillon n'est pas comparable.

Pour obtenir des comparaisons fiables, il faudrait pouvoir corrélérer les chiffres avec des indicateurs tels que les hospitalisations, les consultations, la durée des séjours....

Les domaines suscitant le plus de réclamations sont, comme les années précédentes, la prise en charge médicale et l'organisation des soins, suivis par les pertes et vols subis ainsi que les problèmes de communication qui ont un impact sur les conditions de séjour et la qualité des relations avec les patients.



Les réclamations sont adressées aux établissements à part égale par les patients ou leur famille. Les établissements accusent réception dans un délai moyen de 9 jours. Les réponses définitives, essentiellement écrites (65%) sont envoyées avec un délai moyen de 15 jours, sous réserve d'un délai allongé pour les cas difficiles. S'agissant du traitement des réclamations, le recours aux médiateurs est assez fréquent. Les CRUQPEC sont informées des réclamations. Leur avis est encore trop rarement sollicité, même si des progrès ont été réalisés. S'agissant des contentieux, les recours devant le Tribunal administratif ou la Commission de Conciliation et d'Indemnisation sont peu nombreux.

La CSDU :

- rappelle son attachement au respect du parcours des réclamations auxquelles les représentants des usagers doivent avoir accès dans de bonnes conditions.
- note avec satisfaction que certains établissements commencent à associer les RU au traitement des réclamations.

►Satisfaction des patients

La mesure régulière de la satisfaction des patients hospitalisés est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Depuis les premières démarches d'accréditation en 1997, la Haute Autorité de Santé (HAS) a exigé la mise en œuvre, dans les établissements sanitaires, d'une méthodologie d'écoute des usagers avec, notamment, la mise en place de questionnaires de sortie qui doivent être évalués en lien avec les CRUQPEC puisque les actions qui en découlent résultent des évaluations conduites dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les établissements de santé et les structures du Limousin avaient élaboré différents outils de recueil de la satisfaction, propres à chaque établissement, mais les résultats obtenus à partir de ces différents critères n'étaient pas comparables au niveau régional.

C'est pourquoi, à la demande de l'ARS et en lien avec le CISS, le GCS EPSILIM a lancé, en 2011, le projet visant à l'harmonisation de l'ensemble des questionnaires de sortie et de satisfaction des structures et établissements de la région Limousin (secteur MCO-SSR ; secteur psychiatrie et secteur hospitalisation à domicile) pour constituer une base régionale pouvant alimenter les réflexions stratégiques de la tutelle et orienter les politiques d'établissement.

Le GCS EPSILIM n'est actuellement plus l'opérateur de cette étude, ce qui explique que, comme pour le rapport 2012/2013, seules les données chiffrées sont disponibles

Elles permettent toutefois d'établir des constats par thématique du niveau de satisfaction des usagers en Limousin ainsi qu'une comparaison des années 2012 et 2014 pour les établissements à activité MCO-SSR et les établissements à activité psychiatrie.

MCO-SSR	2012	2014	±
Accueil	81.9	82,1	
Information donnée aux patients	84.9	81,9	
Comportement envers le patient	85.3	84,4	
Prise en charge des patients	83.4	83,4	
Prestations hôtelières	75.6	78,5	
Préparation de la sortie	81.7	77,6	
Indicateur synthétique	83	82,2	

PSYCHIATRIE	2012	2014	±
Accueil	77.8	78,5	↑
Information donnée aux patients	79	78,9	↓
Restauration	71.1	73,6	↑
Hébergement	78.7	78,9	↑
Autres prestations hotelières	77.5	78,9	↑
Comportement envers le patient	82.9	83,6	↑
Prise en charge des patients	76.2	79,05	↑
Préparation de la sortie	77.8	80,05	↑
Indicateur synthétique	77.6	78,8	↑

Hospitalisation à domicile	2012	2014	
Organisation de la prise en charge	non exploité	87,8	
Information donnée aux patients	non exploité	84,5	
Comportement envers le patient	non exploité	89,2	
Prise en charge des patients	non exploité	88,9	
Indicateur synthétique	non exploité	87,7	

⇒ en 2014, comme en 2012 le niveau de satisfaction global des usagers des établissements à activité MCO-SSR est meilleur que celui des établissements à activité psychiatrie L'indicateur synthétique (tous items confondus) obtenu au QSU MCO-SSR est de 82.2 alors que celui obtenu au QSU PSY est de 78.8. Ces résultats sont à relativiser en fonction du type de population accueillie et des pathologies prises en charge dans les divers établissements ayant participé.

On note cependant, par rapport à 2012, une évolution positive dans le secteur psychiatrie et une tendance à la baisse dans le secteur MCO-SSR.

⇒ La thématique qui obtient le plus haut score de satisfaction concerne, comme en 2012, le comportement envers le patient avec des scores respectifs de 84,4 (en diminution) pour les établissements à activité MCO-SSR et 83 (en augmentation) pour les établissements à activité psychiatrique.

⇒ La thématique de l'information donnée au patient, dont fait partie le recueil du consentement préalable aux soins n'est pas aussi satisfaisant en 2014 qu'en 2012. C'est le seul item qui est en baisse pour les établissements à activité psychiatrique.

⇒ L'indicateur de satisfaction sur la prise en charge du patient reste stable pour les établissements à activité MCO-SSR et progresse pour les établissements à activité psychiatrique.

⇒ Le score de satisfaction obtenu à l'item de l'accueil dans l'établissement progresse dans les deux secteurs.

⇒ La préparation de la sortie diminue sensiblement dans les établissements MCO-SRR : indicateur les plus bas.

⇒ S'agissant des établissements à activité d'hospitalisation à domicile (HAD), le niveau de satisfaction global est le meilleur des trois secteurs et c'est aussi l'item « comportement envers le patient » qui recueille le meilleur score.

La CSDU souhaite :

- ▶ que cette étude régionale, menée en Limousin depuis 2011, qui constitue une source d'orientation de la politique régionale en matière de la qualité de la prise en charge des usagers, perdure dans les mêmes conditions malgré le changement d'opérateur, pour garantir, d'une année sur l'autre, des comparaisons fiables.
- ▶ pour un meilleur taux de retour des questionnaires, revoir la façon dont les questionnaires sont remis aux patients et prendre en compte, comme l'avait fait le « baromètre » du CISS Limousin, les consultations externes.

◆ Information et Formation des représentants des usagers et des professionnels de santé

▶ **Participation des représentants des usagers aux autres instances des établissements**

La participation aux CLIN est stable d'une année sur l'autre : 90%. Dans la mesure où beaucoup de RU siègent dans cette instance, le guide « *je suis RU engagé(e) dans la prévention des infections associées aux soins ; ce qu'il est important de savoir* » est un document à porter à leur connaissance.



Guide RU_2014.pdf

La participation aux CLAN est en augmentation : 61%, ce qui est conforme aux préconisations de la CSDU.

Le participation aux CLUD est plus faible : 42%

En ce qui concerne l'éthique, la mise en place de comités progresse et la participation suit cette tendance.

La CSDU :

- ▶ estime que «ERELIM» doit être à l'origine d'une dynamique régionale qui alimenterait la réflexion des comités d'éthique qui existent dans les établissements.
- ▶ note avec satisfaction que ERELIM sera en mesure de proposer dans un avenir proche des formations aux RU.

▶ **Supports d'information**

⇒ Patients

Les modes d'information ne varient pas : livret d'accueil, affichage, plaquette.

La mise à disposition d'une adresse électronique tend à se généraliser. L'étude des rapports ne permet pas de savoir si ce mode de communication permet de contacter directement les représentants des usagers.

⇒ Professionnels de santé

Tous les modes de communication classiques : affichage, livret d'accueil, réunions, intranet, journal interne, sont exploités avec tout de même une large utilisation de l'affichage.

► **Formation**

⇒ Représentants des usagers

Leur formation est toujours essentiellement assurée par le CISS (voir infra ; pageX).

On note cependant que les établissements tendent plus qu'avant, si le thème de la formation s'y prête, à les associer : gestion du risque, communication pour rectifier ses erreurs, bientraitance, prise en charge du suicidant ou droits des patients.

Les RU sont aussi associés aux manifestations de la semaine de sécurité des patients.

Un établissement a invité les RU à participer à une session de formation sur l'existence et le rôle de la CRUQPEC auprès des futurs infirmier(e)s.

⇒ Professionnels de santé

Les rapports CRUQPEC ne sont pas tous assez précis en ce qui concerne les thématiques des formations dispensées aux professionnels et qui sont en lien avec la qualité de la prise en charge des patients. Les informations disponibles proviennent de l'ANFH (**voir supra ; page 4**)

► **Maisons des usagers**

⇒ Suite aux préconisations du groupe de travail, les établissements commencent à mettre en place des comités des usagers pour permettre la mobilisation des associations sur des intérêts communs et une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels, des bénévoles et des patients.

Une illustration notable de ces initiatives est celle menée par le CH Esquirol qui a créé le Pôle des usagers.

⇒ En 2005, les représentants des usagers ont réfléchi avec la Direction de l'établissement et la CME pour voir comment les familles pourraient rencontrer leurs proches hospitalisés dans un lieu neutre. En septembre 2005, la Maison des usagers était inaugurée.

⇒ Dès le début de 2006, les bénévoles de toutes les associations se sont retrouvés ensemble dans ce lieu et ont organisé les premières permanences. Sur une proposition du Directeur les associations ont ensuite constitué un Comité des usagers.

Des réunions internes, coordonnées par les bénévoles du Comité ont permis l'émergence de propositions comme la mise en place d'une permanence hebdomadaire d'avocats.

Les représentants du Comité rencontrent 2 fois par an le Directoire sur un ordre du jour qu'ils établissent et ils sont invités à participer aux formations suivies par le personnel.

⇒ En 2012, une Commission permanente Usagers-Professionnels a été mise en place. Cela a permis un travail collégial sur la bientraitance, les permanences décentralisées, la formalisation d'un temps d'écoute des familles .

⇒ Début 2014, un projet des usagers a été inclus dans le projet d'établissement ainsi qu'un projet de parcours de soins et en novembre 2014, a été créé le Pôle des usagers.

Avec des prérogatives similaires à celle des autres pôles de l'établissement, il est force de proposition, via des actions concrètes formalisées par un contrat de pôle. Impliqué dans des actions transversales, il est garant d'une démocratie sanitaire citoyenne et participative à tous les stades de la prise en charge et de l'accompagnement des usagers. Il est notamment chargé de favoriser une politique d'échanges entre tous les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement, mais aussi de favoriser l'information et la communication afin de « déstigmatiser » la maladie mentale

Il est aussi chargé de développer l'accès à la formation au profit des usagers, familles et RU et de veiller au confort de vie des usagers,

2/3 Domaine médico social

2/3-a Les Conseils de la Vie Sociale (CVS)

◆ Formation des membres des CVS

Les premières séances des Conseils de la Vie Sociale Départementaux, ont permis de repérer la nécessité d'améliorer et d'aider les Présidents et les représentants des usagers en CVS pour exercer leurs missions.

Les deux moyens pour y répondre sont l'information des professionnels et la formation des membres des CVS.

Un groupe de travail associant des représentants du CISS des établissements, des associations gestionnaires, des usagers et l'ARS Limousin a réfléchi à la mise en œuvre, en 2013, d'une journée de formation et de sensibilisation pour les Présidents de CVS et les représentants des usagers.

Au cours du 3^{ème} trimestre 2014, cette information a été relayée dans chaque département en présence de :

⇒ l'ARS qui a rappelé le contexte ayant conduit à la mise en place des formations pour les membres des CVS.

⇒ le CISS dont le Président est celui de la Commission spécialisée usagers de la CRSAS qui a présenté la démarche : acteurs, finalité du projet.

⇒ la Présidente de la Commission spécialisée médico-sociale de la CRSA qui a présenté le bilan des formations réalisés.

L'accueil a été très positif car la démarche répond à un réel besoin. C'est pourquoi, le dispositif sera poursuivi.

◆ Elaboration d'une trame des rapports CVS

Le projet d'élaboration d'une trame pour les rapports CVS sur le modèle de celle des rapports CRUQPEC s'est concrétisé fin 2014.

Le groupe de travail composé de membres de la CSDU et de la CS médico-sociale a étudié ce qui existe dans les autres régions (Centre et Picardie, essentiellement) pour construire la trame qui a été diffusée dans des établissements « test » de la région.

La généralisation interviendra début 2016 après réalisation des ajustements nécessaires

2/3-b Les personnes qualifiées

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale., la personne qualifiée intervient au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux définis à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, dans les secteurs de l'enfance, du handicap et des personnes âgées.

◆ Missions

La personne qualifiée accompagne le demandeur pour que soient notamment respectés sa dignité, son intégrité, sa vie privée, son libre choix, sa prise en charge, ses droits fondamentaux et l'accompagnement de sa prise en charge.

Le rôle de la personne qualifiée est d'assurer une médiation afin de permettre à l'usager de faire valoir ses droits (articles L 311-3 à L311-9 du code de l'action sociale et des familles).

Aucune procédure n'existe vraiment. En général, la personne qualifiée est contactée par les familles ou les résidents. Puis, en fonction de la nature du conflit, elle rencontre la direction de l'établissement ou réunit les différentes parties pour tenter de restaurer le dialogue car la faculté d'écoute est essentielle pour assurer cette mission.

Elle informe le demandeur (ou son représentant légal) des suites données à sa demande, des démarches éventuellement entreprises ainsi que, le cas échéant, des mesures qu'elle peut-être amenée à suggérer, même si elle n'a pas de pouvoir d'injonction vis-à-vis de l'établissement d'accueil, ni de l'administration

Elle doit cependant rendre compte de ses constats et démarches à l'autorité chargée du contrôle de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil et, en tant que de besoin, à l'autorité judiciaire. Elle peut également informer la personne ou l'organisme gestionnaire.

Le préfet de département, le président du conseil général et le directeur général de l'ARS compétente ont l'obligation d'établir une liste désignant les personnes qualifiées auxquelles les usagers pourront avoir recours. En Limousin, une liste par département a été établie.

Les personnes désignées le sont en fonction de la connaissance qu'elles ont du secteur social et médico-social, en matière de droits sociaux et de l'organisation administrative et judiciaire.

La personne qualifiée est indépendante des collectivités publiques qui procèdent à sa nomination et des structures d'accueil.

Le demandeur est libre de choisir la personne qualifiée de son choix sur la liste départementale.

Une personne qualifiée ne peut s'autosaisir d'une situation.

La mission assurée par une personne qualifiée est gratuite pour l'usager qui la sollicite.

En Limousin, comme dans beaucoup d'autres régions, leur rôle reste méconnu du public et des principaux intéressés (résidents et familles), même si, la liste de ces personnes, avec leur nom et des coordonnées, doit pourtant obligatoirement figurer sur les panneaux d'affichage des établissements et être facilement visible des résidents et de leurs proches.

◆ Perspectives

Pour leur permettre d'assurer leur mission dans de meilleures conditions, la CRSA, en lien avec l'ARS, a décidé de les associer aux formations des membres des CVS et de réfléchir avec elle comment valoriser leur rôle et les faire connaître ce qui permettrait d'atténuer les tensions qui existent au quotidien dans les établissements.

2/3-c Parcours santé des personnes handicapées

Conformément aux conclusions du rapport remis par Pascal JACOB à la Ministre des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et aux priorités fixées par le Projet Régional de Santé du Limousin 2012-2016, l'ARS, les représentants des personnes handicapées ainsi que les acteurs des secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire de la région Limousin ont décidé de s'engager en faveur de l'accès aux soins des personnes handicapées, en signant le 30 octobre 2014 la Charte Romain Jacob..

Conscients que la santé est un droit fondamental de la personne humaine et que le handicap peut encore être source de questionnements voire de peurs et d'obstacles aux soins, les signataires ont exprimé leur détermination en faveur de l'accès à la santé des personnes handicapées et à la coordination et fluidité de leurs parcours de santé.

Cette charte s'inscrit dans les orientations des politiques publiques en faveur de l'insertion sociale et de la pleine citoyenneté des personnes handicapées.

<http://www.ars.limousin.sante.fr/Signature-de-la-charte-Romain.176860.0.html>

La mise en place **du parcours d'accès à la santé des personnes handicapées** fait suite à la signature de la Charte :

Ont été identifiés des points de rupture

- Préparation insuffisante du monde de la santé pour prendre en charge, accueillir et soigner les personnes présentant un handicap, surtout si celui-ci est lourd.
- Manque de formation des professionnels.
- Déficit de coordination entre les acteurs du soin et ceux de l'accompagnement.
- Besoin d'amélioration des structures de soins en termes d'accessibilité.

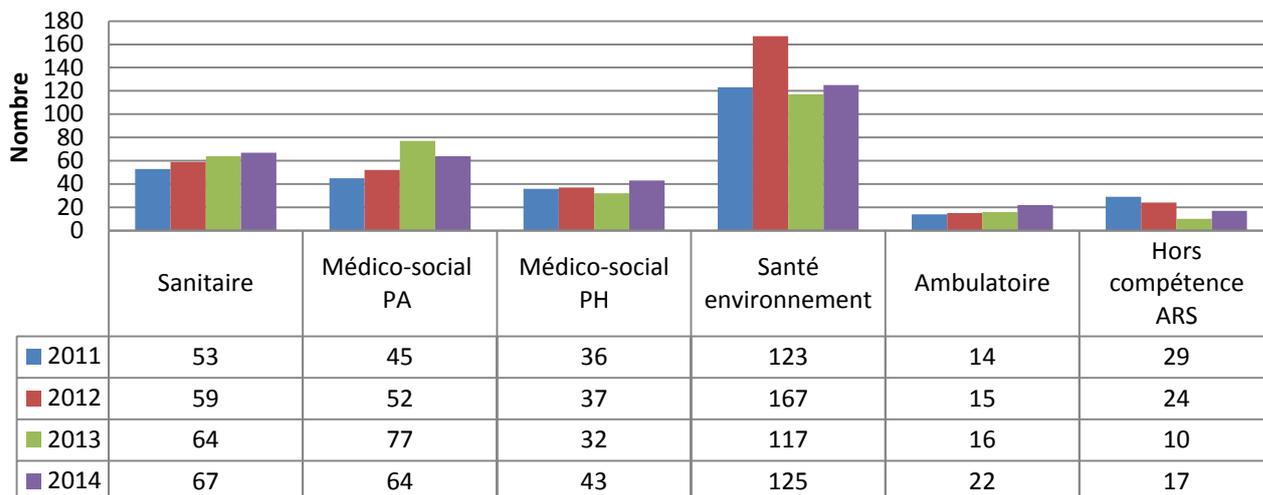
et des actions pour y remédier

ACTIONS CIBLEES	MISE EN OEUVRE
Promotion d'une activité physique et sportive adaptée:	⇒groupe de travail en cours avec la Direction régionale jeunesse, Sports et Cohésion Sociale ⇒questionnaire à envoyer aux EMS pour état de l'existant – action à développer auprès des travailleurs d'ESAT
° Accompagnement de la déficience sensorielle et des troubles spécifiques du langage:	⇒pôle d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS) : déclinaison de la convention partenariale ARS/Education Nationale ⇒ coordination du parcours des déficients sensoriels: appel à candidature pour coordonner les actions des secteurs sanitaire, social, médico-social pour l'accompagnement de la déficience sensorielle à tous les âges de la vie
Accompagnement des situations critiques	⇒mise en œuvre du rapport Piveteau pour les personnes en rupture de parcours du fait de la grande complexité du handicap ⇒ travaux menés avec les MDPH et les acteurs concernés
Amélioration du recours aux services d'HAD:	⇒groupe de travail en cours avec les services d'HAD(questionnaire envoyé aux EMS sur l'état des lieux de l'existant
Amélioration de la santé bucco dentaire:	⇒élargir le réseau EHPADENT aux personnes handicapées (formation, prévention, dépistage) ⇒étendre le dispositif tel'edent (télédiagnostic) initié en Creuse aux structures pour PH ⇒développer dans chaque département des dispositifs adaptés, ex: cabinet de dentisterie au CH de St Yrieix
Amélioration de l'accès aux soins courants	⇒généralisation de dispositifs locaux ayant fait la preuve de leur efficacité, ex: équipe formée à tout type de handicap au CH d'Esquirol, signalétique adaptée à la déficience visuelle au centre La Chênaie...

Le parcours a été présenté à l'Assemblée plénière de la CRSA et pour contribuer à sa mise en œuvre, les membres de la Commission spécialisée « prise en charge et accompagnements médico-sociaux » ont décidé de mettre en place des groupes de travail sur les thématiques de l'amélioration de la santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins.

1/4 Réclamations et signalements enregistrés par l'ARS

Evolution du nombre de réclamations/signalements entre 2011 et 2014



MOTIFS DE RÉCLAMATIONS ET SIGNALEMENTS ENREGISTRÉS EN LIMOUSIN EN 2014																			
	Maltraitance	Violences psycho-morales	P.E.C. hors médical	P.E.C. médicale et paramédicale	Violences Physiques	Organisation des Soins	Hygiène	Insuffisance de personnels	Retard ou erreur de diagnostic	Négligences graves	Violences entre résidents	Hébergement/alimentation	Attitude des personnels	Conflit relationnel du personnel	Atteinte aux biens	Respect des droits du patient	Signalement d'événements indésirables/autres	Continuité des soins/rapprochement familial	Total
Secteur Sanitaire	8	1	1	24	0	4	0	0	2	2	0	1	10	0	1	5	8	0	67
Secteur Ambulatoire	0	2	1	6	0	2	1	0	1	2	0	0	2	0	0	0	4	1	22
Secteur Médico-Social (Personnes Agées)	7	1	7	12	0	1	5	1	0	3	0	3	2	1	1	2	18	0	64
Secteur Médico-Social (Personnes Handicapées)	4	0	2	3	1	1	1	0	0	1	10	1	1	0	0	0	18	0	43
TOTAUX	19	4	11	45	1	8	7	1	3	8	10	5	15	1	2	7	48	1	196
Le thème "Ambulatoire" comprend les professionnels de santé libéraux, les laboratoires, les ambulances, les cabinets infirmiers etc ...																			
TOTAL Santé-Environnement :																			125
TOTAL TOUTES RECLAMATIONS :																			321
SANTÉ-ENVIRONNEMENT																			
Eau et Alimentation	7																		
Environnement	22																		
Espace Clos	0																		
Autres	2																		
Habitat	94																		
Les dossiers hors compétence ne sont pas comptabilisés dans ce tableau (sauf pour S-E)																			

La CSDU :

- souhaite que les réclamations santé environnement puissent être portées à la connaissance de l'Observatoire Régional Santé Environnement.
- note, avec satisfaction, que l'ARS informe les plaignants qu'ils ont la possibilité de s'adresser à la CRUQPEC ou aux personnes qualifiées s'ils le souhaitent
- outre les informations chiffrées, souhaite connaître les suites données aux réclamations reçues par l'ARS.
- constate que toutes les réclamations du secteur hospitalier sont envoyées par les plaignants, a minima, aux établissements et à l'ARS, ce qui l'amène à s'interroger sur le circuit de traitement qui, pour gagner du temps, pourrait être simplifié.

3 DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE

3/1 Promouvoir la bientraitance

Les informations disponibles concernent le domaine hospitalier, à partir des cotations de la HAS qui déterminent le niveau de qualité atteint

Cotation A : Le critère est totalement satisfait, au regard des éléments d'appréciation.

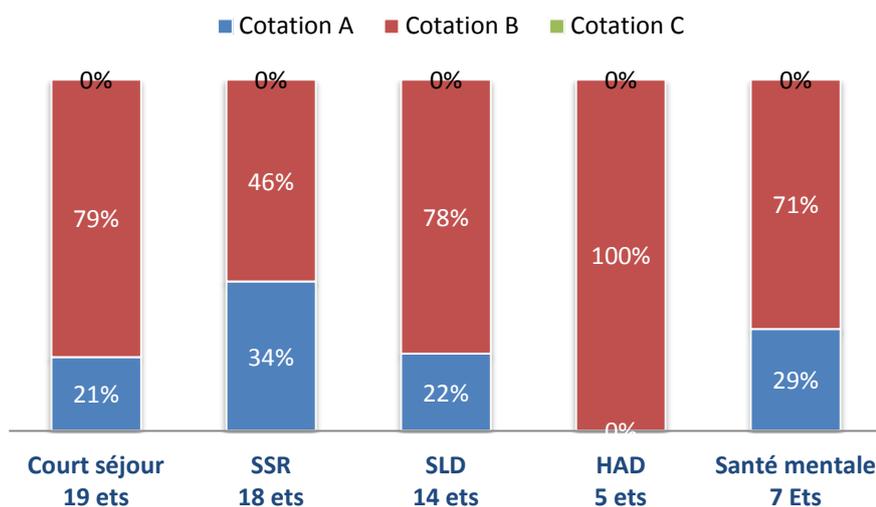
Cotation B : Le critère est en grande partie satisfait, au regard des éléments d'appréciation.

Cotation C : Le critère est peu ou partiellement satisfait, au regard des éléments d'appréciation.

Cotation D : Le critère est trop peu ou non satisfait dans les secteurs d'activité et/ou de façon trop rare.

Dans la région, le critère de promotion de la bientraitance est totalement ou en grande partie satisfait

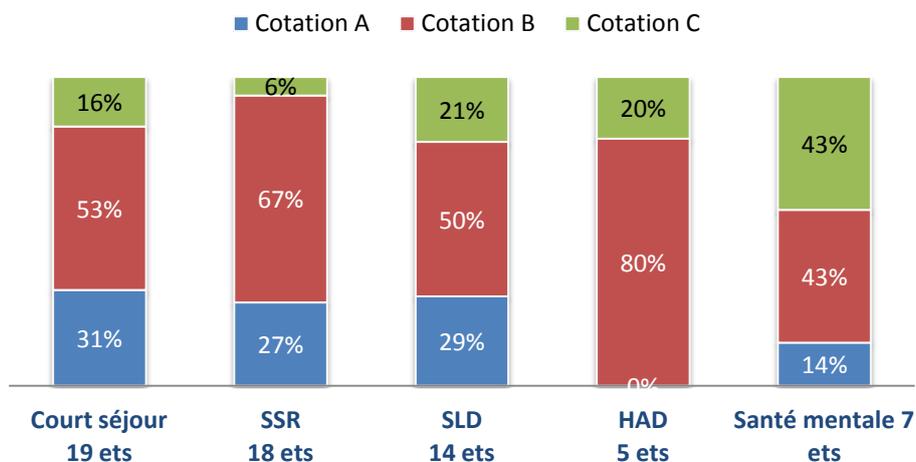
Promouvoir la Bientraitance



3/2 Prendre en charge la douleur

Il existe une réelle marge de progression.

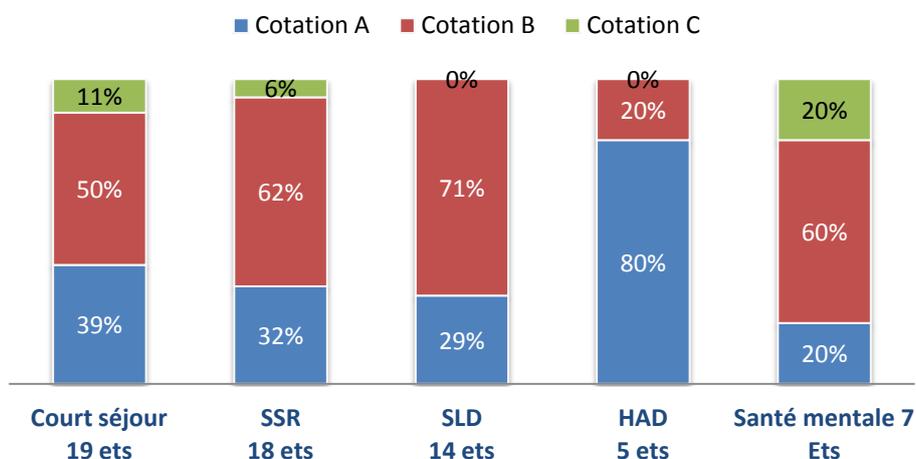
Prendre en charge la Douleur



3/3 Encourager la rédaction de directives anticipées

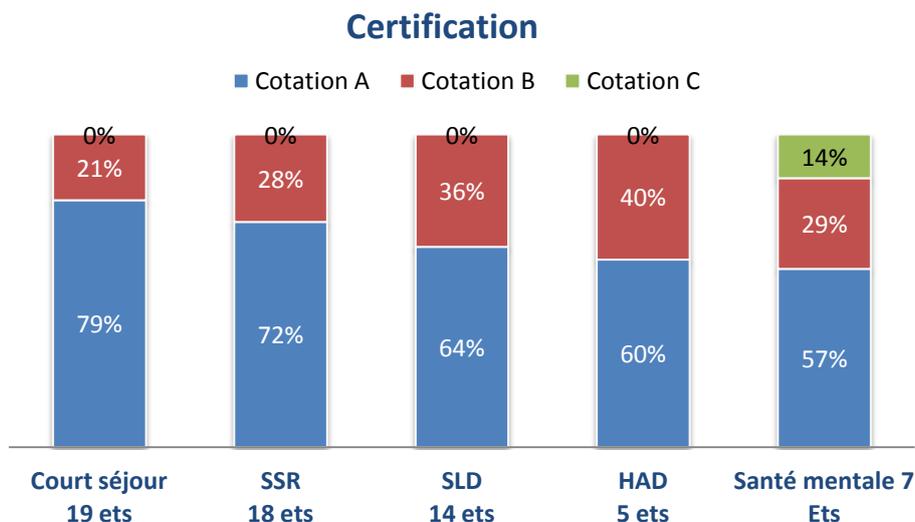
Il existe une marge de progression, sachant que dans certains secteurs, il est plus difficile d'intervenir auprès des patients pour des raisons de durées de séjour ou de pathologies rencontrées.

Encourager la rédaction de directives anticipées



4 DROIT A L'INFORMATION : ACCES AU DOSSIER MEDICAL

4/1 Certification



4/2 Rapports CRUQPEC

DOSSIERS DE MOINS DE 5 ANS								
Pas de demandes	Nombre de demandes				Délai de réponse	Origine de la saisine		
	entre 51 et 100	entre 51 et 100	entre 101 et 400	entre 401 et 710		Patient	Famille	Autres
18%	62%	9%	6%	6%	7 jours	51%	29%	20%

DOSSIERS DE PLUS DE 5 ANS								
Pas de demandes	Nombre de demandes				Délai de réponse	Origine de la saisine		
	entre 51 et 100	entre 51 et 100	entre 101 et 400	entre 401 et 710		Patient	Famille	Autres
43%	55%	2%			10 jours	76%	12%	12%

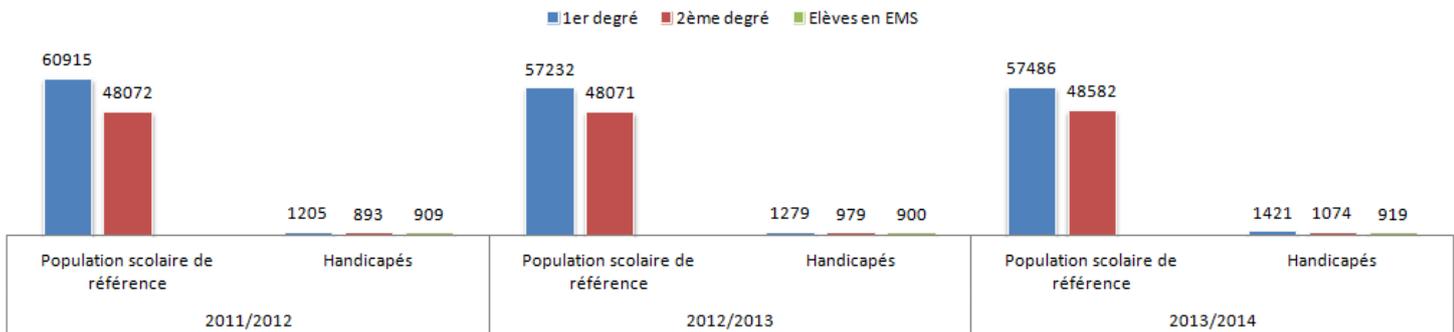
5 ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE

5/1 Evolution de la scolarisation des enfants handicapés par rapport à la population scolaire de référence

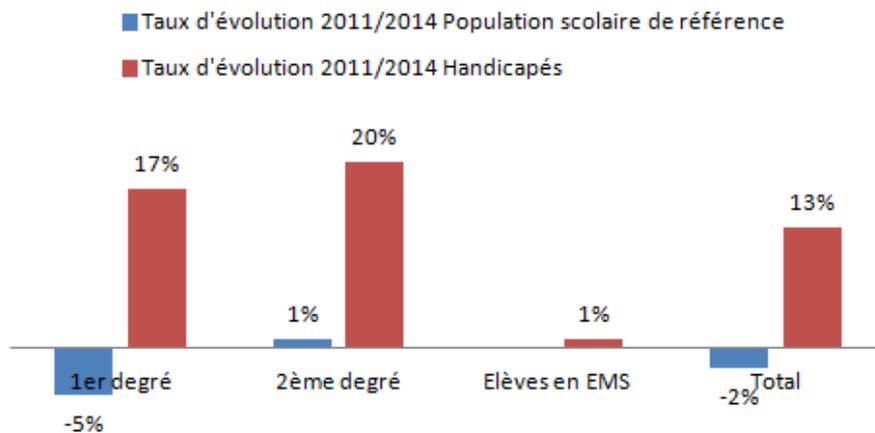
Comme les années précédentes, la CSDU a souhaité mesurer cette évolution en reprenant les mêmes données qui sont extraites du rapport réalisé chaque année par les services du Rectorat de l'Académie de Limoges

http://cache.media.education.gouv.fr/file/eleves_a_besoin_educatifs_particuliers/00/0/dossier_Handicap_Limoges_web_398000.pdf

Evolution de la part des élèves handicapés depuis 2011



Taux d'évolution 2011/2014



	2011/2012			2012/2013			2013/2014			Taux d'évolution 2011/2014		
	Ordinaire	CLIS *	ULIS **	Ordinaire	CLIS	ULIS	Ordinaire	CLIS	ULIS	Ordinaire	CLIS *	ULIS **
1er degré	740	465		826	453		933	488		26%	4%	
2ème degré	387		332	651		328	697		377	80%		13%
Total	1127	465	332	1477	453	328	1630	488	377	44%	4%	13%
* Classe pour l'inclusion scolaire classes comprenant 12 élèves maxi possibilité de suivre totalement ou partiellement un cursus en milieu ordinaire				** Unité localisée pour l'inclusion scolaire Regroupement d'un petit groupe d'élèves ayant le même type de handicap inscription dans les classes ordinaires de l'établissement								

La CSDU

- ▶ prend note de ces éléments chiffrés et des avancées réalisées mais préconise une meilleure anticipation pour l'élaboration des plans personnalisés afin de permettre une rentrée et une année scolaire plus efficientes.
- ▶ souhaite la sensibilisation et le renforcement de la formation des personnels concernés.
- ▶ déplore la diminution des moyens accordés aux Réseaux d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté et par voie de conséquence le manque constaté.

5/2 Suites de la convention ARS/Rectorat du 4 février 2014

5/2-a Pôle d'aide à la scolarisation des jeunes sourds

Pour la scolarisation en milieu ordinaire des enfants atteints de surdité. Ce dispositif existe en Corrèze et le déploiement s'étudie actuellement avec les services de l'association régionale pour la déficience sensorielle autour de trois axes dépistage/prévention, scolarité, et formation.

5/2-b Unités d'enseignement pour jeunes autistes:

La première unité a été implantée à Brive en 2014.

Un appel à candidature a été publié sur le site de l'ARS en mars 2015

Au regard des réponses apportées, une 2 me unité sera implantée sur la commune de Limoges à la rentrée 2015.

5/2-c Poursuite des actions de coordination avec l'Education Nationale:

le 18 février 2015 a eu lieu une journée anniversaire de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances des personnes handicapées co organisée par l'éducation nationale et l'ARS et associant tous les acteurs oeuvrant dans le champ de la scolarisation des élèves handicapées (environ 300 personnes présentes).

5/2-d Mise en place d'un groupe de travail national DGCS/Education Nationale

Une première réunion a eu lieu en avril 2014.

Le Limousin se caractérise par la présence d'un binôme EN/ARS, ce qui n'est pas le cas des autres représentants conviés. L'objectif est d'élaborer un cahier des charges sur le développement des unités d'enseignement des IME   externaliser en milieu scolaire ordinaire, message que nous faisons passer en Limousin en nous appuyant sur la convention

6 DROIT DES PERSONNES DETENUES

6/1 Nombre d'extractions pour consultations ou hospitalisations

Le cahier des charges précise qu'il est possible d'apprécier l'effectivité de ce droit en observant le nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux et leurs motifs d'annulation qui peuvent incomber à l'administration pénitentiaire, à la police, aux établissements ou aux détenus

2013		UZERCHE	TULLE	GUERET	LIMOGES
Nombre d'extractions en urgence	demandés	46	10	7	NR
	réalisés	46	10	7	58
Nombre d'extractions pour consultations et examens	demandés	558	143	15	NC
	réalisés	451	80	15	109
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'établissement public de référence	demandés	38	7	6	NR
	réalisés	37	7	6	57
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'UHSI	demandés	38	5	0	NR
	réalisés	37	4	0	8
Nombre total d'hospitalisations vers d'autres ES (non psy)	demandés	22	0	0	NR
	réalisés	20	0	0	33
Nombre total d'extractions	demandés	702	165	28	
	réalisés	591	101	28	265
%		84%	61%	100%	
2014		UZERCHE	TULLE	GUERET	LIMOGES
Nombre d'extractions en urgence	demandés	22	11	3	NR
	réalisés	22	11	3	37
Nombre d'extractions pour consultations et examens	demandés	531	142	21	NC
	réalisés	447	73	21	121
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'établissement public de référence	demandés	45	7	5	NR
	réalisés	43	4	5	37
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'UHSI	demandés	21	2	0	NR
	réalisés	20	2	0	0
Nombre total d'hospitalisations vers d'autres ES (non psy)	demandés	4	0	0	NR
	réalisés	4	0	0	21
Nombre total d'extractions	demandés	623	162	29	
	réalisés	536	90	29	216
%		86%	56%	100%	

2013	UZERCHE	TULLE	GUERET	LIMOGES
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la personne détenues	30	4	0	6
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'administration pénitentiaire ou de la police	73	51	0	34
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture	4	0	0	0
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé	7	9	0	0
Nombre total d'extraction annulées	114	64	0	40
2014	UZERCHE	TULLE	GUERET	LIMOGES
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la personne détenues	34	8	0	6
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'administration pénitentiaire ou de la police	49	58	0	35
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture	2	0	0	0
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé	2	6	0	2
Nombre total d'extraction annulées	87	72	0	43

6/2 Initiatives régionales

6/2/-a Agence Régionale de Santé

L'ARS a prévu de rassembler les médecins des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) des maisons d'arrêt et du centre de détention de la région ainsi que les 3 médecins coordonnateurs des structures de la région pour élaborer une procédure afin que chaque détenu éligible au dépistage sein/colon puisse en bénéficier en référence au plan cancer III.

6/2-b Acteurs locaux

◆ Les actions

► Association Nationale de prévention en alcoologie

- Accompagnement au soin au sein du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie qui dépend du centre hospitalier de Brive
- Groupe de paroles au centre de détention d'Uzerche

► AIDES

Intervient à la Maisons d'arrêt de Tulle pour les hommes dans le cadre scolaire aux côtés de l'Education Nationale, à la Maisons d'arrêt de Limoges pour les mineurs et femmes, au Centre de détention d'Uzerche et au Centre éducatif fermé de Moissanes (mineurs)

- Ateliers santé sur la question du VIH et des hépatites
- Ateliers pour consommateurs de produits psychotropes.
- Une séance par mois sur des thématiques choisies par les participants (Uzerche)
- Atelier d'encouragement au dépistage à l'occasion de l'organisation du concert de décembre par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) d'Uzerche dans le cadre d'une campagne de dépistage pilotée par l'UCSA. Environ, 60 à 80 personnes se présentent ensuite au dépistage soit plus de 10 % de la population)

► Institut Régional d'Education Pour la Santé

⇒ En Creuse, projet SPIP pour les jeunes sous contraintes pénales, avec les missions locales, sur le volet évaluation de la dimension sociale de la santé

⇒ En Corrèze, à Tulle, les détenus choisissent les thèmes des ateliers santé préparés avec l'infirmière UCSA.

Réalisation d'un diagnostic annuel sur la base d'un questionnaire aux détenus

A Uzerche, depuis décembre 2013 et 3 fois par an, interventions d'une équipe d'infirmiers psychiatriques et de psychologues : projet d'éducation pour la santé par le biais d'ateliers proposés à des groupes ciblés

◆ Les besoins

⇒ Problème de financement de ces actions qui sont en nette augmentation, compte tenu du public

⇒ Disponibilité du personnel

⇒ Manque d'information des détenus sur les modes de contamination car il y aurait des contaminations en milieu carcéral. Pour résoudre une partie du problème, il est envisagé un programme d'échange de seringues

⇒ Besoin de temps d'échanges dans le non jugement : notamment sur la question de comment vivre dans un milieu contraint : comment maintenir un bon niveau d'hygiène corporelle lorsque le nombre de douches est limité, comment avoir un équilibre alimentaire lorsque l'on cantine...

- ⇒ Public éloigné de la prévention en dehors de la détention

◆ Les freins

- ⇒ Manque de moyens des UCSA, dont c'est la mission de porter les projets de promotion de la santé
- ⇒ Faible implication et mobilisation de la direction pénitentiaire dans la mise en œuvre des projets de promotion de la santé pour lesquels on constate une disparité territoriale de l'offre.
- ⇒ Difficulté de mobiliser le personnel pénitentiaire qui répond à une logique sécuritaire et non de promotion de la santé d'autant plus que le personnel est peu sensibilisé à l'intérêt de la démarche et pas formé.

◆ Les leviers

- ⇒ Coordination des projets de promotion de la santé par les UCSA en lien avec la direction pénitentiaire et le SPIP.
- ⇒ Formation des intervenants et vigilance dans la construction des séances et de l'animation avec la fixation d'objectifs adaptés aux réalités de la détention
- ⇒ Actions auprès du personnel :
 - formation
 - meilleure communication avec une valorisation des projets, en amont et lors du bilan
- ⇒ Respect des règles de groupe : protection de la parole personnelle

7 SANTE MENTALE : FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

La Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) est devenue, avec la loi du 5 juillet 2011, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP).
La nouvelle réglementation lui donne un rôle accru et des pouvoirs étendus.

7/1 Missions des CDSP

La CDSP a 8 missions principales :

- ⇒ elle doit être informée, selon les cas, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de toutes décisions de maintien de ces soins et des levées de ces mesures
- ⇒ elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, ou de leur conseil et examine leur situation ;
- ⇒ elle est chargée d'examiner, en tant que de besoin, la situation de ces personnes et, obligatoirement, sous certaines conditions, :
 - celle de toutes les personnes admises en cas de péril imminent
 - celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;
- ⇒ elle saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ;
- ⇒ elle visite les établissements habilités, vérifie les informations figurant sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;
- ⇒ elle adresse, chaque année, son rapport d'activité, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

⇒ elle peut proposer au JLD du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sous contrainte, d'ordonner, dans les conditions relative à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

⇒ elle statue sur les modalités d'accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

7/2 Composition des CDSP

⇒ 2 *psychiatres*, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet ;

⇒ 1 *magistrat* désigné par le premier président de la cour d'appel ;

⇒ 2 *représentants d'associations agréées* respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le préfet,

⇒ 1 *médecin généraliste* désigné par le préfet.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la CDSP

Les médecins membres de la CDSP ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée.

En Limousin, les CDSP sont régulièrement constituées.

La participation des RU est en moyenne de :

- 80% en Corrèze
- 50% en Creuse
- 100% en Haute-Vienne

2011	CORREZE	CREUSE	HAUTE-VIENNE
Nombre de réunions	1	4	3
Nombre de dossiers	12	88	65
Visites d'établissements	0	2	2
Plaintes	0	0	0
2012	CORREZE	CREUSE	HAUTE-VIENNE
Nombre de réunions	1	1	2
Nombre de dossiers	89	NR	33
Visites d'établissements	3	NR	2
Plaintes	0	0	0
2013	CORREZE	CREUSE	HAUTE-VIENNE
Nombre de réunions	2	4	3
Nombre de dossiers	24	24	29
Visites d'établissements	3	2	2
Plaintes	0	0	0
2014	CORREZE	CREUSE	HAUTE-VIENNE
Nombre de réunions	3	2	4
Nombre de dossiers	47	33	48
Visites d'établissements	3	2	2
Plaintes	0	0	0

ORIENTATION 2

RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

8 ASSURER L'ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Indicateurs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat/ARS

8/1 Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale

Valeur initiale		Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées					V. Nat.				
Valeur	Tend.	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
6,1%	↘		7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	6,9%	7,1%		5,9%	5,8%	6,0%	6,3%	

8/1-a Actions mises en œuvre

⇒ Alimentation et mise à jour de la plateforme d'accès aux professionnels de santé et travaux sur la version 2, en attente de lancement officiel par la Ministre.

⇒ Poursuite de la promotion des nouveaux modes d'activités dans les territoires y compris dans des zones en difficulté : maisons, pôles et centres de santé (voir infra ; pageX)

⇒ Mise en œuvre de la campagne 2014 des contrats d'engagement de service public et suivi des signataires des années précédentes.

34 contrats ont été signés en Limousin depuis le début du dispositif.

⇒ Mise en œuvre de la campagne de recrutement des praticiens territoriaux de médecine générale : communication, contractualisation

7 contrats signés en Limousin au 31/12/2014

⇒ Mise en œuvre du Pacte Territoire-Santé :

- Campagne de sensibilisation et de communication auprès des internes de médecine générale sur l'installation en secteur libéral

- Aboutissement des travaux sur l'allongement de la durée du stage de sensibilisation pour les étudiants de 5^{ème} année qui est passé de 4 à 6 semaines.

- Partenariat avec la Faculté de médecine, le Département de médecine générale et le CHU pour créer un 2^{ème} poste de Chef de clinique de médecine générale car le seul qui existe aujourd'hui est insuffisant.

8/1-b Difficultés rencontrées

⇒ Difficulté à mobiliser les médecins généralistes en exercice pour qu'ils soient maîtres de stage et puissent accueillir plus d'internes e stage d'autonomie.

⇒ Pas de possibilité d'investir le contrat d'engagement de service public en odontologie car il n'y a pas d'enseignement en Limousin

8/1-c Perspectives

- Poursuite des actions en cours
- Mise en œuvre du PTS V2 (inscrit dans le projet de loi de santé 2015).

8/2 Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) est aussi un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS

Valeur initiale		Valeurs Cibles					Valeurs Réalisées					V. Nat.				
Valeur	Tend.	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
	↗		5	6	7	10	39	5	5	7	29	852	907		822	

8/2-a Actions mises en œuvre

- ⇒ Poursuite de la coopération avec le Conseil Régional, l'Etat, les Conseils Généraux et les nouveaux partenaires que sont la MSA et Mutualité Française.
- ⇒ Renforcement de la politique proactive vis-à-vis des territoires où il n'y a pas d'initiative locale.
- ⇒ Mobilisation du FIR (ingénierie et aide au démarrage).
- ⇒ Poursuite et développement de la mise en œuvre des dispositifs innovants : rémunération (ENMR) et coopération entre professionnels de santé (ASALEE notamment).
- ⇒ Développement de la télémédecine comme recours à l'aide au diagnostic.
- ⇒ Mise en œuvre de consultations dans les zones fragiles assurées par des professionnels des zones bien dotées : poursuite et développement des consultations avancées.
- ⇒ Accueil de stagiaires étudiants en odontologie de la faculté de Bordeaux ; financement des fauteuils dentaires et accueil des 2 premiers internes à partir de novembre 2014.
- ⇒ Poursuite et développement du dispositif « allocation fidélité santé » : IDE et kinés.

8/2-b Difficultés rencontrées

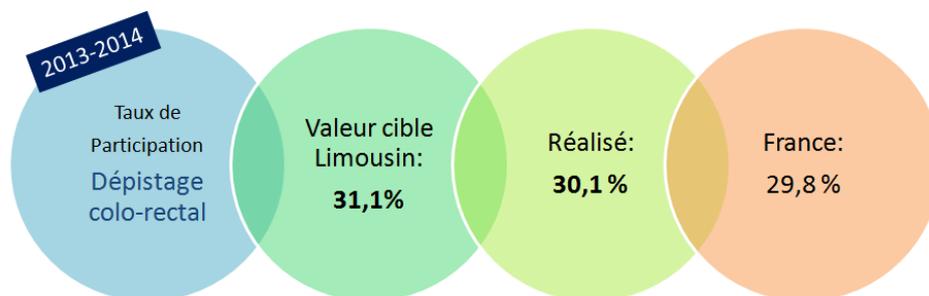
- ⇒ Motivation des équipes de soins ambulatoires sur le volet « coopération entre professionnels de santé ».
- ⇒ Partenariat local entre élus et professionnels de santé pour les projets de maisons de santé
- ⇒ Montage de projet alternatif en cas d'échec d'une maison de santé
- ⇒ Durée de maturation des projets de maisons de santé estimée à 4 ans d'où une difficulté à cibler précisément le nombre de maisons de santé qui ouvriront à l'année N.

8/2-c Perspectives

- ⇒ Poursuite des actions en cours
- ⇒ Mise en œuvre des éléments présents dans le projet de loi de santé 2015
- ⇒ Développement de la mise en œuvre du Règlement Arbitral national qui généralise les ENMR
- ⇒ Développement de la mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé

9 ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION

9/1 Dépistage organisé du cancer colorectal



9/1-a Actions mises en œuvre

⇒ Poursuite de l'information des professionnels de santé des résultats du dépistage organisé.

Les associations font toujours un retour d'information régulier aux professionnels de santé (médecins généralistes, gynéco, gastro, radiologue en leur fournissant les résultats régionaux et les résultats propres à chaque médecin pour le dépistage propres à chaque médecin pour le dépistage. Les associations ont aussi développé des relations personnalisées avec les médecins notamment en cas de faible participation au dépistage : proposition de rendez-vous avec le médecin coordonnateur de la structure de gestion par exemple)

⇒ Communication sur le dépistage :

Les associations diffusent toute l'année des supports de communication grand public mis à disposition par l'INCA : affiches, dépliants ..., informations sur le site WEB

Dans le cadre du partenariat CRESLI/SDDC87 : les infirmières relaient une information sur le dépistage organisé du cancer du sein lors de la présentation du bilan de santé.

Communication renforcée à l'occasion de mars bleu (articles de presse, émissions radio stands et manifestations...), journées de sensibilisation envers les professionnels et notamment envers les personnes en situation de précarité Participation au « colon tour » organisé par la ligue contre le cancer.

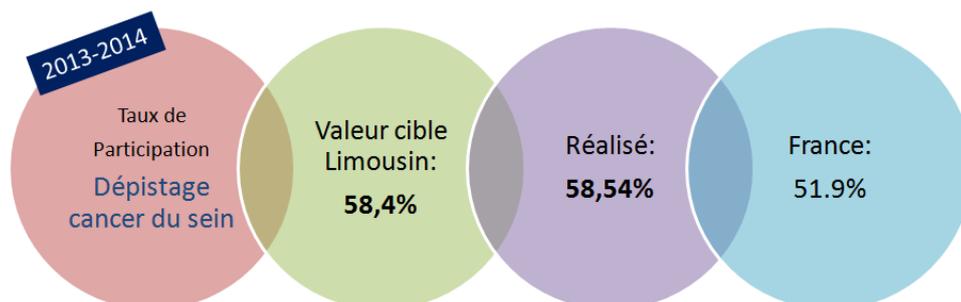
⇒ Lutte contre les inégalités d'accès au dépistage :

Poursuite de l'information et de la formation des personnes relais sur des territoires ciblés.

9/1-b Difficultés rencontrées

Le retard dans la mise en place du test immunologique remplaçant le test au gaïac initialement prévue fin 2014 et reportée au 2^{ème} trimestre 2015 a entraîné un retard au niveau de la gestion des invitations et des relances.

9/2 Dépistage organisé du cancer du sein



Actions mises en œuvre

⇒ Poursuite de l'information régulière aux professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, radiologues) en fournissant les résultats régionaux et les résultats propres à chaque médecin pour le dépistage organisé du cancer du sein.

⇒ Communication et sensibilisation grand public :

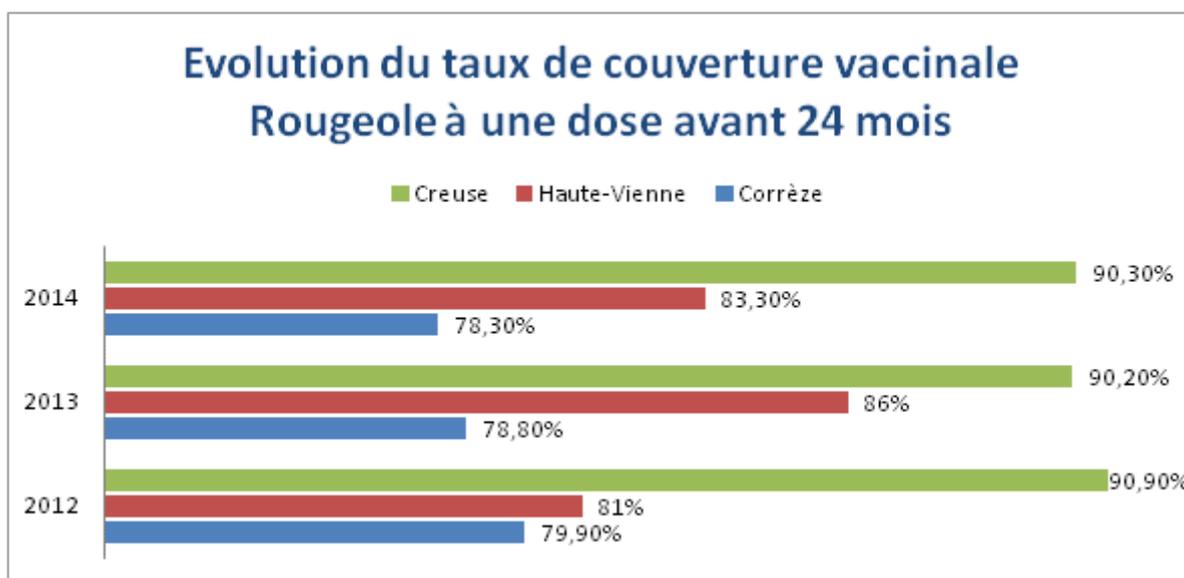
Actions de sensibilisation et réunion d'information auprès des personnes en situation de précarité

Dans le cadre du partenariat CRESLI/SDDC87 : les infirmières relaient une information sur le dépistage organisé du cancer du sein lors de la présentation du bilan de santé.

Dans le cadre d'octobre rose, intervention radio, reportage FR3 Limousin, interview radio France Bleue, articles dans la presse écrite locale

⇒ Poursuite de l'information et de la formation des personnes relais sur des territoires ciblés.

9/3 Vaccination : taux de couverture vaccinale rougeole à une dose avant 24 mois



La CSDU précise qu'en Corrèze et Haute-Vienne, il a été possible de mettre en place une cartographie de la couverture vaccinale (CARTOVACCINS avec des données issues des CPAM URSP MSA PMI CENTRES DE VACCINATIONS....) qui permet de mettre en place des plans d'action selon les cantons sous vaccinés.

10 REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION AUX SOINS ET A LA PRISE ENCHARGE MEDICO-SOCIALE

10/1 Nombre de contrats locaux de santé



CLS-bilan-mars
2015-conference de t

Le contrat local de santé (CLS)

L'article L 1434-2 alinéa 3 du code de la santé publique, créé par la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009, stipule que dans le cadre des projets régionaux de santé, des programmes territoriaux de santé peuvent donner lieu à des contrats locaux de santé (CLS).

La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de CLS conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.(art L 1434-17 du CSP).

Le CLS est un moyen permettant de mobiliser, autour d'un projet commun, sur un territoire donné, l'ensemble des acteurs dans le champ et hors du champ de la santé, dans le but de créer des synergies et de réduire de manière plus efficace les inégalités territoriales et sociales de santé.

Cette démarche s'applique aux différentes composantes de la santé :

- la prévention et la promotion de la santé dont les problématiques liées à la santé environnementale,
- les soins ambulatoires, le premier recours et les soins hospitaliers,
- l'accompagnement médico-social
- la veille et la sécurité sanitaire, si cela s'avère nécessaire.

Les CLS s'inscrivent dans la stratégie régionale de santé et prennent en compte l'ensemble des initiatives locales de santé pouvant exister sur un territoire.

Ils sont des instruments de consolidation de partenariats avec des acteurs locaux.

Ils bénéficient d'un contexte institutionnel aidant avec la mise à disposition d'outils méthodologiques nationaux d'élaboration et de suivi.

Ils ont pour objectifs de :

- réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins sur des territoires de proximité jugés prioritaires,
- renforcer le maillage socio-sanitaire sur ces territoires,
- consolider une démarche communautaire de santé autour d'acteurs de domaines transverses tels que la ville, la cohésion sociale, l'éducation nationale, le logement, etc.

⇒ Quatre CLS en Limousin :

- Secteur de la communauté de communes d'Aubusson-Felletin,
 - Secteur de la communauté de communes de Bourgneuf Royère,
 - Secteur du pays de la Haute-Corrèze,
- Secteur des quartiers sensibles de la politique de la ville à Limoges (CUCS).

⇒ Un comité de pilotage et un comité de coordination

- ▪Le comité de pilotage est composé des les membres signataires du CLS, il arrête et suit les actions.
- ▪Le comité de coordination élabore et prépare les actions.
- Le comité de coordination met en contact l'ensemble des acteurs d'un territoire pour favoriser les synergies.

Il crée de nouveaux partenariats dans un maillage d'acteurs locaux qui contribuent à la réalisation des actions fixées. L'identification et la mobilisation de nouveaux partenaires est un indicateur de la déclinaison concrète du dispositif.

Il recherche de partenariats, compris hors du territoire quand les ressources ne sont pas présentes, pour rapprocher l'offre de la demande augmente la capacité de mettre en œuvre des actions adaptées aux problématiques du territoire.

⇒ Des moyens

Une animatrice assure et participe pleinement à la mise en place, en amont, des projets de promotion de la santé.

⇒ Des actions

▪Actions emblématiques et innovante : ICAPS, Prévention du suicide, Intervention au plus près des population (équipe mobile psychiatrie précarité,...) Qualité de l'air dans l'habitat (radon),
Mais aussi des échecs : dépistage des cancers

⇒ Le bilan

- L'existence d'un intérêt de la population pour le CLS qu'il peut suivre via les sites internet, les journaux locaux. Les CLS ont acquis une identité reconnue par les habitants.
- Nécessité de développer des actions dites probantes (méthodologie ayant fait ses preuves, harmonisation des pratiques entre CLS),
- Certaines acteurs (associations locales) ont un périmètre d'intervention qui dépasse les limites territoriales du CLS. Ceci peut conduire à un frein à l'action tant de l'animatrice du CLS que pour les acteurs,
- La fragilité du bénévolat (difficultés de recruter, usure, soutien financier) dans les associations pour l'élaboration et la mise en œuvre des projets (ex ; ligue contre le K qui ne peut implanter une antenne en Haute Corrèze faute de bénévoles),
- Le manque de visibilité sur le devenir des CLS (pérennité des actions,...),
- prudence pour engager de nouvelles actions qui pourraient dépasser la durée de vie d'un CLS,
- articulation avec d'autres politiques (politique de la ville,...)

10/2 Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure au titre du code de la santé publique

Année	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	11	14	12 (valeur renégociée)	17

Valeur observée en 2014 : 4 en Creuse ; 3 en Corrèze ; 7 en 87 (dont 1 pour SCHS Limoges), 14 pour la région

10/2-a Actions mises en œuvre depuis 2010

⇒ Deux groupes de travail avec lettres de mission du Directeur Général de l'ARS ont été mis en place.

- Le premier groupe a élaboré le contenu d'une formation des agents territoriaux dans le domaine de l'habitat indigne. Le contenu de cette formation a été finalisé et proposé officiellement au CNFPT pour être portée au catalogue des formations.

- Le deuxième groupe a eu pour mission le déploiement de l'application @riane de manière à partager les données relatives à l'habitat avec les partenaires institutionnels. Ce groupe de travail s'est réuni à 9 reprises et a contribué à harmoniser les pratiques entre les départements.

- Enfin, une rencontre a eu lieu avec la DREAL afin d'harmoniser la mise en place de structures de concertation départementales dans le domaine de l'habitat indigne.

⇒ En novembre 2012, le Directeur du Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne est venu à Limoges rencontrer les membres des différents pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne de la région Limousin pour :

- faire le point sur la mise en place des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) ;
- présenter les actions mises en œuvre par ces pôles ;
- échanger avec le pôle national notamment sur les thèmes repérés comme présentant des difficultés d'application sur les territoires ruraux avec de nombreux propriétaires occupants impécunieux ;
- remettre au pôle national les outils élaborés par les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne

⇒ Suite à cette réunion, un Pôle a été officiellement installé en Corrèze le 15/01/2014 (signature du protocole d'accord relatif à la lutte contre l'habitat indigne dans le département de la Corrèze). Cependant, des réunions régulières de la structure préfiguratrice ont eu lieu dès le début de l'année 2012.

⇒ Par ailleurs, des réunions régulières de la structure préfiguratrice d'un PDLHI ont eu lieu en Creuse depuis septembre 2013, Un règlement intérieur du futur pôle a été élaboré et validé par toutes les instances participatives en fin d'année 2014.

La signature du protocole instituant le PDLHI du département de la Creuse est prévue au cours du 1er trimestre 2015.

Un tableau de suivi des dossiers a d'ores et déjà été mis en place.

10/2-b Perspectives

⇒ Il semble important d'insister sur le fait que le contexte rural de la région Limousin engendre de nombreux signalements d'habitat indigne concernant des propriétaires occupants souvent âgés et peu fortunés. Aussi l'application de la stricte réglementation n'est pas la solution pour permettre une sortie de l'indignité. Les services orientent les personnes concernées vers les PIG et OPAH, dispositifs incitatifs, mais qui ne génèrent pas de procédure coercitive.

⇒ Les deux villes les plus importantes de la région, à savoir Limoges et Brive-la-Gaillarde qui regroupent 30 % de la population, disposent chacune d'un SCHS. Elles possèdent donc les pouvoirs de police nécessaires à la mise en œuvre des procédures de lutte contre l'habitat indigne sur leur territoire. C'est aussi dans ces deux villes que se concentrent, logiquement, les propriétaires bailleurs.

⇒ Les Services Communaux d'Hygiène et de Santé ont été associés à cette démarche. Bien qu'aucune procédure relevant du Code de la Santé Publique n'ait été conduite jusqu'en 2012 par ces services, on constate une amélioration sur 2013 avec la production de 3 arrêtés au titre des dispositions de l'article L.1331-22 du CSP.

Il semble que d'autres voies privilégiant la médiation au travers d'instances dédiées soient préférentiellement mises en œuvre par les Services Communaux d'Hygiène et de Santé. En revanche, certaines procédures relevant du Code de l'Environnement (accumulation d'ordures) sont en nette augmentation.

10/4 Ecarts intra régionaux d'équipements en établissements médico-sociaux

La poursuite de la politique de rééquilibrage de l'offre de places d'EHPAD pour répondre à l'important déficit en lits sur le bassin de Limoges s'est traduite par le lancement d'un appel à projet pour allouer 50 places d'EHPAD en Haute-Vienne.

La CSDU

- ▶ remarque l'évolution positive des structures d'exercice en milieu ambulatoire
- ▶ constate les bons taux de participation pour le dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein par rapport au territoire national.

S'agissant du dépistage du cancer colorectal, ces taux devraient être encore meilleurs avec le nouveau test pour lequel une large information a été faite en Limousin, notamment le 14 avril 2015, lors de la venue de la Directrice de l'INCA.

- ▶ a pu expliquer l'absence des données en Creuse pour les données relative à l'évolution du taux de couverture vaccinale rougeole avant 24 mois : cartographie de la couverture vaccinale en Corrèze et Haute-Vienne ce qui permet la mise en place de mesures dans les zones sous-vaccinées.
- ▶ note avec satisfaction, la poursuite de la politique de rééquilibrage de l'offre de places d'EHPAD en Haute-Vienne.

ORIENTATION 3 CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Former les usagers du système de santé siégeant dans les instances de démocratie sanitaire

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



Date	Thématique	Nbre participants
06/02/2014	le rapport de la CRUQPEC : y participer, l'exploiter	18 participants
27/03/2014	RU, l'essentiel	17 participants
03/04/2014	RU en CRUQPEC	15 participants
13/05/2014	RU, prenez la parole	10 participants
22/05/2014	Défendre les droits des usagers	17 participants
26/06/2014	Traiter les plaintes des usagers : les procédures juridiques	13 participants
16/10/2014	Connaître et travailler avec le secteur médico-social	12 participants
29/10/2014	« RU prenez la parole »	10 participants
28/11/2014	« RU en CRUQPEC »	13 participants

Les formations sont assurées par un formateur du CISS national qui peut être assisté par un formateur local formés par l'échelon national.

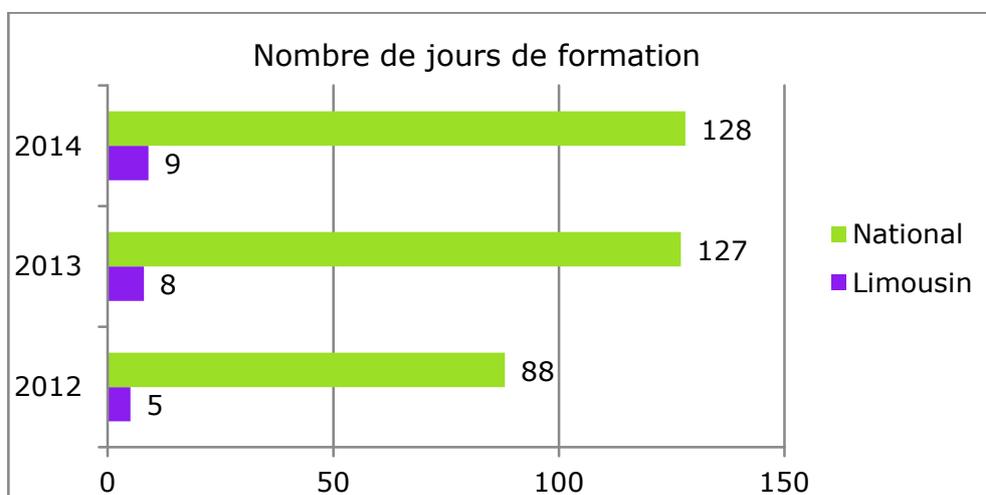
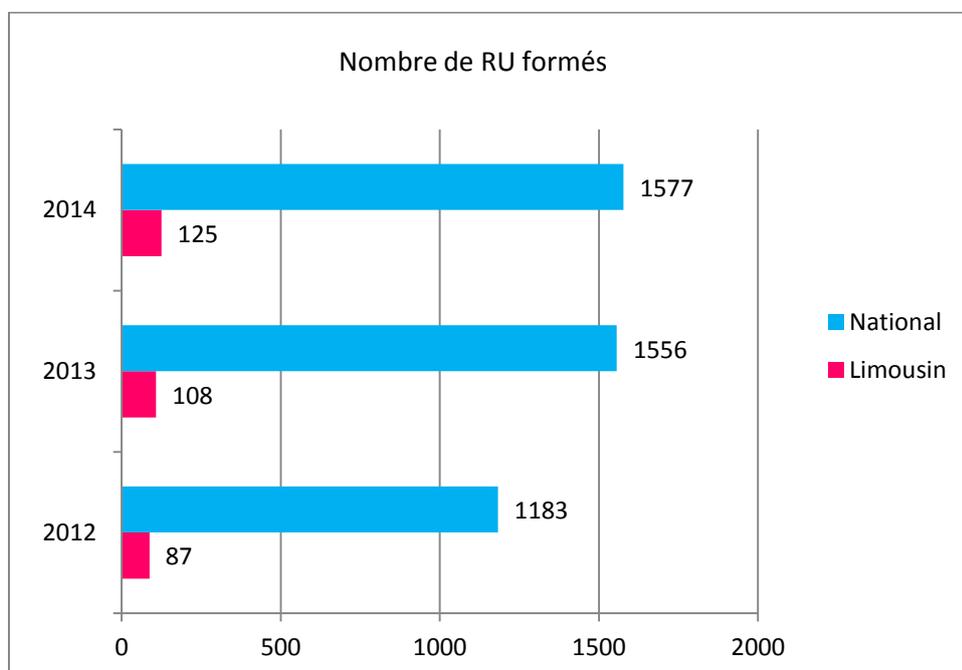
Deux représentants du CISS Limousin ont suivi cette formation. Ils animent aussi des formations locales.

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

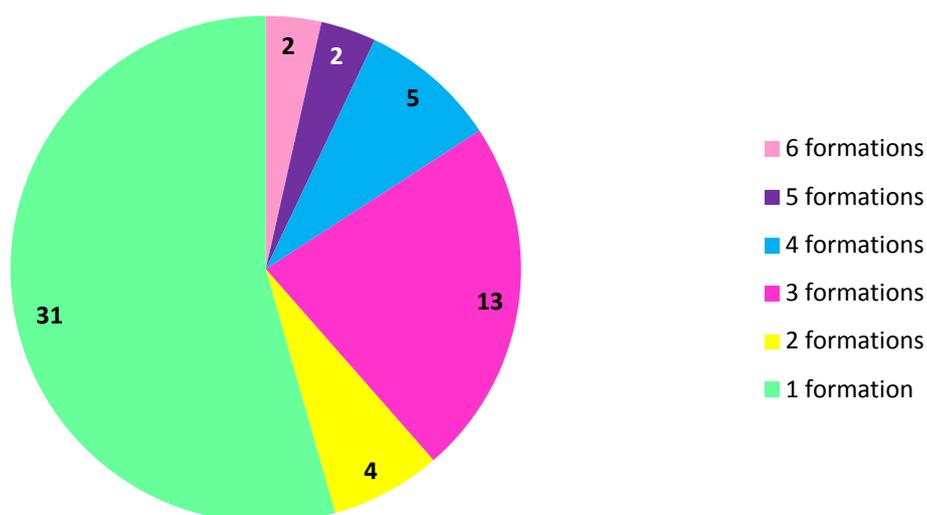
Le nombre des RU formés en Limousin représente, en 2014, 8% de l'effectif national, ce qui, compte tenu de la taille de la région est notable.

En conséquence, le nombre de jours de formation est aussi en progression.

Par ailleurs, les usagers bénéficient également de formations dispensées directement par leurs associations respectives et du bénéfice de nombreuses publications comme le « baromètre du droit des malades » réalisé par le CISS national, afin de sensibiliser le grand public et les professionnels à la question des droits des usagers,



Nombre de formations suivies par RU



Pour que les RU se sentent moins isolés face à des situations complexes, le CISS Limousin a aussi mis en place depuis la fin de l'année 2013 des groupes d'échanges de bonnes pratiques. Au nombre de quatre (2 en Haute-Vienne, 1 en Corrèze et 1 en Creuse), ils réunissent 24 personnes.

La CSDU :

- fait le constat qu'à ce jour, 1/3 des RU qui siègent dans les CRUQPEC sont correctement formés ; 1/3 sont partiellement formés et 1/3 ne sont pas du tout formés.
- se félicite donc que la future loi de santé publique rende obligatoire la formation pour tous les RU qui siègent dans les CRUQPEC.

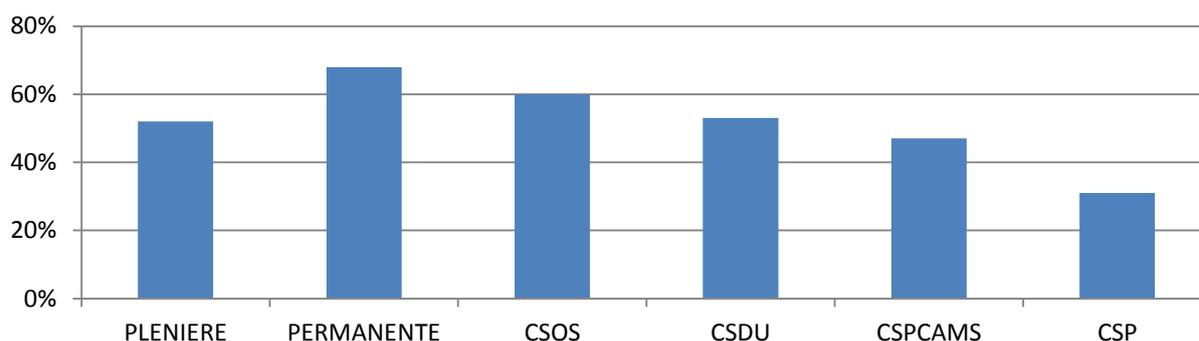
ORIENTATION 4 RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Garantir la participation dans les instances de démocratie sanitaire

Conférence Régionale de la santé et de l'Autonomie

	PLENIERE	PERMANENTE	CSOS	CSDU	CSPCAMS
Nombre de réunions	4 réunions	6 réunions	4 réunions	3 réunions	2 réunions
1er collège	39%	40%	19%	67%	20%
2ème collège	58%	72%	81%	67%	58%
3ème collège	62,5%	100%	75%	0%	100%
4ème collège	25%	60%	33%	100%	0%
5ème collège	33%	100%	63%	0%	0%
6ème collège	59,5%	60%	88%	34%	
7ème collège	62,5%	94%	68%	34%	65%
8ème collège	62,5%	90%			
Membres CSOS à la CSPCAMS					100%
Membres CSPCAMS à la CSOS			75%		
Taux de participation global	52%	68%	60%	53%	47%

Taux de participation global



Il est difficile d'analyser les taux de participation pour chaque collège dans la mesure où la composition des collèges ainsi que la composition et le nombre de membres de chaque commission diffèrent d'une composante à l'autre. On peut toutefois déplorer, de nouveau, le faible taux de présence au sein des 1^{er}, 4^{ème} et 5^{ème} collège.

Les taux globaux de participation au sein de chaque Commission montrent :

⇒ une participation correcte malgré une légère baisse par rapport à l'année 2013

- Assemblée plénière: de 55% à 52% en 2014.
- CSOS : de 65% à 60% en 2014 ⇒ une augmentation de la participation à la
 - Commission permanente de 66.5% à 68% en 2014
 - CSDU: de 50% à 53% en 2014
 - CSPCAMS: de 36% à 47% en 2014
 - CSP: de 26% à 31% en 2014

La moyenne des réunions est de 3.5 ainsi que la médiane.

On peut regretter le faible nombre de réunions des la CSPCAMS et de la CSP même si la participation a progressé.

S'agissant de la CSPCAMS, il faut noter que les groupes de travail mis en place par la Commission pallient utilement le nombre moins élevé de réunions.

Conférence de territoire

On constate une baisse mais il est difficile de la commenter dans la mesure où l'Assemblée plénière et le Bureau ne se sont réunis qu'une fois.

		PLENIERE	BUREAU
Nombre de réunions		1 réunion	1 réunion
1er collège	Etablissements de santé	50%	33%
2ème collège	PM gestionnaires des ESMS	71%	0%
3ème collège	Promotion de la santé, prévention	33%	
4ème collège	Professionnels de santé libéraux	0%	
5ème collège	Centres, maisons pôles, réseaux de santé	50%	
6ème collège	Etablissement d'hospitalisation à domicile	100%	100%
7ème collège	Services de santé au travail	0%	
8ème collège	Usagers	50%	75%
9ème collège	Conseil régional de l'ordre des médecins	29%	
10ème collège	Collectivités territoriales et groupements de communes	100%	100%
11ème collège	Personnes qualifiées	50%	
Taux de participation global		48%	60%

TRAVAUX DE LA CSDU ET DE SES PARTENAIRES

Label 2014 « droits des usagers »

Le label, initié dans le cadre du dispositif « 2011 année des patients et de leurs droits », afin de valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants menés en région en matière de promotion des droits des patients, a été renouvelé en 2014 ».

La CSDU, chargée de piloter le dispositif, a été destinataires de cinq projets qui ont tous été labellisés. Deux ont été présentés au concours :

PROMOTEUR	INTITULE DU PROJET	CONCOURS	LABEL
CH Guéret	Accès aux soins hospitaliers pour les personnes en situation de handicap		
ANPAA 19	Espace multi média et de rencontres « usagers/équipes CSAPA		
Association des usagers des GEM de la Creuse	Promotion et valorisation des Groupes d'Entraides Mutuelle de la Creuse		
CH Bourgneuf	Accueil : 1 ^{er} soin ?		
Association de réinsertion Sociale du Limousin	Accompagnement à la santé des personnes très vulnérables		
CHU de Limoges	Formation droit des Usagers pour les bénévoles de la Maison des Usagers		
CH Esquirol	Mise en place d'une commission permanente : Usagers/professionnels		
ERP Féret du Longbois	Accès aux droits et aux soins des travailleurs handicapés		
Ligue contre le cancer 87	Activité physique adaptée au cancer		

Le lien ci-joint permet de les consulter

www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers

Débats Publics

.L'ARS a organisé, en décembre 2014, 3 débats publics sur 2 thèmes :

« jeunes professionnels et attractivité du territoire »

et « Jeunes, bien-être et santé »

-sur 3 lieux choisis au plus près des populations concernées :

- l'IFSI de Tulle
- l'IFSI de Guéret
- le lycée Renoir à Limoges.

Les membres de la CRSA ont souhaité l'inscription de ces débats dans une nouvelle dynamique pour

- aller au plus près des populations et des besoins des territoires,
- échanger et recueillir les attentes, besoins, réflexions et propositions des jeunes et des futurs jeunes professionnels de santé,
- apporter des réponses et /ou s'engager sur des plans d'actions sur le court et moyen terme.

Pour ce faire, une méthodologie a été établie. Elle s'est appuyée sur une forte mobilisation à la fois des membres du Comité de Pilotage CRSA et des établissements d'enseignement et instituts de formation des jeunes et jeunes professionnels de santé pour :

- élaborer et exploiter les de questionnaires élaborés par les étudiants de l'IAE et mis en ligne sur le site de l'ARS,
 - réaliser un film enquête et mettre en place de groupes de parole pour restitution le jour des débats
- Animer des tables rondes avec échange avec le public ciblé.

Les 3 débats ont été filmés et retransmis en streaming permettant à toutes les personnes intéressées qui ne pouvaient pas se déplacer de suivre les débats et de poser des questions en direct en se connectant sur le site de l'ARS.

Les débats ont été très vivants et participatifs avec beaucoup de questions posées. Ce nouveau mode d'échanges en direct avec ceux qui sont en charge de l'élaboration de la politique régionale a été apprécié. Ce format devrait être reconduit lors des prochains débats publics

- ☐ **410** personnes ont répondu pour **Jeunes professionnels et attractivité territoriale**
- ☐ **299** personnes ont répondu pour **Jeunes, Bien-être, Santé**

Trophée des usagers du CISS Limousin

Depuis 2007, le CISS Limousin a décidé d'attribuer le "trophée des usagers" à l'établissement dont le projet est le plus innovant pour la prise en charge des personnes hospitalisées. En 2012, l'appel à projets a été élargi aux établissements médico-sociaux.

Ce trophée, réalisé par un artiste corrézien, est la manifestation de la reconnaissance des usagers vis-à-vis de l'établissement lauréat. Il est attribué par un jury composé des membres du Bureau du CISS Limousin et de l'ARS (pôle démocratie sanitaire).

En 2014, sur le thème : « Regards croisés sur la santé : l'accompagnement », le trophée a été décerné au centre hospitalier gériatrique du Muret à Ambazac pour l'action « Mise en œuvre d'une équipe mobile gérontologique pour le suivi des hospitalisations »

CONCLUSION

Les Présidents de la CRSA et de la CSDU remercient tous ceux qui ont participé à l'élaboration du rapport : membres du groupe de travail « rapport CRUQPEC »; Directions de l'ARS, Rectorat, ANFH...en communiquant les éléments de réflexion qui ont été analysés par la CSDU pour produire ce rapport qui constitue un indicateur de l'évaluation de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire dans la région. Comme les années précédentes, ils soulignent que tous les champs n'ont pu être investigués en raison de la difficulté à obtenir les informations.

Les Présidents réitèrent aussi le souhait déjà formulé pour que toutes les commissions spécialisées de la CRSA contribuent à l'élaboration du rapport annuel dans le champ qui leur est dévolu, comme cela est prévu par la réglementation et dans un souci de promotion de la qualité de la prise en charge des usagers de la santé.

A l'occasion de la fin de la première mandature de la CRSA et à la veille du changement qui interviendra en juillet 2016 puisque la CRSA, dans sa configuration actuelle, n'existera plus, il est utile de dresser un bilan de la démocratie sanitaire et de voir ce qui s'est fait en Limousin et quels sont les axes d'amélioration.

L'année 2013 a été celle de la mise en place des actions définies par le Plan Régional de Santé qui sont en lien avec les orientations de la Stratégie Nationale de Santé et notamment la volonté de s'inscrire dans une démarche de parcours de santé

L'année 2014 a été celle du Projet de Loi de Santé qui devrait être définitivement voté avant la fin de l'année.

Si la démocratie sanitaire est un concept qui prend de l'ampleur, sa mise en œuvre concrète sur le territoire n'est pas totalement aboutie. En effet, si les Présidents des CRSA louent la qualité du travail de ces instances alors que les moyens humains et financiers restent encore insuffisants, cette appréciation positive tranche avec le bilan plus mitigé des 108 conférences de territoire, dont celle du Limousin.

En Limousin, l'ARS et les instances de démocratie sanitaire coopèrent avec tous les acteurs pour une mise en œuvre optimale des politiques de santé avec pour objectif de permettre à la population de bénéficier d'une offre de soins de qualité et équivalente sur tous les territoires de proximité par un nécessaire et bénéfique maillage territorial de l'offre de soins qu'il faudrait concrétiser dès 2015/2016

La mise en place des sept parcours de santé (*autisme, PAERPA, santé mentale, maladies chroniques, maladies rares, mère-enfant-adolescent et maladies cardio-vasculaires*) qui ont été complétés par deux autres thématiques : *parcours d'accès à la santé des personnes handicapées et parcours des personnes traumatisées crâniennes* viennent renforcer cette volonté de réponse à toutes les ruptures que les usagers de la santé peuvent rencontrer. Les actions mises en place pourront donc permettre de répondre aux besoins de toute la population quel que soit son âge, sa pathologie, son environnement...

Les contrats locaux de santé, la création des maisons de santé les appels à projets se poursuivent et au-delà de cette coordination, la mise en œuvre des orientations dégagées par les 11 débats territoriaux 2013 (mise en place de l'ORSE, par exemple) et ceux consacrés aux jeunes en 2014 contribue à la réalisation de ces objectifs.

Ces actions s'inscrivent dans la déclinaison du PRS, à l'élaboration duquel la CRSA a activement participé et dont il aurait été utile qu'elle puisse disposer d'un bilan à mi-parcours, avant la fin de sa première mandature.

Dans les établissements et services, la participation, la codécision la communication, la consultation... évoluent positivement. La production des rapports annuels des CRUQPEC, la mise en place des comités des usagers ou l'organisation de formation, en lien avec les droits des usagers, en sont l'illustration.

Outre leur participation dans les CRUQPEC, les représentants des usagers sont présents et actifs dans d'autres instances de démocratie sanitaire : Commission de Conciliation et d'Indemnisation, Comité de Protection des Personnes, CPAM, Conseils de surveillance des établissements.

Des axes de progrès demeurent comme l'association des RU aux espaces éthiques de réflexion qui commencent à prendre de l'importance dans la prise en compte de la dignité et de l'autonomie des citoyens.

Ces éléments conduisent à nouveau la CRSA à proposer au DG ARS Limousin et au préfigurateur de la future grande région de renforcer la démocratie sanitaire sur les axes et points suivants :

- *former les professionnels de santé au droit des usagers* quel que soit leur domaine d'intervention: sanitaire, social ou médico-social avec une démarche concertée et co-construite pour améliorer la qualité de leur intervention auprès des usagers de la santé,
- *poursuivre les débats publics de santé* et surtout mettre en œuvre les actions qu'ils suscitent,
- *mieux répondre aux usagers en respectant leurs droits* car les pratiques sont actuellement hétérogènes et disparates. Un travail approfondi sur le circuit des réclamations et la cartographie territoriale de l'accès aux droits est nécessaire.

Tout cela devrait permettre de valoriser la démocratie sanitaire mais aussi d'apporter une meilleure réponse aux préconisations de la Conférence Nationale de la Santé.

Le Président de la CSDU

A blue ink signature consisting of several overlapping loops and horizontal strokes.

Patrick CHARPENTIER

Le Président de la CRSA

A blue ink signature with a large, stylized initial 'JF' and a horizontal line extending to the right.

Jean-François NYS

ANNEXE 1

Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012 pour l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé

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

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

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

Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

Dans le domaine ambulatoire :

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

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

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

Pour en savoir plus sur le DPC :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc

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

Dans le domaine hospitalier :

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

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

Pour la liste des AFR :

http://www.anfh.fr/site/anfhfr/offre-de-formation?type_etablissement=all&filierre=all&action_formation=all®ion=nationales

Dans le domaine médico-social :

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

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

Dans le domaine ambulatoire :

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

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

Dans le domaine hospitalier :

La Haute Autorité de santé va mettre à la disposition du ministère et des ARS, à partir de l'infocentre SARA (Saisie des Auto-évaluations et des Rapports de Certification), les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale ou leur modalité de suivi pour les critères du manuel de certification correspondants aux objectifs du cahier des charges :

- pour l'objectif 2 (processus d'évaluation du respect des droits) : critère 9b du manuel de certification de la HAS (évaluation de la satisfaction des usagers) ;
- pour l'objectif 3 (promouvoir la bientraitance) : critère 10a du manuel (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance), pour chaque prise en charge de l'établissement (10a MCO, 10a SM, 10a SSR, 10a SLD, 10a HAD) ;
- pour l'objectif 4 (prendre en charge la douleur) : critère 12a du manuel (prise en charge de la douleur), pour chaque prise en charge de l'établissement (12a MCO, 12a SM, 12a SSR, 12a SLD, 12a HAD) ;

- pour l'objectif 5 (encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie) : critère 13a du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie), pour chaque prise en charge de l'établissement (13a MCO, 13a SM, 13a SSR, 13a SLD, 13a HAD) ;
- pour l'objectif 6 (permettre l'accès au dossier du patient) : critère 14b du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie), pour chaque prise en charge de l'établissement (14b MCO, 14b SM, 14b SSR, 14b SLD, 14b HAD).

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

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

- proportion d'établissements disposant d'une CRUQPEC ;
- proportion des rapports des CRUQPEC transmis à l'ARS et à la CRSA ;
- nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;
- composition et qualité des membres de la CRUQPEC ;
- existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPEC (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPEC pour lesquels il existe une formation pour les membres).

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

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

Dans le domaine médico-social :

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

- proportion d'établissements disposant d'un CVS ;
- proportion des rapports des CVS transmis, sur la base du volontariat, à l'ARS et à la CRSA (pas d'obligation réglementaire) ;
- nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;
- composition et qualité des membres des CVS ;
- proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS.

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

Dans le domaine ambulatoire :

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

Dans le domaine hospitalier :

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

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

Dans le domaine médico-social :

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

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf

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

Dans le domaine ambulatoire :

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

Dans le domaine hospitalier :

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

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

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

Dans le domaine médico-social :

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

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

Dans le domaine ambulatoire :

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

Dans le domaine hospitalier :

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

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

Dans le domaine médico-social :

L'enquête de la DREES relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) comporte un item relatif à la prise en charge des personnes en fin de vie. Cette enquête est

quadriennale et la collecte des informations est en cours pour l'année 2011. Les ARS disposeront des bases de données en juin 2013.

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

Dans le domaine ambulatoire :

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

Dans le domaine hospitalier :

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

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

Dans le domaine médico-social :

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

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

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

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

11. Assurer financièrement l'accès aux soins

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

12. Assurer l'accès aux structures de prévention

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

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

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

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

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

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

Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire

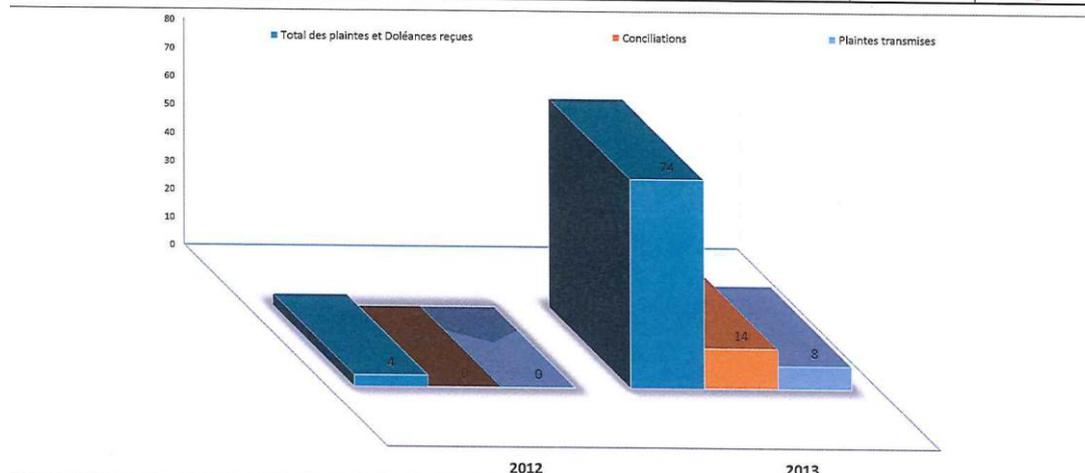
15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire

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

Plaintes et doléances Région Limousin

Département de la Corrèze

			2012	2013
AIRE DISCIPLINAIRES	Total des plaintes et Doléances reçues	Entre médecins	0	7
		Entre particuliers et médecins	4	67
		Entre médecins et établissements de soins	0	0
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
		dont Aide Médicale de l'Etat (AME)		
		Total	4	74
	Conciliations	Entre médecins (art. L4123-2 CSP)	0	5
		Entre particuliers et médecins (art. L4123-2 CSP)	0	8
		Autres conciliations (dans le cadre de l'art.56 CDM)	0	1
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
		dont Aide Médicale de l'Etat (AME)		
		Total	0	14
	Plaintes transmises	Entre médecins		5
		Entre particuliers et médecins		3
		D'une administration		0
		Par le conseil départemental (art 4 124-2 CSP)		0
		Plaintes directes du CD		0
Problèmes d'accès aux soins				
dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)				
dont Aide Médicale de l'Etat (AME)				
	Total	0	8	

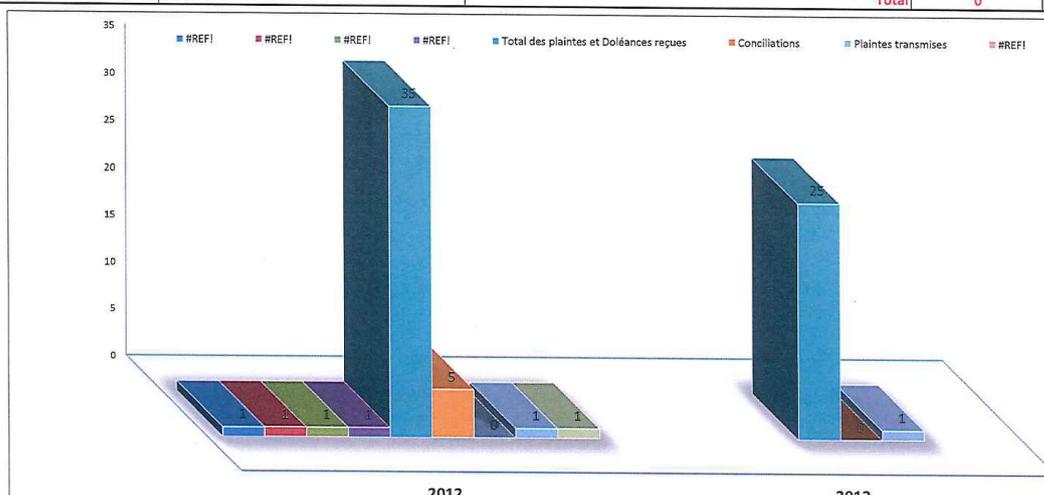


Département de la Creuse

Conseil départemental de la Creuse (23)

Bilan

			2012	2013
AFFAIRES DISCIPLINAIRES	Total des plaintes et Doléances reçues	Entre médecins	7	4
		Entre particuliers et médecins	26	21
		Entre médecins et établissements de soins	2	0
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
		dont Aide Médicale de l'Etat (AME)		
		Total	35	25
	Conciliations	Entre médecins (art. L4123-2 CSP)	1	0
		Entre particuliers et médecins (art. L4123-2 CSP)	4	0
		Autres conciliations (dans le cadre de l'art.56 CDM)	0	0
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
		dont Aide Médicale de l'Etat (AME)		
		Total	5	0
	Plaintes transmises	Entre médecins		0
		Entre particuliers et médecins		1
		D'une administration		0
		Par le conseil départemental (art 4 124-2 CSP)		0
		Plaintes directes du CD		0
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
dont Aide Médicale de l'Etat (AME)				
Total		0	1	



Département de la Haute-Vienne

		2012	2013	
AFFAIRES DISCIPLINAIRES	Total des plaintes et Doléances reçues	Entre médecins	3	17
		Entre particuliers et médecins	4	72
		Entre médecins et établissements de soins	0	6
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
		dont Aide Médicale de l'Etat (AME)		
		Total	7	95
	Conciliations	Entre médecins (art. L4123-2 CSP)	1	6
		Entre particuliers et médecins (art. L4123-2 CSP)	0	11
		Autres conciliations (dans le cadre de l'art.56 CDM)	0	3
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
		dont Aide Médicale de l'Etat (AME)		
		Total	1	20
	Plaintes transmises	Entre médecins		1
		Entre particuliers et médecins		5
		D'une administration		0
		Par le conseil départemental (art 4 124-2 CSP)		0
		Plaintes directes du CD		2
		Problèmes d'accès aux soins		
		dont Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)		
dont Aide Médicale de l'Etat (AME)				
Total		0	8	

