

RAPPORT 2015

EXERCICE 2014

Respect des droits des usagers du système de santé

REMERCIEMENTS

Merci à tous les bénévoles et les professionnels, qui par leur implication et leur professionnalisme, ont contribué à l'élaboration de ce rapport 2015 sur le respect des droits des usagers du système de santé en Corse.

...Et pour que vive la Démocratie Sanitaire.

La Présidente de la C.S.D.U

Georgette SIMEONI

INTRODUCTION.....	7
PROPOS LIMINAIRES.....	9
PARTIE I :.....	10
L’EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS.....	10
1/.DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL.....	10
A) Le droit au respect de la dignité de la personne.....	10
A-1/ La promotion de la bientraitance.....	10
A-2/ La prise en charge de la douleur.....	14
B) La scolarisation des enfants en situation d’handicap.....	14
B-1/ Les établissements et services médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d’handicap.....	15
• Les services d’éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) :.....	17
• Les instituts médico-éducatifs (IME) :.....	18
• Les unités polyvalentes de pédagogie, de suivi et d’intégration (UPPSI) :.....	18
• Les instituts d’éducation motrice (IEM) :.....	18
• Les instituts éducatifs thérapeutiques et pédagogiques (ITEP) :.....	18
• Les centres de ressources autisme (CRA) et le comité technique régional autisme (CTRA).....	19
B-2/ Conclusion sur les établissements et services médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d’handicap.....	20
B-3/ La scolarisation des enfants en situation d’handicap en milieu ordinaire et en unités d’enseignement.....	20
• Les enfants scolarisés en milieu ordinaire.....	21
Les effectifs dans les établissements publics.....	21
Les effectifs dans les établissements privés.....	21
• Les enfants scolarisés en unités d’enseignement dans les établissements médico-sociaux et hospitaliers.....	22
• La part des élèves en situation d’handicap parmi les élèves scolarisés.....	22
• Le pourcentage des élèves par type de troubles.....	22
• Les classes pour l’inclusion scolaire (CLIS) :.....	23
• Les unités localisées pour l’inclusion scolaire (ULIS) :.....	23
• Au sein des établissements publics.....	24
• Au sein des établissements privés.....	24
• La répartition des élèves par type de dispositifs dans le 1 ^{er} degré.....	24
• La répartition des élèves par type de dispositifs dans le 2 nd degré.....	25
• L’adéquation entre l’offre et la demande.....	25
2/.DANS LE CHAMP SANITAIRE.....	26
A) Le contexte sanitaire régional.....	26
A-1/ La commission de la relation des usagers et de la qualité de la prise en charge.....	27
A-1-1/ L’analyse quantitative.....	27
A-1-2/ L’analyse qualitative.....	28
B) Respect des droits des usagers.....	29
B-1/ Le respect des droits collectifs des usagers.....	29
B-1-1/ Le fonctionnement des CRUQPC.....	29
B-1-2/ La composition des CRUQPC.....	29

B-1-3/ Les réunions des CRUQPC	32
B-1-4/ Le règlement intérieur des CRUQPC	34
B-1-5/ L'organisation matérielle des CRUQPC	35
B-1-6/ La formation des membres des CRUQPC.....	36
B-1-7/ La diffusion de l'information relative aux CRUQPC au sein des établissements auprès des usagers	38
B-1-8/ La médiation	41
B-1-9/ La coordination des CRUQPC avec les autres instances de l'établissement	44
B-1-10/Les membres de la CRUQPC au sein des instances	44
B-1-11/ La CRUQPC et la politique de la qualité de la prise en charge	44
B-1-12/ Les groupes de travail associant les usagers.....	45
B-2/ Le respect des droits individuels des usagers.....	48
B-2-1/Les droits liés au statut de représentants des usagers	48
B-2-2/Le droit à l'information des patients.....	49
B-2-3/Les droits rattachés à la dignité des patients.....	51
B-2-3-1/ Les dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique.....	51
B-2-3-2/ La personne de confiance.....	51
B-2-3-3/La bientraitance.....	52
B-2-3-4/La prise en charge de la douleur	52
B-2-3-5/ La prise en charge des personnes en fin de vie.....	53
B-2-4/Les plaintes, réclamations et éloges recensées dans les établissements de santé	56
B-2-4-1/ L'analyse quantitative des plaintes et réclamations	56
B-2-4-3/ L'analyse quantitative et qualitative des éloges	58
B-2-5/La mesure de la satisfaction des usagers.....	59
B-2-5-1/Les enquêtes de satisfaction	59
B-2-5-2/ Les autres sources d'information de la satisfaction des usagers : l'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés	61
B-2-6/ L'information de l'utilisateur sur les suites données à l'expression de sa satisfaction ou de son insatisfaction.....	62
B-2-7/ Le traitement des événements indésirables.....	63
B-2-8/L'accessibilité au dossier médical	64
B-2-9/ Le droit à l'information : la confidentialité des données médicales des personnes détenues et l'accès à leur dossier médical.....	67
B-2-9-1/La prise en charge sanitaire des détenus en Corse	68
B-2-9-2/ L'évolution des procédures d'accès aux dossiers médicaux au sein des UCSA de Corse	68
B-2-10/ Le droit à l'accès pour tous aux soins	69
B-2-10-1/ L'accès aux professionnels de santé libéraux.....	69
B-2-10-2/ L'accès aux structures de prévention.....	71
3/.DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE.....	74
A) La procédure décrite par les conseils départementaux des ordres des professionnels de santé	74
A-1/ L'analyse des plaintes recensées par les conseils départementaux des ordres des professionnels de santé sur les thèmes de la maltraitance, de l'accès au dossier médical et le refus de soins pour prestataires	75
A-1-1/ A l'encontre des infirmiers inscrits au tableau de l'ordre.....	75
A-1-2/ A l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes.....	76
A-1-3/ A l'encontre des chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'ordre	76
PARTIE II: LA MISE EN ŒUVRE.....	77

DES OBJECTIFS AYANT UN IMPACT SUR LES DROITS DES USAGERS 77

1/.DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL..... 77

- A) La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers 77
- B) L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : l'état des lieux de la mise en œuvre des conseils de vie sociale 78
 - B1-/Données 2014 79
- C) Le livret d'accueil (L.A) 81
- D) Le contrat de séjour/DIPC 84
- E) Contrat d'aide et de soutien par le travail 87
- F) Le règlement de fonctionnement 88
 - C) Le projet d'établissement 89
 - D) Les personnes qualifiées 91
 - E) L'évaluation interne 91
 - F) L'évaluation externe 92
 - G) Le conseil de vie sociale 93
 - H) Le droit à l'accès pour tous aux soins 101

2/.DANS LE CHAMP SANITAIRE 103

- A) La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers 103
- B) L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : la procédure de certification V2010 103

PARTIE III : 115

LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS EMISES PAR LA CSDU DE LA CRSA 115

1/.LA FORMATION DES USAGERS: le rôle joué par le CISS Corse 115

- A) Le suivi des actions de formation 116
 - réalisées par le CISS Corse 116

2/. LA SATISFACTION DES USAGERS: un suivi indispensable 117

- A) La collaboration avec les caisses primaires d'assurance maladie 118
 - A-1/ La conciliation au sein des caisses d'assurance maladie 118
 - A-2/ L'analyse des saisines des conciliateurs des caisses primaires d'assurance maladie en 2014 120
 - A3-/ Le bilan des conciliateurs en 2014 125
- B) La collaboration avec le conseil régional de l'ordre des médecins et l'union régionale des professionnels de santé 127
- C) La collaboration avec la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux 128
 - C-1/ Les dossiers reçus par la CCI 129
 - C-2/ Les expertises préalables 129
 - C-3/ Les expertises au fond 130
 - C-4/ Les suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond 131
- La collaboration avec l'ARS 133

3/. PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE 136

- A) Graduation de l'offre de santé 136
 - A-1/ Le parcours régional 136

B) L'animation territoriale	137
C) La nutrition.....	137
D) Les dépistages	137
D-1/ Dépistage du V.I.H et I.S.T	138
D-2/ Dépistage des cancers	138
D-3/ Dépistage des troubles du langage	139
E) La vaccination.....	139
F) L'environnement.....	140
F-1/ Moustiques vecteurs de maladies humaines.....	140
G) Les addictions.....	141
G-1/ Constat	141
G-2/ Objectif.....	141
H) La contraception	142
I) Maladies chroniques et éducation thérapeutique du patient (ETP).....	144
 PARTIE IV :	 145
 LES RECOMMANDATIONS EMISES PAR LA CRSA.....	 145
1/.Dans le champ médico-social.....	145
A) L'information et l'expression des résidents et de leur famille.....	145
B) La promotion de la bienveillance et la prise en charge de la douleur	146
C) La scolarisation des enfants en situation de handicap	146
2/.Dans le champ sanitaire.....	147
A) Le droit à l'information des usagers au sein des établissements de santé.....	147
B) Les certificats médicaux, les comptes rendus d'hospitalisation et le dossier médical	147
3/.Le droit à l'accès pour tous aux soins.....	148
 GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX SIGLES.....	 149

Introduction

La démarche qualité dans le domaine de la santé a pour objectif de « permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour **sa plus grande satisfaction** en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (...).»¹

La recherche de la satisfaction du patient fait partie intégrante de la qualité de la prise en charge et la mesure de cette satisfaction s'inscrit dans un contexte global d'affirmation accrue de la place de l'usager dans l'organisation du système de santé, comme le traduisent les évolutions réglementaires, en particulier l'ordonnance du 24 avril 1996, la loi du 4 mars 2002², la loi du 21 juillet 2009³ et la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé.⁴

La participation des usagers à la politique de santé aux côtés d'autres acteurs s'inscrit dans une dynamique plus communément connue sous le terme de « **démocratie sanitaire** ».

Créées par la loi du 21 juillet 2009, **les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)** s'inscrivent dans cette dynamique de par leur composition en collèges de représentants de la société civile et leur contribution, par leurs avis, à la définition de la politique régionale de santé.

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU) de la CRSA contribue tout particulièrement à l'effectivité de la démocratie sanitaire en région en élaborant chaque année un 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.⁵

L'Instruction ministérielle en date du 24 octobre 2011⁶ a identifié les principales orientations devant être traitées dans ce rapport.

¹OMS, 1987.

² L. n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

³ L. n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴ L. n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁵ CSP, art. D. 1432-42.

⁶ Instruction DGS/DP1/SGCMAS/DGOS/DGCS n°2011-424 du 24 octobre 2011 relative à l'élaboration du rapport 2011 des conférences régionales de la santé et de l'autonomie sur le respect des droits des usagers du système de santé.

Ces orientations ont été reprises pour la rédaction du rapport 2015 concernant l'activité 2014.

Dans une première partie relative à l'évaluation du respect des droits des usagers du système de santé, l'étude portant sur le domaine médico-social sera réalisée distinctement de celle relative au domaine sanitaire. ([Partie I](#))

Cette distinction sera reprise dans une deuxième partie relative à la mise en œuvre des objectifs ayant un impact sur les droits des usagers. ([Partie II](#))

Des recommandations spécifiques formulées par la CSDU de la CRSA sur certaines thématiques feront l'objet d'une troisième partie. ([Partie III](#))

Les recommandations émises par la CRSA seront retranscrites dans une dernière partie. ([Partie IV](#))

Propos liminaires

Le droit au respect de la dignité de la personne

Le respect des droits relatifs au respect de l'intégrité, de la dignité de la personne⁷ et de la confidentialité des informations la concernant⁸ est conditionné par la mise en œuvre d'**une démarche de promotion de la bientraitance**, véritable culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service visant à promouvoir le bien être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance.⁹

Le respect de ces droits est également conditionné par **la prise en charge de la douleur** à travers la reconnaissance par la loi du 4 mars 2002 du droit fondamental de toute personne au soulagement de sa douleur.¹⁰

Le droit à l'information

Le droit à l'information est reconnu par l'article L. 1111-2 du code la santé publique qui dispose que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels et les établissements de santé.

Le code de l'action sociale et des familles garantit également à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'accès à toute information et document relatifs à sa prise en charge.¹¹

L'expression des usagers

Le rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé présente et analyse **les différents moyens dont disposent les usagers pour faire entendre leur voix.**

Le code de la santé publique garantit également **l'expression de la volonté des malades en fin de vie** par le droit offert à toute personne majeure de rédiger une déclaration écrite, appelée directive anticipée, pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.¹²

⁷ CSP, art. L. 1110-1 et L. 1110-2.

⁸ CSP, art. L. 1110-4, CASF, art. L. 311-3 4°).

⁹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », août 2008, page 14.

¹⁰ CSP, art. L. 1110-5.

¹¹ CASF, art. L.311-3 5°).

¹² CSP, art. L.1111-1.

Partie I :

L'évaluation du respect des droits des usagers

1/.DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL

A) Le droit au respect de la dignité de la personne

A-1/ La promotion de la bientraitance

	Etablissements et services sociaux et médico sociaux (ESMS) de Corse
Nombre total	87
Nombre d'ESMS adaptés aux personnes âgées	36
Nombre d'ESMS adaptés aux personnes en situation d'handicap	51

a) Le rôle de l'ARS dans la promotion de la bientraitance:

- Le recueil et la gestion des réclamations et signalements

L'ARS contribue à la promotion de la bientraitance en assurant le recueil et la gestion des réclamations et signalements qu'elle reçoit **des établissements de santé, des ESMS** selon une procédure formalisée, ou bien directement **des usagers** par voie écrite.

Les réclamations sont traitées par **la mission régionale inspection contrôle (MRIC)** de l'ARS en lien avec les services et les professionnels compétents.

Les établissements doivent transmettre à l'ARS **une fiche de signalement de cas de maltraitance** au regard de laquelle l'ARS traite avec les établissements concernés des suites à donner à ce signalement.

- Les inspections

L'ARS peut mener **des inspections au sein des établissements** dans le cadre de la promotion de la bientraitance.¹³

A visée principalement préventive, ces inspections ne constituent pas forcément la conséquence d'antécédents constatés au sein d'une structure.¹⁴

L'ARS choisit les établissements à inspecter en se fondant sur de larges critères tel que le nombre d'années au cours desquelles aucune inspection n'a eu lieu en leur sein. Le choix peut également porter sur des établissements présentant des signes d'alertes itératifs relatifs à des dysfonctionnements constatés depuis plusieurs mois.

L'ARS vise un **accompagnement des structures** en leur apportant une aide méthodologique dans le respect des compétences de chacun.

- Les conventions tripartites au sein des EHPAD

¹³ En pratique, les inspections prévues pour l'année « n » sont programmées au cours de l'année « n-1 » lors de l'élaboration du Programme Régional Inspection Contrôle de l'ARS.

L'inspection a lieu sur place afin de vérifier si la santé, la sécurité et le bien-être physique et morale des personnes ne sont pas compromis. L'équipe d'inspection réalise un contrôle de premier niveau des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. Si les conclusions de ce contrôle révèlent l'existence d'un risque pour la santé ou la sécurité, l'équipe d'inspection procède à un contrôle approfondi des locaux de l'établissement, de son environnement, de l'organisation de son personnel, des pratiques managériales existantes et des modes de prise en charge des résidents.

Les inspections ainsi menées ont pour objectif de corriger sans délai les dysfonctionnements constatés et d'apporter une aide aux établissements ou services concernés sans pour autant instaurer un système de cogestion.

¹⁴ CASF, art. L.313-13

L'ARS est signataires des conventions tripartites signées entre chacun des EHPAD de la région et les conseils généraux afin de promouvoir la bientraitance.¹⁵

En vertu de ces conventions, en fin de chaque année civile, **l'ARS alloue des crédits non reconductibles destinés à la formation des personnels des EHPAD pour la promotion de la bientraitance.**

- Le logiciel HABEO-ALMA 3977

Dans le cadre de l'association « allô maltraitance personnes âgées et/ou en situation de handicap » (ALMA) actuellement présente dans une très grande majorité des départements, l'ARS de Corse travaille avec le logiciel HABEO-ALMA 3977.

Chaque signalement relevant d'**une suspicion de maltraitance à domicile** est traité par l'agence via ce logiciel ou transmis aux conseils départementaux concernés.

Le mode de financement des structures médico-sociales permet de dégager des moyens non reconductibles permettant à l'ARS d'agir rapidement pour faire face à des situations exceptionnelles dans le domaine de la prise en charge.

Le DGARS insiste pour que le volet relatif aux obligations nationales de contrôle en matière de promotion de la bientraitance soit effectif et inscrit comme priorité dans les programmes d'inspection.

b) L'évaluation de la promotion de la bientraitance à travers les évaluations des ESMS

- Les évaluations internes

Les évaluations internes portent au minimum sur les grands domaines précisés par l'ANESM¹⁶ et parmi lesquels figurent **la garantie des droits et la participation des usagers et la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de la vulnérabilité des usagers.**

Ces évaluations comportent également **une analyse des effets sur les usagers des actions entreprises par l'établissement.**

Il incombe aux ESMS de communiquer les résultats de leur évaluation interne aux autorités compétentes dans un rapport précisant notamment la méthode et les référentiels utilisés.

¹⁵ CASF, art. L.313-12

¹⁶ Les domaines sont énumérés dans les recommandations de l'ANESM suivantes : « La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles », avril 2008 ; « La conduite de l'évaluation interne des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles », juillet 2009.

- Les évaluations externes¹⁷

Cinq organismes sont habilités pour les établissements de Corse du Sud et de trois organismes sont habilités pour les établissements de Haute Corse.¹⁸

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Après l'évaluation interne, diligentée par chaque ESMS selon ses spécificités et en suivant les indicateurs, chaque établissement pourra à partir de constats simples et compte tenu du contexte, repérer si les objectifs fixés de l'accompagnement sont bien présents et maîtrisés dans l'établissement ou le service.

Dans un deuxième temps, il sera fait appel à un organisme externe habilité, aux qualifications et compétences déterminées par le code de l'action sociale et des familles (CASF) selon la loi du 2 janvier 2002. L'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohésion des actions déployées par les établissements et services, ceci au regard, d'une part des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies. Les champs des évaluations internes et externes sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service, et pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'accompagnement des résidents.

¹⁷ D. n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹⁸ Décision du 30 octobre 2012 portant habilitation pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L. 312-8 et D. 312-201 du même code.

A-2/ La prise en charge de la douleur

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Les EHPAD ne sont pas des établissements de santé mais se doivent de prendre en charge les douleurs des personnes âgées et /ou en situation d'handicap. Ces douleurs sont du même ordre que celles des adultes plus jeunes et nécessitent les mêmes soins adaptés à leur âge, à leur constitution corporelle et à leurs poly-pathologies.

Les équipes soignantes en EHPAD ne bénéficient pas en général de l'assistance d'un médecin attaché à l'établissement sauf dans certains EHPAD accueillant de très nombreux résidents. Cependant le personnel infirmier sait écouter les plaintes des personnes en souffrance et établissent avec elles une relation de confiance propice à la prise en charge de la douleur. Un médecin libéral vient ponctuellement visiter les résidents, accompagner les soignants à leur demande et prescrire les soins à appliquer.

L'équipe soignante s'assure :

- Du confort du patient qui souffre de douleur.
- De maintenir une certaine autonomie grâce à des procédés simples,
- De soulager tous les types de douleur d'ordre physique ou psychologique avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire.
- Les soignants utilisent tous les outils à leur disposition pour évaluer la douleur du patient. Dans les cas plus graves, le patient sera transféré sur ordre du médecin aux urgences où il sera pris en charge et hébergé en gériatrie. Concernant la prise en charge de la douleur, il bénéficiera des dispositifs mis en place par la CME dans les établissements de santé. Si le patient est en fin de vie, il sera accompagné en soins palliatifs.

En cas de rétablissement, le résident sera reconduit dans son EHPAD, qui est son lieu de vie.

B) La scolarisation des enfants en situation d'handicap

La loi du 11 février 2005 a renforcé les actions en faveur de la scolarisation des élèves en situation d'handicap, en affirmant le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile et à un parcours scolaire continu et adapté.¹⁹

¹⁹ L. n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

B-1/ Les établissements et services médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d'handicap

Les informations recueillies auprès de la maison départementale des personnes en situation d'handicap (MDPH)²⁰ de Haute-Corse et de la direction de la santé publique et du médico-social de l'ARS ont permis d'établir les éléments suivants :

Catégorie d'établissement	Missions	Nbre en Haute-Corse	Nbre en Corse du Sud
CMPP ²¹	Dépiste les troubles et assure le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent en vue de favoriser sa réadaptation tout en le maintenant dans son milieu habituel. ²² Les enfants et adolescents accueillis présentent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou des troubles du comportement de nature à compromettre la poursuite d'une scolarisation dans le milieu ordinaire, voire le maintien de l'enfant dans son milieu familial.	1	1
CAMSP ²³	Intervention auprès des enfants âgés de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales, des handicaps, mais également pour la prévention de l'aggravation de ces déficiences, la rééducation par cure ambulatoire, l'aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance et la rééducation des enfants des premiers et deuxièmes âges, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel. ²⁴	1	1
CDAV ²⁵	Les CDAV accueillent les enfants et adolescents âgés de 3 à 18 ans présentant des troubles visuels ou auditifs lourds nécessitant une prise en charge	1	0

²⁰ Créées par la loi du 11 février 2005 et prévues à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

²¹ CMPP = centre médico-psycho-pédagogiques (annexe XXXII du décret n°63-146 du 18 février 1963, circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964).

²² Les CMPP sont placés sous l'autorité d'un médecin directeur pédiatre ou pédopsychiatre aidé d'une équipe de médecins, d'auxiliaires médicaux (orthophonistes et psychomotriciens en particulier), de psychologues, d'assistantes sociales, de pédagogues et de rééducateurs.

²³ CAMSP = centre d'action médico-sociale précoce (CSP, art. L.2132-4).

²⁴ Les CAMSP peuvent être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées. La prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire qui assure une mission de conseil et de soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant a été confié. La prise en charge est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions éducatives préscolaire et les établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans

²⁵ CDAV = centre de déficients auditifs et visuels

	importante en semi-internat.		
<i>SESSAD</i> ²⁶	Les SESSAD contribuent à la prise en charge précoce et à l'intégration scolaire des enfants en situation d'handicap âgés de 0 à 20 ans en leur assurant une prise en charge globale en matière de soins, de rééducation et d'enseignement, sur leur lieu de vie ou au sein de leur établissement scolaire. ²⁷ Depuis la loi du 11 février 2005, l'orientation en SESSAD relève de la compétence des MDPH qui procèdent à une évaluation des besoins de l'enfant et du jeune en situation d'handicap via une équipe pluridisciplinaire et statuent sur l'orientation favorable.	4	4
<i>IME</i> ²⁸	Le terme IME regroupe plusieurs catégories de structures ²⁹ accueillant des enfants et adolescents atteints de handicap mental présentant une prédominance intellectuelle liée à des troubles neuropsychiatriques. ³⁰	2	2
<i>UPPSI</i> ³¹		0	1
<i>IEM</i> ³²	Les IEM proposent des prises en charge pour les enfants et adolescents sujets à une déficience motrice entraînant une importante restriction de leur autonomie et nécessitant le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, l'éducation spécialisée, la formation générale et professionnelle, afin de réussir leur intégration familiale, sociale et professionnelle. La prise en charge des IEM peut concerner des enfants ou adolescents déficients moteurs aux stades de l'éducation précoce, de la formation préélémentaire, élémentaire ou secondaire (enseignement général, professionnel et technologique). La prise en charge comporte différentes missions selon la nature et le degré de la déficience. ³³	0	1

²⁶ SESSAD = services d'éducation spéciale et de soins à domicile (décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles; loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées; loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale).

²⁷ Une équipe pluridisciplinaire dispense les soins et assure les prises en charge spécifiques à chaque enfant et jeune handicapé au domicile de celui-ci, dans son établissement scolaire ou dans les locaux de la structure.

²⁸ IME = instituts médico-éducatifs

²⁹ Les IME peuvent fonctionner en internat, en externat, en semi-internat ou en accueil temporaire. Ils peuvent se distinguer en fonction de l'âge des enfants accueillis.

³⁰ Les IME sont spécialisés selon le degré et le type de handicap pris en charge.

³¹ UPPSI = unités polyvalentes de pédagogie, de suivi et d'intégration

³² IEM = institut d'éducation motrice (Article L. 311-1 et L. 312-1 2°) du code de l'action sociale et des familles).

³³ L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent, la surveillance médicale, les soins, le maternage et l'appareillage nécessaire, l'éducation motrice ou les

ITEP ³⁴	Les ITEP accueillent des enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle, perturbant gravement leur socialisation et l'accès aux apprentissages. ³⁵ L'accueil se fait en internat ou en demi-pension et l'enseignement est dispensé dans l'établissement par des enseignants spécialisés, ou bien en intégration dans des classes, ordinaires ou spécialisées, d'établissements scolaires proches.	1	1
CRA ³⁶ CTRA ³⁷	Les CRA sont des structures médico-sociales publiques destinées aux personnes présentant un trouble autistique ou envahissant du développement, ainsi qu'à leurs proches. Organisés au niveau régional, les CRA s'appuient en principe sur des établissements tels que les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux ou autres établissements qui regroupent les compétences, les plateaux techniques et les activités de recherche adaptées. Le CRA a pour principales missions d'informer, de conseiller et d'orienter les personnes atteintes et leurs proches, de réaliser le diagnostic et l'évaluation pluridisciplinaires des enfants et des adultes, de développer le contact et l'information des professionnels, ainsi que de contribuer à la création d'un centre de documentation local.	1	1

Données complémentaires sur les établissements et services médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d'handicap.

- **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) :**

rééducations fonctionnelles nécessaires, l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication, l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances, le développement d'un niveau culturel optimum, l'éducation physique et sportive, des actions d'éducation spécialisées tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale et utilisant autant que possible les moyens socio-culturels existants.

³⁴ ITEP = instituts éducatifs thérapeutiques et pédagogiques (décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés dans les établissements spécialisés).

³⁵ Les IETP conjuguent au sein d'une même équipe institutionnelle, des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques en vue d'inverser le processus handicapant dans lequel les enfants et adolescents aux potentialités intellectuelles et cognitives intactes, sont engagés.

³⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³⁷ Circulaire n°DGAS/DGS/DHOS/2008/309 du 8 octobre 2008 relative au plan autisme 2008-2010

	Haute Corse	Corse du Sud
Nombre de SESSAD	4	4
Nombre total de places autorisées	125	105
Total régional du nombre de places autorisées	230	
Nombre total de places installées	125	105
Total régional du nombre de places installées	230	

- Les instituts médico-éducatifs (IME) :

	Haute Corse	Corse du Sud
Nombre d'IME	2	2
Nombre total de places autorisées	106	106 dont 32 en internat
Total régional du nombre de places autorisées	212	
Nombre total de places installées	106	106
Total régional du nombre de places installées	212 dont 32 en internat	

- Les unités polyvalentes de pédagogie, de suivi et d'intégration (UPPSI) :

	Haute Corse	Corse du Sud
Nombre d'UPPSI	0	1
Nombre de places autorisées	0	33
Total régional du nombre de places autorisées	33	
Nombre de places installées	0	33
Total régional du nombre de places installées	33	

- Les instituts d'éducation motrice (IEM) :

	Haute Corse	Corse du Sud
Nombre d'IEM	0	1
Nombre total de places autorisées		35 dont 20 en internat
Total régional du nombre de places autorisées	35	
Nombre total de places installées	0	35
Total régional du nombre de places installées	35	

- Les instituts éducatifs thérapeutiques et pédagogiques (ITEP) :

Le dispositif ITEP de la région est composé d'un SESSAD spécialisé dans les troubles du caractère et du comportement (SESSAD TCC) et d'un institut éducatif thérapeutique.

Etablissement	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées
SESSAD TCC	30	30
ITEP de Haute-Corse	16	16

- [Les centres de ressources autisme \(CRA\) et le comité technique régional autisme \(CTRA\)](#)

Depuis 2013, le **CRA de Corse** intervient sur les deux départements de la région et dispose de locaux indépendants sur chacun des pôles d'Ajaccio et de Bastia.

L'équipe de professionnels du CRA³⁸ répartit son temps de travail entre ces deux antennes territoriales.

Au mois de février 2015, l'ARS a installé le **comité technique régional autisme** chargé de la concertation et de l'animation régionale de la politique de l'autisme.

CRA Corsica	
Date d'autorisation	12/12/2012
Date d'ouverture officielle	15/01/2013
Public concerné	Enfants, adolescents et adultes
Nombre d'habitants en population générale du territoire desservi	225 346
Missions	Accueil et conseils aux personnes et à leur famille
	Appui à la réalisation de bilans et évaluations approfondies
	Organisation de l'information à l'usage des professionnels et des familles
	Formation et conseil auprès des professionnels
	Animation d'un réseau régional

³⁸ Un pédopsychiatre, un pédiatre, une psychomotricienne, une orthophoniste, une secrétaire, un neuropsychologue, un psychologue, un éducateur directeur adjoint du CRA, un éducateur chef de services.

B-2/ Conclusion sur les établissements et services médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d'handicap.

	Haute Corse	Corse du Sud
<i>Nombre total d'établissements et services médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d'handicap</i>	11	12
<i>% de places installées par rapport à la population de personnes en situation d'handicap</i>	42,05%	49,80%

	Région Corse
Nombre total d'établissements et services médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d'handicap	23
Nombre total de places autorisées au sein des établissements médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d'handicap	588 dont 48 en internat
Nombre total de places installées au sein des établissements médico-sociaux adaptés aux enfants en situation d'handicap	556

B-3/ La scolarisation des enfants en situation d'handicap en milieu ordinaire et en unités d'enseignement

Les données exposées concernent la rentrée scolaire 2014 et ont pour sources les enquêtes n°3, n°12 et n°32 pilotées par la direction générale de l'enseignement scolaire et la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance.

- L'enquête n°3 recense les élèves en situation d'handicap scolarisés dans les écoles maternelles et primaires (enseignement du 1^{er} degré),
- L'enquête n°12 recense les élèves scolarisés dans les collèges, les lycées d'enseignement général et technologiques, les lycées professionnels, les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA)³⁹ et dans les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SGEPA)⁴⁰ (enseignement du 2nd degré),

³⁹ Les EREA sont des établissements publics locaux d'enseignement dont la mission est de prendre en charge les adolescents en grande difficulté scolaire et sociale ou présentant un handicap. A ce jour, 80 EREA sont installés en France métropolitaine.

⁴⁰ Mises en place au sein des collèges, les SEGPA accueillent des élèves présentant des difficultés d'apprentissage graves et durables et qui ne maîtrisent pas toutes les connaissances et compétences attendues à la fin de l'école primaire, en particulier au regard des éléments du socle communs. Au sein des SEGPA, les élèves suivent des enseignements adaptés qui leur permettent à la fois d'acquérir les connaissances et les compétences du socle commun, de construire progressivement leur projet de formation et de préparer l'accès à une formation diplômante.

- L'enquête n° 32 concerne la scolarisation des élèves en situation d'handicap dans les établissements hospitaliers et médicosociaux.

Les résultats des enquêtes communiqués par l'inspection académique de Corse ont permis la conduite de cette analyse.

❖ Présentation générale

- **Les enfants scolarisés en milieu ordinaire**

Les effectifs dans les établissements publics

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie
Maternelle	54	77	131
Elémentaire	255	214	469
Effectif total 1^{er} degré	309	291	600
Collège	155	137	292
SEGPA	69	43	112
Lycée	17	17	34
Lycée professionnel	35	13	48
Post-bac	2	2	4
Effectif total 2nd degré	278	250	528
Effectif total milieu ordinaire	587	541	1 128

Les effectifs dans les établissements privés

	Effectifs	Part du privé
Maternelle	3	2,3%
Elémentaire	8	1,7%
Effectif total 1^{er} degré	11	1,8%
Collège	26	8,9%
SEGPA	0	0
Lycée	12	35.3%
Lycée professionnel	0	0
Post-bac	0	0
Effectif total 2nd degré	38	7.2%
Effectif total milieu ordinaire	49	4.3%

- Les enfants scolarisés en unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et hospitaliers

	Haute Corse	Corse du Sud
Nombre d'élèves scolarisés en unité d'enseignement dans les établissements médico-sociaux	34	50
Nombre d'élèves scolarisés en unité d'enseignement dans les établissements hospitaliers	0	0
Nombre total d'élèves scolarisés en unités d'enseignements	84	

- La part des élèves en situation d'handicap parmi les élèves scolarisés

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie	National
Dans le 1 ^{er} degré	2,4%	2,6%	2,5%	2,2%
Dans le 2 nd degré	2,6%	2,7%	2,6%	1,9%

- Le pourcentage des élèves par type de troubles

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie	National
Cognitifs	31%	27%	29%	41%
Psychiques	28%	34%	31%	19%
Langage	24%	14%	19%	16%
Moteurs	5%	8%	6%	9%
Sensoriels	5%	6%	5%	5%
Autres	8%	12%	10%	10%

❖ Présentation de dispositifs existants dans le milieu ordinaire

• Les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) :⁴¹

La CLIS est une classe de l'école qui a pour mission d'accueillir de façon différenciée dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, des élèves en situation de handicap afin de leur permettre de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire.⁴²

Elles accueillent des enfants dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire mais qui peuvent bénéficier, dans le cadre d'une école, d'une forme ajustée de scolarisation tel qu'un enseignement adapté au sein de la CLIS et d'une participation aux actions pédagogiques prévues dans le projet de l'école.⁴³

La commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation d'handicap propose l'orientation en CLIS dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation de l'élève.

• Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) :⁴⁴

Au sein d'un collège, d'un lycée général et technologique, ou d'un lycée professionnel, les ULIS accueillent un petit groupe d'élèves présentant le même type de handicap.

Les élèves scolarisés au titre des ULIS présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles envahissants du développement, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés. Leur handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire mais ils peuvent bénéficier, dans le cadre d'un établissement scolaire du second degré, d'une scolarisation adaptée.⁴⁵

La commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation d'handicap propose l'orientation en ULIS dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation de l'élève.

⁴¹ Circulaire n°2009-087 du 17 juillet 2009 portant sur l'actualisation de l'organisation des classes pour l'inclusion scolaire.

⁴² La CLIS accueille un groupe de 12 enfants maximum présentant le même type de handicap.

⁴³ Chaque enfant accueilli dans une CLIS bénéficie, selon ses possibilités, de temps de scolarisation dans une classe d'école où il peut effectuer des apprentissages scolaires à un rythme proche de celui des autres élèves.

⁴⁴ Circulaire n°2010-088 du 18 juin 2010 sur le dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré

⁴⁵ Chaque élève scolarisé au titre des ULIS bénéficie, selon ses possibilités, de temps de scolarisation dans une classe de l'établissement scolaire où il peut effectuer des apprentissages scolaires à un rythme proche de celui des autres élèves.

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie	National
Dans le 1^{er} degré				
Nombre de CLIS	12	11	23	4162
Nombre de CLIS pour 1000 élèves	38,8	37,8	38,3	32,7
Nombre d' élèves par CLIS	8,8	7,2	8,0	10,6
Dans le 2nd degré				
Nombre d' ULIS	9	6	15	2498
<i>dont en lycées</i>	2	0	2	413
Nombre d' ULIS pour 1000 élèves	32,6	24,2	28,6	30,5
<i>dont en lycées</i>	42,6	0	26	28
Nombre d' élèves par ULIS	8,1	10,7	9,1	10,4
<i>dont en lycées</i>	7	0	7	8,2

❖ La répartition des élèves scolarisés au sein des dispositifs existants

- Au sein des établissements publics

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie
Dans le 1^{er} degré			
Nombre d'élèves scolarisés en CLIS	105	79	184
Nombre d'élèves scolarisés en classe ordinaire	204	212	416
Dans le 2nd degré			
ULIS	73	64	137
Classe ordinaire	205	186	391

- Au sein des établissements privés

	Effectifs
Dans le 1^{er} degré	
Nombre d'élèves scolarisés en CLIS	0
Nombre d'élèves scolarisés en classe ordinaire	11
Dans le 2nd degré	
Nombre d'élèves scolarisés en ULIS	0
Nombre d'élèves scolarisés en classe ordinaire	38

- La répartition des élèves par type de dispositifs dans le 1^{er} degré

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie	National
Pourcentage des élèves scolarisés en CLIS	34%	27%	31%	34%
Pourcentage des élèves scolarisés en classe ordinaire	66%	73%	69%	66%

- La répartition des élèves par type de dispositifs dans le 2nd degré

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie	National
Pourcentage des élèves scolarisés en ULIS	26%	26%	26%	32%
Pourcentage des élèves scolarisés en classe ordinaire	74%	74%	74%	68%

- L'adéquation entre l'offre et la demande

	Haute-Corse	Corse du Sud	Académie	National
Dans le 1^{er} degré				
Nombre et % d'élèves en attente d'affectation en CLIS	4	1	5	3416
	4%	1%	3%	8%
Nombre et % d'élèves en CLIS en attente d'affectation dans une autre structure	0	0	0	1437
	0%	0%	0%	3%
Dans le 2nd degré				
Nombre et % d'élèves en attente d'affectation en ULIS	1	2	3	2868
	1%	3%	2%	10%
Nombre et % d'élèves en ULIS en attente d'affectation dans une autre structure	0	0	0	816
	0%	0%	0%	3%

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU de la CRSA souligne avec satisfaction la très bonne participation des services du Rectorat de la Corse qui ont communiqué un panorama complet de la scolarisation des enfants porteurs de handicap. La loi du 11 février 2005, puis celle sur la refondation de l'école en 2013 et enfin la Conférence Nationale du 11 décembre 2014 ont activé la mise en place de l'école inclusive. Afin de renforcer le parcours de ces élèves, les auxiliaires de vie scolaire (AVS) sont remplacés par des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH). Ces personnels bénéficieront d'une véritable formation mise en oeuvre par les circonscriptions académiques ; formation qui les fera accéder à un diplôme de niveau V décision réaffirmée par le Président de la République lors de la Conférence Nationale du Handicap 2016.

Problème soulevé par les intéressés : le temps partiel qui ne leur permet pas d'accéder à un salaire convenable.

Les enseignants en ESPE suivront également une formation spécifique qui facilitera la prise en charge de ces élèves dans leur classe. La mise en place de ces dispositifs se fera progressivement et nous resterons attentifs aux résultats sur le terrain.

D'autre part, la CSDU préconise que les MDPH des deux départements s'assurent que les orientations des enfants soient décidées en se fondant sur la situation de leur handicap et non pas en fonction du nombre de places disponibles.

2/.DANS LE CHAMP SANITAIRE

A) Le contexte sanitaire régional

En 2014, le territoire régional recense **28 établissements de santé**.

Secteur sanitaire public	
<i>Catégories d'établissements</i>	Nombre d'établissements
Centres hospitaliers	2
Centres hospitaliers régionaux ⁴⁶	3
Centre hospitalier départemental spécialisé en maladies mentales	1
Centre hospitalier intercommunal	1
Secteur sanitaire privé	
<i>Catégories d'établissements</i>	Nombre d'établissements
Cliniques/polycliniques MCO ⁴⁷	6
Cliniques psychiatriques	3
Etablissements de SSR ⁴⁸	5
Structure HAD ⁴⁹	3
Centres et unités d'auto dialyse	4

⁴⁶ Centres hospitaliers régionaux régis par le statut juridique des hôpitaux locaux avant la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴⁷ MCO = Médecine, chirurgie et obstétrique.

⁴⁸ SSR = Soins de suite et de réadaptation

⁴⁹ HAD = Hospitalisation à domicile

A-1/ La commission de la relation des usagers et de la qualité de la prise en charge

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, une commission de la relation des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) doit obligatoirement être instituée dans chaque établissement de santé, syndicat inter hospitalier et groupement de coopération sanitaire de type établissement de santé.⁵⁰

De par ses attributions, la CRUQPC veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades, de leurs proches et de la prise en charge.

A cette fin, elle facilite les démarches des personnes malades et de leurs proches et veille à ce qu'elles puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

La CRUQPC a pour rôle de rédiger un rapport annuel s'appuyant sur les pratiques existantes, de proposer des recommandations et d'évaluer leur impact d'une année sur l'autre.

La rédaction du rapport annuel d'activité de la CRUQPC contribue à la démarche d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge au sein de l'établissement de santé, ainsi qu'à la définition de la politique à mener en matière de respect des droits des usagers.⁵¹

A-1-1/ L'analyse quantitative

20 rapports d'activité de la CRUQPC étaient attendus au titre de l'année 2014.⁵²

La totalité des rapports de la CRUQPC ont été remis à l'ARS.

	Taux de retour des rapports CRUQPC
2011	73%
2012	88%
2013	100%
2014	100%

⁵⁰ CSP, art. R. 1112-79.

⁵¹ CSP, art. L. 1112-3, al. 4.

⁵² Bien que 28 établissements de santé exercent une activité de soins en 2014, 20 rapports de CRUQPC devaient être rédigés pour les raisons suivantes : les unités d'autodialyse de la région disposent d'une CRUQPC commune, la structure cliniques d'Ajaccio dispose d'une CRUQPC commune pour les sites clinique du Golfe et Clinisud, la clinique chirurgicale Maymard, la structure d'hospitalisation à domicile rattachée à la polyclinique Maymard et la clinique Filippi ont mis en place une CRUQPC commune, le centre d'autodialyse ACORSAD dépend de la CRUQPC du centre hospitalier d'Ajaccio.

La date butoir pour la remise des rapports de la CRUQPC à l'ARS au titre de l'année 2014 était fixée au **15 mai 2015**.

Le nombre d'établissements de santé ayant respecté cette date butoir pour la remise des rapports est en baisse.

	Taux des établissements de santé ayant remis leur rapport à l'ARS avant le 15/05/2015
2012	45%
2013	28%
2014	25%
Périodes	Taux des établissements de santé ayant remis leur rapport à l'ARS
Entre le 15/05 et le 30/06/15	15%
Entre le 1 ^{er} /07 et le 30/09/15	35%
Entre le 01/10 et le 31/12/15	25%

A-1-2/ L'analyse qualitative

	Taux des établissements de santé ayant mentionné l'identité des rédacteurs de leur rapport CRUQPC
2012	18%
2013	33%
2014	17,5%
	Taux des établissements de santé ayant associé la totalité des membres de la CRUQPC à l'élaboration du rapport CRUQPC
2013	28%
2014	88%

Bien que le nombre d'établissements de santé ayant mentionné l'identité des rédacteurs dans leur rapport « CRUQPC » soit en baisse, le nombre d'établissements indiquant avoir associé la totalité des membres de la CRUQPC à l'élaboration de ce rapport est en hausse.

B) Respect des droits des usagers

B-1/ Le respect des droits collectifs des usagers

B-1-1/ Le fonctionnement des CRUQPC

B-1-2/ La composition des CRUQPC

Généralités

En 2014, la totalité des établissements de santé de la région ont constitué une CRUQPC en leur sein.

La CRUQPC d'un établissement de santé est obligatoirement composée d'un **médiateur médecin** et de son suppléant, d'un **médiateur non médecin** et de son suppléant, ainsi que de **deux représentants des usagers** et de leurs suppléants.⁵³

La présidence de la CRUQPC est assurée par le **représentant légal de l'établissement** ou par la personne que ce dernier désigne à cet effet.

D'autres personnalités peuvent siéger à titre consultatif et/ou en qualité de personnes dites « ressources », notamment lorsque l'ordre du jour établi pour la réunion de la CRUQPC porte sur des thématiques précises relevant de leur domaine de compétence.⁵⁴

	Taux des établissements dans lesquels les postes de RU au sein des CRUQPC sont occupés dans leur totalité
2012	37%
2013	66%
2014	71%
	% des nominations de RU ayant fait l'objet d'un arrêté ARS
2013	47%
2014	71,8%

⁵³ CSP, art. R. 1112-81.

⁵⁴ Pour les établissements publics de santé, la liste des membres facultatifs est prévue par l'article R. 1112-81 III) du code de la santé publique. Pour les établissements de santé privés, cette liste apparaît à l'article R. 1112-81 IV) du même code.

Le taux d'occupation des postes de représentants des usagers dans les CRUQPC est en augmentation.

Les représentants des usagers membres de la CRUQPC sont désignés par le DGARS⁵⁵ parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.⁵⁶

Le taux des nominations de RU ayant fait l'objet d'un arrêté ARS est en augmentation.

La sensibilisation des établissements de santé sur la procédure de nomination des représentants des usagers au sein de leur « CRUQPC » doit être poursuivie, en insistant sur le fait qu'il **incombe uniquement à l'ARS de procéder à ces désignations suite à un appel à candidatures qu'elle diffuse auprès des associations agréées assurant la représentation des personnes malades et des usagers du système de santé.**⁵⁷

L'ARS procède à ces appels à candidatures en vue de pourvoir les postes de RU vacants au sein des CRUQPC des établissements de santé de la région.

Au regard des candidatures proposées, l'ARS procède à un choix en se fondant sur les critères suivants :

- La désignation de titulaires et de suppléants non issus de la même association,
- La diversité des associations représentées au sein des CRUQPC,
- La désignation de RU issus d'associations agréées dont l'objet est en adéquation avec les disciplines de l'établissement.

Il convient également de sensibiliser les établissements sur **la nécessité d'informer régulièrement l'ARS des changements survenus dans la composition nominative de leur CRUQPC**, notamment des démissions de postes des représentants des usagers.

Comme en 2013, le nombre de candidatures proposées à l'ARS par les associations agréées pour siéger au sein des CRUQPC est en baisse car les membres des associations agréées actuellement recensées sur le territoire siègent déjà en CRUQPC.

En effet, les recherches effectuées par l'ARS pour nommer des RU au sein des cinq établissements de santé dans lesquels des postes de RU sont encore vacants à ce jour, n'ont pas abouti.

⁵⁵ DGARS = directeur général de l'agence régionale de santé

⁵⁶ CSP, art. R. 1112-83.

⁵⁷ CSP, art. L. 1114-1.

❖ La personne en charge des relations avec les usagers (PCRU)

Le nombre d'établissements de santé ayant désigné une PCRU est en augmentation.

	Taux des établissements ayant désigné une PCRU	
2012	31,5%	
2013	62%	
2014	71,8%	
Temps consacré par la PCRU à cette fonction	2013	2014
Entre 100% et 80%	27%	15,3%
50%	18%	0
Entre 15% et 20%	45%	7,5%
Entre 10% et 5%	9%	46%

Tous les établissements de santé se sont appliqués à mettre en œuvre des moyens permettant de porter l'existence de la PCRU à la connaissance des usagers.

	Taux des établissements ayant désigné une PCRU et ayant mis en œuvre des moyens permettant de la faire connaître du public	
2013	85%	
2014	100%	
Moyens de communication	2013	2014
Mention de la PCRU dans l'organigramme de l'établissement	90%	83%
Mention de la PCRU dans le LA	30%	41,5%
Affichage des fonctions et des coordonnées de la PCRU	81%	66%

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

1. Même si elles ne sont pas complètes, les CRUQPC sont constituées dans tous les établissements de santé, ceci est une avancée à souligner. Tous les RU qui siègent dans ces instances ont reçu leur arrêté de l'ARS. Le CISS CORSE propose des formations RU et s'efforce de recruter de nouveaux bénévoles mais cela s'avère difficile et certaines CRUQPC fonctionnent avec un nombre réduit de RU. Une plus large communication à travers les médias s'impose et sera effective en 2016.
2. Il appartient aux RU qui siègent en CRUQPC de sensibiliser la direction droits des patients, de la nécessité de nommer une PCRU. La fonction de la PCRU est reconnue comme un nouveau métier non médical à part entière dont les compétences et la mission sont de favoriser la communication entre les patients, leurs proches et les soignants et d'observer si les droits leurs droits sont bien respectés afin de faire remonter leurs difficultés au bureau des droits des patients. Il est important que la PCRU reste en parfaite liaison avec les RU en CRUQPC afin d'échanger leurs informations. La CSDU note qu'aucun établissement ne fait état de la production d'un rapport de la PCRU.

B-1-3/ Les réunions des CRUQPC

La fréquence des réunions

La CRUQPC se réunit sur convocation de son président **au moins une fois par trimestre** et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises.⁵⁸

Le nombre d'établissements de santé ayant respecté la règle des quatre réunions annuelles de la CRUQPC est en baisse.

Nombre de réunions annuelles de la CRUQPC	Taux d'établissements	
	2013	2014
4 fois par an	24%	19%
3 fois par an	23,8%	33%
2 fois par an	33,3%	38%
1 fois par an	14%	1 établissement
0 fois par an	1 établissement	0

Les thèmes des réunions

Les thèmes les plus traités⁵⁹ au cours des réunions des CRUQPC sont :

- L'étude des plaintes et réclamations,
- La satisfaction des patients,
- La démarche qualité.

Les thèmes traités au cours de la moitié des réunions des CRUQPC sont :

- L'information des patients,
- L'accès au dossier médical,
- Le fonctionnement de la CRUQPC.

Les thèmes les moins traités, voir jamais traités au cours des réunions de la CRUQPC, sont :

- Les rapports médiateurs,
- Les directives de fin de vie,
- Les dossiers contentieux.

⁵⁸ CSP, art. R. 1112-88.

⁵⁹ Thèmes traités à toutes les réunions en moyenne.

Taux des établissements ayant traité d'autres sujets au cours des réunions CRUQPC	
2012	33%
2013	47,5%
2014	70%
Principaux autres thèmes traités	Taux d'établissements
Suivi des plans d'actions/projets/programmes de l'établissement	35,5%
FEI ⁶⁰	28,5%
Visites de l'établissement/nouveaux services par les RU	14%
Procédure de certification	14%
Evaluation du taux de retour des QS ⁶¹ /Enquêtes de satisfaction	14%

Le taux de participation des membres de la CRUQPC aux réunions

Taux moyen de participation des représentants légaux aux réunions de la CRUQPC	
2012	94%
2013	100%
2014	95%
Taux moyen de participation des médiateurs non médicaux aux réunions de la CRUQPC	
2012	83%
2013	100%
2014	81%
Taux moyen de participation des médiateurs médicaux aux réunions de la CRUQPC	
2012	74,5%
2013	89,3%
2014	68%
Taux moyen de participation des représentants des usagers aux réunions de la CRUQPC	
2012	75%
2013	75%
2014	75,5%

En 2014, deux établissements indiquent qu'aucun de ses RU n'a participé aux réunions de la CRUQPC.

Le taux moyen de participation des autres membres de la CRUQPC à ses réunions est en baisse.

⁶⁰ FEI = Fiches de signalement des événements indésirables

⁶¹ QS = Questionnaires de satisfaction

**Plan d'action défini par les établissements de santé :
Les réunions de la CRUQPC**

Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Respecter la règle des 4 réunions annuelles, Respecter le calendrier défini pour les réunions de la CRUQPC	15%

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Concernant les réunions des CRUQPC un rappel du DGARS rappelant la règle des quatre réunions obligatoires annuelles semble s'imposer. Les RU, malgré leur implication et leur présence effective ne peuvent se substituer à l'autorité de tutelle.

Les commissions ne se réunissent pas uniquement pour traiter des plaintes mais aussi pour observer la qualité de la prise en charge et évoquer d'autres droits : telles l'information et la satisfaction du patient mais aussi comment passer en CRUQPC, du curatif au préventif.

B-1-4/ Le règlement intérieur des CRUQPC

La CRUQPC établit son règlement intérieur.⁶²

En 2014, toutes les CRUQPC disposent d'un règlement intérieur (RI).

La totalité des établissements de santé ont apporté dans leur rapport CRUQPC des informations sur ce règlement intérieur.

	Taux d'établissements ayant révisé le RI de leur CRUQPC
2013	+ de 50%
2014	26%
	Taux d'établissements ayant porté le RI à la connaissance du public
2014	43,7%
Moyens de communication	Taux d'établissements ayant porté le RI à la connaissance du public
Affichages/diffusions dans les espaces publics de l'établissement	42,8%
Délivré uniquement à la demande des usagers	28,5%
Moyens informatiques	14%
Dans le LA	14%
Présentation au cours de réunions d'information	14%

⁶² CSP, art. R.1112-89.

Un établissement de santé a mis en place un processus d'évaluation des conditions de remise du règlement intérieur aux patients en introduisant l'item « **Le règlement intérieur vous a-t-il été effectivement remis?**» dans son questionnaire de satisfaction.

Plan d'action défini par les établissements de santé : Le RI de la CRUQPC	
Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Réviser le RI, Actualiser le RI, Associer les RU aux travaux rattachés au RI.	10%

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
<p>Le RI doit être revu tous les ans. Les RU doivent y être étroitement associés et tous les membres doivent le signer. Les modalités d'accès au contenu des plaintes doivent figurer dans le RI. La tenue d'un tableau de bord récapitulatif doit être tenu à jour : (date, instance saisie, nature de la demande, suite donnée.) Certaines plaintes ne sont pas examinées en CRUQPC : CCI, tribunal, recours juridictionnel ou recours gracieux à la direction)</p> <p>Les évènements indésirables (EI) doivent aussi être examinés et les RU doivent être associés à la recherche des causes et des réflexions à mener pour y remédier. Les suppléants nommés en CRUQPC doivent également recevoir les documents concernant les convocations leur apportant ainsi une information / formation nécessaire pour suppléer le titulaire mais sans participer aux votes en présence de ce dernier.</p> <p>Les RU suppléants participent également aux formations du CISS Corse.</p>

B-1-5/ L'organisation matérielle des CRUQPC

Chaque établissement de santé met à la disposition de la commission et de ses médiateurs, **les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.**⁶³

La très grande majorité des CRUQPC ne disposent pas de locaux spécifiques. Les CRUQPC se réunissent dans la salle de réunion des instances et des commissions de l'établissement.

En pratique, le secrétariat de la CRUQPC est assuré par le responsable de la politique qualité de l'établissement ou par le secrétariat de direction.

⁶³ CSP, art. R1112-89.

Les documents rattachés au fonctionnement de la CRUQPC sont conservés et gérés par la direction et/ou le responsable de la politique qualité de l'établissement.

Il convient de constater qu'une organisation matérielle propre à la CRUQPC est effective dans **les structures de petites capacités** tels que les centres hospitaliers régionaux, les centres de convalescence et certaines cliniques

Dans les établissements de santé de plus grande taille, tels que les centres hospitaliers ou les polycliniques, l'organisation matérielle de la CRUQPC est commune à celle des services de direction.

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
Les carences constatées dans l'organisation matérielle de la CRUQPC sont récurrentes dans certains établissements, mais l'organisation est très satisfaisante dans la majorité des établissements. L'ARS se doit de procéder à des rappels à ce sujet en direction des établissements de santé. Les RU sont entendus dans les instances, mais le plus souvent, pas écoutés pour diverses raisons...

B-1-6/ La formation des membres des CRUQPC

Les formations dispensées aux membres de la CRUQPC, autres que les RU

Deux établissements de santé ont dispensé des formations aux membres de leur CRUQPC, autres que les RU.

Le premier établissement a dispensé une formation au représentant légal de l'établissement en sa qualité de président de la CRUQPC.

Le second établissement a dispensé une formation à son représentant légal en sa qualité de président de la CRUQPC, à son suppléant, au médiateur médical et à son suppléant, ainsi qu'au médiateur non médical et à son suppléant.

Les formations dispensées aux RU

	Taux d'établissements ayant dispensé au moins une formation	
2014	43,7%	
Modalités des formations	Taux d'établissements ayant dispensé au moins une formation	
Par le CISS Corse ou national	71,5%	
En interne par l'établissement	43%	
	Taux d'établissements ayant informé les RU de l'existence de formations leur étant destinées	
2013	50%	
2014	62,5%	
	Taux d'établissements ayant invité les RU à participer aux formations dispensées au personnel de la structure	
2013	28,5%	
2014	25%	
	Taux d'établissements ayant pris en charge les frais de formation	
2013	21,5%	
2014	25%	
Raisons invoquées	Taux d'établissements n'ayant pas pris en charge les frais de formation	
	2013	2014
Absence de propositions faites aux RU	23%	9%
Absence de demande de prise en charge formulée par les RU	30,5%	45,4%
Les deux raisons	38,5%	45,4%

En 2014, les RU de la CRUQPC d'un centre hospitalier de la région ont visité les services de radiologie et de cardiologie de l'établissement. Une séance d'information sur le dossier patient informatisé et sur la lutte contre la douleur leur a été dispensée.

Un établissement de santé a informé les membres de sa CRUQPC des documents transmis aux patients concernant les infections et l'éducation thérapeutique.

Plan d'action défini par les établissements de santé :	
La formation des membres de la CRUQPC	
Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Former les RU, Former les médiateurs.	20%

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Le taux des établissements de santé proposant des formations communes aux RU et aux professionnels est très faible. Une prise de conscience de l'importance de ces formations s'impose.

Les sujets à traiter lors des réunions sont de plus en plus techniques et les formations sont indispensables tant pour les établissements publics que privés. Le CISS Corse propose des formations communes gratuites si l'établissement en fait la demande et met un local à disposition.

B-1-7/ La diffusion de l'information relative aux CRUQPC au sein des établissements auprès des usagers

Le livret d'accueil

La liste nominative des membres de la CRUQPC doit être remise à chaque patient à son entrée dans l'établissement **accompagnée du livret d'accueil**.⁶⁴

Un établissement de santé atteste de l'absence de remise de L.A à ses patients.

Moyens de communication du L.A aux usagers	Taux d'établissements disposant d'un L.A
Remise en mains propres dès l'admission/préadmission du patient	100%
Un exemplaire du L.A est mis à la disposition des usagers dans leur chambre	13,5%
Le L.A est disponible sur un présentoir à l'accueil de l'établissement	6,5%
Taux d'établissement dispensant une information orale à la remise du L.A	
2014	93,3%
Année de la dernière mise à jour du L.A	Nombre d'établissements
2008	1
2009	1
2010	2
2011	1
2012	1
2013	2
2014	2

⁶⁴ CSP, art. R.1112-86 et depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, la remise du livret d'accueil est obligatoire auprès de chaque patient lors de son admission.

Comme en 2013, seuls deux établissements de santé réalisent une évaluation annuelle des conditions de remise du L.A aux patients.

Le premier établissement procède à cette évaluation par le biais de son enquête annuelle de satisfaction.⁶⁵

Le second établissement a réalisé un audit sur la délivrance du L.A et le secrétariat d'accueil est régulièrement sensibilisé sur l'obligation qu'il lui incombe de remettre le L.A à chaque patient.

Plan d'action défini par les établissements de santé : le L.A	
Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
<ul style="list-style-type: none"> - Réviser le L.A, - Améliorer la distribution du L.A, - Evaluer régulièrement les conditions de remise du L.A aux patients. 	35%

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
<p>Les établissements de santé doivent procéder à une évaluation annuelle des conditions de remise du LA aux usagers. Des fiches concernant la pédiatrie doivent être insérées dans le L.A</p> <p>Un livret d'accueil pour les mineurs doit être élaboré. Le LA doit être réactualisé tous les ans et à chaque changement important, survenant au sein de l'établissement. Il incombe aux établissements de santé de mettre en évidence les coordonnées des RU et de la PCRU dans le LA.</p> <p>Le développement de la pratique de sites internet au sein des établissements de santé est préconisé, ainsi que le recours à l'intranet des établissements de santé pour leur personnel.</p> <p>Il est inutile d'élaborer des L.A trop développés, il s'agit de donner les informations les plus adéquates sans entrer dans les détails inutile et de faire figurer les photos des directeurs en place au moment de la conception du LA.</p> <p>Le Livret d'Accueil doit être écrit dans un vocabulaire clair et compréhensible par tous les usagers quelques soit leur niveau de décodage. Pour les autres non lecteurs ou étrangers il serait possible de faire une lecture par la PCRU ou un RU.</p>

⁶⁵ Items : « Avez-vous reçu le L.A ? », « Quelle est votre appréciation générale sur le contenu du L.A ? ».

Les espaces réservés aux usagers

Nombre d'établissements ayant mis en place un espace réservé aux usagers ou à leurs représentants	
2012	1
2013	2
2014	2
Nombre d'établissements ayant mis en place un espace de rencontre et d'informations (ERI)	
2012	0
2013	2
2014	2
Nombre d'établissements ayant organisé des réunions d'expression des usagers (REU)	
2012	1
2013	2
2014	1
Nombre d'établissements ayant mis en place une maison des usagers (MDU)	
2012	0
2013	0
2014	0

La première « **maison des usagers** » a ouvert ses portes **le 5 janvier 2016** au sein du centre hospitalier départemental de Castelluccio en Corse du Sud.

Cinq associations de représentation des usagers du système de santé y assurent des permanences mensuelles.

Plan d'action défini par les établissements de santé : Les espaces réservés aux usagers et aux associations de représentation des usagers	
Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Actions de développement	20%

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Maison des usagers (MDU) : La circulaire du ministère de la santé du 28 décembre 2006 incite les établissements de santé à mettre en place un dispositif « maison des usagers ». Il s'agit de promouvoir un lieu d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers et les associations de santé. Par ce type de dispositif la circulaire tente de donner un contenu concret à la notion de démocratie sanitaire développée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il relève de la volonté de l'établissement de santé de mettre en place au moins « un espace de rencontre ». Il est pourtant possible, à condition de comprendre la philosophie et les principes de ce type de dispositif, de développer un espace ou une MDU, spécifique à l'histoire ou au projet de chaque établissement : cette expérience innovante permettrait la collaboration entre les différents acteurs professionnels de l'établissement, les associations, les malades, leur entourage, ceci en liaison avec la ville.

En région c'est le centre hospitalier (psychiatrie et cancérologie) de CASTELLUCCIO à Ajaccio qui a inauguré la première MDU de Corse au cours de la semaine de la « santé mentale 2016 ». Cette belle initiative est à saluer en espérant qu'elle sera rapidement suivie par d'autres établissements de santé tant en Corse du Sud qu'en Haute-Corse.

B-1-8/ La médiation

Afin de faciliter le dialogue et l'information des patients, la procédure de médiation a été instaurée au sein des CRUQPC.⁶⁶

Les acteurs de la médiation au sein des CRUQPC

Le code de la santé publique prévoit la possibilité pour un usager d'un établissement de santé qui s'estime victime d'un préjudice lié à l'organisation des soins et au fonctionnement médical des services, de recourir à un médiateur médecin ou non médecin.⁶⁷

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin, siègent de droit au sein des CRUQPC.⁶⁸

Ils prennent part aux avis de l'instance et peuvent proposer des recommandations pour améliorer la qualité de la prise en charge d'un patient.

Les médiateurs peuvent accompagner la mise en place ou le suivi des recommandations d'amélioration et de corrections préconisées par la CRUQPC et mentionnées dans son rapport annuel.

Les médiateurs participent activement à la rédaction du rapport annuel de la CRUQPC.

⁶⁶ CSP, art. L. 1112-3.

⁶⁷ CSP, art. R. 1112-92.

⁶⁸ CSP, art. R.1112-81 2°)

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, alors que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.⁶⁹

En 2014, toutes les CRUQPC sont composées d'**un médiateur médecin titulaire** et d'**un médiateur non médecin titulaire** conformément à la réglementation en vigueur.

Dans cinq établissements de santé, les médiateurs suppléants font défaut.

L'information sur la médiation

	Taux d'établissements dans lesquels l'information sur les voies de recours possibles dont la médiation, est affichée
2014	82%
	Taux d'établissements dans lesquels les malades sont en mesure d'identifier les médiateurs
2012	78%
2013	95%
2014	95%
	Taux d'établissements dans lesquels les personnels sont en mesure d'identifier les médiateurs
2012	88%
2013	95%
2014	95%

La procédure de médiation

	Nombre d'établissements ayant eu recours à la médiation
2013	3
2014	4
	Nombre total de médiations médicales mises en œuvre
2014	4
	Nombre total de médiations non médicales mises en œuvre
2014	2
	Nombre total de rapports de médiateur rédigés
2014	2 dans un même établissement

⁶⁹ Art. R.1112-92 du décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

A quel moment la médiation est-elle proposée ?	Taux d'établissements	
	2013	2014
Systématiquement, à la réception de la réclamation	16%	27%
A la demande du plaignant	83%	54,5%
Dans le courrier de réponse adressé au plaignant	50%	54,5%
Si le patient n'est pas satisfait de la réponse apportée	100%	63,5%
Lorsqu'il s'agit de réclamation à caractère médical ou paramédical bien identifié	50%	63,5%
Selon le degré de gravité et le motif de la réclamation	50%	54,5%
Quand la CRUQPC est directement saisie par le plaignant	66%	27%
Oralement lors d'un entretien entre la direction et le plaignant	33%	45,5%
A la demande du directeur	83%	63,5%
A la demande du médiateur	83%	54,5%
Après analyse des faits en CRUQPC et décision collégiale prise par ses membres	66%	36,5%
Le rapport de médiation	Taux d'établissements	
Est systématiquement présenté à la CRUQPC	83%	
Est envoyé au plaignant	66%	

En 2014, un établissement de santé indique « ne jamais » envoyer le rapport de médiation au plaignant.

Un établissement de santé indique avoir mis à la disposition des médiatrices non médicales un bureau.

Plan d'action défini par les établissements de santé :	
La médiation	
Objectifs définis pour l'année à venir	Nombre d'établissements de santé
Mettre en place des comptes rendus internes sur les médiations réalisées	1

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
<p>La méconnaissance des usagers du rôle du médiateur médical est à signaler. Il incombe au cadre de santé de jouer un véritable rôle d'informateur au sein de son service.</p> <p>Le médiateur médical est compétent pour examiner les plaintes qui mettent en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical. Le médiateur para médical est compétent pour connaître les plaintes et réclamations. Les deux médiateurs peuvent être saisis simultanément.</p> <p>Il est nécessaire de proposer des formations aux médiateurs médicaux des différents établissements publics et privés et de prendre connaissance du nombre de médiateurs ayant participé aux formations effectivement mises en place. Ses formations sont indispensables, on ne s'improvise pas médiateur.</p> <p>Les comptes rendus de médiation doivent être transmis à la direction et tous les membres de la CRUQPC afin d'être observés lors des réunions de la CRUQPC et essayer d'y apporter une remédiation.</p>

B-1-9/ La coordination des CRUQPC avec les autres instances de l'établissement

	Taux d'établissements garantissant l'effectivité d'une coordination des membres de la CRUQPC avec les autres instances de l'établissement
2013	76%
2014	83%

B-1-10/Les membres de la CRUQPC au sein des instances

	Taux d'établissements dans lesquels les RU sont invités aux réunions des comités existants dans l'établissement
2012	38%
2013	56%
2014	63%

Dans la très grande majorité des cas, les représentants des usagers sont également membres des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), des comités de lutte contre la douleur (CLUD), des comités de liaison « alimentation nutrition » (CLAN) et des comités de pilotage de la qualité, quand ils existent et participent activement aux réunions de ces comités. Dans les établissements de santé de plus petite taille, les représentants des usagers participent aux réunions du CQSV⁷⁰ et du COVIRIS⁷¹ quand ils existent, ainsi que du CHSCT.⁷²

B-1-11/ La CRUQPC et la politique de la qualité de la prise en charge

Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement (CME) contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose au directeur de l'établissement un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi.

Ce programme d'action prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la CRUQPC de l'établissement.⁷³

⁷⁰ Le conseil qualité, sécurité et vigilance se réunit quatre fois par an pour aborder les thématiques liées à la qualité, à la gestion des risques et aux vigilances dans différents domaines (douleur, hygiène, circuit du médicament).

⁷¹ COVIRIS = Comité de coordination des vigilances et des risques sanitaires

⁷² CHSCT= Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

⁷³ CSP, art. L.6144-1.

	Taux d'établissements	
	2013	2014
La CME a rédigé un programme d'amélioration pour répondre aux recommandations HAS ⁷⁴ , objectifs du CPOM ⁷⁵ de l'établissement et analyse des EI ⁷⁶	78,5%	83%
➤ dont présentation de ce programme à la CRUQPC	72%	60%
Présentation aux RU du suivi annuel de la réalisation des programmes du projet d'établissement	85,5%	55,5%
La CRUQPC est informée de la copie des procédures internes visant au respect des droits des patients et à la qualité de leur prise en charge	57%	56,2%

B-1-12/ Les groupes de travail associant les usagers

	Nombre d'établissements ayant constitué des groupes de travail incluant les usagers
2013	3
2014	5

Thèmes des groupes de travail	Nombre d'établissements	
	2013	2014
Elaboration de la mesure d'un score de précarité des patients pris en charge	1	
Procédure de certification	2	2
CLAN/commission des menus		1
Présentation bilan annuel qualité/ réunions comité qualité sécurité vigilance		1
Visites de structures extra hospitalières et rencontre du personnel soignant		1

Il convient de souligner les initiatives prises par deux établissements de santé auxquels sont rattachés des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

- Le premier établissement de santé a invité la présidente du conseil de vie sociale (CVS) de son EHPAD à une réunion de la CRUQPC. Au cours de cette réunion, des échanges sur les objectifs et le mode de fonctionnement du CVS et de la CRUQPC ont fait ressortir des divergences de compétences et de fonctionnement. Il a été décidé que ces deux instances devront entretenir des relations ponctuelles par le biais d'invitations réciproques.

⁷⁴ HAS = Haute autorité de santé

⁷⁵ CPOM = Contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens

⁷⁶ EI = Evènements indésirables

- Le second établissement de santé a sollicité l'avis des membres de sa CRUQPC sur le projet de vie sociale de l'EHPAD qui lui est rattaché et aborde régulièrement le sujet du fonctionnement du CVS de l'EHPAD au cours des réunions de la CRUQPC. Concernant les groupes de travail portant sur la procédure de certification, l'IGAS avait constaté que dans de nombreuses régions, les représentants des usagers étaient unanimes à exprimer **leur désir d'être associés à la procédure de certification**.⁷⁷

De par l'obligation qu'il incombe aux établissements dans le cadre de la procédure de certification, de structurer d'une part l'information sur son fonctionnement interne et sur la qualité des prises en charge et de positionner d'une autre part cette information par rapport à des références, la certification constitue pour les représentants des usagers l'occasion d'acquérir une information ordonnée qui n'est pas disponible dans le cadre du fonctionnement courant.

En 2014, cinq établissements de santé indiquent avoir été visités dans le cadre de la procédure de certification. Deux de ces établissements indiquent avoir associé les usagers à la procédure.

Plan d'action défini par les établissements de santé : La coordination de la CRUQPC avec les autres instances de l'établissement et groupes de travail incluant les usagers	
Objectifs pour l'année à venir	Nombre d'établissements de santé
Informers les instances des activités de la CRUQPC, Inclure les RU dans les activités d'éducation thérapeutique	1
Plan d'action défini par les établissements de santé : En EHPAD	
Objectifs pour l'année à venir	Nombre d'établissements de santé
Développer les missions de la CRUQPC en EHPAD, Prendre en compte les déclarations des EI en EHPAD, Mettre en place une procédure sur la gestion des plaintes et réclamations en EHPAD, Créer un RI sur les droits, la sécurité et les conditions de séjour des résidents, Mettre en place un CVS au sein de l'EHPAD, Créer une commission gériatrique en EHPAD.	1
Plan d'action défini par les établissements de santé : Les RU et la procédure de certification	
Objectifs pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Associer les RU à la préparation de la procédure et au suivi des mesures.	20%

⁷⁷ IGAS, rapport sur l'information des usagers, sur la qualité des prises en charges des établissements de santé, N°RM2010-090P, juillet 2010.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Suite à la mise en place de la V2014, la HAS a publié « un guide de la certification » à destination des RU pour qu'ils se préparent à mieux collaborer avec les professionnels dans le cadre de la procédure et plus généralement sur les questions de qualité et de sécurité des soins. La démarche est présentée en termes simples et propose des outils opérationnels aux RU : (source d'information : grilles de questionnement / guide d'entretien en vue de la rencontre avec les experts visiteurs (EV)).

Seuls les RU pourront aider l'EV à être convaincu que la politique mise en place est maîtrisée, voire optimisée. Sans les RU, cette appréciation n'est pas possible à mettre en avant, car l'EV ne peut en un laps de temps si court, étayer de telles présomptions. L'implication des RU permet de renvoyer à l'EV et à l'établissement un avis éclairé indépendant et « au service des usagers » sur la politique de l'établissement vis à vis des patients au sens large. Cette appréciation externe avec le concours des RU est le gage d'un aval externe indépendant et adapté.

D'autre part les CVS des établissements médico-sociaux doivent s'ouvrir aux RU des associations agréées afin de favoriser la transparence du fonctionnement des CVS .La liste des personnes qualifiées (PQ) désignées par le Préfet doivent être affichées dans les locaux de façon visible par tous (résidents et familles).

B-2/ Le respect des droits individuels des usagers

B-2-1/Les droits liés au statut de représentants des usagers

Taux d'établissements ayant informé les RU des droits liés à leur statut		
2013	93%	
2014	76,5%	
Taux d'établissements ayant versé des indemnités de congé de représentation aux RU salariés ⁷⁸		
2013	76%	
2014	83%	
Raisons invoquées	Taux d'établissements n'ayant pas versé l'indemnité	
	2013	2014
Absence de demande de versement formulée par les RU	85,5%	82,5%
Absence de RU salariés au sein de la CRUQPC	14,5%	17,5%
Taux d'établissements ayant versé des indemnités de frais de déplacements aux RU ⁷⁹		
2013	10%	
2014	5,5% soit un seul établissement	
Raisons invoquées	Taux d'établissements n'ayant pas versé l'indemnité	
	2013	2014
Absence de demande formulée par les RU	100%	100%

⁷⁸ Le congé de représentation : en vertu de l'article L. 1114-3 du code de la santé publique, les salariés membres d'une association visée à l'article L. 1114-1 (associations agréées) bénéficient d'un congé de représentation prévu à l'article L. 3142-51 du code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger : 1°) soit au conseil d'administration, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ; 2°) soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code (...). L'indemnité de congés de représentation : l'article L. 1114-3 ajoute que l'indemnité prévue à l'article L. 3142-52 du code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1°), elle est versée par les établissements concernés, ou par l'Etat lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'Etat.

⁷⁹ L'article R. 1112-90 du code de la santé publique dispose que « les membres de la CRUQPC sont indemnisés au titre de déplacements engagés dans le cadre de leur mission ». Il incombe aux établissements de santé de rembourser les éventuels frais de déplacement, sur présentation de justificatifs, aux RU qui se rendent à des réunions pour lesquelles leur présence est demandée.

Par courrier en date du 12 mars 2009 adressé aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a précisé que les dispositions de l'article R. 1112-90 s'appliquait à tous les établissements de santé, publics et privés.

Constats et préconisations de la CSDU	
2015/2016	
<p>Afin d'éviter que les RU aient à réclamer le remboursement de leurs frais de déplacement, les établissements de santé doivent remettre aux RU, concomitamment à la remise de leurs convocations aux réunions de la CRUQPC, une feuille portant frais de déplacement.</p> <p>Après l'avoir complétée, les RU devront remettre ce document au secrétariat en fin de séance.</p>	

B-2-2/Le droit à l'information des patients

	Taux d'établissements disposant d'un protocole de diffusion de l'information aux usagers et à son personnel sur les droits des usagers
2012	41%
2013	71,4% dont la moitié procède à l'évaluation du protocole
2014	82,3% dont la moitié procède à l'évaluation du protocole
	Taux d'établissements disposant d'une organisation sur la délivrance des informations médicales aux patients et à leurs proches
2014	94%
	Taux d'établissements disposant d'une organisation sur l'annonce du diagnostic au patient
2014	64,7%
	Taux d'établissements disposant d'une organisation sur le recueil du consentement du patient
2014	94%
	Taux d'établissements disposant d'une organisation sur le recueil de l'identité de la personne de confiance en 2014
2014	94%
	Taux d'établissements procédant à l'affichage des indicateurs qualité en 2014
ICALIN : infections nosocomiales	94%
IPAQS : qualité et sécurité des soins	88%
ISATIS : satisfactions des patients	23,5%

	Taux d'établissements dont la composition de la CRUQPC et l'identification de ses membres sont communiquées au patient
2013	95%
2014	95%
	Taux d'établissements dans lesquels les usagers sont en mesure d'identifier et de contacter les RU
2013	95%
2014	88%
	Taux d'établissements dans lesquels le professionnel qui remet le LA au patient est identifiable par ce dernier
2012	33%
2013	95%
2014	95%

Plan d'action défini par les établissements de santé : L'information des usagers	
Objectifs pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Actions d'amélioration	35%

A) L'information et la formation des professionnels de santé et du personnel des établissements sur les droits des usagers

	Taux d'établissements ayant informé son personnel sur les droits des usagers
2014	37,5%
	Nombre total de personnels informés sur les droits des usagers
2014	121
	Taux d'établissements dans lesquels le personnel est en mesure d'identifier et contacter les RU
2014	88%

	Taux d'établissements ayant formé son personnel aux droits des usagers
2014	31%
	Nombre total de personnels formé aux droits des usagers
2014	105

Moyens dont sont conduites les actions d'information et de formation sur le droit à l'information des usagers	Taux d'établissements	
	2013	2014
Par des réunions	71%	82,3%
Par la distribution de documents	66%	94%
Par des actions de formation	38%	47%

Plan d'action défini par les établissements de santé : La formation du personnel aux droits des usagers	
Objectifs pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Dispenser des formations sur l'information médicale et le consentement éclairé, la prise en charge en fin de vie, la prise en charge de la douleur et sur le respect de la dignité, de l'intimité et des croyances.	20%

B-2-3/Les droits rattachés à la dignité des patients

B-2-3-1/ Les dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique

	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif d'accueil adapté aux personnes à mobilité réduite
2014	86%
	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif d'accueil adapté aux personnes ayant un régime particulier
2014	77%
	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif d'accueil adapté aux personnes non francophones
2014	69%
	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif d'accueil adapté aux personnes illettrées/analphabètes
2014	46%
	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif d'accueil adapté aux personnes sourdes
2014	30,5%
	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif d'accueil adapté aux personnes non ou mal voyantes
2014	23%

B-2-3-2/ La personne de confiance

	Taux d'établissements disposant d'une procédure d'information des usagers relative à la possibilité de désigner une personne de confiance	
2014	93,5%	
	Modalités de la procédure d'information	Taux d'établissements
	Procédure décrite dans le LA remis aux patients	41,6%
	Procédure décrite oralement par le personnel à l'admission du patient lors du recueil des informations administratives	41,6%
	Remise au patient d'un formulaire/feuillelet sur la possibilité de désigner une personne de confiance	41,6%
	Information réalisée par voie d'affichage	16,5%
	Information disponible sur le site internet de l'établissement	1 établissement
	Taux d'établissements ayant proposé des formations à son personnel sur la procédure d'information des usagers sur la possibilité de désigner une personne de confiance	
2014	0	

- En 2014, un centre hospitalier indique avoir mené en son sein une campagne d'information sur la personne de confiance par voie d'affichage auprès des usagers.

B-2-3-3/La bientraitance

	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif/procédure de promotion de la bientraitance	
2014	88% dont 26% procède à l'évaluation du dispositif/procédure	
	Taux d'établissements ayant mis en place des actions de promotion de la bientraitance	
2014	60%	
	Les actions de promotion de la bientraitance mises en place en 2014	Nombre d'établissements
	Affichages divers	3
	Délivrance livret d'information sur la bientraitance/Charte de bientraitance	4
	Audits de patient/ Enquêtes de satisfaction patient pour évaluer la bientraitance	2
	Action de confort et pratique de séance de RESC ⁸⁰ par la coordinatrice IDE ⁸¹	1
	Taux d'établissements ayant mis en place des formations/séances de sensibilisation pour le personnel sur le thème de la bientraitance	
2014	53%	
	Nombre total de formations/séances de sensibilisation mises en place	
2013	4	
2014	8	
		Moyenne des publics ayant suivi ces séances formation
	Médecins	10%
	Personnel soignant	36%
	Autres personnels de l'établissement	10,7%

B-2-3-4/La prise en charge de la douleur

	Taux d'établissements disposant d'une structure d'étude et de traitement de la douleur	
2014	80% dont 43,5% procèdent à son évaluation	
	Taux d'établissements ayant proposé des formations aux personnels sur le thème de la douleur	
2014	50%	
	Nombre total de formations proposées aux personnels	
2013	17 dont 1 DU d'algologie	
2014	21 dont 2 DU soins palliatifs et 1 DU douleur	
		Moyenne des publics ayant suivi ces formations en 2014

⁸⁰ RESC= résonance énergétique par stimulation cutanée

⁸¹ IDE = infirmier diplômé d'Etat

Médecins	31,5%
Personnel soignant	48,5%
Autres personnels de l'établissement	6,8%
Taux d'établissements disposant d'une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services	
2014	100%
Taux d'établissements disposant d'une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur	
2014	86,5%
Modalités de la procédure d'information	Nombre d'établissements
Le LA	6
Distribution de documents/affichage	4
Embauche d'un professionnel ⁸² et dispense de soins particuliers ⁸³	2
Information délivrée par le corps médical et soignant	1

En 2014, un centre hospitalier indique avoir adopté un protocole de prescription sur la prise en charge de la douleur et a présenté l'équipe mobile de lutte contre la douleur aux représentants des usagers.

B-2-3-5/ La prise en charge des personnes en fin de vie

Taux d'établissements disposant d'une structure palliative reconnue⁸⁴	
2012	33%
2013	37,5%
2014	37,5%
Taux d'établissements disposant d'une organisation palliative non reconnue⁸⁵	
2012	33%
2013	37,5%
2014	31,5%
Difficultés invoquées par les établissements pour la prise en charge des patients en fin de vie	
2013	Le manque de personnel au sein des équipes mobiles de soins palliatifs existantes et le manque de personnels formés aux soins palliatifs dans les unités de soins palliatifs. ⁸⁶
2014	Difficultés dans l'approche des soins palliatifs et difficultés ressenties par le personnel soignant

⁸² Un établissement de santé a embauché une psychologue qui se rend auprès des patients une fois par semaine dans le cadre de la douleur psychique et physique.

⁸³ Un établissement de santé a mis en place des soins de relaxation et de sophrologie par ergothérapeute pour tous les patients dans le besoin.

⁸⁴ Lits identifiés de soins palliatifs et/ou unités de soins palliatifs.

⁸⁵ Lits dédiés.

⁸⁶ En 2012, les difficultés évoquées étaient le manque d'informations et l'absence d'un véritable dispositif de recueil de données sur les soins palliatifs, les différences dans l'accès aux soins palliatifs dans les services et l'absence de personnel dédié.

	Taux d'établissements ayant mené des formations à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie auprès de son personnel	
2012	44%	
2013	46%	
2014	47%	
	Nombre total de formations proposées aux personnels	
2013	4 dont 1 DU soins palliatifs	
2014	7 dont 3 DU soins palliatifs	
	Taux de suivi des formations	
	2013	2014
Professionnels de santé	36,5%	14%
Personnel soignant	NR	17%
Autres personnels	63,5%	3,5%

	Taux d'établissements disposant d'une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie⁸⁷	
2014	71,5%	
	Modalités de la procédure d'information	Nombre d'établissements
	Le LA	5
	Oralement par le personnel de l'établissement lors de l'admission du patient	3
	Affichages	2
	Remises en mains propres aux patients de documents, fiches, brochures explicatives	2
	Taux d'établissement ayant délivré aux professionnels de santé des informations sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	
2013	80%	
2014	87,5%	
	Taux d'établissements ayant délivré aux autres personnels des informations sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	
2014	75%	
	Taux d'établissements ayant délivré des formations à son personnel sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	
2014	14%	
	Nombre total de formations proposées aux personnels	
2014	3	
	Moyenne des publics ayant suivi ces formations en 2014	
	Professionnels de santé	0
	Personnel soignant	12,5%
	Autres personnels	6%

⁸⁷ Les directives de fin de vie sont révocables à tout moment. Elles retranscrivent les souhaits de la personne en fin de vie quant aux conditions de la limitation ou de l'arrêt des traitements.

	Taux d'établissements ayant mis en place un dispositif permettant de recueillir l'existence des directives anticipées relatives à la fin de vie
2014	62,5%

Dans la totalité des établissements ayant mis en place un tel dispositif, ce dernier prend la forme de feuillets de recueil ou de formulaires que le personnel remet aux patients aux fins de remplissages. Ces documents sont ensuite consignés dans le dossier médical du patient.

Plan d'action défini par les établissements de santé : La prise en charge de publics spécifiques	
Objectifs pour l'année à venir	Nombre d'établissements de santé
Redéfinir l'offre de soins pour les patients infectés par le VIH	1
Plan d'action défini par les établissements de santé : Le respect des droits des patients	
Objectifs pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Actions d'amélioration sur la fin de vie et les directives anticipées, la personne de confiance, la prise en charge de la douleur et le respect de la vie privée.	20%

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
<p>La CSDU insiste sur le fait que le consentement aux soins du malade, constitue une obligation consécutive du caractère contractuel de la relation « malade-médecin ». Le médecin est tenu de présenter clairement au patient, les risques d'une conduite thérapeutique.</p> <p>La CSDU préconise que la charte de bientraitance de chaque établissement soit rédigée par un groupe restreint de professionnels formés. L'objectif de cette démarche doit être la poursuite d'un certain dynamisme et la vigilance constante de l'établissement quant à la mise en œuvre des principes énoncés.</p> <p>Cette démarche conduit à prendre connaissance et à analyser les éléments sur lesquels la sensibilité des professionnels est la plus forte en termes de maltraitance. La CSDU est favorable à l'association des RU pour la rédaction des chartes de bientraitance.</p>

B-2-4/Les plaintes, réclamations et éloges recensées dans les établissements de santé

Les plaintes et les réclamations constituent « toutes les formulations d’insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu’en soit le mode d’expression (écrit/oral) et le mode de recueil. »⁸⁸

La CRUQPC examine parmi les plaintes et réclamations, celles qui ne présentent pas le caractère d’un recours gracieux ou juridictionnel⁸⁹ et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

76% des établissements de santé indiquent avoir reçu des réclamations en 2014.

71,4% des établissements indiquant avoir fait l’objet de réclamations relèvent du **secteur public de santé** et **84%** des établissements de santé relèvent du **secteur privé**.

B-2-4-1/ L’analyse quantitative des plaintes et réclamations

	Nombre total de réclamations recensées
2012	242
2013	291
2014	258
	Taux des réclamations adressées à l’ensemble des établissements de santé relevant du secteur public
2012	67,7%
2013	81,7%
2014	78%
	Taux des réclamations adressées à l’ensemble des établissements de santé relevant du secteur privé
2012	18,3%
2013	32,3%
2014	22%
	Nombre total de plaintes mettant en cause les établissements de santé et adressées à la CCI ⁹⁰
2012	6
2013	11
2014	19
	Taux moyens des réclamations adressées par écrit aux étab. de santé

⁸⁸ DGOS, guide méthodologique « plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers », novembre 2009.

⁸⁹ Les plaintes et réclamations qui revêtent un caractère gracieux sont celles dont l’objet est susceptible d’être porté devant les tribunaux (demande indemnitaire ou demande d’annulation d’un acte illégal).

Les plaintes et réclamations qui revêtent un caractère juridictionnel sont celles qui ne peuvent être tranchées que par le juge ou bien celles qui sont déjà en instance devant le juge.

⁹⁰ CCI = commission de conciliation et d’indemnisation des accidents médicaux.

2012	73%
2013	54,5%
2014	91%
Taux moyen des réclamations adressées oralement aux étab.de santé	
2012	27%
2013	45,6%
2014	3%
Taux des réclamations proposées à la médiation	
2012	2,4%
2013	2,7%
2014	6% ⁹¹

B-2-4-2/ L'analyse qualitative des plaintes et réclamations

Principaux domaines des motifs des réclamations	Taux d'établissements de santé
Prise en charge globale	75%
Déroulement du séjour	75%
Administration	43,5%

1-La prise en charge globale (75% des établissements de santé)

Motifs	Nombre d'établissements de santé	Taux moyen des réclamations
Coordination interne dans la chaîne de soins	5	6,6%
Relation avec le personnel soignant	4	3%
Relation avec le médecin	3	6%
Divergence sur les actes médicaux	3	3,5%
Prise en charge de la douleur	3	2,5%
Refus d'admission et refus de soins	3	7,3%
Infections liées aux soins	2	2,6%
Communication de l'information médicale	2	9,7%
Coordination externe dans la chaîne de soins	2	2,8%
Relation avec le personnel non soignant	1	Inférieur à 1%
Contestation du diagnostic médical	1	Inférieur à 1%
Non recueil du consentement	1	Inférieur à 1%
Secret médical confidentialité	1	Inférieur à 1%
Plan d'action défini par les établissements de santé :la prise en charge		
Objectifs pour l'année à venir		Taux

⁹¹ Soit 17 réclamations sur les 258 réclamations recensées au total.

	d'établissements de santé
Mettre en place des actions d'ergothérapie	15%

2-Le déroulement du séjour (75% des établissements de santé)

Motifs	Nombre d'établissements de santé	Taux moyen des réclamations
Vols ou pertes d'objets ou de vêtements	7	25%
Mécontentement hôtellerie/restauration	4	15%
Conditions de séjour	1	Inférieur à 1%
Respect de la dignité de la personne hospitalisée	1	Inférieur à 1%
Etat des locaux/propreté	1	Inférieur à 1%
Plan d'action défini par les établissements de santé : Le déroulement du séjour		
Objectifs pour l'année à venir		Taux d'établissements de santé
Actions d'amélioration de l'hôtellerie et de la restauration		30%
Améliorer l'accès à l'établissement par la signalétique extérieure		1 établissement

3-L'administration (43,7% des établissements de santé)

Motifs	Nombre d'établissements de santé	Taux moyen des réclamations
Facturation	4	14,5%
Attente	4	4,4%
Accueil/administration	2	2,5%

B-2-4-3/ L'analyse quantitative et qualitative des éloges

	Taux d'établissements de santé ayant indiqué le nombre d'éloges reçus
2013	33%
2014	28,5%

Un établissement de santé indique que le chiffrage des éloges reçus ne peut pas être exhaustif car certains cadres de santé n'ont pas été en mesure de comptabiliser les éloges directement réceptionnés au niveau de leur unité.

Les éloges portent principalement sur la qualité de la prise en charge, le professionnalisme et la qualité des rapports entre le patient et le personnel et les professionnels de l'établissement.

En 2014, un établissement de santé a mis en place une adresse de messagerie destinée à recueillir les réclamations et éloges des patients.

Un établissement de santé indique avoir procédé à un échange de pratiques avec un autre établissement de santé sur la gestion des plaintes et réclamations.

Plan d'action défini par les établissements de santé : La gestion et le traitement des plaintes, réclamations et éloges	
Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Assurer la continuité de la procédure et évaluer son efficacité, Veiller au suivi des réponses apportées aux usagers, Renforcer le rôle des RU dans cette gestion, Informers les usagers des modalités de la procédure.	30%

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
Les directions des établissements de santé reçoivent régulièrement des lettres de remerciements et d'éloges.
Il conviendrait de regrouper ces courriers, avec ceux directement reçus dans les services, afin de faire valoir leur existence et donner une image plus juste de la satisfaction des usagers, et leur reconnaissance envers les soignants.

B-2-5/La mesure de la satisfaction des usagers

B-2-5-1/Les enquêtes de satisfaction

Taux d'établissements de santé ayant mis en place un questionnaire de satisfaction à destination des usagers	
2014	100%
Modalités de remise du questionnaire de satisfaction aux usagers	Taux d'établissements
A l'admission du patient	57%
A la sortie du patient	33%
Au cours du séjour du patient	14%
Absence de réponse	9,5%
Disponible dans la chambre du patient en cas d'hospitalisation	4 ,5%
Modalités de retour du questionnaire de satisfaction par les usagers	Taux d'établissements
Boite aux lettres/urnes identifiées dans l'établissement	42,8%
Remise en mains propres au personnel de l'établissement	38%
Par voie postale	33%
Dépôt au bureau du service concerné ou au secrétariat (accueil)	33%
Absence de réponse	28,5%

Taux d'établissements de santé proposant une aide au remplissage du questionnaire	
2014	87,5%
Personnalités dispensant l'aide au remplissage au sein de l'établissement	Taux d'établissements
Personnel soignant	78,5%
Personnel administratif	57%
Représentant des usagers	0%
Autre : une conseillère en économie sociale et familiale	1 établissement

Taux moyen de retour des questionnaires	
2012	31,04%
2013	46,7
2014	25,3%

Taux d'établissements de santé dans lesquels la CRUQPC analyse les résultats des questionnaires	
2014	88%

Taux d'établissements de santé ayant exposé dans leur rapport CRUQPC les résultats concernant le thème de la prise en charge	
2013	62,5%
2014	50%
Taux d'établissements de santé ayant exposé dans leur rapport CRUQPC les résultats concernant le thème de la qualité de l'information reçue par le patient	
2013	90%
2014	50%
Taux d'établissements de santé ayant exposé dans leur rapport CRUQPC les résultats concernant le thème de la prestation hôtelière	
2013	90%
2014	58,3%
Taux d'établissements de santé ayant exposé dans leur rapport CRUQPC les résultats concernant le thème du respect des droits, de l'intimité et des croyances des patients	
2013	20%
2014	50%

Prestations dispensées	Taux moyen de satisfaction		
	2012	2013	2014
Prestations médicales	88%	85,8%	91,7%
Prestations paramédicales	92%	92,5%	91%
Prestations administratives	84%	92,7%	90,5%
Prestations hôtelières	82%	79,5%	83%

B-2-5-2/ Les autres sources d'information de la satisfaction des usagers : l'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés

L'I-SATIS (indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés) est le premier indicateur de résultat généralisé permettant de mesurer la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge.⁹²

Cet indicateur a pour objectif de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge en lui donnant la parole sur son ressenti, permettant ainsi aux établissements de santé de mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près de ses attentes.

En 2014, les enquêtes de satisfaction I-SATIS sont obligatoires pour les établissements MCO à l'exception des établissements de santé ne répondant pas à l'activité minimum pour obtenir le nombre suffisant de patients. Pour ces établissements, les enquêtes sont en effet facultatives.⁹³

En 2014, les enquêtes de satisfaction étaient facultatives pour 7 établissements de santé de la région.⁹⁴

Les autres établissements de santé MCO doivent mettre en place une enquête de satisfaction des patients hospitalisés sous la forme d'une enquête téléphonique.

Cette enquête concerne un échantillon de patients hospitalisés consentants et se déroule quatre à six semaines après leur sortie.

Les entretiens téléphoniques sont réalisés par un institut de sondage indépendant de l'établissement de santé au moyen d'un questionnaire commun à l'ensemble des établissements de santé.⁹⁵

L'indicateur I-SATIS ne se substitue pas aux autres modalités de recueil de la parole des usagers, et notamment au questionnaire de sortie qui permet à tous les patients de faire part de leurs avis sur leur hospitalisation.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) met à la disposition des établissements de santé, le logiciel obligatoire « i-satisfaction » pour la sélection des patients appropriés dans l'établissement, ainsi qu'une plateforme dédiée pour la récupération des fichiers de réponses aux questionnaires, l'analyse et le traitement

⁹² Prise en charge globale, attitude des professionnels, communication avec les professionnels, information du patient, restauration hospitalière, commodité de la chambre, score de satisfaction globale.

⁹³ Décret n°2014-252 du 27 février 2014 relatif à l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS.

⁹⁴ Cinq établissements de santé publics et deux établissements privés de santé sont concernés (voir l'instruction n°DGOS/PF2/2014/74 du 7 mars 2014 portant sur la généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) au sein des établissements de santé exerçant une activité médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)).

⁹⁵ Le questionnaire commun est défini par l'arrêté du 4 mars 2014 relatif au modèle de questionnaire à utiliser lors de la mise en œuvre de l'enquête I-SATIS de satisfaction des patients hospitalisés.

des données. Cette plateforme permet à chaque établissement de santé de disposer de ses résultats par question et par score.⁹⁶

En 2014, seuls 15% des établissements concernés (soit deux établissements de santé) indiquent avoir utilisé la grille de mesure de satisfaction I-SATIS.

Plan d'action défini par les établissements de santé : Le recueil et l'évaluation de la satisfaction des patients	
Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Actions d'amélioration, Améliorer le taux de retour des QS	50%

B-2-6/ L'information de l'utilisateur sur les suites données à l'expression de sa satisfaction ou de son insatisfaction

En pratique, les courriers de plaintes et réclamations sont réceptionnés par la direction de l'établissement qui transmet une copie du courrier au(x) service(s) et au(x) personnel(s) visé(s).

La direction interroge ensuite le responsable du/des service(s) concerné(s).

D'autres instances de l'établissement sont associées à l'analyse du courrier et des actions correctives sont mises en place le cas échéant.

Dans la grande majorité des établissements, **une enquête interne associant la CRUQPC** est diligentée auprès du ou des professionnels concernés.

Dans certains établissements de santé, il incombe au(x) professionnel(s) concerné(s) d'établir un rapport circonstancié transmis par la suite au service en charge du droit des patients ou à la direction de l'établissement.

L'utilisateur reçoit systématiquement et dans les meilleurs délais, un courrier de la direction l'informant de la suite donnée à son expression ou à défaut, des démarches qu'elle a entreprises pour lui.

	Délai moyen de réponse à la réception de la demande hors accusé de réception (en nombre de jours)
2013	7,3
2014	14,8 ⁹⁷

⁹⁶ Il existe un score de satisfaction globale et six scores thématiques mesurant la satisfaction en matière de prise en charge globale du patient, d'information du patient, de communication du patient avec les professionnels de santé, d'attitude des professionnels de santé, de restauration hospitalière et de commodité de la chambre.

⁹⁷ Sur la base de 14 établissements ayant répondu à l'item : entre 1 et 8 jours pour un établissement de santé, 30 jours pour deux établissements de santé et 45 jours pour un établissement de santé.

B-2-7/ Le traitement des événements indésirables

	Nombre total de signalements d'évènements indésirables recensés dans l'ensemble des établissements de santé
2013	860
2014	1604

En pratique, des fiches de signalements des événements indésirables (FEI) sont mises à la disposition des usagers et du personnel de l'établissement.

Les signalements des EI sont étudiés par le service qualité et/ou par le responsable du service concerné.

Un avis est adressé aux personnes impliquées. La direction de l'établissement prend connaissance des signalements.

En 2014, deux établissements de santé ont informatisé leur dispositif de gestion et de traitement des EI.⁹⁸

	Taux d'établissements de santé informant la CRUQPC des programmes d'action dans les domaines des EI et des infections nosocomiales, ainsi que des résultats attendus
2012	55,5%
2013	75%
2014	93,7%
	Taux d'établissements de santé informant la CRUQPC du nombre et de la nature des EI graves, ainsi que de ceux concernant les infections nosocomiales
2013	73,5%
2014	93,7%

Seuls cinq établissements de santé ont détaillé dans leur rapport CRUQPC l'objet de des EI signalés.

Un établissement considère que malgré la hausse du nombre d'EI déclarés, les déclarations d'EI restent insuffisantes.

Un autre établissement indique avoir mis en place des actions pour les EI récurrents à criticité élevée.

Plan d'action défini par les établissements de santé : Le traitement des EI	
Objectifs définis pour l'année à venir	Nombre d'établissements de santé
Poursuivre l'étude des FEI en CRUQPC	1

⁹⁸ Logiciel YES pour la gestion des risques des établissements de santé.

B-2-8/L'accessibilité au dossier médical

Le dossier médical personnel prend la forme d'un carnet de santé informatisé et sécurisé, accessible sur internet et dont peuvent disposer gratuitement tout bénéficiaire de l'assurance maladie dans le respect du secret médical.⁹⁹

Taux d'établissements de santé auprès desquels des demandes de DM ont été formulées	
2012	60%
2013	71%
2014	85%
Nombre total de demandes formulées	
2012	1 046
2013	1 219
2014	1 394
Nombre total de demandes formulées auprès des établissements publics de santé	
2012	919 (soit 87,8% des demandes)
2013	1 002 (soit 82% des demandes)
2014	1 179 (soit 84,5% des demandes)
Nombre total de demandes formulées auprès des établissements de santé privés	
2014	218 (soit 15,5% des demandes)

Taux moyen des demandes émanant des patients eux-mêmes	
2013	79%
2014	89,5%
Taux moyen des demandes émanant des familles ou ayants droits des patients	
2013	21%
2014	14,5%

Taux des demandes portant sur des informations datant de moins de 5 ans	
2013	83%
2014	80%
Délai moyen de transmission des dossiers de moins de 5 ans (en nombre de jours)	
2013	9
2014	10
Taux moyen des DM de moins de 5 ans transmis dans un délai inférieur ou égal à 8 jours (délai légal)	
2014	85%

⁹⁹ Le dossier médical contient notamment des résultats d'examens, des comptes rendus de consultation ou d'intervention, des prescriptions thérapeutiques, des correspondances entre professionnels de santé.

Taux des demandes portant sur des informations datant de plus 5 ans	
2013	17%
2014	20%
Délai moyen de transmission des dossiers de plus de 5 ans (en nombre de jours)	
2013	17
2014	28,5
Taux moyen des DM de plus de 5 ans transmis dans un délai inférieur ou égal à 2 mois (délai légal)	
2014	69%

Taux d'établissements indiquant procéder à l'envoi d'un courrier avec accusé de réception précisant la procédure d'accès au DM et confirmant la demande formulée	
2013	54%
2014	78,5%
Délai moyen d'envoi de l'AR à compter de la réception de la demande d'accès au DM (en nombre de jours)	
2013	5
2014	8

Taux d'établissements de santé permettant aux patients de consulter son DM sur place	
2013	93%
2014	93%

Taux d'établissements utilisant un DM commun partagé	
2012	30%
2013	33%
2014	30%
Nombre d'établissements utilisant un DM commun partagé et dans lesquels le dossier est partagé avec d'autres établissements ou des professionnels en ville	
2012	0
2013	0
2014	1
Dans cet établissement, les patients sont informés des partages et leur accord a été sollicité.	

La constitution d'un dossier médical commun partagé constitue le préalable à toute communication entre les médecins.¹⁰⁰

Il constitue l'outil unique de communication entre les médecins et le service du patient auquel chaque intervenant médical a accès et peut y apporter sa contribution.

¹⁰⁰ Un langage commun est utilisé dans ce dossier (langage commun pour le diagnostic, pour la chirurgie, pour l'analyse de la qualité de vie).

	Taux d'établissements de santé pour lesquels la copie du DM est totalement gratuite
2014	56,25%
	Taux d'établissements de santé pour lesquels la copie du DM est partiellement gratuite
2014	5%
	Taux d'établissements de santé pour lesquels la copie du DM est payante
2014	37,5%
	Nombre d'établissements de santé ayant constaté des renoncements à l'accès au DM en raison de son coût d'accès
2013	1
2014	0

En 2014, cinq établissements de santé indiquent avoir prévu une organisation permettant la consultation du dossier médical en cas d'hospitalisation d'office.

	Taux d'établissements ayant indiqué les motifs des demandes dans leur rapport CRUQPC
2012	50%
2013	30%
2014	17,6%

En 2014, un établissement de santé indique avoir réactualisé sa procédure de traitement des demandes d'accès aux DM et l'avoir diffusé dans toutes les unités de soins et points d'accueil du public.

Un autre établissement de santé a doté 90% des DM d'une photo d'identité.

Un établissement de santé énumère les raisons expliquant l'augmentation de son délai moyen de traitement des demandes:

- Un nombre important d'acteurs dans le circuit du traitement des demandes,¹⁰¹
- Une augmentation générale de 16,11% du nombre de demandes de DM,
- Une augmentation des demandes émanant des ayants-droits,¹⁰²
- L'absence de dossier unique personnalisé qui alourdit le traitement de la demande de DM,¹⁰³
- L'absence fréquente de remise du compte rendu d'hospitalisation au patient lors de sa sortie induit cette augmentation de demandes d'informations médicales.

Un dernier établissement constate que le nombre de demandes de DM a doublé par rapport à 2013.

Cet établissement considère que l'usager a une meilleure connaissance de la réglementation relative à ses droits en la matière. L'établissement persévère dans sa politique de communication d'information sur le droit des patients et des usagers et indique poursuivre ses efforts dans le raccourcissement des délais d'envoi des dossiers médicaux.

¹⁰¹ Archiviste, praticiens, secrétariats médicaux.

¹⁰² L'ayant droit qui n'a pas été suffisamment informé sur la prise en charge médicale du patient décédé, sollicite son dossier médical.

¹⁰³ Dans le cas où le patient est hospitalisé dans plusieurs unités de soins, il est nécessaire de ventiler le traitement de la demande dans chaque unité concernée.

Plan d'action défini par les établissements de santé : L'accès au DM et continuité des soins à la sortie du patient	
Objectifs définis pour l'année à venir	Taux d'établissements de santé
Mettre en place une lettre de sortie/de liaison après l'hospitalisation, Améliorer le suivi des lettres de sortie, Délivrer les examens d'imagerie médicale aux patients, Réduire le délai de remise du DM aux patients.	15%

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
La CSDU rappelle que seul le majeur protégé ou son mandataire, les parents des enfants mineurs ou leur tuteur, un médecin précédemment cité, la personne de confiance, les ayants droit ou toute autre personne mandatée par le patient peuvent accéder au dossier médical.

B-2-9/ Le droit à l'information : la confidentialité des données médicales des personnes détenues et l'accès à leur dossier médical

Les soins dispensés aux personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé, y compris pour l'ensemble des procédures de gestion du dossier médical.¹⁰⁴

Par conséquent, les personnes détenues bénéficient d'un droit d'accès à leur dossier médical et aux informations de santé les concernant dans le respect des droits reconnus aux patients et des règles de droit commun précisées à l'article L. 1117 du code de la santé publique.

La loi du 18 janvier 1994¹⁰⁵ a institué au sein de chaque établissement pénitentiaire **une unité de consultation et de soins ambulatoire (UCSA)**.

Les UCSA sont des unités hospitalières rattachées à un établissement de santé de référence.

Désignés pour chaque établissement pénitentiaire de la région par le directeur général de l'ARS après avis de leur conseil de surveillance, les établissements de référence sont chargés de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire.¹⁰⁶

¹⁰⁴ CSP, art. R. 1112-2.

Cet article ajoute que le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels que soient la durée et les lieux successifs de celle-ci. Ce dossier est identique à celui constitué pour tout patient admis dans un établissement de santé public ou privé.

¹⁰⁵ L. n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

¹⁰⁶ CSP, art. R. 6112-14.

Parallèlement aux UCSA, un ou plusieurs secteurs de psychiatrie sont rattachés à des établissements de santé publics¹⁰⁷ dans chaque région pénitentiaire.

Chacun de ces secteurs comporte **un service médico-psychologique régional (SMPR)** aménagé dans un établissement pénitentiaire¹⁰⁸ et chargé d'assurer la coordination régionale auprès des équipes de psychiatrie intervenant dans les établissements de leurs régions pénitentiaires.¹⁰⁹

B-2-9-1/La prise en charge sanitaire des détenus en Corse

Etablissements pénitentiaires	UCSA et établissements de santé de référence	SMPR et établissements de santé publics de rattachement
Maison d'arrêt d'Ajaccio	UCSA du centre hospitalier d'Ajaccio (<i>Corse du sud</i>)	2 SMPR en région Provence Alpes Côte d'Azur : 1 basé à Marseille 1 basé à Nice
Maison d'arrêt de Borgo	UCSA du centre hospitalier de Bastia (<i>Haute Corse</i>)	
Centre détention de Borgo		
Centre détention de Casabianda ¹¹⁰	UCSA du Centre hospitalier de Bastia (<i>Haute Corse</i>)	

B-2-9-2/ L'évolution des procédures d'accès aux dossiers médicaux au sein des UCSA de Corse

	UCSA Centre hospitalier d'Ajaccio	UCSA Centre hospitalier de Bastia	
	Maison d'arrêt d'Ajaccio	Maison d'arrêt/centre de détention Borgo	Centre de détention Casabianda
Demandes formulées 2011	0 ¹¹¹		
Procédure 2011	<u>Absence</u> de procédure de traçabilité écrite relative au suivi des demandes.	Absence de procédure spécifique d'accès aux DM pour les patients détenus	

¹⁰⁷ Les établissements concernés sont énumérés par arrêté du Ministre chargé de la santé.

¹⁰⁸ D. n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

¹⁰⁹ C. PAULET, « Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation », L'Information Psychiatrique, 2004 :80 :307-12.

¹¹⁰ Le Centre de détention de Casabianda est un établissement pénitentiaire pour peines spécialisées dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS).

¹¹¹ En effet, l'absence de demandes formulées pouvait s'expliquer par l'absence totale de procédure d'information sur le droit d'accès aux données médicales auprès des personnes détenues.

Demandes formulées 2012	3	1	4
Procédure 2012	Mise en place d'un document portant « Demande d'accès au dossier patient » mis à la disposition des patients détenus à la Maison d'arrêt d'Ajaccio ou des patients ayant été incarcérés ¹¹²	Un cadre de proximité au sein des UCSA vérifie et veille au respect de l'affichage de la procédure d'accès au DM dans les UCSA	
Demandes formulées 2013	1	3	1
Demandes formulées 2014	0	2	3
Procédure 2014		Ouverture de <u>registres de traçabilité</u> des demandes de DM	

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU de la CRSA demande à l'ARS que les UCSA, en collaboration avec l'administration pénitentiaire, réalisent **une évaluation conjointe des actions de prévention** faisant état du nombre et du type d'actions mises en œuvre, du nombre et du type d'actions communautaires mises en œuvre, du nombre et de la catégorie des participants à ces actions, ainsi que du type et du lieu de mise en œuvre de ces actions.

La CSDU préconise également de **centraliser le recueil de données**.

B-2-10/ Le droit à l'accès pour tous aux soins

B-2-10-1/ L'accès aux professionnels de santé libéraux

La région Corse présente des caractéristiques démographiques, géographiques, sociales et sanitaires à l'origine de sa fragilité dans le domaine de l'accès aux soins.

¹¹² Ce document est mis à la disposition des patients détenus à la maison d'arrêt d'Ajaccio ou des patients y ayant été incarcérés qui souhaiteraient obtenir des informations sur leur dossier médical constitué pendant leur période d'incarcération. Ce document concerne également l'ayant droit d'une personne détenue décédée lors de son incarcération.

Bien qu'ayant connu la plus forte croissance démographique de France depuis 1999,¹¹³ la population Corse présente le taux d'habitants âgés de plus de 75 ans le plus élevé à ce jour.¹¹⁴

Or, de par son installation en zone rurale, la population des plus de 75 ans fait partie des 11% de la population insulaire totale résidant à plus d'un quart d'heure de trajet d'un médecin généraliste.

La région Corse est en proie à connaître la plus forte baisse de la démographie médicale comme en témoignent les projections de démographie médicale entre 2010 et 2030 qui font état d'une diminution des effectifs de l'ordre de 26 % (soit 1,2% de la moyenne nationale) et d'une baisse de la densité médicale de 35% (soit 10,6% de la moyenne nationale).

Dans le domaine de la précarité, 18% des personnes âgées de la région bénéficient d'allocations spécifiques (contre 5% au niveau national) et 19% de jeunes sont désocialisés (contre 14% au niveau national).

❖ **1-Les travaux réalisés dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé (SROS-PRS) pour la période 2012-2016**

• La détermination des zones en difficulté

Au regard des caractéristiques régionales, des catégories d'indicateurs tenant principalement compte de l'âge de la population et de son niveau de consommation des soins, les indicateurs suivants ont été retenus afin de déterminer les zones concernées par les insuffisances de densité médicale :

- Concernant l'offre de soins dispensée par les médecins généralistes, les indicateurs retenus sont la densité standardisée des médecins généralistes¹¹⁵ et la part des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans. Afin de traduire l'isolement des professionnels de santé et la difficulté d'accès pour les résidents d'un territoire au cabinet d'un médecin généraliste, des indicateurs tels que la part de la population résidant à plus de vingt minutes du cabinet, la densité de la population au km² et la part de la population de plus de 75 ans ont été également retenus.
- Concernant le recours aux soins, les indicateurs définis portent sur la consommation de soins¹¹⁶ dans chaque bassin de vie couplée à la densité de médecins sur la zone et sur la consommation de soins des populations âgées de plus de 75 ans.

¹¹³ 1,7% du taux de croissance annuelle.

¹¹⁴ La population des plus de 75 ans représente 10 % de la population de Corse, soit 8% de la population totale de France.

¹¹⁵ La densité standardisée des médecins généralistes a été calculée en tenant compte des différences dans les structures d'âge des populations des différents bassins de vie.

¹¹⁶ La consommation de soins fait référence au nombre de consultations et de visites reçues par chaque patient.

Sur les 22 bassins de vie de la région, 7 zones ont été définies comme étant « en difficulté »¹¹⁷ et 4 zones ont été qualifiées de « potentiellement en difficulté. »

- Le plan de déploiement des structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire

Indicateurs retenus	Valeur en 2010	Valeur en 2014	Valeur au 1 ^{er} janvier 2015
Nombre de structures	1	2	3

B-2-10-2/ L'accès aux structures de prévention

❖ 1-Les objectifs retenus dans le cadre du CPOM de l'ARS de Corse pour la période 2010-2013

L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé constitue l'une des priorités nationales retenue dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS de Corse pour la période 2010-2013.

Le développement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies répond à des indicateurs estimés en grande partie prioritaires pour l'ARS de Corse.

Indicateurs retenus	2010	2013	2014
Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle ¹¹⁸	14,9%	NR	NR
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans ¹¹⁹	10%	11%	6%
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans ¹²⁰	43%	38%	37%

¹¹⁷ Les zones en difficulté se caractérisent par une part élevée d'habitants âgés de plus de 75 ans, par une faible densité de professionnels de santé (en moyenne 60 médecins pour 100 000 habitants) avec une forte proportion de médecins âgés et par un temps moyen d'accès au médecin généraliste élevé (plus de 20 minutes en moyenne).

¹¹⁸ Conformément au cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire réalisé par la direction générale de la santé (DGS), cet indicateur correspond au rapport, parmi les enfants en grande section maternelle, du nombre d'enfants en surpoids, y compris les enfants obèses, à la population totale servant de base au recueil (nombre d'enfants en grande section maternelle pour lesquels les mesures ont été prises).

¹¹⁹ D'après le rapport des centres de gestion (dépistages organisés) de l'institut national de veille sanitaire (INVS), cet indicateur correspond au nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans participant à la campagne de dépistage du cancer colorectal/(le nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans – le nombre de personnes exclues pour raisons médicales).

¹²⁰ D'après le rapport des centres de gestion (dépistages organisés) de l'institut national de veille sanitaire, cet indicateur correspond au nombre de femmes de 50 à 74 ans dépistées dans le cadre du programme de dépistage organisé/le nombre de femmes de 50 à 74 ans éligibles.

A défaut de disposer d'informations sur la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section maternelle, les résultats de l'analyse de la surcharge pondérale en classe de CE2 réalisée par l'observatoire régional de la santé Corse (ORS Corse) peuvent être exposés.¹²¹

Chez les garçons, une baisse de la croissance de la prévalence de la surcharge pondérale avait été constatée en 2008 (19,8%). Cependant, cette croissance a repris son augmentation au cours de l'année scolaire 2011-2012 (23,3%). Elle est de 22,3% pour l'année 2013-2014. La prévalence de l'obésité a également augmentée. D'une valeur de 5,9% en 2008, elle atteint les 6,6% pour l'année 2013-2014.

Chez les filles, une baisse de la croissance de la prévalence de la surcharge pondérale avait été constatée en 2012 (21,7%). Cependant, cette croissance a repris son augmentation au cours de l'année scolaire 2013-2014 (25,7%).

La prévalence de l'obésité reste préoccupante. D'une valeur de 5,63% au cours de l'année scolaire 2012-2013, elle atteint les 6,7% pour l'année scolaire 2013-2014.

❖ 2- Les objectifs retenus dans le cadre du schéma régional de prévention (SRP) pour la période 2012-2016

La réduction de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants

Afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de la santé dans le domaine de la nutrition, il incombe à l'ARS d'assurer sur le territoire régional la déclinaison du programme national nutrition santé (PNNS), du plan national d'obésité (PNO) 2010-2013 et du programme national pour l'alimentation (PNA).

A cette fin, un diagnostic régional a permis de dégager la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité dès la période périnatale jusqu'à l'âge adulte et la mise en place d'une observation efficiente sur l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité comme principaux objectifs à atteindre.

Parmi les indicateurs de suivi retenus dans le cadre de ces objectifs, **l'indice de masse corporelle des enfants de moins de 6 ans, le taux d'allaitement maternel à la 1^{ière} semaine, la restauration collective scolaire et la validation des menus par des diététiciens ciblent particulièrement les enfants.**

Dans le cadre d'une action transversale avec le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) a pour objectif de favoriser la coordination avec les partenaires afin d'assurer des actions sur l'alimentation et la nutrition dans les établissements.

Dans la même perspective de transversalité, le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et le programme régional de gestion du risque (PGDR) visent à favoriser une alimentation de qualité sur les populations les plus vulnérables et à faciliter la prise en charge de l'obésité en pédiatrie.

¹²¹ Dans le cadre d'un programme financé par l'ARS, l'ORS de Corse a exploité les paramètres collectés lors de l'examen infirmier en deuxième année de cours élémentaire (CE2) durant l'année scolaire 2013-2014.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

En application du PNNS et concernant la prévention de l'obésité chez les enfants et adolescents, la CSDU préconise la mise en place progressive de « **repas bio** » dans les cantines des écoles maternelles et primaires, ainsi que dans les accueils de loisirs sans hébergement (ALSH).

La CSDU préconise également l'animation d'ateliers diététiques pendant les temps d'activité périscolaires (ATP) mis en place par la réforme des rythmes scolaires. Cette démarche éducative pourrait être étendue aux adolescents demi-pensionnaires des collèges et des lycées dans la mesure où les besoins alimentaires sont particulièrement exigeants à cette période de leur vie.

Relevant du domaine de la santé publique, cette initiative permettrait de manière plus générale d'aider les familles les plus fragiles.

- cancer du sein et du cancer colorectal

Le plan stratégique régional de santé érige la promotion du dépistage en levier d'actions susceptible de réduire la mortalité prématurée en matière de cancer et les pathologies infectieuses, et d'améliorer le pronostic de certaines déficiences.

Dans la continuité de ce plan, le volet prévention et promotion de la santé du SRP identifie onze thématiques prioritaires parmi lesquelles figure le dépistage et notamment le dépistage des cancers.

Le diagnostic régional fait état d'un doublement du nombre de nouveaux cas de cancers chez l'homme et chez la femme.¹²²

Afin de remédier à cette carence, le schéma régional de prévention a retenu comme objectifs accompagnés d'indicateurs d'évaluations, l'accroissement de la collaboration entre les différents acteurs concernés par les dépistages en vue de capitaliser les savoirs faire et les outils et de partager les stratégies, la poursuite de l'évaluation et de l'assurance qualité des campagnes de dépistage organisées et l'amplification des actions de repérage ciblées auprès des personnes à risque élevé de cancer du sein ou du colon.

¹²² En 2011, le taux régional de participation au dépistage organisé du cancer du côlon avoisine les 10% au lieu des 50% escomptés.

En 2011, le taux régional de participation au dépistage organisé pour le cancer du sein est de 35% contre 52% au niveau national.

3/.DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

L'ARS a interrogé les ordres régionaux des professionnels de santé sur la mise en œuvre en leur sein d'un processus de traitement des plaintes sur les thèmes de la maltraitance, l'accès au dossier médical ainsi que le refus de soins pour prestataires.

Le conseil départemental de l'ordre (CDO) des médecins libéraux a indiqué ne pas disposer d'un tel processus.

Le CDO des infirmiers, le CDO des chirurgiens-dentistes et le CDO des masseurs kinésithérapeutes ont décrit le processus existant en leur sein et ont communiqué à l'ARS le nombre de plaintes reçues sur le thème de la maltraitance, de l'accès au dossier médical et du refus de soins.

A) La procédure décrite par les conseils départementaux des ordres des professionnels de santé

Lorsqu'une plainte est adressée au CDO des professionnels de santé par un patient ou par un professionnel à l'encontre d'un autre professionnel, une réunion de conciliation est organisée par le CDO au tableau duquel le professionnel concerné est inscrit.¹²³

Lorsque la conciliation échoue totalement ou partiellement, le plaignant peut demander la transmission de sa plainte à la chambre disciplinaire de première instance.

Au regard des faits, le CDO a la possibilité de se joindre à l'action du plaignant. En cas de signalement ou bien lorsque le plaignant ne souhaite pas poursuivre la procédure suite à l'échec de la conciliation, le conseil départemental de l'ordre a compétence pour saisir la chambre disciplinaire de première instance.¹²⁴

¹²³ A compter de l'enregistrement de la plainte, le conseil dispose d'un délai de 3 mois pour organiser et achever l'ensemble de la conciliation.

¹²⁴ CSP, art. R.4126-1 et R.4312-50

A-1/ L'analyse des plaintes recensées par les conseils départementaux des ordres des professionnels de santé sur les thèmes de la maltraitance, de l'accès au dossier médical et le refus de soins pour prestataires

A-1-1/ A l'encontre des infirmiers inscrits au tableau de l'ordre

Il convient tout d'abord de rappeler que l'exercice légal de la profession d'infirmier est entre autre soumis à l'inscription au tableau de l'ordre des infirmiers.

Toutefois, à ce jour, tous les infirmiers ne sont pas inscrits au tableau de l'ordre alors même que l'exercice illégal de la profession d'infirmier est pénalement puni.¹²⁵

Par conséquent, les informations recueillies ne concernent que les infirmiers inscrits au tableau de l'ordre des infirmiers.

Données communiquées par la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance des régions Provence Alpes Côte d'Azur Corse :

Fondements juridiques (articles du code de la santé publique)	Nombre de jugements ou ordonnances
La maltraitance	8
R. 4312-2 ¹²⁶	3
R.4312-26 ¹²⁷	5
La violation du secret professionnel	0
L.1110-4 ¹²⁸	0
R.4312-4 ¹²⁹	0
L'interruption des soins	5
L.1110-3 ¹³⁰	0
R.4312-30 ¹³¹	2
R.4312-41 ¹³²	3

¹²⁵ Deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

¹²⁶ L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

¹²⁷ L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient

¹²⁸ Alinéa 1 : Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

¹²⁹ Alinéa 1 : Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.

¹³⁰ Alinéa 1 : Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

¹³¹ Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R.4312-41.

A-1-2/ A l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes

Données recueillies auprès du conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes de Haute-Corse :

Nombre de réclamations et plaintes déposées pour maltraitance	0
Nombre de réclamations et plaintes concernant l'accès au dossier médical	0
Nombre de réclamations et plaintes concernant le refus de soins	0

Le CDO des masseurs kinésithérapeutes constate que très peu de procédures sont engagées et rares sont celle concernant les patients.

Le CDO attribue cette faiblesse au **manque d'information délivrée au public à ce sujet.**

A-1-3/ A l'encontre des chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'ordre

Données recueillies auprès du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Haute-Corse :

Nombre de réclamations et plaintes déposées pour maltraitance	0
Nombre de réclamations et plaintes concernant l'accès au dossier médical	0
Nombre de réclamations et plaintes concernant le refus de soins pour les personnes en CMU¹³³ et AME¹³⁴	0

¹³² Alinéa 1 : si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L.4312-1.

¹³³ CMU= couverture maladie universelle

¹³⁴ AME = aide médicale de l'Etat

Partie II: La mise en œuvre des objectifs ayant un impact sur les droits des usagers

1/.DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL

A) La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers

Depuis la loi du 21 juillet 2009, le **développement professionnel continu (DPC)** constitue une obligation individuelle inscrite dans une démarche permanente qui s'impose aux médecins qu'ils soient ou non soumis à l'obligation d'inscription au tableau de l'ordre.¹³⁵

¹³⁵ CSP, art. L. 4112-6.

Le DPC comporte l'analyse par les médecins de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances et de compétences.¹³⁶

Le médecin satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC et comportant une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé.

Ce programme doit être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré.

De part ses objectifs d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la prise en compte des priorités de santé publique,¹³⁷ le respect de l'obligation de DPC constitue un objectif ayant un impact sur le respect des droits des usagers.

A cette fin, une évaluation de la formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé est réalisée dans le cadre du rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé.

L'ARS ne dispose d'aucunes données concernant les formations suivies par les médecins en 2014 sur les thèmes de l'éducation thérapeutique, la relation médecin-patient, la mise en place de campagnes de santé publique en prévention/gestion des crises sanitaires et la participation des professionnels de santé à ces campagnes, la prise en charge de la douleur, la sécurité des soins, la gestion des risques et la iatrogénie, les soins palliatifs et fin de vie, le système d'information et le dossier médical.

B) L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : l'état des lieux de la mise en œuvre des conseils de vie sociale

La loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale¹³⁸ a contribué au développement des droits des usagers accueillis dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux en définissant des outils

¹³⁶ CSP, art. R. 4133-1 issu du décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins.

¹³⁷ CSP, art. L. 4133-1.

¹³⁸ L. n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002 page 124, texte n°2.

permettant l'exercice effectif des droits fondamentaux reconnus aux usagers dans le code de l'action sociale et des familles.¹³⁹

Parmi ces outils,¹⁴⁰ l'institution d'un conseil de vie sociale (CVS) dans les établissements sociaux et médico-sociaux vise à associer les personnes bénéficiaires des prestations aux fonctions de l'établissement ou du service.¹⁴¹

Au cours de l'année 2012, l'ARS a adressé à chaque ESMS relevant de sa compétence un questionnaire dont l'analyse avait permis de vérifier l'existence d'un CVS en leur sein et d'en évaluer le fonctionnement.

La faiblesse du taux de réponse à l'enquête CVS menée dans la région Corse (58,2%) témoignait de la **lenteur de la prise de conscience sur la nécessité de mettre en place des outils de participation des usagers au système de santé. En effet, un CVS était constitué et fonctionnait dans seulement 45,7% des établissements en principe concernés par sa mise en place.**

Lorsqu'un CVS était effectivement institué au sein de l'établissement, sa pertinence peut être remise en cause car dans la grande majorité des cas, la représentation des personnes accueillies n'est pas respectée.

Lorsqu'un CVS n'était constitué, il était regrettable de constater que dans la majorité des cas, aucune autre forme de participation n'était assurée.

B1-/Données 2014

Au mois de mai 2015, l'ARS a diligenté une enquête sur l'application des droits des usagers dans les 86 ESMS de la région relevant de sa compétence au titre de l'année 2014.

Catégories d'établissements spécialisés pour les personnes âgées	Nombre Corse du Sud	Nombre Haute-Corse
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	13	14
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	3	3
Accueil de jour (AJ)	2	0

¹³⁹ CASF, art. L. 311-3.

¹⁴⁰ La loi du 2 janvier 2002 met en place sept outils: le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, la personne qualifiée, le règlement de fonctionnement de l'établissement, le projet d'établissement et le conseil de vie sociale.

¹⁴¹ Art. 10 de la loi du 2 janvier 2002, codifié à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Catégories d'établissements spécialisés pour les personnes en situation d'handicap	Nombre Corse du Sud	Nombre Haute-Corse
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	1	1
Centre médico-psycho pédagogique (CMPP)	1	1
Institut pour déficients sensoriels	1	0
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	3	0
Institut d'éducation motrice (IEM)	1	0
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	1	1
Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)	6	5
Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)	3	2
Institut médico-éducatif (IME)	3	2
Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	1	0
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	3	4
Centre des déficients auditifs et visuels (CDAV)	0	1
Centre de ressource autisme (CRA)	0	1
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	0	1
Centre de pré-orientation	0	1
Unité d'évaluation, de réentrainement et de réorientation sociale (UEROS)	0	1
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	2

Le taux de retour du questionnaire est de **72 %** , **62 établissements** ont répondu au questionnaire.

Catégories d'établissement	Taux de réponse
EHPAD	88,8%
SSIAD	70%
AJ	100%
CAMSP	50%
CMPP	100%
Institut pour déficients sensoriels	100%
FAM	66,6%
IEM	0
MAS	100%
SESSAD	54,5%
ESAT	40%
IME	40%
ITEP	0
SAMSAH	42,8%
CDAV	100%
CRA	100%
CSAPA	100%
Centre de pré orientation	100%
UEROS	100%

C) Le livret d'accueil (L.A)

Votre établissement dispose-t-il d'un L.A ?	
Répondants	95,1%
OUI	92,7%
Le L.A est en cours de réalisation	1 établissement
NON	0

Date de mise en circulation du L.A pour la première fois	
Répondants	90,2%
Avant 1990	2 établissements
Entre 1990 et 2000	4 établissements
Entre 2000 et 2010	19 établissements
Entre 2010 et 2013	11 établissements

A qui est remis le L.A ?	
Répondants	97,6%
A l'utilisateur et à sa famille	61%
A l'utilisateur	31,7%
A la famille de l'utilisateur ou à son représentant légal	4,9%
A quel moment est remis le L.A ?	
Répondants	97,6%
Au cours de la 1 ^{ère} visite de l'établissement par l'utilisateur	53,7%
Le jour de l'entrée de l'utilisateur dans l'établissement	31,7%
Autres moments :	17,1% répondants
Avant l'admission, ¹⁴²	3 établissements
Après l'admission, ¹⁴³	2 établissements
Au moment de l'admission dans le service pour la prise en charge	1 établissement
La remise du L.A est-elle accompagnée d'une présentation orale du L.A ?	
Répondants	97,6%
Systematiquement	80,5%
Uniquement à la demande de l'utilisateur	17,1%
Jamais	0
La remise du L.A est-elle accompagnée d'une visite de la structure ?	
Répondants	95,2%
Systematiquement	68,3%
Uniquement à la demande de l'utilisateur	17,1%
Jamais	9,8%

¹⁴² Préalablement à l'entrée dans le service, lors de la demande d'admission ou au moment de la prise du rendez-vous pour l'entretien préalable à l'admission (pour permettre à l'utilisateur de disposer de temps pour consulter les documents et poser d'éventuelles questions au cours de l'entretien à venir).

¹⁴³ Au cours du premier entretien avec le chef de service après la notification d'entrée dans le service.

Le format et la présentation du L.A sont-ils adaptés aux spécificités/déficiences des personnes accueillies ?	
Répondants	97,6%
OUI	61%
<u>Si oui, quelles sont les adaptations réalisées ?</u> Lisibilité, pictogrammes, simplification de la présentation et de l'écrit Traduction en langue Corse	56,1% des établissements ont citées les adaptations réalisées
NON	36,6%
<u>Si non, pour quelles raisons ?</u> Difficultés pour adapter le L.A aux troubles des patients accueillis, Raisons économiques : Volume trop important du L.A si traduit dans un autre langage	24,4% des établissements ont indiqué les raisons
Le L.A est-il mis à la disposition des usagers sur le site internet de l'établissement ?	
Répondants	97,6%
NON	43,9%
NON en raison de l'absence de site internet de l'établissement	36,6%
OUI	17,1%

Quels éléments d'information apparaissent dans votre L.A ?	
Coordonnées de la structure	97,6%
Présentation des activités et des prestations	95,1%
Situation géographique et accès à la structure	92,7%
Nom et présentation de la personne morale ou de l'association gestionnaire	87,8%
Formalités administratives relatives à l'admission et à la prise en charge	82,9%
La charte des droits et libertés des personnes accueillies	82,9%
<u>Si la Charte n'est pas annexées au LA, quelles en sont raisons ?</u> Charte transmise à part en même temps que le L.A, Charte affichée dans l'établissement, Charte annexée à un autre document	17,1%
Procédure d'admission	80,5%
Organisation du site	75,6%
Formes de participation collective des personnes accueillies à la vie de l'établissement	70,7%
Le règlement de fonctionnement de la structure	70,7%
<u>Si le règlement de fonctionnement n'est pas annexé au L.A quelles en sont les raisons ?</u> Le règlement de fonctionnement est obligatoirement remis à part à l'entrée du patient et/ou en même temps que le L.A, Le règlement de fonctionnement est trop volumineux pour être remis au patient, Le document est annexé à un autre document	26,8%
Organigramme de la structure	68,3%
Tarifs et conditions de facturation	65,9%

Modalités d'accès au DM de la personne bénéficiaire de l'accompagnement médico-social	56,1%
Garanties souscrites en matière d'assurance	43,9%
Liste des personnes qualifiées à faire valoir les droits des usagers	43,9%
Modalités d'exercice du culte au sein de la structure	43,9%
Possibilités éventuelles d'accueil des proches ou des représentants légaux	39%
Informations sur les associations assurant la promotion des droits ou intervenant dans le champ de l'établissement	29,3%
Eventuels régimes alimentaires	19,5%
Le L.A a-t-il déjà été actualisé?	
Répondants	97,6%
OUI	87,8%
NON	9,8%
Le L.A a-t-il fait l'objet d'une évaluation pour s'assurer de la qualité de son contenu?	
Répondants	97,6%
OUI	70,7%
NON	26,9%
<u>Si oui, à quelle date ?</u>	68,3%
2015	17,3%
2014	60,8%
2013	4,3%
2012	13%
2010	4,3%
Qui a participé à l'évaluation du L.A?	
Répondants	82,9%
Membres de la Direction	63,4%
Membres du personnel	53,7%
Organisme d'audit	29,3%
Usagers par le biais du CVS ou d'une autre forme de participation	22%
Usagers	9,8%
Représentants des familles des usagers	9,8%
<u>Autres :</u> Usagers par l'intermédiaire de la CRUQPC, Membres COPIL établissement, SYNERPA, ¹⁴⁴ Evaluation réalisée à l'occasion de l'évaluation externe de l'établissement, Evaluation réalisée par le biais du questionnaire de sortie	12,2% répondants

¹⁴⁴ Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour la mise en place du L.A ?	
Répondants	36,6%
Nombre important d'informations à présenter à des patients pas toujours attentifs, public non captif, difficultés pour mobiliser les membres du CVS, visites et explications données par la direction et le médecin coordonateur au moment de l'admission restent prioritaires.	5 établissements
Difficultés pour adapter le L.A au public	5 établissements
Coût financier important au regard du nombre d'usagers	2 établissements
Un personnel en sous-effectif	2 établissements
Longueur du temps pris pour évaluer le L.A	1 établissement

D) Le contrat de séjour/DIPC

Le format et la présentation du contrat de séjour sont-ils adaptés aux spécificités et déficiences des personnes accompagnées ?	
Répondants	95,1%
OUI	48,8%
<u>Si oui, lesquelles ?</u>	39%
Lisibilité, mise en page, couleurs	7 établissements
Utilisation d'un langage adapté et compréhensible par tous	2 établissements
Mise en place d'un projet individualisé petite enfance	1 établissement
Présentation des prestations spécifiques aux missions de services	1 établissement
Indication des modifications éventuelles des tarifs	1 établissement
NON concernés	31,7%
NON	4,9%
A quel moment le contrat de séjour est-il établi et signé ?	
Répondants	90,2%
Le jour de l'admission du patient	53,7%
Dans les 15 jours suivants l'admission du patient	17,1%
Entre 15 jours et un mois suivant l'admission du patient	12,2%
<u>Si le contrat de séjour n'est pas établi au-delà de 15 jours, quelles en sont les raisons ?</u>	26,8% répondants
Difficultés pour rencontrer les familles, pour capter le public concerné notamment lorsque le patient n'est pas apte physiquement ni psychologiquement à participer à l'élaboration de son contrat, Familles réticentes à signer un nombre trop important de documents par crainte d'un engagement définitif, Besoin de temps pour que les patients rencontrent l'équipe pluridisciplinaire chargée de cerner les besoins de chacun, Au moment des entrées en urgence, la priorité est donnée au traitement du document <i>Cerfa</i> unique et au dossier APA ¹⁴⁵ de financement, Une évaluation pluri-professionnelle est réalisée un mois suivant l'admission du patient afin d'établir les objectifs de prise en charge.	

¹⁴⁵ Allocation personnalisée d'autonomie

Un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptés à chaque personne est-il signé dans les 6 premiers mois de la prise en charge?	
Répondants	87,8%
Systematiquement	26,8%
Souvent	22%
Jamais	22%
Rarement	19,5%
<u>En l'absence de signature systématique de cet avenant, quelles en sont raisons ?</u>	
Un autre document définit les objectifs et les prestations adaptés à chaque personne ¹⁴⁶	6 étab.
Un projet d'avenant est à l'étude	2 étab.
La durée du séjour (12 semaines maximum) ne permet pas la rédaction d'un tel document	1 étab.
Questionnement sur le caractère obligatoire d'un tel avenant	1 étab.
La personne accueillie participe-t-elle à l'élaboration de son contrat de séjour/DIPC?	
OUI : L'avis de la personne accueillie est sollicité et pris en compte pour l'élaboration de son contrat de séjour/DIPC	56,1%
OUI : La personne accueillie est au moins présente lors de son élaboration de son contrat de séjour/DIPC	22%
NON : En pratique, seule la famille ou le représentant légal de la personne accueillie participe à cette élaboration	19,5%
<u>Autres :</u>	19,5%
L'avis des représentants légaux/famille est sollicité,	2 étab
Le DIPC est présenté à la famille lors de la restitution des bilans et projets de soins,	1 étab
Le contrat est un document officiel pré-écrit qui offre la possibilité de cocher des cases et contient des espaces pour y intégrer des demandes	1 étab
<u>Si la personne accueillie ne participe pas à cette élaboration, quelles sont les raisons ?</u>	
La capacité de la personne accueillie : âge, état de santé, trouble(s), Le manque de temps, l'urgence de la démarche d'admission, Le manque d'implication des familles	
Quelles sont les clauses du contrat de séjour/DIPC qui font le plus souvent l'objet d'une modification ou d'une discussion avec le bénéficiaire de la prise en charge ?	
Répondants	61%
La participation financière	39%
Les soins et la surveillance médicale et paramédicale	26,8%

¹⁴⁶ Projet individualisé élaboré dans les 6 mois suivants la signature du DIPC ; projet d'accompagnement personnalisé concrétisé dans les 6 mois suivants l'admission en collaboration avec les familles, l'utilisateur et les partenaires éventuels ; le contrat de séjour ; le projet de vie ; le prêt de soins.

La durée du séjour, la durée de l'accueil ou de l'accompagnement	24,4%
Les prestations assurées	24,4%
Les droits des usagers	7,3%
Autres : Le projet de soins, Le bilan diagnostic, Le changement de l'externat à l'internat, Les objectifs fixés par le plan d'accompagnement personnalisé.	14,6% répondants

Au 31/12/2014, dans seulement **5 établissements**, la totalité des personnes accueillies bénéficiaient d'un contrat de séjour.

Le contrat de séjour/DIPC comporte des informations sur :	
Répondants	90,2%
Prestations susceptibles d'être mises en œuvre	80,5%
Conditions d'accueil et de séjour	75,6%
Conditions de la participation financière du bénéficiaire, y compris en cas d'absence pour hospitalisation	70,7%
Définition des objectifs de la prise en charge	70,7%
Mention de l'obligation pour les professionnels libéraux appelés à intervenir dans l'établissement de conclure ce contrat	17,1%
Autres informations : Modalités d'accompagnement dans les transports, litiges, fin de prise en charge, droit à l'image, conditions d'accès au DM, personne de confiance, directives anticipées	14,6% répondants
Le contrat de séjour/DIPC a -t-il fait l'objet d'une évaluation pour s'assurer de la qualité de son contenu ?	
Répondants	82,9%
OUI	53,7%
NON	29,3%
Date dernière évaluation :	51,2% répondants
2012	1 établissement
2013	2 établissements
2014	17 établissements
2015	1 établissement
Le contrat de séjour/DIPC est-il annuellement réactualisé en vue d'adapter les objectifs et les prestations ?	
Répondants	95,1%
OUI	46,3%
NON	39%

Si non, pour quelles raisons ? Réactualisations annuelles réalisées dans le cadre d'un autre document, ¹⁴⁷ Durée de séjour courte, Manque de temps, Mise en place trop récente du contrat, N'en voit pas l'utilité, Révision uniquement en cas de nécessité	39% répondants
---	-------------------

Qui a participé à l'évaluation du contrat de séjour/DIPC ?	
Répondants	75,6%
Des membres de la direction	53,7%
Des membres du personnel	43,9%
Des usagers	14,6%
Les représentants des familles des usagers	24,4%
Les usagers par le biais du CVS ou d'une autre forme de participation	7,3%
Un organisme d'audit	7,3%
Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour la mise en place de votre contrat de séjour/DIPC?	
La mise en place demande beaucoup de temps au personnel, Collaboration des familles longue à obtenir dans le cas où le résident n'est pas en mesure de s'exprimer, Manque de participation des résidents, Crainte des familles quant aux engagements définitifs en EHPAD.	

E) Contrat d'aide et de soutien par le travail

Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour la mise en place du contrat d'aide et de soutien par le travail ?	
Répondants	29,3%
Non concernés par ce type de contrat	6 établissements
Absence de difficultés	3 établissements
Ne dispose pas de connaissances suffisantes sur ce type de contrat	1 établissement

¹⁴⁷ PAP, Projet personnalisé du résident...

F) Le règlement de fonctionnement

Possédez-vous un règlement de fonctionnement ?	
Répondants	97,6%
OUI	95,1%
NON car l'établissement est un EHPAD intégré à un CH qui dispose d'un règlement intérieur	1 établissement
<u>Si oui, date de mise en place :</u>	92,7%
Avant 1990	1 établissement
Entre 1990 et 2000	3 établissements
Entre 2000 et 2005	14 établissements
Entre 2005 et 2010	10 établissements
Entre 2011 et 2014	9 établissements
Le format et la présentation du règlement de fonctionnement sont-ils adaptés aux spécificités/déficiences des personnes accompagnées ?	
Répondants	92,7%
NON concernés	17,1%
OUI	48,8%
NON	29,3%
Le règlement de fonctionnement est-il remis à la personne accueillie lors de son admission ?	
Répondants	95,1%
Systématiquement	82,9%
Souvent	4,9%
Jamais	4,9%
Rarement	2,4%
Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans les locaux ?	
Répondants	92,7%
OUI	65,9%
NON	26,8%
Quelles informations sont évoquées dans le règlement de fonctionnement ?	
Modalités concrètes d'exercice des droits de la personne accueillie ou prise en charge	92,4%
Devoirs de la personne accueillie ou prise en charge et/ou règles de vie en collectivité	90,2%
Mesures relatives à la sûreté des biens et des personnes	85,4%
Mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle	73,2%
Organisation et affectation des locaux et bâtiments	70,7%
Modalités d'association des familles à la vie de l'établissement ou du service	63,4%
Procédures administratives et judiciaires de sanction	53,7%
Dispositions relatives aux transferts, transports et déplacements	51,2%
Possibilité de recourir à une PQ, d'avoir accès aux missions et coordonnées de la PQ	51,2%
Modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues	46,3%
Le règlement de fonctionnement a -t-il fait l'objet d'une évaluation pour s'assurer de la qualité de son contenu ?	
OUI	65,9%
NON	29,3%

Si oui, quelle est la date de la dernière évaluation ?	
2012	3 établissements
2013	2 établissements
2014	18 établissements
2015	3 établissements
Si oui, qui a participé à cette évaluation ?	
Des membres de la direction	53,7%
Des membres du personnel	48,8%
Un organisme d'audit	26,8%
Les usagers par le biais du CVS ou d'une autre forme de participation	19,5%
Les représentants des familles des usagers	12,2%
Le COPIL	1 établissement
Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour la mise en place de votre règlement de fonctionnement ?	
Répondants	24,4%
Difficultés pour obtenir coordonnées de la personne qualifiée, Difficultés pour mettre en place une culture de l'écrit et de la contractualisation, Difficultés pour connaître le contenu réglementaire	

G) Le projet d'établissement

Possédez-vous un projet d'établissement ?	
Répondants	97,6%
OUI	95,1%
NON	2,4%
Votre projet d'établissement a-t-il déjà été actualisé ?	
Répondants	95,1%
OUI	70,7%
NON	24,4%
Si oui, date de la dernière actualisation ?	
2003	1 établissement
2011	5 établissements
2012	4 établissements
2013	5 établissements
2014	7 établissements
2014	7 établissements
Qui a été associé à la rédaction de votre projet d'établissement ?	
Répondants	92,7%
Le directeur de l'établissement	85,4%
Les professionnels	80,5%
Un médecin chef de service	43,9%
Les usagers par le biais de questionnaires, entretiens ou autres moyens d'expression	34,1%
Les usagers membres du CVS	22%

Autres :	9 établissements répondants
Le conseil d'administration, L'association gestionnaire composée de parents d'enfants avec des troubles envahissants du développement, La directrice administrative, Les personnels de service, Le médecin coordonnateur, Les cadres de service, L'équipe de direction.	
Parmi les éléments suivants, lesquels sont contenus dans votre projet d'établissement ?	
Répondants	95,1%
Définition et missions de la structure	95,1%
Valeurs et principes de l'organisme gestionnaire	92,7%
Description précise de l'offre de services	87,8%
Modalités d'élaboration des projets personnalisés	82,9%
Référence aux textes législatifs et réglementaires le concernant	78%
L'organisation interne	73,2%
Modalités de participation des personnes accueillies et de leur entourage	93,4%
Référence au schéma d'organisation régionale en vigueur	56,1%
Modalités de transmission des informations et règles de confidentialité	46,3%
Mesures visant à améliorer la relation professionnels/usagers	46,3%

Existe-t-il un comité de suivi de la mise en application du projet d'établissement ?	
Répondants	90,2%
NON	51,2%
OUI	39%
Existe-t-il un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance dans votre projet d'établissement ?	
Répondants	95,1%
OUI	61%
NON	34,1%
Existe-t-il un axe douleur dans votre projet d'établissement ?	
Répondants	92,7%
NON	48,8%
OUI	43,9%
Existe-t-il un dispositif ou des procédures de promotion des directives anticipées dans le projet d'établissement ?	
Répondants	87,8%
NON	63,4%
OUI	24,4%
Quel est le pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées en 2014 ?	
Répondants	41,5%
0%	7
1%	1
5,2%	1
10%	3

30%	1
50%	1
100%	1
Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour la mise en place de votre projet d'établissement?	
Répondants	56,1%
Sous-effectif du personnel, Manque de disponibilité du personnel, Caractère chronophage de la mise en œuvre qui nécessite un travail en équipe au détriment des actes de soins et de facturation, difficultés pour créer une cohésion entre tous les intervenants, Difficultés pour faire en sorte que les familles et le personnel s'approprient cette mise en place, Difficultés pour réaliser un projet complet, Difficultés pour mettre en place des comités de pilotage pour chaque projet, Difficultés pour assurer le suivi du projet d'établissement.	

H) Les personnes qualifiées

Avez-vous connaissance de la liste des PQ en vigueur dans votre établissement?	
Répondants	95,1%
OUI	48,8%
NON	46,3%
Combien d'utilisateurs de votre établissement ont eu recours à une PQ en 2014?	
Répondants	87,8%
800	1 étab
0	35 étab
Combien de compte-rendu d'intervention de personnalités qualifiées vous ont été adressés en 2014?	
Répondants	87,8%
0	100%

I) L'évaluation interne

Une évaluation interne a-t-elle été menée au sein de votre établissement ?	
Répondants	97,6%
OUI	80,5%
NON	9,8%
En cours	9,8%
Si oui, à quelle date ?	70,7% répondants
2012	3 établissements
2013	13 établissements
2014	11 établissements

Les résultats de l'évaluation interne ont-ils été communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ?	
Répondants	85,4%
OUI	70,7%
NON	14,6%
<u>Si non, pour quelles raisons ?</u> Etablissement ouvert depuis moins de 5 ans, En cours de communication, Une seule partie de l'enquête a été communiquée.	9,8% répondants
Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour la mise en place de l'évaluation interne?	
Répondants	34,1%
Temps à consacrer à l'évaluation au détriment des séances en direction des usagers, Permettre à tous les professionnels d'y participer, Permettre à toute l'équipe d'y participer, Manque d'organisation notamment pour organiser une démarche participative pour l'ensemble des salariés tout en assurant une prise en charge des usagers, Absence de retour de l'autorité de tarification, Assurer le suivi de cette évaluation, Lourdeur de l'information à la démarche de mise en place de la synthèse des groupes de travail même si le travail est intéressant.	

J) L'évaluation externe

Une évaluation interne a-t-elle été menée au sein de votre établissement ?	
Répondants	92,7%
OUI	63,4%
NON	22%
En cours	7,3%
<u>Si oui, à quelle date ?</u>	65,6% répondants
2014	24 établissements
2015	3 établissements
Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour la mise en place de l'évaluation interne?	
Répondants	22%
Manque de temps pour mobiliser les équipes, Délai trop court entre l'évaluation interne et l'évaluation externe Difficultés pour mettre en place un planning de rencontre entre les différents professionnels et l'évaluateur, Difficulté pour mobiliser le personnel et les autres intervenants (médecins libéraux et familles).	

K) Le conseil de vie sociale

Dans votre établissement, le C.V.S :	
Répondants	90,2%
Est en place et opérationnel¹⁴⁸	46,3%
N'est pas mis en place	34,1%
Est en cours de mise en place	4,9%
Est en place mais n'est pas opérationnel	4,9%
Un règlement intérieur du C.V.S a –t-il été établi ?	
Répondants	92,7%
OUI	65,9%
NON	26,8%
<u>Si non, pour quelles raisons ?</u> Modalités de fonctionnement établies dans le L.A, Manque de temps et de disponibilités pour travailler sur un règlement intérieur L'établissement dispose d'un règlement intérieur général, L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement, Le fonctionnement du C.V.S est expliqué dans le L.A	14,6% répondants
Qui préside le C.V.S ?	
Répondants	51,2%
Une personne accueillie	39%
Un représentant des familles	17,1%
Un représentant du personnel	1 établissement
Un représentant de la direction	1 établissement
Un représentant du gestionnaire	1 établissement
Un représentant légal	1 établissement
A quelle date le C.V.S s'est-il réuni pour la première fois ?	
Répondants	51,2%
1998	2 établissements
Entre 2000 et 2010	9 établissements
2013	4 établissements
2014	4 établissements
2015	1 établissement
A quelle date le C.V.S s'est-il réuni pour la dernière fois ?	
Répondants	49,5%
2014	8 établissements
2015	13 établissements
Quelle est la fréquence des réunions du C.V.S ?	
Répondants	56,1%
3 à 4 fois par an	31,7%
1 à 2 fois par an	22%
Moins de 1 fois par an	1 établissement
Plus de 4 fois par an	0 établissement

¹⁴⁸ Les réunions sont tenues régulièrement

Les comptes rendus des séances du C.V.S sont communiqués :	
Répondants	48,8%
Aux usagers	46,3%
Aux familles et représentants légaux des personnes accueillies	41,5%
Au personnel de l'établissement	39%
Les comptes rendus des séances du C.V.S sont-ils adaptés aux spécificités/déficiences des publics accompagnés ?	
Répondants	53,7%
NON	29,3%
OUI	24,4%
Qui sont les membres des C.V.S?	
Les représentants des personnes accueillies	
Répondants	53,7%
Titulaires	Dans 53,7% des étab
Suppléant	Dans 34,1% des étab
Invité(s)	Dans aucun étab
Les représentants des familles	
Répondants	56,1%
Titulaires	Dans 53,7% des étab
Suppléant	Dans 26,8% des étab
Invité(s)	Dans un étab
Les représentants de la direction	
Répondants	53,7%
Titulaires	Dans 36,6% des étab
Invités	Dans 19,5% des étab
Les représentants du personnel	
Répondants	48,8%
Titulaire	Dans 43,9% des étab
Suppléant	Dans 19,5% des étab
Invités	Dans 1 étab
Les représentants de l'organisme gestionnaire	
Répondants	43,9%
Titulaire	Dans 36,6% des étab
Suppléant	Dans 9,8% des étab
Invités	Dans 7,3% des étab

Quel est le nombre de représentants des personnes accueillies membres du C.V.S ?	
Répondants	56,1%
Représentants des personnes accueillies titulaires :	
Entre 2 et 5	Dans 19 étab
Entre 5 et 10	Dans 3 étab
Représentants des personnes accueillies suppléants :	
0	Dans 14 éta
1	Dans 1 étab
2	Dans 4 étab
3	Dans 2 étab
8	Dans 1 étab
Quel est le nombre de représentants des familles membres du CVS?	
Répondants	58,5%
Représentants des familles titulaires :	
Entre 1 et 5	Dans 22 étab
10	Dans 1 étab
Représentants des familles suppléants :	
1	Dans 3 étab
2	Dans 3 étab
3	Dans 2 étab
Quel est le nombre de représentants de la direction de l'établissement membres du C.V.S?	
Répondants	56,1%
Représentants de la direction de l'établissement titulaires :	
1	Dans 14 étab
2	Dans 2 étab
4	Dans un étab
Représentants de la direction de l'établissement suppléants :	
1	Dans 3 étab
Représentants de la direction de l'établissement invités :	
1	Dans 4 étab
2	Dans 2 étab
5	Dans 1 étab
Quel est le nombre de représentants de l'organisme gestionnaire membres du C.V.S?	
Répondants	53,7%
Représentants de l'organisme gestionnaire titulaires :	
0	Dans 4 étab
1	Dans 16 étab
Représentants de l'organisme gestionnaire suppléants	
1	Dans 5 étab
Représentants de l'organisme gestionnaire invités:	
1	Dans 2 étab

Quel est le nombre de représentants du personnel de l'établissement membres du C.V.S?	
Répondants	56,1%
Représentants du personnel de l'établissement titulaires :	
0	Dans 2 étab
1	Dans 13 étab
2	Dans 5 étab
3	Dans 2 étab
4	Dans 1 étab
Représentants du personnel de l'établissement suppléants :	
1	Dans 6 étab
2	Dans 2 étab
L'avis du C.V.S a été sollicité sur le L.A	
Répondants	51,2%
OUI	26,8%
NON	24,4%
<u>Le contrat de séjour</u>	
Répondants	51,2%
OUI	22%
NON	29,3%
<u>Le règlement de fonctionnement</u>	
Répondants	51,2%
OUI	29,3%
NON	22%
<u>Le projet d'établissement ou de service</u>	
Répondants	56,1%
OUI	39%
NON	17,1%
<u>Les projets de travaux</u>	
Répondants	56,1%
OUI	43,9%
NON	12,2%
<u>Les projets d'équipement</u>	
Répondants	53,7%
OUI	43,9%
NON	9,8%
<u>La nature et les tarifs des services rendus</u>	
Répondants	48,8%
OUI	29,3%
NON	19,5%
<u>L'animation de la vie institutionnelle</u>	
Répondants	56,1%
OUI	48,8%
NON	7,3%
<u>Les plaintes formulées par les personnes accueillies</u>	
Répondants	53,7%
OUI	36,6%
NON	17,1%

Le C.V.S a formulé des propositions sur :	
<u>L'organisation intérieure de l'établissement</u>	
Répondants	53,7%
OUI	39%
NON	14,6%
<u>La vie quotidienne de l'établissement</u>	
Répondants	53,7%
OUI	51,2%
NON	2,4%
<u>L'animation socio-culturelle</u>	
Répondants	56,1%
OUI	53,7%
NON	2,4%
<u>Les services thérapeutiques</u>	
Répondants	56,1%
OUI	39%
NON	17,1%
<u>Les projets de travaux</u>	
Répondants	56,1%
OUI	43,9%
NON	12,2%
<u>Les projets d'équipement</u>	
Répondants	53,7%
OUI	43,9%
NON	9,8%
<u>La nature et les tarifs des services rendus</u>	
Répondants	48,8%
OUI	29,3%
NON	19,5%
<u>L'animation de la vie institutionnelle</u>	
Répondants	56,1%
OUI	48,8%
NON	7,3%
<u>Les plaintes formulées par les personnes accueillies</u>	
Répondants	46,3%
OUI	26,8%
NON	19,5%
<u>Les projets de travaux</u>	
Répondants	51,2%
OUI	29,3%
NON	22%
<u>Les projets d'équipement</u>	
Répondants	51,2%
OUI	34,1%
NON	17,1%

<u>La nature des tarifs des services rendus</u>	
Répondants	43,9%
OUI	22%
NON	22%
<u>L'affectation des locaux collectifs</u>	
Répondants	43,9%
OUI	17,1%
NON	26,8%
<u>L'entretien des locaux</u>	
Répondants	43,9%
OUI	24,4%
NON	19,5%
<u>L'animation de la vie institutionnelle</u>	
Répondants	53,7%
OUI	46,3%
NON	7,3%%
<u>Les modifications des conditions d'accompagnement</u>	
Répondants	43,9%
OUI	17,1%
NON	26,8%
<u>Les mesures en faveur des relations avec les résidents</u>	
Répondants	48,8%
OUI	31,7%
NON	17,1%
<u>Le planning annuel d'ouverture de l'établissement</u>	
Répondants	43,9%
OUI	9,8%
NON	34,1%
<u>Les horaires d'ouverture de l'établissement</u>	
Répondants	43,9%
OUI	17,1%
NON	26,8%

<u>Une autre forme de participation des usagers a-t-elle été instituée ?</u>	
Répondants	92,7%
OUI	48,8%
Est en cours de mise en place	9,8%
NON	36,6%
<u>Quelle est cette autre forme de participation ?</u> Questionnaire/Enquêtes de satisfaction, Groupes d'expression/réunions d'expression des résidents, Commissions des menues, Rencontres régulières individuelles, Mise en place du petit journal, Boîte à idées, Conseil d'orientation	58,8% répondants

Existe-t-il un document instituant cette forme de participation et précisant les modalités de son fonctionnement ?	
Répondants	85,4%
OUI	51,2%
NON	34,1%
Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la mise en place de telles instances de participation des usagers au sein de votre structure ?	
Répondants	48,8%
Peu de participation des usagers aux questionnaires de satisfaction et aux élections de leurs représentants, Peu de participation des aidants familiaux, Faible taux de retour des questionnaires de satisfaction, Faible connaissance par les résidents de l'importance de ces instances, Difficultés pour remplacer le(s) membre(s) du C.V.S en cas de décès.	9 étab
Santé, âge et/ou capacités des résidents	3 étab
Manque de temps pour exploiter les données en raison du nombre trop important de résidents dans la structure	2 étab

Exemples de propositions formulées par le C.V.S et mises en œuvre dans l'établissement
<u>Un IME</u>
Rencontre organisée en début d'année avec les parents, Mise en place d'un cahier de liaison pour tous les enfants, Trouver des centres aérés adaptés aux enfants déficients intellectuels
<u>Un EHPAD</u>
Sécurisation de l'accès aux terrasses, Mise en place de stores extérieurs, Mixage des publics lors des animations,
<u>Trois EHPAD</u>
Aménagement pour personnes handicapées (dos d'âne en haut des pentes pour sécuriser les personnes circulant en fauteuil roulant, digicode d'ouverture de la porte principale mis à la portée des personnes circulant en fauteuil roulant)
<u>Un EHPAD :</u>
Affichage de règlement intérieur et des comptes rendus des réunions du C.V.S, Mise en place d'un lieu de rencontre familles/résidents, Présentation du projet par l'établissement.
<u>Autres mesures adoptées :</u>
Sorties annuelles, jeux et animation, Mise en place d'un jardin thérapeutique, Ouverture de l'accueil de jour d'un établissement élargie à deux samedis par mois, Mise en place de films solaires sur les vitres de la salle de restauration, Animations extérieures et intérieures, Adoption d'un plan de formation en direction des familles et des professionnels, Mise en place d'une commission des menus regroupant le chef de cuisine, l'économiste, la diététicienne et les usagers, Rénovation de certains locaux et réadaptation de la cafétéria, Demande de modification des horaires notamment pour tenir compte de la période estivale

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Au regard de ces résultats, la CSDU de la CRSA recommande:

- - **La création d'un CVS dans tous les établissements concernés** en veillant au respect des dispositions légales relatives à leur composition,
- - **Une implication accrue des établissements** dans la mise en œuvre d'une politique participative,
- **La sensibilisation des établissements** à une consultation accrue de leur C.V.S sur le fonctionnement de leur établissement.

L'importance des sujets débattus au sein des C.V.S et des avis rendus par leur représentant doit être soulignée car ils constituent une aide précieuse à la bonne gestion des établissements et à la recherche du bien être des personnes accueillies.

- - La mise en place systématique au sein des établissements **d'outils permettant de garantir les droits des usagers,**
- - La conduite d'**une politique de communication** à l'encontre des établissements sur l'institution de groupes d'expression en leur sein,
- - Une sensibilisation accrue des établissements à **la réalisation d'évaluations internes et externes,**
- - La création de **commissions de relation avec les usagers** ayant un rôle équivalent aux CRUQPC du secteur sanitaire et auxquelles seraient associés les RU des associations agréées relevant du secteur médico-social, ainsi que les personnes qualifiées prévues à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles,
- - La mise en place de **conseils de vie sociale départementaux (CVSD)** animés par les délégations départementales de l'ARS et dont le fonctionnement, la composition, le rôle, le rythme et le suivi seraient strictement définis (trois CVSD par département dont un CVSD pour les personnes âgées, un CVSD pour les personnes adultes en situation de handicap et un CVSD pour les enfants en situation de handicap.)

La CSDU demande aux ESMS :

-D'afficher l'arrêté de nomination **des personnes qualifiées (PQ)** sur un panneau visible pour les résidents et leur famille et d'accompagner cet affichage d'une note explicative,

-De communiquer auprès de chacun des usagers, de leur famille ou de leur tuteur, une information écrite permettant de faire connaître le rôle de la PQ,

-Insérer la liste des PQ dans le livret d'accueil de l'établissement, Organiser une réunion d'information sur la mission des PQ dans les CVS et à laquelle les PQ pourront assister,

- -Faciliter les conditions d'exercice de la mission des PQ.

L) Le droit à l'accès pour tous aux soins

La promotion de l'égalité devant la santé constitue l'une des priorités nationales retenues dans le CPOM de l'ARS de Corse.

Afin de garantir une offre médico-sociale équitable en faveur des personnes en situation de dépendance, l'ARS s'appuie sur l'animation territoriale des politiques de santé sur les territoires jugés prioritaires à travers **la mise en œuvre de contrats locaux de santé (CLS)**.

Par conséquent, l'indicateur portant sur le nombre de CLS signés au titre de l'article L. 1434-17 du code de la santé publique sur les territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés a été reconnu prioritaire pour l'ARS de Corse.

Au cours de l'année 2013, 5 CLS ont été conclus entre l'ARS et des communes de Corse du sud (Porto-Vecchio, de Cargèse, de Bonifacio, d'Ajaccio et de Piana).

Au cours de l'année 2014, 3 CLS ont été conclus entre l'ARS et des communes et des communautés de communes de Haute Corse (Sartène, la communauté de communes Bassin de vie Ile-Rousse et la communauté de communes E Cinque Pieve di Balagna).

Au cours de l'année 2015, 2 CLS ont été conclus entre l'ARS et des communes de Haute Corse. (Bastia 06/07/2015 et Calvi 27/06/2015).

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU souligne que la mise en place d'un Contrat Local de Santé dans les villes comme dans le rural est une priorité du Plan Régional de Santé (PRS).

L'engagement des communes ou intercommunalités, dans un CLS contribue à :

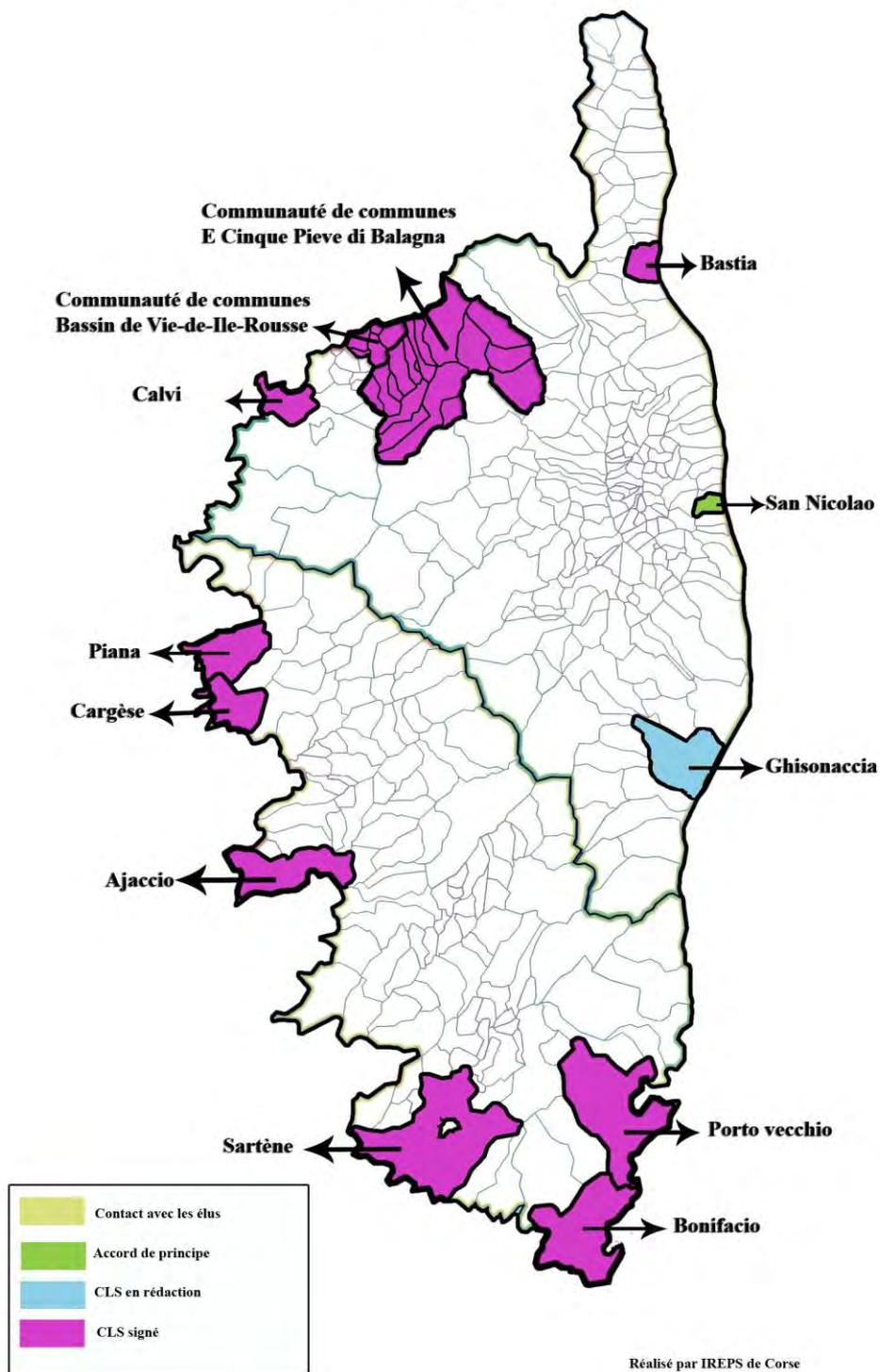
- Améliorer la santé des citoyens,
- Impulser une dynamique de santé au sein d'un territoire et optimiser les ressources,
- Mieux observer la santé pour mieux repérer les besoins.

Cela contribue à réduire les inégalités sociales, à promouvoir et garantir le respect des droits des usagers, à faciliter l'accès à tous et notamment aux plus démunis, aux soins et à la prévention, à l'accompagnement médico-social mais aussi aux déterminants de la santé tels que le logement, les transports, l'environnement physique et la cohésion sociale.

La mise en place des CLS de santé mentale permet une véritable concertation entre les services de psychiatrie, les élus, les usagers, les aidants et les associations intervenant dans le cadre de la santé mentale (GEM ISATIS UNAFAM...). Au cours de ses rencontres une véritable dynamique émerge et l'information circule mieux entre les professionnels en charge des personnes en souffrance psychique permettant l'échange, la mise en place et le développement de projets communs.

Rompre l'isolement, reconstruire du lien, changer le regard porté sur le handicap est l'objectif commun à tous. Et cela à travers de nouvelles rencontres et animations communes.

Contrats Locaux de Santé en Corse Mise à jour au 22/11/2015



2/.DANS LE CHAMP SANITAIRE

A) La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers

En 2014, aucun médecin libéral n'a suivi de formation mise en place par la délégation régionale ANFH de Corse.

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
<p>La CSDU regrette fortement le peu d'empressement des professionnels de santé à suivre des formations sur les droits des usagers.</p> <p>Le suivi de telles formations permettrait pourtant d'éviter des dysfonctionnements préjudiciables pour l'utilisateur et peu recommandables pour la réputation des professionnels de santé.</p> <p>La CSDU demande à l'ARS de prendre en compte de cette carence et d'inciter les professionnels de santé à suivre ces formations.</p>

B) L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : la procédure de certification V2010

Axée sur la qualité et la sécurité des soins, la procédure de certification consiste en une appréciation globale et indépendante des établissements de santé visant à favoriser leur amélioration continue et les conditions de prise en charge des patients.¹⁴⁹

Erigé en dimension essentielle de la qualité, le respect des droits des patients constitue une priorité pour la certification.

¹⁴⁹ HAS, Décision n°2010.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010).

Réalisée dans tous les établissements de santé privés et publics, la procédure de certification se déroule en quatre phases.

- C) Une démarche d'autoévaluation préparant l'établissement de santé à la procédure de certification,
- D) Une visite par les experts « HAS » de l'établissement,
- E) La rédaction par les experts, d'un rapport d'évaluation au regard duquel des observations sont formulées et une décision de certification est actée.
- F) Le suivi de la décision réalisé au sein de l'établissement.

Le manuel de certification HAS¹⁵⁰ contient les références, les critères et les éléments d'appréciation de la version 2010.

Au 11 décembre 2015, 22 établissements de santé ont été visités.

	Spécialités				
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou réadaptation
Nombre d'établissements visités par spécialités	11	4	5	4	11

1- La promotion de la bientraitance

a) Le critère 10.a) Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

En matière de prévention, les éléments suivants doivent être constatés au sein de l'établissement:

- La définition et la diffusion des modalités de signalement des cas de maltraitance,
- La réalisation d'un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance en lien avec la CRUQPC,
- L'intégration de la promotion de la bientraitance dans les projets de l'établissement.

Dans un souci d'effectivité des pratiques, les éléments suivants doivent être constatés:

- Une incitation à l'expression des patients et de leurs proches,

¹⁵⁰ HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010, ACC01-T052-C, juin 2009, disponible sur <http://www.has-sante.fr>.

- La mise en œuvre des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance,
- La mise en œuvre d'actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Aux fins d'évaluation et d'amélioration des pratiques, un suivi et une évaluation des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance doivent être réalisés au sein de l'établissement.

b) Les cotations¹⁵¹ obtenues par les établissements de santé pour le critère 10.a)

Critère 10.a Prévention maltraitance Promotion bientraitance	Spécialités				
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou réadaptation
Pourcentages d'établissements ayant obtenu cotation A par spécialités	0	0	60%	0	19%
Nombre d'établissements ayant obtenu cotation B par spécialités	90%	100%	40%	100%	81%
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation C par spécialités	10%	0	0	0	0
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation D par spécialités	0	0	0	0	0

¹⁵¹ Une échelle de cotation à quatre niveaux (A, B, C et D) permet de mesurer le niveau de qualité atteint pour chacun des critères. L'attribution d'une des cotations (A, B, C ou D) dépend du résultat de la somme des points obtenus par l'établissement comparée au score maximal atteignable (A ≥ à 89,50% du score maximal atteignable, B = 89,46% à 59,50% du score maximal atteignable, C = 59,49% à 29,50% du score maximal atteignable, D = 29,49% à 0% du score maximal atteignable).

2-L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers

Le critère 9.b) Evaluation de la satisfaction des usagers

En matière de prévention, **une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers doit être définie en lien avec la CRUQPC.**

Dans un souci d'effectivité des pratiques, les éléments suivants doivent être constatés au sein de l'établissement:

- Une évaluation de la satisfaction des usagers selon une méthodologie validée,
- L'information des secteurs d'activité et des instances, dont la CRUQPC, des résultats des évaluations de la satisfaction.

Aux fins d'évaluation et d'amélioration des pratiques, les éléments suivants doivent également être constatés :

- La mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration au niveau des secteurs d'activités,
- La révision de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à partir des résultats de l'évaluation.

a) Les cotations obtenues par les établissements de santé visités pour le critère 9.b)

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers	
Pourcentage total d'établissements ayant obtenu cotation A	41%
Pourcentage total d'établissements ayant obtenu cotation B	59%
Pourcentage total d'établissement ayant obtenu cotation C	0
Pourcentage total d'établissement ayant obtenu cotation D	0

3-La prise en charge de la douleur: une pratique exigible prioritaire¹⁵²

a) Le critère 12.a) Prise en charge de la douleur

En matière de prévention, les éléments suivant doivent être constatés au sein de l'établissement:

- La formalisation d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD,

¹⁵² Les pratiques exigibles prioritaires font l'objet de critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées.

La définition de protocoles analgésiques¹⁵³ issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients et à la douleur induite par les soins.

Dans un souci d'effectivité des pratiques, les éléments suivants doivent être constatés:

- La mise en œuvre dans les secteurs d'activité de formations/actions,
- La mise en œuvre par les secteurs d'activité de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur,
- L'assurance de la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient,
- L'assurance du soulagement de la douleur par les professionnels de santé,
- La mise à la disposition des professionnels de moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants.

Aux fins d'évaluation et d'amélioration des pratiques, les éléments suivants doivent également être constatés au sein de l'établissement:

- L'assurance par les responsables des secteurs d'activité de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels,
- L'évaluation périodique de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la douleur,
- La mise en place d'actions d'amélioration,
- La participation de l'établissement à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

b) Les cotations obtenues par les établissements de santé visités pour le critère 12.a)

Critère 12.a Prise en charge de la douleur	Spécialités				
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	SSR
% d'établissements ayant obtenu cotation A par spécialités	45,4%	50%	80%	75%	45,4%
Nombre d'établissements ayant obtenu cotation B par spécialités	36%	25%	20%	25%	36%
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation C par spécialités	18%	25%	0	0	0
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation D par spécialités	0	0	0	0	0

¹⁵³ Qui supprime ou atténue la douleur.

4-La promotion de la rédaction par les usagers des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie : une pratique exigible prioritaire

a) Le critère 13.a) Prise en charge et droits des patients en fin de vie

En matière de prévention, les éléments suivants doivent être constatés au sein de l'établissement:

- La mise en place d'une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie,
- La définition de modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées,
- La transmission aux patients adultes d'informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou des traitements de réanimation, ainsi que sur leur droit d'établir des directives anticipées.

Dans un souci d'effectivité des pratiques, les éléments suivants doivent être constatés:

- La mise en œuvre d'une démarche palliative dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie,
- L'information des acteurs de soins concernés sur les dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie,
- La facilitation de l'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles,
- La mise en œuvre d'une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie.

Aux fins d'évaluation et d'amélioration des pratiques, les éléments suivants doivent également être constatés au sein de l'établissement:

- La mise en œuvre d'une évaluation pluri-professionnelle en lien avec les structures concernées de la prise en charge des patients en fin de vie,
- La mise en place par les secteurs d'activité les plus concernés d'une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.

b) Les cotations obtenues par les établissements de santé visités pour le critère 13.a)

Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie	Spécialités				
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou réadaptation
Pourcentages d'établissements ayant obtenu cotation A par spécialités	54,5%	50%	66%	50%	36,3%
Nombre d'établissements ayant obtenu cotation B par spécialités	27,2%	25%	34%	0	45,5%
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation C par spécialités	27,2%	25%	0	50%	18,2%
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation D par spécialités	0	0	0	0	0

5-La promotion de l'accès du patient à son dossier médical : une pratique exigible prioritaire

a) Le critère 14.a) Gestion des dossiers patients

En matière de prévention, **l'accès du patient à son dossier doit être organisé**. Dans un souci d'effectivité des pratiques, les éléments suivants doivent être constatés au sein de l'établissement:

- L'information du patient sur les droits d'accès au son dossier,
- La garantie que l'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.

Aux fins d'évaluation et d'amélioration des pratiques, les éléments suivants doivent également être constatés:

- La définition d'actions d'amélioration au regard de l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients,
- L'information de la CRUQPC du nombre de demandes, des délais de transmission des dossiers et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

b) Les cotations obtenues par les établissements de santé pour le critère 14.a)

Critère 14.b Gestion des dossiers des patients	Spécialités				
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou réadaptation
Pourcentages d'établissements ayant obtenu cotation A par spécialités	36,6%	100%	60%	0	36,3%
Nombre d'établissements ayant obtenu cotation B par spécialités	26,8%	0	20%	50%	36,3%
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation C par spécialités	36,6%	0	20%	50%	27,4%
Nombre d'établissement ayant obtenu cotation D par spécialités	0	0	0	0	0

Préconisations de la CSDU 2014/2015	
Critère 10a) Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	Cotation A obtenue par un nombre trop faible d'établissements. Des progrès conséquents sont à faire pour que la majorité des établissements obtiennent la cotation A
Critère 9b) Evaluation de la satisfaction des usagers	La mesure de satisfaction s'appuie sur de multiples moyens d'investigation tels plaintes et réclamations, questionnaires de sortie, mais aussi diverses enquêtes spécifiques (un jour donné), ou plus générales : les résultats sont très hétérogènes et difficilement exploitables.
Critère 12a) Prise en charge de la douleur	Mettre en place une structure d'étude et de traitement de la douleur et une évaluation associée afin que la cotation, surtout en cours séjour gériatrique qui plafonne à 18%, soit améliorée.
Critère 13a) Prise en charge et droits des patients en fin de vie	Ce critère peut ou pas renseigné contribue pourtant à l'appropriation des repères qui fondent la démarche palliative. Ils permettent de mieux respecter les droits des patients en fin de vie.
Critère 14a) Gestion des dossiers patients	Mettre en place des actions correctives pour les établissements ayant obtenu la cotation C. Que l'ARS incite les établissements à d'avantage de célérité et de rigueur en la matière.

6-Le droit à la protection pour les personnes souffrant de troubles mentaux

a) Les commissions départementales des soins psychiatriques

Dans chaque département, une commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.¹⁵⁴

La CDSP reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ou celles de leur conseil et examine leur situation.¹⁵⁵

Elle adresse chaque année son rapport d'activité au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'Etat dans le département, au directeur général de l'ARS, au procureur de la république et au contrôleur général des lieux de privation de liberté.¹⁵⁶

En 2014, 2 CDSP officient dans chaque département de la Corse.

¹⁵⁴ CSP, art. L. 3222-5.

¹⁵⁵ CSP, art. L. 3223-1 2°).

¹⁵⁶ CSP, art. L. 3223-1 6°).

b) L'activité de la commission départementale des soins psychiatrique de Corse

	2013	2014
Nombre de réunions de la CDSP ¹⁵⁷	4	4
Nombre de visite d'établissements ¹⁵⁸	2	2
Nombre total de dossiers examinés :		120
- Dont SDRE ¹⁵⁹ et SDJ ¹⁶⁰		77,5%
- Dont SDDE ¹⁶¹		21,5%
- Dont SPI ¹⁶²		1%
Nombre total de demandes de soins psychiatriques de plus d'un an examinées		32
Nombre total de demandes ou de propositions de levée de la mesure de soins psychiatriques		0
Nombre total de mesures de soins psychiatriques		197
Nombre total de mesures de soins psychiatriques de plus d'un an		30
Nombre total de levées de mesures de soins psychiatriques		
Nombre de plaintes, requêtes et recours déposés :		
- Auprès de la CSDP	0	
- Auprès du Préfet	0	
- Auprès du JLD SDRE ¹⁶³	2	
- Auprès du JLD SDT ¹⁶⁴	1	

Remarques et préconisations émises par les RU membres de la CDSP

En 2013 - 2014	<p>Le manque de structures pour la réhabilitation des patients à la sortie d'hospitalisation, Le nombre élevé d'hospitalisation sous contrainte témoignant ainsi d'un défaut d'accompagnement et de prévention des situations de crise, La question de la création d'une unité sanitaire niveau 2 dans le cadre du centre de détention de Haute-Corse</p> <p>Une adéquation entre l'offre et les besoins existe-t-elle en Corse dans le domaine de psychiatrie?</p>
	<p>Le CISS Corse a arrêté le principe que 2016 serait l'année de la psychiatrie en Corse, Qu'en est-il de la procédure des urgences psychiatriques ?</p>

¹⁵⁷ La commission se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président (CSP, art. R. 3223-5 al.1).

¹⁵⁸ La commission visite les établissements habilités mentionnés à l'article L.3222-1 du code de la santé publique (il s'agit des établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public de permanence des soins désignés par le directeur général de l'ARS dans chaque territoire de santé, après avis du représentant de l'Etat dans le département) au moins deux fois par an (CSP, art. R.3223-6 al.1).

¹⁵⁹ SDRE= Soins sur décision du représentant de l'Etat

¹⁶⁰ SDJ= Soins sur décision de justice

¹⁶¹ SDDE= Soins sur décision du directeur d'établissement

¹⁶² SPI= Soins en cas de péril imminent

¹⁶³ Juge des libertés et de la détention dans le cadre des soins sur décision du représentant de l'Etat.

¹⁶⁴ Juge des libertés et de la détention dans le cadre des soins sur demande d'un tiers.

**Préconisation CSDU
2015/2016**

Les structures répondant aux besoins du handicap psychique sont quasi-inexistantes dans la région.

D'autant plus que les conditions d'accueil des personnes hospitalisées dans le service psychiatrique du centre hospitalier de Bastia (CHB) demandent des travaux de réhabilitations importants. Programmés ces travaux, devaient débuter en 2015.

A changer également les matériels des services. Il est impératif que le schéma directeur de modernisation du CHB concernant la psychiatrie prévoie une rénovation permettant d'accueillir dignement les usagers et ce même en urgence.

Par conséquent la CSDU recommande de :

-Revoir la convention CHB/San ORNELLO afin d'optimiser l'articulation entre la clinique et les urgences.

-Développer les coopérations entre les équipements et les compétences médico-sociales et l'offre de soins en psychiatrie.

-Mettre en place des structures d'hébergement provisoires afin d'apporter un peu de répit aux familles ainsi que la création d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM) à Ajaccio hors le Gem « traumatisés crâniens » mis en place.

-Renforcer la continuité des soins.

Concernant l'hospitalisation des détenus, la CSDU recommande la création d'une unité sanitaire de niveau 2 afin d'apporter une réponse adaptée à ce type de patients.

La CSDU soulève l'absence d'un psychiatre à plein temps au centre de détention de Borgo et signale qu'aucun kinésithérapeute ne se déplace au centre pénitentiaire.

Au sein des établissements de santé mentale la CSDU préconise :

-De communiquer les statistiques relatives aux mesures d'isolement,

-De faciliter l'accès à l'information du patient,

-De promouvoir la coordination de la psychiatrie avec le réseau social et familial afin d'améliorer la continuité des soins, la mobilité et la réactivité des réponses apportées, afin que la médication ne remplace pas le temps de parole et de dialogue.

7-La prise en charge du patient hospitalisé souffrant d'un handicap moteur ou sensoriel :

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a validé la démarche proposée par les associations de santé représentatives des personnes handicapées en collaboration avec des professionnels en charge de ces personnes.

Cette démarche impose la continuité des soins dans le respect des règles de qualité, d'hygiène, de sécurité et de confidentialité, lors de l'admission du patient, notamment aux urgences, lors des mutations internes du patient ou de son passage dans un plateau médicotechnique.¹⁶⁵

¹⁶⁵ ANAES : manuel de l'accréditation de l'ANAES pour une amélioration continue de la qualité dans l'accueil et les soins pour les personnes handicapées à l'hôpital.

Constats et préconisations de la CSDU**2015/2016**

La CSDU préconise de **faciliter la circulation des patients en situation d'handicap** grâce à :

- La mise à disposition effective de fauteuils roulants,
- L'apport d'aides techniques facilitant l'autonomie,
- L'adaptation du mobilier aux diverses formes de handicap,
- La mise en place d'outils de contrôle de l'environnement (sonnettes, lumière, téléphone),
- L'adaptation de la signalétique aux besoins (pictogrammes, signal sonore).

La CSDU recommande également d'adapter **la politique hôtelière** à la diversité des besoins à travers la dispensation d'aides aux repas, ainsi que de faciliter d'une part, l'expression des proches si le patient a un handicap rendant la communication difficile et d'autre part, les démarches associant ces proches.

En vue d'assurer une prise en charge optimale des populations fragilisées, la CSDU souhaite que les professionnels puissent bénéficier de formations adaptées leur permettant de prendre en compte les besoins physiques, psychologiques, sociaux, fonctionnels et nutritionnels des patients souffrant d'un handicap moteur ou sensoriel.

La CSDU souhaite que **l'accessibilité des établissements recevant du public soit mise aux normes adaptées aux personnes à mobilité réduite avant la fin de l'année 2016**. Les abords des établissements de santé publics et privés en général et des ESSMS en particulier doivent être adaptés pour faciliter les déplacements des personnes en situation d'handicap et préserver les places de parking qui leur sont réservées, ainsi que l'accès aux cabinets médicaux et paramédicaux.

Partie III :

Les principales recommandations émises par la CSDU de la CRSA

La CRSA souhaite que le partenariat établi entre l'ARS et la CSDU pour l'élaboration du rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé au titre de l'année 2014 permette **la mise en œuvre des actions énoncées**, ainsi que **l'assurance de l'exercice de sa mission d'évaluation des droits des usagers** par la CSDU.

1/.LA FORMATION DES USAGERS: le rôle joué par le CISS Corse

La convention de coopération conclue entre l'ARS et le CISS Corse fixe les modalités de coopération sur la région entre ses signataires à travers des actions de formation et d'information des représentants des usagers présents dans les instances régionales et dans les établissements de santé.¹⁶⁶

Depuis 2010, l'Association CISS Corse s'est engagé à mettre en œuvre les objectifs du CISS national dans le respect des spécificités insulaires.

Composé de **21 associations de santé de la région**, le CISS Corse joue un rôle de coordination dans les propositions de désignation de représentants des usagers dans les différentes instances¹⁶⁷ et apporte une aide à cette représentation à travers des actions de formation.¹⁶⁸

¹⁶⁶ La convention a été signée le 7 mai 2011

¹⁶⁷ Conformément à l'article 4 du contrat de réseau et de label de deuxième génération conclu entre le CISS national et le CISS Corse le 26 juin 2010, la mission de coordination consiste à assurer le

A) Le suivi des actions de formation

B) réalisées par le CISS Corse

	2012	2013	2014
Nombre de formations	2	4	4
Thèmes des formations mises en œuvre	« Formation des RU en CRUQPC » « Etre RU en CRUQPC »	« Représenter les usagers, l'essentiel » (une session en Haute-Corse et une session en Corse du Sud) « Défendre le droit des usagers » (une session en Haute-Corse et une session en Corse du Sud)	« Représenter les usagers en CRUQPC » (une session en Haute-Corse et une session en Corse du Sud) « CRUQPC – Analyser les plaintes et réclamations » (une session en Haute-Corse et une session en Corse du Sud)
Nombre de participants par formations	« Formation des RU en CRUQPC » : 12 « Etre RU en CRUQPC » : 12	« Représenter les usagers l'Essentiel » : En Corse du Sud : 11 En Haute-Corse : 12 « Défendre le droit des usagers » En Corse du Sud : 9 En Haute-Corse : 10	« Représenter les usagers en CRUQPC » En Corse du Sud : 11 En Haute-Corse : 10 « CRUQPC – Analyser les plaintes et réclamations » En Corse du Sud : 7 En Haute Corse : 17
Nombre total de participants formés	44	42	45

suivi des postes à pourvoir, diffuser l'information à l'ensemble des associations membres, réaliser des consultations en interne et soumettre des propositions.

¹⁶⁸ Conformément à l'article 3 du contrat de réseau et de label de deuxième génération conclu entre le CISS national et le CISS Corse le 26 juin 2010.

2/. LA SATISFACTION DES USAGERS: un suivi indispensable

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU souhaite mesurer l'évolution des difficultés rencontrées par les usagers pour faire respecter leurs droits.

L'insatisfaction des usagers du système de santé s'exprime principalement à travers les plaintes et les réclamations qu'ils adressent aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), aux conseils départementaux des ordres (CDO) des professionnels de santé, à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) et à l'ARS.

L'ARS assure une instruction administrative des réclamations et les CDO mettent en œuvre une procédure de conciliation.¹⁶⁹

La CCI procède à une instruction amiable pouvant aboutir à une indemnisation, alors que l'instruction des réclamations par les CPAM peut aboutir à une sanction disciplinaire ou financière du professionnel concerné.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

A titre préliminaire, la CSDU tient à clarifier la distinction qu'il convient d'établir entre le terme **réclamation**, défini par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) comme « l'action pour un particulier de demander des explications sur un événement dont il estime qu'il fait, ou pourrait faire grief à lui-même ou à autrui et ayant pour finalité le respect de l'exercice d'un droit »¹ adressée au service administratif concerné, et le terme **plainte** entendu dans son acceptation strictement juridique comme une voix de recours judiciaire auprès des instances compétentes.

¹⁶⁹ Seules les chambres disciplinaires de premières instances disposent d'attributions juridictionnelles en cas de plaintes ou réclamations concernant un professionnel de santé inscrit au tableau de l'Ordre auquel il appartient.

A) La collaboration avec les caisses primaires d'assurance maladie

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU souhaite pouvoir observer l'évolution de l'offre de soins de ville via **le service médical des CPAM** de la région.

La CSDU rappelle sa volonté qu'au cours des **réunions CRUQPC des établissements de santé**, la politique des assurés en matière d'accès aux soins ainsi que la politique générale soient respectivement abordées.

Dans un premier temps, l'observation de l'offre de soins de ville est rendue possible par la connaissance par la CSDU des modalités permettant de prendre en compte les usagers au sein des CPAM et du rôle des conciliateurs dans le traitement des plaintes. (1)

Dans un second temps, l'observation de l'évolution de l'offre de soins de ville est rendue possible par la connaissance par la CSDU du nombre de signalements, de réclamations et de plaintes reçus et traités par spécialités,¹⁷⁰ leur origine, la nature du constat et les suites données à ces signalements, plaintes et réclamations. (2)

Les données issues des rapports d'activité de conciliation des CPAM de la Corse du Sud¹⁷¹ et de la Haute Corse¹⁷² au titre de l'année 2014 ont permis la réalisation de cette analyse.

A-1/ La conciliation au sein des caisses d'assurance maladie

Le code de la sécurité sociale prévoit la désignation d'**un conciliateur** dans chaque caisse d'assurance maladie.¹⁷³

La mission de conciliation consiste à traiter les difficultés particulières rencontrées par les assurés pour accéder à des soins pris en charge par l'assurance maladie,

¹⁷⁰ Chirurgie dentaire omni pratique, médecine (toutes spécialités), médecine générale, masso-kinésithérapie, infirmier, pharmacie, fournisseur d'appareillage et autres spécialités.

¹⁷¹ Conciliation rapport annuel 2013, F.Quilichini, CPAM de la Corse du Sud.

¹⁷² Conciliation rapport d'activité pour l'année 2013, P.Casale, l'assurance maladie Bastia, avril 2014.

¹⁷³ CSS, art. L.162-15-4 créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

mais également les réclamations formulées auprès des différents services de la CPAM et pour lesquelles aucune solution satisfaisante n'a pu être trouvée.

Le conciliateur peut être saisi par les assurés et leurs ayants-droits, les professionnels de santé et les employeurs.

Il ne peut être directement saisi que dans les cas suivants :

- a. Lors de plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU¹⁷⁴ complémentaire, de l'ACS¹⁷⁵ ou de l'AME¹⁷⁶ en cas de refus de soins,¹⁷⁷
- b. Lors de difficultés rencontrées par les assurés pour déclarer un médecin traitant ou pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé dans des délais acceptables,
- c. Pour une dispense exceptionnelle de photo sur la carte vitale 2,
- d. Suite à un refus de remboursement de soins prodigués dans un espace économique européen par le centre national des soins à l'étranger.

Le conciliateur peut être saisi après une ou plusieurs réclamations réitérées transmises aux services de la CPAM ou du service médical qui n'ont pas été suivies de réponse dans des délais raisonnables ou qui ont donné lieu à un traitement partiel, incomplet ou insatisfaisant sur la forme ou sur le fond.

Le conciliateur n'a pas vocation à trancher un litige.

La conciliation constitue en effet la dernière étape d'écoute des réclamants qui conservent, dans les délais prévus, l'accès à la commission de recours amiable et aux recours juridictionnels.

¹⁷⁴ CMU= couverture médicale universelle

¹⁷⁵ ACS= aide à la complémentaire santé

¹⁷⁶ AME= aide médicale de l'Etat

¹⁷⁷ Définition issue de la circulaire CNAMTS CIR-33/2008 du 30 juin 2008 le refus de soins concernant ces bénéficiaires est caractérisé en cas de refus du tiers payant, de refus d'une prise en charge (pour causes techniques ou délais de remboursement évoqués par les médecins impliqués), de non-respect des tarifs opposables (dépassement d'honoraires, actes hors nomenclature), de refus de soins non motivé, d'un rendez-vous abusivement tardif, d'un refus de la Carte Vitale ou d'un refus de devis.

A-2/ L'analyse des saisines des conciliateurs des caisses primaires d'assurance maladie en 2014

	2011	2012	2013	2014
Nombre de saisine du conciliateur de Haute-Corse	79	58	68	48
Nombre de saisine du conciliateur de Corse du Sud	27	29	22	30

L'année 2014 marque le plus fort taux des saisines depuis la mise en place de la conciliation en Corse du Sud, et les bénéficiaires sont à l'origine des saisines.

La quasi-totalité des saisines (96%) concerne des demandes des assurés. Seul, 2 demandes émanent des professionnels de santé, aucune des employeurs. Cette répartition des saisines s'inscrit dans la tendance constatée depuis la mise en place de la conciliation en Haute-Corse.

a) Les auteurs et les modalités des saisines

- Les auteurs des saisines

	2012	2013	2014
Haute-Corse		Bénéficiaire de l'assurance maladie (94%) Employeur (3%) ¹⁷⁸ Professionnels de santé (3%) ¹⁷⁹	Bénéficiaire de l'assurance maladie (96%)
Corse du Sud	Bénéficiaires de l'assurance maladie (100%)	Bénéficiaires de l'assurance maladie (100%)	Bénéficiaires de l'assurance maladie (100%)

¹⁷⁸ Les réclamations des employeurs sont liées à des refus de règlement de prestations en espèces adressés à des assurés ayant bénéficié d'un maintien de salaire au cours de leur arrêt de travail.

¹⁷⁹ Les saisines par les professionnels de santé concernent des problèmes de remboursement des soins.

- Les modalités de saisine

	Haute-Corse			Corse du Sud		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Par le réclamant directement	71%	71%	54%	25%	19%	27%
Par un médiateur institutionnel ¹⁸⁰	9%	9%	8%	2%	0	1%
Par des tiers ¹⁸¹	10%	10%	19%	0	1%	2%
Transmises par la direction conciliation de la CNAMTS ¹⁸²	10%	10%	19%	2%	2%	0

Pour la Haute-Corse, les saisines directes des assurés arrivent en tête et représentent plus de la moitié des demandes. Viennent ensuite dans l'ordre à égalité, les saisines relayées des autres tiers et de la direction conciliation, puis celles du délégué du défenseur des droits.

Pour la Corse du Sud, sur 30 usagers seuls deux d'entre eux ont formulés leur demande via l'intervention de tiers (délégué du défenseur des droits du Vacluse et le Conseil Général 2A).

- Le canal des saisines

	Haute Corse		Corse du Sud	
	2013	2014	2013	2014
Courrier	87%	29.60%	68%	83%
Courriel@	11%	18.38%	32%	17%
Téléphone	2%	1.2%	0	0

En 2014, le mode de saisine privilégié par les assurés reste la voie épistolaire.

¹⁸⁰ Par exemple, le délégué régional du défenseur des droits

¹⁸¹ Travailleurs sociaux, parents, amis, employeur...

¹⁸² CNAMTS= caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

b) La répartition et les motifs des saisines

- La répartition des saisines par processus

	Haute Corse			Corse du Sud		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Gestion des bénéficiaires / Gestion du dossier client ¹⁸³	15,5%	11%	21%	14%	14%	23%
Prestations en nature ¹⁸⁴	44,8%	25%	11%	38%	32%	37%
Prestations en espèce ¹⁸⁵		48%	15%	48%	54%	33%
Contentieux		1%	1%	0	0	7%
Action sanitaire et sociale		15%	0	0	0	0

Pour la Haute-Corse, comme les années précédentes, les 3 premières sources de réclamations portent principalement sur la gestion des bénéficiaires, les prestations en espèces et les prestations en nature.

Pour la Corse du Sud, les saisines sont liées aux prestations en espèces (refus médicaux, administratifs, remboursements non reçus, remboursements erronés, et non réception de décomptes), sont en diminution par rapport à 2013. Les saisines liées aux prestations en nature (refus de prise en charge de soins à l'étranger, paiements non reçus ou erronés) sont stables par rapport à 2013, et en augmentation pour celles concernant la gestion du dossier client (changement de situation, exonération du ticket modérateur).

¹⁸⁴ Refus de prise en charge de soins à l'étranger, paiement non reçu ou erroné, refus de prise en charge et paiement non reçu ou erroné de transport, refus de remboursement de soins hospitaliers.

¹⁸⁵ Refus médicaux, refus administratifs, remboursements non reçus, indus, remboursement erroné et non réception de décompte et notification.

- Le détail et les motifs des saisines concernant le processus des Prestations en espèces

Répartition des saisines par risques	Haute-Corse		Corse du Sud	
	2013	2014	2013	2014
Maladie	32%	47%	37%	45%
Risques professionnels	36% ¹⁹⁴	33%	27%	33%
Invalidité	19%	13%	27%	22%
Maternité	13%	7%	9%	0

Haute Corse	
Autre saisine	64.58%
Difficulté d'accès aux soins	2.08%
Qualité de service	8.33%
Réclamation insatisfaite	18.75%
Réclamation non répondue	4.16%
Refus CNSE	2.08%

Corse du Sud	
Paiement non reçu	42,86 %
Refus ou arrêt du droit	28.57%
Paiement erroné	14.29%
Décompte ou notification non reçu(e)	14.29%

- Le détail et les motifs des saisines concernant le processus des prestations en nature

Répartition des saisines	Haute-Corse		Corse du Sud	
	2013	2014	2013	2014
Transport / Matériel	50%	18.%	14%	18%
Soins étrangers	6%	18%	57%	18%
Autres	44%	64%	14%	64%

En Haute-Corse, la moitié des saisines concernent des litiges ou des demandes d'informations relatives à des dossiers de transport. Le conciliateur explique ce chiffre par l'importance du volume des transports au sein de la CPAM du fait de l'insularité régionale.

En Corse du Sud, les demandes concernant des soins réalisés à l'étranger font l'objet de plus de la moitié des saisines.

Motifs des saisines	Haute-Corse		Corse du Sud			
		2013	2014		2013	2014
Remboursement de soins		50%	64%	Paiement non reçu	28.57%	36.36%
Prise en charge des transports		50%	18%	Paiement erroné	57.14%	36.36%
Demande relative aux soins réalisés à l'étranger	NR	18%	Refus ou arrêt de droit	14.29%	18.18%	
			Décompte ou notification non reçu(e)	0%	9.09%	

- Le détail et les motifs des saisines concernant le processus de gestion des bénéficiaires/gestion du dossier client

Motifs des saisines	Haute-Corse		Corse du Sud	
	2013	2014	2013	2014
Changement de situation ¹⁸⁶	5.8%	NR	100%	33%
Carte vitale/attestation	23.5%	NR	0	17%
Prestations supplémentaires	58.8%	NR	0	0
Affiliation	11.7%	NR	9%	50%

c) Les suites données aux saisines

	Haute-Corse		Corse du Sud	
	2013	2014	2013	2014
RESOLUTION :	84%		64%	70%
Nouvelle information ou nouvel avis donné :	45.3%	54.16%	14%	17%
Décision initiale révisée/ solution trouvée :	54.7%	29.16%	50%	53%
ORIENTATIONS dont :	11%		22.73%	7%
Orientation autres : ¹⁸⁷	28.6%	4.16%	9.09%	3.50%

¹⁸⁶ Mutation, création de bénéficiaires, déménagement.

Orientation contentieux : Réclamation 1 ^{er} niveau orientation : ¹⁸⁸	14.3% 57.1%		4.55% 9.09%	3.50% 0
ABANDON	0	6.25%	9%	NR
DECISION MAINTENUE	5%	6.25%	4%	23%
DESACCORD PERSISTANT	7.3%		0	NR

Pour la Haute-Corse, la majorité des saisines fait l'objet d'une résolution, essentiellement par la transmission d'explications aux réclamants (26 saisines), ou par révision de la décision initiale (13 saisines).

d) Les délais de traitement des saisines

	Haute-Corse		Corse du Sud	
	2013	2014	2013	2014
≤ 21 jours	72%	56%	68%	76.67%
De 22 à 30 jours	21%	NR	14%	6.67%
≥ 1 mois	7%	44%	18%	16.66%

Pour la Corse du Sud, le caractère complexe et atypique de certaines situations arrivant en conciliation nécessite quelquefois de longues investigations et le recours à différents partenaires. L'absence du conciliateur durant certaines périodes impacte les délais.

A3-/ Le bilan des conciliateurs en 2014

Le bilan qualitatif pour la Corse du Sud : apports de la fonction conciliation, tant pour les usagers que pour l'organisme lui-même.

Pour les publics réclamants : par la conciliation l'organisme est doté d'un niveau ultime de réclamation, offrant un degré d'écoute supplémentaire à nos usagers au bord de la rupture relationnel sur des sujets comme : la qualité de service, les pratiques réglementaires, les relations/ procédures avec le service médical, le service social, l'accès aux soins.

Les bénéfices pour l'organisme potentiellement sont : simplifier, optimiser, actualiser les relations et procédures. Actions menées pour mettre en place ces relations lorsqu'elles n'existaient pas. Améliorer les procédures administratives : notes de services, modes opératoires, instructions. Améliorer la qualité et la précision des écrits, les délais de réponse. Améliorer l'accueil et l'accompagnement du public en prenant en compte la spécificité des personnes fragilisées, la nécessité d'orientation dans le système de soins, la situation globale de l'assuré.

¹⁸⁷ Autres régimes, organismes.

¹⁸⁸ Demandes adressées aux services compétents de la CPAM.

Les difficultés rencontrées : Les échanges avec des entités extérieures génèrent des délais de traitement supplémentaires. Mis à part le réseau du régime général d'assurance maladie et les délégués du médiateur de la république, le tissu relationnel externe est à développer.

Conclusions et perspectives : création et optimisation des partenariats, avec des échanges régionaux et partage sur les pratiques.

Le bilan qualitatif pour la Haute-Corse : mission du conciliateur qui s'inscrit dans la démarche qualité engagée par la Caisse.

Pour répondre efficacement aux sollicitations des assurés, deux protocoles formalisant les relations entre le conciliateur de la CPAM et le service social de la CARSAT, d'une part, et l'échelon local du service médical d'autre part, ont été signés en 2013 et 2014. Il ne s'agit là que de la formalisation de circuits qui fonctionnaient déjà bien auparavant. Plus de la moitié des saisines sont clôturées après de simples explications données. Ainsi, de nombreuses saisines auraient pu être évitées si l'on avait pris le temps d'expliquer ou d'accompagner certaines décisions.

Conclusions et perspectives : écouter, apporter une réponse claire, expliquer et orienter nos publics, au regard du motif de leurs saisines, restent les missions fondamentales de la conciliation. Le maillage, en interne, avec l'ensemble des services et en externe avec les différents partenaires garantit l'efficacité de la réponse apportée.

B) La collaboration avec le conseil régional de l'ordre des médecins et l'union régionale des professionnels de santé

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU souhaite pouvoir observer l'évolution de l'offre de soins de ville à travers **les plaintes formulées par les patients à l'encontre des médecins**

Les plaintes à l'encontre des médecins sont enregistrées par la section départementale de l'ordre des médecins qui procède à son traitement et à sa transmission au conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) en cas de non conciliation.

La chambre disciplinaire de première instance du CROM statue sur le dépôt de la plainte et peut prononcer une sanction disciplinaire contre le praticien incriminé dont le comportement est jugé contraire au code de déontologie médicale.

Une échelle de sanctions existe, allant d'un simple avertissement à la radiation du tableau de l'ordre, en passant par l'interdiction provisoire ou définitive d'exercer.¹⁸⁹

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU souhaite s'assurer que les différentes plaintes sont bien répertoriées et que le droit des usagers est effectivement respecté au niveau des soins de ville.

A cette fin, elle préconise d'engager **une démarche auprès du CROM et de l'union régionale des professionnels de santé.**

¹⁸⁹ CSP, art. L. 4121-6.

C) La collaboration avec la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

Dans chaque région, une ou plusieurs commission de conciliation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé et/ou services de santé.¹⁹⁰

La CCI peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal.¹⁹¹

Elle peut également être saisie par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.¹⁹²

La CCI peut, directement ou en désignant un médiateur, organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé et permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2002.¹⁹³

Chaque année, la CCI adopte un rapport relatif à son fonctionnement et à son activité, en formation de règlement amiable et en formation de conciliation, qu'elle remet à l'ONIAM et, à l'exception des informations nominatives et relatives à des données de santé à caractère personnel, à la commission nationale des accidents médicaux. Elle adopte également un rapport relatif aux expertises qu'elle diligente.¹⁹⁴

La CCI de Corse se réunit dans les locaux de l'ARS de Corse et ses services administratifs sont situés à Lyon.

	2013	2014
Nombre de réunions de la CCI	1	1

¹⁹⁰ CSP, art. L. 1142-5.

¹⁹¹ D. n°2002-886 du 3 mai 2002 relatif aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévues à L. 1142-5 du code de la santé publique.

¹⁹² CSP, art. L. 1142-7.

¹⁹³ D. n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

¹⁹⁴ CSP, art. R. 1142-11.

C-1/ Les dossiers reçus par la CCI

Au titre d'une indemnisation d'un accident médical	
Par voie de règlement amiable	
2013	17
2014	22
Par voie de conciliation	
2013	0
2014	3
Au titre d'un autre litige	
2013	0
2014	0

C-2/ Les expertises préalables¹⁹⁵

Nombre de demandes ayant nécessité une expertise préalable	
2013	0
2014	0

Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond	
2013	7
2014	7
Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative sans expertise au fond ¹⁹⁶	
2013	6,3 mois
2014	1,2 mois

¹⁹⁵ CSP, art. R.1142-14 : Afin d'apprécier si les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1, le président ou un président-adjoint peut soumettre pour observation les pièces justificatives mentionnées à l'article R. 1142-13 à un ou plusieurs experts. Les parties concernées sont informées de l'identité et des titres du ou des experts.

¹⁹⁶ Le délai a été raccourci car depuis janvier 2014, le Président peut rendre des avis sans faire passer les dossiers en commission pour les incompétences seuils de gravité manifestes.

C-3/ Les expertises au fond¹⁹⁷

Expertises au fond (hors dossier ayant nécessité une réouverture)	
2013	14
2014	18

Les spécialités médicales concernées				
	Nombre d'experts missionnés		Proportion des spécialités ¹⁹⁸	
	2013	2014	2013	2014
Chirurgie orthopédique et traumatologique	5	5	20,8%	22%
Maladies infectieuses	1	2		8,7%
Chirurgie digestive et générale	2	2		8,7%
Anesthésie, réanimation, urgences	6	7	25%	30,4%
Neurologie	1	1		4,3%
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	3	0		
Gynécologie, obstétrique	4	2	16,7%	8,7%
Chirurgie ORL, maxillo-faciale, stomatologie, plastique et esthétique	1	1		4,3%
Psychiatrie	1	1		4,3%
Cancérologie, radiothérapie	0	1		4,3%
Pédiatrie	0	1		4,3%
Total	22	23		
Délai demandé aux experts pour remettre leur rapport				
2013	3 à 4 mois ¹⁹⁹			
2014	3 à 4 mois			

¹⁹⁷ CSP, art. L.1142-12¹⁹⁸ Par rapport au nombre de demandes.¹⁹⁹ Le délai est porté à 4 mois en cas de désignation d'un collège d'experts et/ou en période estivale au regard des difficultés pour convoquer les parties.

C-4/ Les suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond

Les demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond		
2013	7	
2014	8	
Motifs		
	2013	2014
Abandon	0	0
Désistement	0	1
Irrecevabilité ²⁰⁰	0	0
Incompétence :	3	4
e. Pour seuil de gravité non atteint	100%	100%
f. Pour date du fait générateur antérieur au 5 septembre 2001	0	0
g. Territoriale	0	0
Rejet après expertise au fond pour absence de lien avec l'acte en cause	3	
Accident médical non indemnisable ²⁰¹	1	1
Contre -expertise	0	1
Rejet pour absence de faute, d'accident médical non fautif, absence d'infection nosocomiale	0	1
Délai moyen entre la date de la demande avec un dossier complet et la date de réunion de la commission ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond		
2013	16,6 mois	
2014	11,9 mois	

²⁰⁰ Pour défaut de production des pièces requises, pour absence d'actes de soins, de prévention ou de diagnostic ou pour défaut de qualité à agir.

²⁰¹ Ni faute, ni aléa.

Les demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond		
2013	3	
2014	3	
Motifs		
	2013	2014
Décès	1	0
Durée d'arrêt temporaire des activités professionnelles ou déficit fonctionnel temporaire $\geq 50\%$	2	0
Accident médical fautif	0	1
Infection nosocomiale	0	1
Indemnisation post-consolidation	0	1
Délai moyen entre la date de la demande avec un dossier complet et la date de réunion de la commission ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond		
2013	11,7 mois	
2014	15,7 mois	
Le régime d'indemnisation		
La responsabilité		
	2013	2014
Accident médical fautif	1	1
Infection nosocomiale avec AIPP $\leq 25\%$	0	0
Infection nosocomiale avant la loi du 30 décembre 2002 ²⁰²	0	0
Produit défectueux	0	0
Recherche biomédicale ²⁰³	0	0
La solidarité		
	2013	2014
Accident médical non fautif	2	1
Infection nosocomiale avec AIPP $\leq 25\%$	0	0
Infection nosocomiale au titre de l'article L.1142-1 II)	0	1
Intervention hors du champ habituel de l'activité ²⁰⁴	0	0
Recherche biomédicale ²⁰⁵	0	0

²⁰² L. n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale

²⁰³ CSP, art. L.1121-10 al. 1

²⁰⁴ CSP, art. L.1142-1-1 2°)

• La collaboration avec l'ARS

Le suivi des réclamations enregistrées par la mission régionale Inspection-contrôle (MRIC) de l'ARS :

	En provenance des établissements de santé	En provenance des établissements et services sociaux et médico-sociaux
	2014	2014
Nombre de signalement, plaintes et réclamations reçues par l'ARS	47 (contre 6 en 2012 et 25 en 2015)	11
Nombre de signalements, plaintes et réclamations provenant des patients ou des ayants-droits des patients	23/47 ²⁰⁶	9/11 ²⁰⁷
Nombre de signalements, plaintes et réclamations écrits	47/47	9/9
Nombre de signalements, plaintes et réclamations oraux	0	0 et 2 plaintes anonymes
Nombre d' enquêtes diligentées par l'ARS	47	11
Nombre d' actions correctrices/mesures adressées aux établissements concernés	39 recommandations ²⁰⁸	113 recommandations et 9 injonctions
Nombre de contrôles effectués par l'ARS sur la mise en œuvre des actions correctrices adressées aux établissements concernés	42	11
Nombre de réponses directement apportées par l'ARS aux plaignants	47	9

²⁰⁵ CSP, art. L. 1121-10 al.2 et L.1142-3 al.2

²⁰⁶ Il est impossible de distinguer le nombre de signalements, plaintes et réclamations provenant directement des patients de ceux provenant des ayants-droits de patients.

²⁰⁷ Il est impossible de distinguer le nombre de signalements, plaintes et réclamations provenant directement des patients de ceux provenant des ayants-droits de patients.

²⁰⁸ Si les plaintes concernant des inspections programmées sont prises en compte, le nombre de recommandations s'élève à 313.

Concernant le caractère oral et anonyme des signalements, plaintes et réclamations :

Si l'ARS corrige les signalements réalisés oralement, elle exige une confirmation écrite pour pouvoir instruire ces signalements.

La MRIC préserve ou non l'anonymat de la personne qui signale à la demande de celle-ci, sauf si les faits allégués relèvent de l'article 40 du code de procédure pénale.²⁰⁹ Dans ce dernier cas, le DGARS dont le devoir est la protection générale des usagers, transmet au Procureur de la République le signalement reçu afin que ce dernier, s'il le juge nécessaire, donne une suite ou non avec des moyens d'investigation appropriés.

Il convient de souligner la parfaite adéquation entre l'ARS et les parquets d'Ajaccio et de Bastia puisque dans la plupart des dossiers engagés sous cette forme, le Procureur laisse les inspecteurs de l'ARS déployer leurs prérogatives d'inspection en matière de police administrative, en parfaite coordination avec celles et ceux agissant dans le cadre du volet de police judiciaire.

En 2013 :

Au regard de l'analyse des plaintes et réclamations reçues à l'encontre des établissements de santé en 2013, la MRIC constate une appréhension des événements par les patients en raison d'une mauvaise communication de la part des médecins, notamment sur les dossiers dans lesquels apparaît un décès du patient.

Le droit à l'information du patient n'est pas toujours respecté et l'attitude du personnel soignant est parfois inappropriée.

La MRIC souligne cependant la réactivité des directions des établissements de santé quant aux réponses apportées au plaignant et à l'ARS, mais également quant aux mesures mises en œuvre en réponse aux plaintes et réclamations reçues pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients en leur sein.

En 2014 :

Concernant l'objet des signalements, plaintes et réclamations dans les établissements de santé :

La plupart des signalements concernent **les relations entre les patients et les soignants**. Une mauvaise communication ou compréhension entre les parties est invoquée. Les principaux griefs se font à l'encontre du personnel médical.

²⁰⁹ « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

Les plaignants reconnaissent cependant souvent l'engagement et le travail effectué par l'équipe médicale afin d'assurer une prise en charge la plus appropriée possible.

Les directeurs des établissements de santé ont mis en place des possibilités de prises de rendez-vous avec les plaignants pour lever les incompréhensions en y associant le personnel médical et soignant.

Les conditions matérielles et logistiques des séjours des patients constituent un objet de signalements récurrent.

Cette tendance tend à s'estomper progressivement grâce aux efforts financiers engagés pour la modernisation des établissements de santé.

Concernant l'objet des signalements, plaintes et réclamations dans les ESSMS :

La plupart des signalements concernent **les conditions de prise en charge des soins des usagers**.

L'effort de modernisation des établissements engagé depuis de nombreuses années et la création de nouvelles structures ces cinq dernières années ont permis de réduire le nombre de signalements portant sur les conditions d'accueil et de séjour.

Concernant la procédure suivie par l'ARS pour chacun des signalements, plaintes et réclamation :

Il s'agit des procédures classiques établies à partir de celles validées par l'IGAS et inscrites dans le guide de bonnes pratiques d'inspection contrôle. Ces procédures permettent de gérer un évènement ou un état de fait et suivre son évolution dans le cadre d'une procédure dite de « gestion des suites ».

Concernant les résultats des contrôles portant sur la mise en œuvre des actions correctrices et la nature des réponses apportées par l'ARS aux plaignants:

Ils sont gérés par les services en lien et en tant que de besoin avec la MRIC et validés par le DGARS au préalable à travers une commission des rapports.

3/. PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 1946.

Objectifs de la prévention et de promotion de la santé :

- Ancrer les politiques de prévention au cœur des territoires
- Favoriser l'accessibilité aux dépistages organisés
- Veiller aux respects des droits en matière de santé des populations vulnérables
- Réduire les comportements sexuels à risques infectieux
- Prévenir les grossesses non désirées
- Réduire les conduites de consommation à risque : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, opiacés et médicaments psychotropes
- Réduire les comportements de malnutrition
- Prévenir les traumatismes
- Promouvoir un environnement favorable à la santé
- Garantir en tous points du territoire un égal accès à la prévention et éviter ainsi toute géographie non couverte

A) Graduation de l'offre de santé

A-1/ Le parcours régional

Le recours régional est conduit par des professionnels et des personnes qualifiées (PQ) désignées par le DG-ARS.

Le premier recours est constitué par les professionnels de santé, les pôles de santé, les maisons pluridisciplinaires, les collectivités, les associations, les usagers.

Ils contribuent par la réalisation de leurs actions et leur engagement à répondre aux besoins de la santé de la population.

B) L'animation territoriale

Les acteurs de prévention s'inscrivent dans une dynamique autour d'une animation territoriale portée par les animateurs territoriaux représentant l'ARS.

C) La nutrition

Préserver l'état de bonne santé de tous les publics en agissant sur les comportements et l'environnement immédiat.

Faire évoluer les comportements alimentaires et les pratiques physiques et sportives.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

Concernant les personnes âgées et/ou porteuses de handicap,
La CSDU souhaite que soit mis en place dans tous les EHPAD

- Des ateliers de prévention des chutes
- Des ateliers de lutte contre la dénutrition
- La vérification de la santé bucco-dentaire
- La confection des repas en interne, la vigilance concernant la qualité des plateaux-repas livrés par les cuisines centrales dont la qualité laisse trop souvent à désirer

Concernant le jeune public :

La CSDU préconise :

- Développer l'utilisation des produits locaux en privilégiant les circuits courts de production et de distribution notamment en ce qui concerne l'alimentation des enfants dans les cantines scolaires.
- Donner la priorité à des repas simples et équilibrés où les légumes et les fruits « bio » pourront être introduits au moins deux fois par semaine.

D) Les dépistages

En références aux différents plans nationaux et programmes de santé publique, les dépistages suivants sont retenus :

- Dépistage VIH/IST
- Dépistage des cancers
- Dépistage des troubles du langage

Il demeure que l'augmentation du dépistage des maladies chroniques en lien avec le SROS-PRS, est un objectif stratégique.

D-1/ Dépistage du V.I.H et I.S.T

Optimiser le dispositif des centres gratuits d'information, de diagnostic et de dépistage (CEGIDD)

- Mettre en place des formations annuelles en région.
- Renforcer le dépistage du V.I.H / I.S.T en développant la proposition de dépistage lors de tout recours aux soins (hospitalisation, consultation en ville) envers tout public concerné.
- Soutenir le dépistage du VHI/IST par les médecins généralistes.
- Réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer à tous une prise en charge globale de qualité et permettant la durée dans le soin.
- Adapter le dépistage aux besoins des usagers de la drogue.
- Permettre l'accès à la prévention et aux soins des personnes vulnérables.

Parallèlement aux dispositifs de santé publique, la CSDU met en évidence le travail de terrain des associations œuvrant dans le champ de la santé et soutient le développement du dépistage de la drogue, soutenu par les réseaux associatifs intervenant auprès des adolescents et jeunes adultes. Sur l'île ces associations enseignent la tolérance, préservent les liens sociaux et la vie des séropositifs, luttent contre la discrimination, l'exclusion et la précarité.

Des activités et animations sont également programmées pour informer le public lors de réunions en soirées « prévention » et lors de journées « rencontre » sur les plages, piscines, fêtes ...

Associations : Aiatu Corsu, Corsica Sida...

D-2/ Dépistage des cancers

- Accroître la collaboration entre les acteurs concernés par les dépistages organisés en vue de capitaliser les savoir-faire et les outils et de capitaliser les stratégies.
- Favoriser l'implication des médecins et plus largement des professionnels de santé dans le dépistage organisé et poursuivre le contrôle « qualité » à toutes les étapes.
- Poursuivre la démarche de recensement des personnes à risques en proposant une consultation spécialisée.
- Améliorer la prévention des cancers ne donnant pas lieu à un dépistage organisé : les cancers de la peau, le cancer de la prostate.
- Faciliter l'accès à l'acte de dépistage du cancer du col de l'utérus en attente des conclusions de la campagne expérimentale.

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
La CSDU souligne l'action de l'ARCODECA mettant en œuvre des programmes nationaux de dépistage du cancer et souhaite que de nouveaux partenariats se développent avec les conseils locaux de santé (CSL), les travailleurs sociaux, les associations de malades et les associations d'usagers intervenant dans le champ de la santé.

D-3/ Dépistage des troubles du langage

Mieux repérer les troubles du langage et mieux connaître les facteurs de risques.

- Mieux informer pour démystifier les troubles du langage.
- Renforcer le dépistage en favorisant la précocité de l'évaluation.
- Poursuivre le dépistage par les médecins PMI des 3-4 ans et par les médecins de l'Education Nationale des 5-6 ans à l'occasion des examens de santé.
- Favoriser la précocité de l'évaluation.
- Définir et créer une coordination entre l'Education Nationale et la PMI.

Constats et préconisations de la CSDU
2015/2016
La CSDU préconise d'identifier et de promouvoir un centre référent par département, composé d'équipes pluridisciplinaires permettant d'élaborer des diagnostics précis, de proposer des modes de prise en charge, de renforcer la lisibilité des parcours et de réduire le délai de prise en charge.

E) La vaccination

-Selon les personnes « ressources » interrogées, Il n'y a pas connaissance sur l'île, d'un système centralisé de données de couverture vaccinale dans les populations à risques et aux âges clés : enfants, ados et personnes âgées.

Les objectifs en matière de vaccination consistent en l'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale qui constitue les éléments clés dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses.

La CSDU rappelle que se vacciner, c'est se protéger et protéger les autres. C'est un geste citoyen, une dimension essentielle du bien-vivre ensemble.

Il faut noter que même si la Corse est moins concernée par les flux migratoires, la vaccination reste un enjeu important.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU préconise une surveillance accrue dans les écoles, collèges, lycées, lieux de travail et aussi dans les EHPAD, pour plus de contrôle de la couverture vaccinale contre la grippe, et le pneumocoque de la personne âgée.

-Rappels recommandés à 25 ans, 45 ans : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche. Les vaccins « grippe et zona » sont conseillés à partir de 65 ans.

-La CSDU demande de pérenniser d'avantage l'information de la semaine européenne de la vaccination, qui revient tous les ans en avril, en faisant une très large information envers le public, par une campagne d'affichage dans les cabinets médicaux et paramédicaux, pharmacies, établissements de santé ainsi que des annonces relayées à travers les différents médias.

La CSDU rappelle que se vacciner c'est se protéger et protéger les autres. C'est un geste citoyen, une dimension essentielle du « bien- vivre ensemble ». Il faut noter que même si la Corse est moins concernée par les flux migratoires, la vaccination reste un enjeu important.

La confiance accordée à la vaccination apparaît relativement altérée du côté de la population, qui se pose de nombreuses questions concernant son efficacité voire sa dangerosité. Une démarche d'information et d'éducation mieux adaptée semble pertinente à promouvoir afin de consolider cette pratique de prévention.

En Haute-Corse les enfants sont mieux vaccinés que la moyenne nationale.

Les lieux de vaccinations sont : les centres de P.M.I du conseil départemental de la Corse du Sud, le centre hospitalier de Bastia, et le centre de vaccination de la mairie de Bastia.

Le site internet www.mesvaccins.com , vous aide à tenir les carnets de santé à jour.

F) L'environnement

F-1/ Moustiques vecteurs de maladies humaines

-Sensibiliser les professionnels de santé «de première ligne »médecins généralistes et urgentistes aux moustiques vecteurs de maladies infectieuses (ARS).

L'aedes albopictus, ou moustique tigre, vecteur de chikungunya et de dengue, est en progression continue dans l'île. La majeure partie de la population est concernée et la probabilité d'un cas autochtone est élevée en cas d'introduction d'un virus. La prévention passe par la mise en œuvre des actions d'information et d'éducation sanitaire en direction de la population.

- Eviter les eaux dormantes favorables au développement des larves.

- Entretenir jardins et terrasses, débroussailler, élaguer les arbres, ne pas trop arroser, éviter tous récipients retenant l'eau...

- Se protéger avec des anti-moustiques, porter des vêtements enveloppants et amples et installer des moustiquaires aux fenêtres.
- Utiliser la climatisation et les ventilateurs, les moustiques fuyant l'air frais.

Mais tout cela n'est pas suffisant pour faire fuir les moustiques.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU souligne que localement et ponctuellement des épandages d'un bio-insecticide inoffensif pour l'homme sont vivement réclamés par la population rurale dont les jardins sont infestés par les moustiques depuis plusieurs années, impactant fortement les loisirs d'extérieurs, malgré les consignes de prévention appliquées par chacun. Ces nuisances malgré les précautions prises pour se prémunir, occasionnent des démangeaisons qui peuvent s'infecter. Certains enfants et adultes développent des allergies difficiles à traiter sans l'application de corticoïdes. L'utilisation de ces crèmes à base de cortisone durant près de six mois interpelle...
Ne pas hésiter au retour d'un voyage à l'étranger, d'appeler le médecin en cas de fortes fièvres, de douleurs et de courbatures.

G) Les addictions

G-1/ Constat

- Augmentation de l'usage du tabac auprès de la population féminine, alcoolisations aiguës des adolescents, accroissement de l'usage de cocaïne chez les jeunes adultes, augmentation du nombre de poly-consommateurs avant 16 ans, augmentation de l'usage festif du cannabis avec banalisation (moins peur de des tabous et de l'interdit)
- Dans les activités sportives, banalisation de la consommation de produits psycho actifs.

G-2/ Objectif

- Pérenniser et poursuivre le développement du dispositif d'observation concernant les substances psycho actives selon les tranches d'âge.
- Améliorer l'accès à l'information et aux ressources.
- Mettre en cohérence les pratiques de prévention.
- Développer l'information et la sensibilisation des parents et des professionnels.
- Développer l'information et la sensibilisation des populations suivantes :
Collégiens, lycéens, étudiants, jeunes de 16 à 25 ans sortis du dispositif scolaire, femmes.
- Mettre en œuvre des objectifs de mobilisation sociale
- Valider un plan de communication régionale.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU demande :

- de favoriser le dialogue entre jeunes, adultes et professionnels,
- de soutenir les associations d'usagers dans l'aide entre pairs
- d'expérimenter des modes de communication interactifs : réseaux sociaux.
- de mailler le territoire et outiller les professionnels
- de mettre en évidence les complémentarités : hôpital, maison de santé, équipement et services médico-sociaux, santé au travail, EN, PMI...
- de prévenir les conséquences des pratiques addictives sur les lieux de travail
- de favoriser l'orientation vers des prises en charge adaptées
- de mettre en œuvre des objectifs de mobilisation sociale et valider un plan de communication régionale
- de poursuivre les campagnes nationales de l'INPES.

H) La contraception

Quarante ans après la mise en vigueur de la loi Simone VEIL, le bilan des IVG en France reste stable. Cela signifie que cela correspondait à un besoin humain et sanitaire. Cette liberté donnée aux femmes n'a pas provoqué une explosion de la demande ni remis en cause la famille

Le nombre d'IVG en Corse avec un taux de 19,4 femmes /1000 de 15 à 45 ans, dont 3% de mineures, reste largement au-dessus de la moyenne nationale, 14,5/1000. La Corse est la deuxième région française où 'on pratique le plus d'IVG derrière PACA, 21,7/1000.

On remarque 17,2/1000 en Ile de France et seulement 8/1000 en Alsace.

En Corse, pas de difficultés particulières à l'IVG.

Politiques de santé du territoire :

Sur Ajaccio et Bastia les IVG sont pratiqués dans les établissements de santé suivants : le centre hospitalier d'Ajaccio, le centre hospitalier de Bastia, la clinique Maynard, la clinique de Porto-Vecchio (1 semaine par mois).

Il y a également :

En Corse du Sud : le réseau contraception prévention (RCP) des IVG du Conseil Départemental de la Corse du Sud, le centre gratuit d'information et de diagnostic et de dépistage (CeGIDD) du CD 2A, le centre de planification et d'éducation familial (CPEF) d'Ajaccio, Propriano, Sartène, Porto-Vecchio.

En Haute-Corse : le réseau Corse contraception prévention (RCCP) du Conseil Départemental de la Haute- Corse, le centre de planification et d'éducation familial de Bastia avec des permanences de la PMI sur Ile Rousse, Corte Calvi, Moriani, un centre gratuit d'information et de diagnostic du centre hospitalier de Bastia et un CeGIDD en cours de création, le planning familial de la maison des services publics de la mairie de Bastia, les médecins conventionnés avec un établissement de santé pratiquant l'IVG (5 sur Ajaccio et 5 sur la Corse du Sud (Propriano, Sartène, Porto-Vecchio et Solenzara).

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU préconise que soient mis en place les dispositifs permettant

- De mieux connaître le profil des femmes en demande d'IVG pour mieux agir (enquête ORS en attente sur le profil psychologique et socio-économique des femmes de 15 à 49 ans devant subir une IVG)
- D'améliorer la lisibilité des acteurs cités en région.
- De permettre à chaque femme de maîtriser le moment de son projet de grossesse en améliorant l'accès à la contraception.
- De mieux informer sur la contraception en élaborant un guide IVG et en diffusant largement des informations relatives à l'IVG dans les médias, cabinets médicaux, paramédicaux et établissements de santé sans oublier les IFSI. (infos : centre et lieux de consultations et/ou IVG.)
- D'organiser les parcours entre les professionnels
- De garantir la qualité de la prise en charge.
- De recenser le nombre d'IVG sur la région.
- D'informer les parents : concernant les mineures de plus de 15 ans la CSDU souligne que depuis le 1^{er} avril 2016 les frais de consultations ou d'examens nécessaires à une prescription sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie. La délivrance d'un contraceptif est gratuite et confidentielle en pharmacie, le seul problème reste l'information des mineures qui peuvent aussi se rapprocher de leur médecin traitant.

La santé sexuelle et reproductive doit intégrer la dimension psychologique et sociale, les contraceptifs oraux et locaux non remboursés devraient être pris en charge par l'assurance maladie.

La CSDU insiste sur l'information envers les mineurs concernant l'IVG et la contraception, ainsi que sur l'accueil bienveillant dont doivent bénéficier toutes les femmes en demande de conseils, d'orientation et d'IVG.

I) Maladies chroniques et éducation thérapeutique du patient (ETP).

L'ETP est aujourd'hui reconnue comme un élément essentiel de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Elle vise à les aider à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie et l'aider « à vivre avec ».

Il s'agit d'une pratique complémentaire et personnalisée de soins prescrits par le médecin traitant basé sur une approche pluridisciplinaire (professionnels de santé et/ou associations de patients).

L'ETP permet d'acquérir des compétences pour que le patient devienne « acteur de sa santé » en :

- s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie
- d'être en mesure de mieux connaître sa maladie pour l'accepter,
- de reconnaître les effets secondaires de son traitement et d'adopter les mesures préventives à adopter (environnement, traitement préventif...).
- de réagir devant l'aggravation reconnue en reconnaissant le facteur déclenchant les « pics » pour mieux les éviter,
- de résoudre les difficultés du quotidien afin d'améliorer la vie de tous les jours.

Constats et préconisations de la CSDU

2015/2016

La CSDU signale que toute démarche concernant l'ETP doit être autorisée par le DG ARS (art 84 Loi du 21 juillet 2009).

Les programmes d'accompagnement ou d'apprentissage ne sont pas concernés par cette autorisation : l'ETP permet au patient d'acquérir des compétence utile, voire indispensable, pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie, de mieux la connaître et d'améliorer sa vie quotidienne.

Un programme ETP se déroule en trois étapes :

- Un diagnostic éducatif établi avec le patient.
- Un programme personnalisé proposé par l'équipe pédagogique.
- A la fin du programme, une évaluation individuelle faisant le point avec le patient concernant sa compréhension et ses acquis.

Le bilan est adressé au médecin traitant qui peut proposer de nouvelles séances.

En accord avec son médecin traitant le patient peut s'adresser aux :

- Etablissements publics et privés,
- A l'association des diabétiques Corses (AFD 20) adc2a2b@gmail.com
- Au réseau Corse maladies chroniques (RCMC) : contact@reseau-corse-maladies-chroniques.fr

Partie IV :

Les recommandations émises par la CRSA

1/. Dans le champ médico-social

A) L'information et l'expression des résidents et de leurs familles

L'évaluation de l'expression des résidents et de leur famille au sein des ESMS est difficile à réaliser.

En effet, en raison de leur situation de vulnérabilité et de fragilité, les résidents sont peu nombreux à partager leur ressenti au sein des ESMS et les familles n'osent pas s'exprimer.

De plus, la connaissance par les usagers des moyens d'expression dont ils disposent et de l'identité des interlocuteurs compétents pour entendre leur voix reste très limitée.

Par conséquent, la CRSA préconise de favoriser l'information et l'expression des familles et des résidents au sein des ESMS, sans que cela soit vécu par les établissements comme une remise en cause de leur fonctionnement.

A cette fin, la CRSA souhaite faciliter l'accès des usagers aux **indices de satisfaction** dans les établissements et préconise la diffusion auprès des familles de **plaquettes d'information générale** sur l'ensemble des établissements et des moyens de prise en charge existants dans le domaine médico-social.

B) La promotion de la bientraitance et la prise en charge de la douleur

La promotion de la bientraitance et la qualité de la prise en charge de la douleur constituent des priorités conditionnées par **la dispensation de formations de qualité auprès du personnel des établissements.**

L'emploi d'un personnel qualifié sur ces matières est en effet indispensable.

Par conséquent, la CRSA souhaite connaître les plans de formation continue des établissements et préconise un contrôle des tâches effectuées auprès des résidents par du personnel dont les compétences sont sanctionnées par un diplôme d'Etat.

C) La scolarisation des enfants en situation de handicap

A ce jour, le dépistage précoce du handicap chez les enfants fait sensiblement défaut.

Par conséquent, la sensibilisation des médecins généralistes et des personnes qui participent à la prise en charge de la petite enfance avant la scolarisation doit être poursuivie et intensifiée.

De plus, la prise en charge scolaire ne doit pas être dissociée de la prise en charge périscolaire et du droit aux activités diverses, sportives et culturelles.

Une avancée en ce sens n'est possible que par **une véritable coordination des politiques publiques.**

2/. Dans le champ sanitaire

A) Le droit à l'information des usagers au sein des établissements de santé

La CRSA constate que malgré l'existence de commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) dans chacun des établissements de santé de la région, l'information des patients et des familles sur leurs droits et leur prise en charge est insuffisante.

En effet, l'affichage dans les services et autres lieux spécifiques ne répond pas suffisamment aux besoins d'information des usagers.

La CRSA insiste sur la nécessité d'étendre l'information sur la législation des droits des usagers à l'ensemble des professionnels de santé et de les inscrire dans les plans de formation des établissements dans le cadre de la formation continue obligatoire.

La CRSA demande aux établissements de santé de faire connaître les difficultés qu'ils rencontrent dans la diffusion d'une information de qualité et de son accessibilité par les patients et d'en analyser les causes.

La CRSA préconise **une sensibilisation du public sur les directives anticipées par le biais des médias locaux.**

La CRSA ajoute que **le rôle des représentants des usagers au sein de l'établissement ne doit pas être vécu comme une contrainte par le personnel.** Au contraire, les échanges et les rencontres régulières avec ces représentants doivent être facteurs de progrès.

B) Les certificats médicaux, les comptes rendus d'hospitalisation et le dossier médical

La CRSA attire tout d'abord l'attention sur **la qualité à apporter à la rédaction des certificats médicaux initiaux suite à un accident** car ils constituent le point de départ des indemnisations du patient.

La CRSA rappelle ensuite la nécessité de différencier les éléments constituant le dossier patient (les observations médicales et paramédicales), des résultats des examens et des comptes rendus qui doivent être remis au patient.

A ce sujet, la CRSA soulève à nouveau la nécessité de travailler sur **la remise au patient, dès sa sortie de l'établissement, des résultats de tous les examens pratiqués au cours de son hospitalisation.**

Cette mesure permettra au patient de disposer d'un compte rendu d'hospitalisation dans les plus brefs délais, de réduire les demandes complémentaires de dossiers adressées aux établissements et de respecter la continuité de la prise en charge en lien avec le médecin traitant.

La CRSA ajoute que la loi sur la stratégie nationale de santé prévoit la remise d'une fiche de liaison au patient dès sa sortie à l'attention de son médecin traitant.

3/.Le droit à l'accès pour tous aux soins

Au regard de la démographie médicale régionale et des éléments contenus dans le SROS PRS 2012-2016, la CRSA souhaite que l'ARS engage une étude et mette en place des actions particulières pour la Corse en lien avec le ministère de la santé quand cela s'avère nécessaire.

En effet, l'offre de soins régionale risque d'être modifiée par **l'importance des départs à la retraite des médecins généralistes et spécialistes des secteurs public et privé.**

Il est indispensable d'anticiper ce phénomène dont les conséquences pour les dépenses de l'assurance maladie et pour les restes à charge des patients et des familles amenés à se déplacer d'avantage sur le continent pour raison médicale sont inéluctables.

Dans le cadre de la promotion de la santé, le développement de l'axe éducation à la santé qui nécessite une coordination de tous les acteurs de santé et des politiques publiques, doit constituer l'un des objectifs du prochain projet régional de santé.

Glossaire des principaux sigles

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
Art.	Article
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCI	Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
CDAV	Centre de déficients auditifs et visuels
CDO	Conseil départemental de l'Ordre des professionnels
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
CLAN	Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CLS	Contrat local de santé
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre de ressource autisme
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQPC	Commission relations avec les usagers et qualité de la prise en charge
CSMS	Commission spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux
CSOS	Commission spécialisée de l'organisation des soins
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CVS	Conseil de vie sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Etablissement et services médico-sociaux
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut éducatif thérapeutique et pédagogique
L.	Loi
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MDU	Maison des usagers
PCRU	Personne en charge des relations avec les usagers
PQ	Personne qualifiée
PRS	Projet régional de santé
RU	Représentant des usagers
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UPPSI	Unité polyvalente de pédagogie, de suivi et d'intégration