



RAPPORT ANNUEL 2016 SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE



Sommaire

PREMIERE PARTIE : RESUME DES ACTIONS MISES EN PLACE SUITE AUX RECOMMANDATIONS DE LA CRSA 5

DEUXIEME PARTIE : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES RAPPORTS DES COMMISSIONS DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE 7

- Données générales et fonctionnement de la CRUQPC 7
- Volet Formation 8
- Volet Plaintes et réclamations 8
- Accès au dossier médical..... 9
- Volet Accès à l'information 9
- Volet Qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes 10
- Fin de vie 10
- Soins sans consentement 10
- Conclusion 11

TROISIEME PARTIE : MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL – ZOOM SUR 3 AXES 12

- I. LE DISPOSITIF DES PERSONNES QUALIFIEES12
- II. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE14
- III. LES DROITS DES USAGERS DE DROGUES15

QUATRIEME PARTIE : ACTIONS MISES EN PLACE VISANT A PROMOUVOIR LES DROITS DES USAGERS 17

- I. APPEL A PROJETS VISANT A DYNAMISER LA DEMOCRATIE SANITAIRE EN REGION PACA17
- II. LABELLISATION DES PROJETS EXEMPLAIRES EN MATIERE DE DROITS DES USAGERS18
- III. SOUTIEN AUX ASSOCIATIONS SOUHAITANT OBTENIR L'AGREMENT POUR REPRESENTER LES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE19

Annexe 1 : Intégralité de l'analyse des rapports des CRUQPC 19

Annexe 2 : Tableau des indicateurs demandés par le cahier des charges ministériel * 20

Annexe 3 : Données relatives aux plaintes et doléances remontées par le conseil régional de l'ordre des médecins 21



- Préambule

L'article L.1432-4 du code de la santé publique prévoit que la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) « procède à l'évaluation dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge ».

Tout comme les années précédentes, la CRSA considère que la démarche visant à construire un cahier des charges commun à toutes les régions et identifiant des indicateurs précis, est intéressante. En revanche, elle est à approfondir. **Les rapports « droits des usagers » sont aujourd'hui très différents selon les régions. Un modèle commun devrait être élaboré, ce qui permettrait ensuite à la Conférence nationale de santé d'en tirer une véritable analyse approfondie.**

Enfin, un travail est à faire sur les indicateurs et leur mode de recueil, notamment pour ceux relatifs à l'ambulatoire et au médico-social.

Ce rapport 2016 :

- **Exploite à 100% les rapports des CRUQPC** (commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) transmis par tous les établissements de la région Paca.
- **Propose de manière partielle les indicateurs demandés dans le secteur médico-social.** Le questionnaire à destination des établissements et services médico-sociaux mis en ligne en 2014 sur le répertoire opérationnel des ressources Paca (ROR) n'a pas été reconduit pour l'année 2016. Sur la demande de la CRSA, l'ARS Paca exploitera davantage les rapports d'évaluation externe des établissements et services pour nourrir ce rapport mais ce travail qui demande un investissement important n'a pas pu aboutir pour le rapport 2016. En revanche, il a été décidé dans ce rapport **de mettre l'accent sur 2 outils destinés à garantir les droits des usagers dans le secteur médico-social : les personnes qualifiées et le conseil de la vie sociale. Ce rapport propose également un focus sur les droits des usagers de drogues.**
- **Contient très peu d'informations exploitables sur le domaine de l'ambulatoire.** La CRSA rappelle qu'il est difficile d'obtenir des organisations qu'elles communiquent les données qui leur sont demandées. Par ailleurs, la réalisation d'un système pérenne de recueil des données avec les acteurs concernés demandera sans doute quelques années.



Le présent rapport se décompose en quatre volets :

- Le suivi des avis de la CRSA des années précédentes ;
- La synthèse de l'analyse des rapports des CRUQPC ;
- Un zoom sur 3 axes précis du secteur social et médico-social : les conseils de la vie sociale, les personnes qualifiées et les droits des usagers de drogues ;
- Les actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers ;

Il est complété de trois annexes :

- L'intégralité de l'analyse des rapports des CRUQPC ;
- La remontée des indicateurs demandés dans le cahier des charges ministériel ;
- Les données relatives aux plaintes et doléances remontées par le conseil régional de l'ordre des médecins.

Ce rapport est accompagné de l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui, après avoir pris connaissance des indicateurs et des différentes analyses, a souhaité émettre un certain nombre de recommandations visant à renforcer et promouvoir les droits des usagers du système de santé.

PREMIERE PARTIE :

RESUME DES ACTIONS MISES EN PLACE

SUITE AUX RECOMMANDATIONS DE LA CRSA

Chaque année, la CRSA rend un avis sur le rapport annuel sur les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé. En 2015 et 2016, la CRSA a notamment insisté sur les points suivants :

- La nécessité de disposer d'un annuaire des représentants des usagers ;
- L'importance de désigner les personnes qualifiées dans tous les départements de la région ;
- L'opportunité de promouvoir la médiation dans les établissements de santé ;
- La possibilité d'exploiter les rapports d'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux pour alimenter les données médico-sociales du présent rapport.

Recommandations CRSA	Actions mises en place
<p>Mise en place d'un annuaire des représentants des usagers ;</p> <p>Communication autour de cet outil</p>	<p>Mise en ligne depuis janvier 2016 d'un annuaire des représentants des usagers via le répertoire opérationnel des ressources (ROR) Paca.</p> <p>L'annuaire est actualisé automatiquement par les données remplies par les établissements dans leurs rapports CRUQPC.</p> <p>L'information sur la mise en ligne de cet annuaire a été envoyée à toutes les associations et tous les établissements de santé. Une présentation de l'outil a été faite en CRSA et à l'occasion des journées Agoras de l'ARS Paca.</p> <p>Consulter l'annuaire</p>
<p>Désignation dans tous les départements de la région des personnes qualifiées du secteur social et médico-social ;</p> <p>Soutien à ce dispositif</p>	<p>Les personnes qualifiées sont désignées dans tous les départements de la région depuis avril 2016.</p> <p>L'information a été envoyée à tous les établissements et services médico-sociaux de la région.</p> <p>Une journée d'information et de rencontres entre personnes qualifiées est prévue en 2017.</p>



Promotion de la médiation en santé	<p>L'association ReMédié a été mandatée par l'ARS, suite à un appel à projets, pour développer la médiation en région Paca. L'association doit réaliser les travaux nécessaires à la publication d'un Accord AFNOR identifiant les domaines d'intervention et les compétences du médiateur en santé.</p> <p>L'association met actuellement à disposition des médiateurs des fiches pratiques.</p> <p>La mise en place de sessions de rencontres entre médiateurs est étudiée pour 2017.</p>
Exploitation des rapports d'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux	<p>Un premier travail a eu lieu avec la commission spécialisée pour les droits des usagers. Il a été décidé que seuls 4 indicateurs feraient l'objet d'une analyse.</p> <p>Le travail sur les modalités de recueil et de traitement de ces indicateurs est en cours mais ne permet pas d'alimenter le rapport 2016.</p>

DEUXIEME PARTIE :

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES RAPPORTS DES COMMISSIONS DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (CRUQPC – données 2015)

L'intégralité de l'analyse des rapports CRUQPC est disponible en annexe de ce document. Le paragraphe ci-dessous reprend les grandes tendances qui se dégagent de l'analyse des rapports 2016 données 2015.

Pour la première fois depuis l'informatisation des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) tous les établissements de la région ont renseigné le rapport CRUQPC. Le remplissage de ces rapports via le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) était, depuis 2012, chaque année de mieux en mieux intégré par les établissements (97,5% en 2015, 96,5% en 2014, 89% en 2013 et 85% en 2012).

Il ressort de cette analyse des rapports de CRUQPC les tendances suivantes :

➤ **Données générales et fonctionnement de la CRUQPC**

Depuis 3 ans, il est constaté une stabilité dans la composition de la CRUQPC. **La composition de la CRUQPC continue de s'améliorer** au niveau des titulaires, mais des progrès restent encore à faire notamment au niveau des suppléants :

- Si **99% des établissements ont désigné les titulaires hors représentants d'usagers** (représentant d'établissement, médiateur médical et médiateur non-médical), on observe cette année une baisse dans la désignation du suppléant du représentant légal de l'établissement : de ce fait, seuls 36% des établissements ont désigné l'ensemble de leurs représentants (hors représentants des usagers).
- **64% des établissements ont désigné les 2 titulaires représentants des usagers et seuls 24% ont désigné tous les titulaires et suppléants.** A noter que 20 établissements n'avaient aucun représentant des usagers.

En ce qui concerne la fréquence des réunions, les établissements ont en moyenne organisé 3,5 réunions par an. Les établissements qui ont organisé moins de 4 réunions par an l'expliquent par la difficulté à trouver des représentants des usagers, le changement d'équipes au sein de leur direction, les difficultés d'organisation (manque de locaux, problème de disponibilité des représentants...) ou encore par l'absence de plaintes et de réclamations à traiter.

Les principaux objets des réunions de la CRUQPC restent l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'examen des plaintes et la réalisation du rapport CRUQPC.



Seuls 37% (+4% par rapport à l'année précédente) des établissements remboursent les frais de déplacement des représentants des usagers siégeant en CRUQPC.

En ce qui concerne la participation des usagers dans les conseils de surveillance, il faut souligner qu'**elle est effective dans 80% des établissements publics de la région : soit une amélioration de 17% par rapport à l'année précédente.**

Les représentants des usagers de la CRUQPC sont de plus en plus invités à participer à des groupes de travail (+12% par rapport à l'année précédente) sur la certification, la qualité, le livret d'accueil, le projet d'établissement ou encore le droit des patients et l'organisation de manifestations internes : cela démontre une implication de plus en plus importante des représentants des usagers au sein des établissements.

Enfin, en moyenne, chaque CRUQPC émet 5 recommandations par an. Ces recommandations concernent le plus souvent la qualité de la prise en charge, l'hôtellerie, le retour des questionnaires de satisfaction, l'information du patient, le respect des droits et libertés.

➤ **Volet Formation**

Si le nombre de formations proposées aux représentants des usagers de la CRUQPC continue d'augmenter, le nombre de formations proposées aux personnels médical, paramédical et administratif est en baisse.

On constate une inversion de la tendance des années précédentes : jusqu'alors c'était le personnel paramédical qui était le plus formé aux droits des usagers. Cette année en revanche le nombre de personnels médical et administratif formés est en hausse par rapport à l'année précédente (+38% et + 49%) alors que le nombre de personnel paramédical formé aux droits des usagers est en baisse (- 6%).

➤ **Volet Plaintes et réclamations**

En 2015 le nombre de plaintes recensées sur toute la région s'élève à 6 614. Ce chiffre est stable par rapport aux années précédentes. Le nombre d'éloge est lui de 9 611.

L'analyse des plaintes, par répartition des motifs, révèle que, pour la première fois, c'est la prise en charge médicale qui occasionne le plus de plaintes, suivi du déroulé de séjour, de la prise en charge paramédicale, puis de l'administration.

Les relations avec le médecin et la divergence sur les actes médicaux sont les principaux objets de plaintes de la catégorie prise en charge médicale.

Le détail des plaintes concernant la catégorie « Déroulé du séjour » met en lumière le **mécontentement de l'hôtellerie-restauration**, ainsi que les **vols/pertes d'objet ou de vêtement**.

Pour ce qui concerne la prise en charge paramédicale, **les relations avec le personnel soignant et la coordination interne des soins** sont les principaux motifs recensés.

Enfin, le motif principal de plainte dans la catégorie administration est la **facturation**.



En moyenne, 43% des réclamations font l'objet d'une action corrective. C'est particulièrement vrai pour l'administration, le déroulé du séjour, mais moins pour la prise en charge médicale (seulement 29% d'actions correctives).

Suite à des plaintes ou réclamations, la médiation est encore insuffisamment utilisée :

Seules 22% des plaintes et réclamations font l'objet d'une proposition de médiation (toutes médiations confondues) et **seules 7% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une médiation effective. Ces taux sont stables par rapport à l'année précédente.**

En revanche, il faut noter que **le nombre de médiations médicales proposées est en légère augmentation par rapport à l'année précédente et que le nombre de médiations non médicales est en augmentation** pour la troisième année consécutive.

➤ **Accès au dossier médical**

L'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire a mis en place une procédure de communication du dossier médical, et une information concernant l'accès à ce dossier est proposée aux usagers.

70% des demandes d'accès au dossier médical sont traitées. La majorité des demandes rejetées relève principalement du patient et de ses ayants droit du fait de la non-conformité aux règles d'accès au dossier médical.

Les progrès réalisés ces dernières années sont confirmés par les résultats de la certification puisque sur le critère 14b (accès du patient à son dossier), 78% des établissements de la région sont cotés A.

➤ **Volet Accès à l'information**

Le livret d'accueil est remis au malade lors de son entrée dans 87% des cas.

Les progrès continuent sur l'information sur les frais de prise en charge avec davantage d'établissements (+29%) qui affichent les tarifs dans les lieux de consultation.

En revanche si la charte du patient hospitalisé est bien affichée dans les espaces communs, elle est rarement présente dans les chambres des malades.

➤ Volet Qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

98% des hôpitaux (contre 92% en 2014, 89% en 2013 et 81% en 2012), **ont intégré le concept de bientraitance dans leur démarche de soins, soit une amélioration constante.** La certification montre cependant des résultats plus mitigés, puisque 44% des établissements sont côtés A sur le critère « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance ».

Concernant les dispositifs spécifiques d'accueil, les progrès engagés ces dernières années continuent. **93% des établissements déclarent être accessibles aux personnes à mobilité réduite (+4% par rapport à l'année précédente).** Certains établissements soulignent cependant que c'est l'accès aux services d'urgences qui est le moins adapté.

Concernant le respect des croyances et des convictions, de plus en plus d'établissements (80% des établissements) informent les usagers des dispositifs mis en place, principalement via le livret d'accueil et l'affichage. Pour la prise en charge d'un décès, 87% des établissements déclarent respecter les rites et les croyances.

➤ Fin de vie

Là encore, la progression dans ce domaine est constante depuis plusieurs années. 88% des établissements déclarent sensibiliser toutes les populations de l'hôpital (usagers et personnels) sur les directives de fin de vie. A noter cependant que cette sensibilisation se traduit souvent par la distribution de documentation, avec les limites que cela comporte.

La mise en place de procédure de recueil des directives anticipées progresse elle aussi de 3% par rapport à l'an dernier, avec 78% des établissements qui ont mis en place cette procédure. 94% des établissements ont également mis une procédure pour identifier la personne de confiance.

Que ce soit pour les directives anticipées ou pour la personne de confiance, cela se traduit en général par un formulaire à remplir lors de l'admission du patient dans l'établissement.

➤ Soins sans consentement

Pour la première année, un volet « soins sans consentement » a été ajouté pour les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les établissements « généraux » dotés de services habilités de psychiatrie.

6 914 mesures de soins psychiatriques ont été assurées dans l'année, et 7 987 saisines du juge des libertés et de la détention ont été comptabilisées.



➤ **Conclusion**

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifie la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Cette commission voit ses missions élargies et son nom se transforme en « commission des usagers ». Elle doit être installée au 03 décembre 2016 dans tous les établissements de santé.

Le rapport rempli par les établissements va donc devoir évoluer et il sera nécessaire de dresser un bilan des évolutions des missions de cette commission.

TROISIEME PARTIE : MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL – ZOOM SUR 3 AXES

- LES PERSONNES QUALIFIEES ;
- LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE ;
- LES DROITS DES USAGERS DE DROGUE

I. LE DISPOSITIF DES PERSONNES QUALIFIEES

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fixé de nouvelles règles visant à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes en instaurant la mise en place dans chaque département d'une liste de « personnes qualifiées ».

En effet, l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Cette disposition, essentielle pour la défense des droits fondamentaux des usagers des établissements et services médico-sociaux, connaît des difficultés dans sa mise en œuvre.

➤ La situation régionale

Dans la région Paca, les personnes qualifiées sont désignées depuis :

- Alpes-Maritimes : 29 octobre 2012
- Vaucluse : 21 mai 2014
- Alpes de Haute-Provence : 31 octobre 2014.
- Var : 29 janvier 2015
- Hautes-Alpes : 06 mai 2015
- Bouches-du-Rhône : 20 avril 2016

Au total, la région compte **38 personnes qualifiées** dont :

- **6 dans les Alpes de Haute-Provence**
- **2 dans les Hautes-Alpes**
- **3 dans les Alpes-Maritimes**
- **9 dans les Bouches-du-Rhône**
- **6 dans le Var**
- **12 dans le Vaucluse**



2 départements ont choisi d'opérer une distinction par secteurs : personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en difficultés sociales. 1 département a choisi une distinction par âge (adulte, enfance). 1 département a procédé à un découpage géographique. Les 2 autres départements considèrent les personnes qualifiées comme polyvalente sur tous les secteurs.

Cependant, une enquête régionale menée en 2015 auprès des établissements et services médico-sociaux intervenant dans le secteur personne âgée (436 ESMS répondant, soit un taux de retour de 53,9%) a montré que **seules 3 personnes auraient eu recours à une personne qualifiée sur toute la région entre 2014 et 2015.**

Par ailleurs, seuls 262 ESMS déclaraient avoir connaissance de la liste de ces personnes qualifiées.

De ce fait, l'ARS Paca a mandaté le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Paca pour la mise en place d'un projet visant à soutenir les personnes qualifiées. Ce projet devait se dérouler en 2 phases :

- Printemps 2016 : transmission d'une enquête pour cerner les besoins des personnes qualifiées ;
- Novembre 2016 : organisation d'une journée de rencontres de l'ensemble des personnes qualifiées de la région PACA et des autorités concernés de chaque département (ARS, Conseil départemental, Préfecture). Ces assises devaient permettre d'apporter de l'information aux personnes qualifiées mais également de procéder à un échange d'expériences afin d'aboutir sur la mise en place d'un plan d'actions régional et départemental.

Seules 2 personnes qualifiées se sont inscrites à la journée de rencontres prévue en novembre qui a donc été annulée. Les personnes qualifiées contactées ont déclaré ne pas avoir reçu l'information. Un premier constat s'impose donc : **la difficulté de joindre directement, même pour les institutions les désignant, les personnes qualifiées.**

➤ **Les perspectives 2017**

Le service démocratie sanitaire de l'ARS Paca a procédé au recensement des personnes qualifiées et de leurs coordonnées directes. L'enquête élaborée avec le CISS Paca en 2016 va leur être transmise. Cette enquête devrait permettre d'identifier des axes d'améliorations majeurs. La journée de rencontres sera également organisée dans le courant de l'année.

II. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

➤ La situation régionale

Dans le cadre de l'élaboration de son rapport 2014 relatif au respect des droits des usagers du système de santé, la commission spécialisée « droits des usagers » de la CRSA Paca s'est notamment intéressée à l'évaluation du respect des droits des usagers dans la sphère médico-sociale et a dressé le constat suivant :

- **Peu d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) indiquent former les membres du conseil de la vie sociale (CVS) aux droits des usagers ou au fonctionnement d'un ESMS.**
- **Si 70% des ESMS interrogés déclarent que le CVS, dans sa configuration actuelle, permet d'assurer une représentation des usagers et une défense effective de leurs droits, nombreux sont ceux soulignant la tendance à la représentation individuelle ou l'incapacité des personnes âgées accueillies à assurer un rôle de représentant.**

De ce fait, l'Agence régionale de santé (ARS) Paca et le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ont convenu d'organiser un appel à projets orienté sur l'exercice des droits des usagers du secteur social et médico-social.

Parmi les projets retenus figurait celui du CISS Paca visant à **former les membres des CVS afin d'augmenter la représentation des usagers au sein du conseil et de renforcer l'efficacité des CVS dans la politique qualité des établissements.**

Dispositif :

- **18 formations organisées (7 sur le secteur personnes âgées, 11 sur le secteur du handicap) sur tous les départements de la région**
- **304 personnes formées (104 personnes accueillies, 91 familles, 83 salariés, 15 gestionnaires, 11 directeurs)**
- **296 questionnaires d'évaluation renseignés (sur 304)**

➤ **Les questions les plus fréquemment posées pendant les formations**

- L'importance de l'accessibilité des documents
- Quelle place pour le directeur de l'établissement dans les CVS ?
- Quel rôle pour le président ?
- Animation du CVS : comment définir l'ordre du jour ? Comment mobiliser les familles ? Quel règlement de fonctionnement ? Quels sujets obligatoires ?
- Quelle articulation avec les autres outils de la loi de 2002-2 (contrat de séjour, projet d'accueil personnalisé...)

Le succès de ces formations (toutes les demandes n'ont pu être satisfaites) et ces questions sur le fonctionnement du CVS montrent l'importance de telles formations pour l'appropriation de cet outil par l'ensemble de ses membres.

➤ **Perspectives**

Ces formations ont permis de dégager des pistes d'évolution possibles pour les conseils de la vie sociale :

- **Comment les membres des CVS peuvent être représentés au niveau régional, strate où la représentation des usagers est reconnue ?**
- **La constitution d'un CVS inter-établissements, par exemple au niveau départemental, permettrait des échanges de bonnes pratiques, une amélioration des fonctionnements et une distanciation des problématiques.**

Les formations des CVS se poursuivront en 2017. Un bilan global sera ensuite élaboré et les pistes d'évolutions seront étudiées.

III. LES DROITS DES USAGERS DE DROGUES

➤ **La situation régionale**

Les toxicomanes ou les patients en traitement de substitution aux opiacés rencontrent de nombreuses difficultés dans leur parcours de soins : communication limitée, services délivrés aléatoires (refus des officines pour délivrer les traitements de substitution, pratiques différentes selon les centres d'accueil, refus de prescrire de cabinets médicaux, problèmes d'accès aux services hospitaliers...). Par ailleurs, le déficit d'expression de ces usagers, souvent peu entendu et stigmatisé, entraîne un manque de lisibilité sur leurs difficultés et leurs besoins, ce qui est un frein à l'amélioration de la prise en charge.

L'ARS Paca a souhaité soutenir l'association ASUD "Mars Say Yeah" (Auto support et réduction des risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues) dans son projet de mettre en place un observatoire des droits des usagers de drogues afin de recueillir la parole de ces personnes pour améliorer leur prise en charge.

Ce projet s'inscrit dans les préconisations du rapport Claire Compagnon qui recommande d'organiser, pour les personnes vulnérables, des espaces permettant la naissance d'une parole collective.

Dispositif :

- **Mise en place d'un formulaire type pour recueillir les informations auprès des usagers (dans les locaux d'ASUD "Mars Say Yeah" et sur internet)**
- **5 groupes de paroles organisés en 2015 ; 51 participants**

➤ **Les problématiques les plus fréquentes**

- Problème de délivrance du traitement de substitution (notamment dans les pharmacies ou lors de garde à vue) ;
- Problème de prescription du traitement de substitution ;
- Problème lors de l'admission dans un établissement ;
- Problème de délivrance du matériel de réduction des risques ;
- Discrimination (notamment dans les pharmacies) ;
- Problème lié à la prise en charge lors d'une grossesse ;
- Non-respect du secret médical ;
- Refus de soins.

Pour les professionnels de santé, c'est dans les commissariats et dans les hôpitaux que ces usagers rencontrent le plus de difficultés, ce qui correspond aux témoignages des usagers.

QUATRIEME PARTIE : ACTIONS MISES EN PLACE VISANT A PROMOUVOIR LES DROITS DES USAGERS

I. Appel à projets visant à dynamiser la démocratie sanitaire en région Paca

Depuis trois ans, des crédits nationaux sont attribués à l'Agence pour promouvoir la démocratie sanitaire en région. Ces crédits, inclus dans le fonds d'intervention régional (FIR), sont dédiés à la formation des représentants des usagers, à la prise en compte de la parole et des besoins des usagers.

En 2014 puis en 2015, des appels à projets ont été lancés pour dynamiser la démocratie sanitaire et soutenir la diversité des projets mis en œuvre dans le domaine des droits des usagers. En 2014, l'accent avait été mis dans la formation des représentants des usagers du secteur sanitaire. En 2015, ce sont les projets visant à soutenir les dispositifs de promotion des droits dans le secteur du médico-social qui avaient été jugés prioritaires.

➤ L'appel à projets 2016 pour mise en œuvre en 2017

En 2016, l'appel à projets s'est particulièrement intéressé à la démarche de participation des patients et de leurs familles dans le domaine de la santé mentale. En effet, la participation des personnes est au cœur de la promotion de la santé mentale, du plan d'action européen en santé mentale et du plan national 2011-2015. La problématique de la formation des usagers et de leur entourage est relativement nouvelle et s'inscrit dans la démarche « d'empowerment ». Une véritable participation implique qu'une attention spécifique soit portée aux difficultés particulières rencontrées par les personnes vivant avec des troubles psychiques graves pour faire entendre leur voix.

Suite à cet appel, **2 projets ont été retenus avec pour objectif de permettre aux personnes souffrant de troubles mentaux et à leurs proches, d'exprimer et de développer leurs capacités et potentiels, notamment en matière de prise de parole en public, au même titre que tout autre citoyen.** Cette participation s'entend aussi dans l'élaboration et la planification des politiques et des services et la gouvernance des dispositifs (participation à la conférence régionale de concertation en santé mentale, instances des établissements sanitaires ou médico-sociaux, conseils locaux de santé mentale...).

➤ Retour sur les projets mis en place en 2016

3 projets ont été mis en place en 2016 :

- **La formation des membres des CVS** (voir focus partie III du présent rapport) ;
- **Le soutien au dispositif des personnes qualifiées** (voir focus partie III du présent rapport) ;
- **La journée européenne des droits des patients** : la mise en place dans les lieux de passage d'une trentaine d'hôpitaux de points d'information sur les droits des usagers.

2 projets 2015 ont été reconduits :

- **L'observatoire des droits des usagers de drogues** : porté par l'association ASUD "Mars Say Yeah", ce projet a pour objectif de permettre aux usagers de drogues de faire émerger leurs difficultés en ce qui concerne leur parcours de santé (voir focus partie III du présent rapport) et de sensibiliser les professionnels de santé à ces questions.
- **Isegoria, l'égalité de la parole** : porté par l'association Autres Regards, il s'agit d'accompagner la prise de parole directe des personnes prostituées et favoriser l'expression de leurs besoins en utilisant des outils adaptés à ce public peu entendu.

II. Labellisation des projets exemplaires en matière de droits des usagers

La promotion des droits des usagers constitue un moyen essentiel pour faire progresser le système de santé. Aussi, pour la cinquième année consécutive, l'Agence régionale de santé, associée à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, a décidé de relayer le dispositif de labellisation visant à récompenser des actions qui contribuent à améliorer les droits des usagers du système de santé dans notre région.

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) a été consultée pour donner un avis sur les projets dont les promoteurs ont présenté une demande de labellisation (16 dossiers déposés).

Parmi les 5 projets labellisés, deux projets ont été sélectionnés pour le concours national récompensant les projets les plus remarquables. Pour la deuxième année consécutive, un projet issu de la région Paca a été lauréat au niveau national.

Le détail des projets est disponible sur le site de l'ARS Paca : www.paca.ars.sante.fr/label-concours-droits-des-usagers-de-la-sante



III. Soutien aux associations souhaitant obtenir l'agrément pour représenter les usagers du système de santé

Les représentants des associations siégeant au sein de la CRSA ont, à de nombreuses reprises, souligné le fait que les associations d'usagers n'ont pas toujours les outils qui permettent de formaliser un projet, d'apporter les arguments à un dossier de subvention ou répondre à un appel à projet. Par ailleurs seuls les membres des associations d'usagers du système de santé agréées sont légitimes pour représenter les usagers dans les instances, et les associations non agréées doivent être aidées pour présenter un dossier pertinent et complet en vue de l'obtention de leur agrément.

Pour la troisième année consécutive, l'ARS Paca a mandaté les CoDES pour accompagner les associations au montage de leurs projets, avec un volet spécifique sur la constitution des dossiers d'agrément. Ainsi, 6,5 journées d'accompagnement méthodologique aux associations ont été organisées en 2015, et 13 associations ont bénéficié de ces journées. En 2016, 7 associations ont été accompagnées individuellement au travers de 9 rencontres. La qualité des dossiers d'agrément déposé est largement supérieur pour les associations ayant bénéficié de cet accompagnement.

Annexe 1 : Intégralité de l'analyse des rapports des CRUQPC

Annexe 2 : Tableau des indicateurs demandés par le cahier des charges ministériel *

Annexe 3 : Données relatives aux plaintes et doléances remontées par le conseil régional de l'ordre des médecins

**Les indicateurs du tableau en annexe 2 ne concernent donc que le secteur hospitalier, à l'exception des données concernant les doléances et plaintes recueillies par le conseil régional de l'ordre des médecins. Sur le médico-social, un questionnaire avait été adressé en 2014 à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux de la région Paca afin de recueillir les indicateurs demandés pour ce secteur. Il a été décidé que ce questionnaire, qui nécessite des ajustements, serait retravaillé avec les établissements et qu'il pourrait donner lieu à une enquête une fois tous les 2 ans.*



Retrouvez les droits des usagers de la santé sur
www.ars.paca.sante.fr/Quels-sont-mes-droits





AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE DE LA REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR (CRSA PACA)

sur le

Rapport portant 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

Rapport 2016



En vertu de l'article L.1432-4 du code de la santé publique (CSP) la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRSA PACA) procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

Le décret 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA précise les conditions dans lesquelles ces droits et qualité des prises en charge sont évalués par la Conférence.

En vertu de ces dispositions, les indicateurs demandés dans le cadre du cahier des charges ont été récoltés par le service démocratie sanitaire de l'ARS, qui les a présentés de manière synthétique à la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers. Les observations émises par cette commission ont donné lieu à un projet d'avis de la CRSA adopté unanimement par l'assemblée plénière 09 mars 2017, après présentation des points clés du rapport.

Au terme de ces travaux, la Conférence adopte l'avis suivant :

L'analyse des indicateurs récoltés conduit la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) à émettre un certain nombre de recommandations dont elle souhaite que le directeur général de l'ARS tienne compte. Comme les années précédentes, la Conférence a délibérément limité le nombre de ses recommandations afin que l'ARS puisse obtenir des résultats concrets et mesurables dont elle puisse rendre compte à la CRSA lors de l'élaboration du rapport 2017.

En préalable, **la Conférence souhaite saluer le travail des établissements de santé de la région : en effet, pour la première année, tous les établissements de santé ont renseigné leur rapport CRUQPC.**

1. La représentation des usagers

La Conférence régionale salue la place croissante des représentants des usagers dans les établissements de santé de la région. **La CRSA souligne cependant qu'il apparait nécessaire de valoriser la fonction de représentant des usagers** : une valorisation des compétences des représentants des usagers pourrait permettre de pourvoir les postes vacants de la région.

La Conférence encourage l'ARS Paca a poursuivre ses actions de « facilitateur » à destination des représentants des usagers : ainsi, il est notamment nécessaire de veiller à ce que l'offre de formation de ces représentants soit lisible et à ce que les formations soient assurées. L'annuaire des représentants des usagers, disponibles depuis 2015, devra évoluer pour intégrer les formations suivies par les représentants.



2. La commission des usagers

La loi de modernisation du système de santé a institué la commission des usagers dans les établissements de santé. Cette dernière remplace la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). La loi élargit les missions de cette commission et lui apporte un ancrage plus marqué au sein des structures de santé.

La CRSA souhaite que le fonctionnement de cette commission des usagers soit évalué et qu'un bilan des évolutions réelles par rapport à la CRUQPC soit élaboré.

3. Le soutien au dispositif des personnes qualifiées

L'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Cette disposition essentielle pour la défense des droits fondamentaux des usagers des établissements et services médico-sociaux peine à être mise en œuvre. Désignés dans tous les départements de la région Paca, les personnes qualifiées ne sont toujours pas saisies par les usagers.

La CRSA demande donc à l'ARS de poursuivre le travail engagé sur ce dispositif : de continuer d'informer largement les ESMS sur l'existence et le fonctionnement de ce dispositif, d'organiser une rencontre d'échanges avec les personnes qualifiées et de procéder, en lien avec la commission « droits des usagers », à l'évaluation du dispositif.

4. La communication sur le rapport « droits des usagers »

La Conférence salue le travail réalisé au cours de ces dernières années pour rendre ce rapport annuel plus lisible. Elle demande à l'ARS de poursuivre ces efforts en ce sens et **recommande la mise en place d'un document de communication synthétique sur ce sujet, qui pourrait être envoyé à l'ensemble des acteurs de santé de la région.**



**Direction déléguée aux politiques régionales de santé
Service Démocratie sanitaire**

Courriel : ars-paca-contact.cruqpc@ars.sante.fr

Téléphone : 04 13 55 83 72 ou 83 75

Télécopie : 04 13 55 85 09

Réf : Analyse rapport CRUQPC 2016 -données 2015_VF.docx

Date : janvier 2017

Analyse des rapports de CRUQPC - données 2015
Document préparatoire au rapport de la CRSA
sur l'évaluation du respect des droits des usagers du système de santé

Destinataires

Membres de la CRSA et de ses
commissions

Pour information

Etablissements de santé de la région
Paca

Sommaire :

Synthèse :	3
Préambule	7
1) <i>Contexte de la mise en place de l'analyse des rapports de CRUQPC en région Paca</i>	7
2) <i>Contexte méthodologique</i>	7
3) <i>Echantillon permettant l'élaboration du rapport</i>	7
Analyse des rapports CRUQPC - Données 2015	9
1) <i>Volet Données Générales et Fonctionnement</i>	9
2) <i>Volet Formation</i>	17
3) <i>Volet Plaintes et réclamations</i>	21
4) <i>Volet Satisfaction</i>	29
5) <i>Accès au dossier médical</i>	31
6) <i>Volet Accès à l'information</i>	33
7) <i>Volet Recommandations</i>	36
8) <i>Volet Qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes</i>	37
9) <i>Volet Directives de fin de vie</i>	40
10) <i>Volet Soins sans consentement</i>	43
Conclusion :	44

Synthèse :

Pour la première fois depuis l'informatisation des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) tous les établissements de la région ont renseigné le rapport CRUQPC. Le remplissage de ces rapports via le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) était, depuis 2012, chaque année de mieux en mieux intégré par les établissements (97,5% en 2015, 96,5% en 2014, 89% en 2013 et 85% en 2012).

Il ressort de cette analyse des rapports de CRUQPC les tendances suivantes :

➤ **Données générales et fonctionnement de la CRUQPC**

Depuis 3 ans, il est constaté une stabilité dans la composition de la CRUQPC. **La composition de la CRUQPC continue de s'améliorer** au niveau des titulaires mais des progrès restent encore à faire notamment au niveau des suppléants :

- Si **99% des établissements ont désigné les titulaires hors représentants d'usagers** (représentant d'établissement, médiateur médical et médiateur non-médical), on observe cette année une baisse dans la désignation du suppléant du représentant légal de l'établissement : de ce fait, seul 36% des établissements ont désigné l'ensemble de leurs représentants (hors représentants des usagers).
- **64% des établissements ont désigné les 2 titulaires représentants des usagers et seuls 24% ont désignés tous les titulaires et suppléants.** A noter que 20 établissements n'avaient aucun représentant des usagers.

En ce qui concerne la fréquence des réunions, les établissements ont en moyenne organisé 3,5 réunions par an. Les établissements qui ont organisé moins de 4 réunions par an l'expliquent par la difficulté à trouver des représentants des usagers, le changement d'équipes au sein de leur direction, les difficultés d'organisation (manque de locaux, problème de disponibilité des représentants...) ou encore par l'absence de plaintes et de réclamations à traiter.

Les principaux objets des réunions de la CRUQPC restent l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'examen des plaintes et la réalisation du rapport CRUQPC.

Seuls 37% (+4% par rapport à l'année précédente) des établissements remboursent les frais de déplacement des représentants des usagers siégeant en CRUQPC.

En ce qui concerne la participation des usagers dans les conseils de surveillance, il faut souligner qu'elle est effective dans **80% des établissements publics de la région : soit une amélioration de 17% par rapport à l'année précédente.**

Les représentants des usagers de la CRUQPC sont de plus en plus invités à participer à des groupes de travail (+12% par rapport à l'année précédente) sur la certification, la qualité, le livret d'accueil, le projet d'établissement ou encore le droit des patients et l'organisation de manifestations internes : **cela démontre d'une implication de plus en plus importante des représentants des usagers au sein des établissements.**

Enfin, en moyenne, chaque CRUQPC émet 5 recommandations par an. Ces recommandations concernent le plus souvent la qualité de la prise en charge, l'hôtellerie, le retour des questionnaires de satisfaction, l'information du patient, le respect des droits et libertés.

➤ **Volet Formation**

Si le nombre de formations proposées aux représentants des usagers de la CRUQPC continue d'augmenter, le nombre de formations proposées aux personnels médical, paramédical et administratif est en baisse.

On constate une inversion de la tendance des années précédentes : jusqu'alors c'était le personnel paramédical qui était le plus formé aux droits des usagers. Cette année en revanche le nombre de personnes médical et administratif formées est en hausse par rapport à l'année précédente (+38% et + 49%) alors que le nombre de personnel paramédical formé aux droits des usagers est en baisse (-6%).

➤ **Volet Plaintes et réclamations**

En 2015 le nombre de plaintes recensées sur toute la région s'élève à 6 614. Ce chiffre est stable par rapport aux années précédentes. Le nombre d'éloge est lui de 9 611.

L'analyse des plaintes par répartition des motifs révèle que, pour la première fois, c'est la prise en charge médicale qui occasionne le plus de plaintes, suivi du déroulé de séjour, de la prise en charge paramédicale, puis de l'administration.

Les relations avec le médecin et la divergence sur les actes médicaux sont les principaux objets de plaintes de la catégorie prise en charge médicale.

Le détail des plaintes concernant la catégorie « Déroulé du séjour » met en lumière le **mécontentement de l'hôtellerie-restauration**, ainsi que les **vols/pertes d'objet ou de vêtement**.

Pour ce qui concerne la prise en charge paramédicale, **les relations avec le personnel soignant et la coordination interne des soins** sont les principaux motifs recensés.

Enfin, le motif principal de plainte dans la catégorie administration est la **facturation**.

En moyenne, 43% des réclamations font l'objet d'une action corrective. C'est particulièrement vrai pour l'administration, le déroulé du séjour, mais moins pour la prise en charge médicale (seulement 29% d'actions correctives).

Suite à des plaintes ou réclamations, la médiation est encore insuffisamment utilisée :

Seules 22% des plaintes et réclamations font l'objet d'une proposition de médiation (toutes médiations confondues) et **seules 7% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une médiation effective. Ces taux sont stables par rapport à l'année précédente.**

En revanche, il faut noter que **le nombre de médiations médicales proposées est en légère augmentation par rapport à l'année précédente et que le nombre de médiations non médicales est en augmentation** pour la troisième année consécutive.

➤ Accès au dossier médical

L'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire a mis en place une procédure de communication du dossier médical, et une information concernant l'accès à ce dossier est proposée aux usagers.

70% des demandes d'accès au dossier médical sont traitées. La majorité des demandes rejetées relève principalement du patient et de ses ayants droit du fait de la non-conformité aux règles d'accès au dossier médical.

Les progrès réalisés ces dernières années sont confirmés par les résultats de la certification puisque sur le critère 14b (accès du patient à son dossier), 78% des établissements de la région sont cotés A.

➤ Volet Accès à l'information

Le livret d'accueil est remis au malade lors de son entrée dans 87% des cas.

Les progrès continuent sur l'information sur les frais de prise en charge avec davantage d'établissements (+29%) qui affichent les tarifs dans les lieux de consultation.

En revanche si la charte du patient hospitalisé est bien affichée dans les espaces communs, elle est rarement présente dans les chambres des malades.

➤ Volet Qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

98% des hôpitaux (contre 92% en 2014, 89% en 2013 et 81% en 2012), **ont intégré le concept de bientraitance dans leur démarche de soins, soit une amélioration constante.** La certification montre cependant des résultats plus mitigés, puisque 44% des établissements sont cotés A sur le critère « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance ».

Concernant les dispositifs spécifiques d'accueil, les progrès engagés ces dernières années continuent. **93% des établissements déclarent être accessibles aux personnes à mobilité réduite (+4% par rapport à l'année précédente).** Certains établissements soulignent cependant que c'est l'accès aux services d'urgences qui est le moins adapté.

Concernant le respect des croyances et des convictions, de plus en plus d'établissements (80% des établissements) informent les usagers des dispositifs mis en place, principalement via le livret d'accueil et l'affichage. Pour la prise en charge d'un décès, 87% des établissements déclarent respecter les rites et les croyances.

➤ Fin de vie

Là encore, la progression dans ce domaine est constante depuis plusieurs années. 88% des établissements déclarent sensibiliser toutes les populations de l'hôpital (usagers et personnels) sur

les directives de fin de vie. A noter cependant que cette sensibilisation se traduit souvent par la distribution de documentation, avec les limites que cela comporte.

La mise en place de procédure de recueil des directives anticipées progresse elle aussi de 3% par rapport à l'an dernier, avec 78% des établissements qui ont mis en place cette procédure. 94% des établissements ont également mis une procédure pour identifier la personne de confiance.

Que ce soit pour les directives anticipées ou pour la personne de confiance, cela se traduit en général par un formulaire à remplir lors de l'admission du patient dans l'établissement.

➤ **Soins sans consentement**

Pour la première année, un volet « soins sans consentement » a été ajouté pour les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les établissements « généraux » dotés de services habilités de psychiatrie.

6 914 mesures de soins psychiatriques ont été assurées dans l'année, et 7 987 saisines du juge des libertés et de la détention ont été comptabilisées.

➤ **Conclusion**

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifie la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Cette commission voit ses missions élargies et son nom se transforme en « commission des usagers ». Elle doit être installée au 03 décembre 2016 dans tous les établissements de santé.

Le rapport rempli par les établissements va donc devoir évoluer et il sera nécessaire de dresser un bilan des évolutions des missions de cette commission.

Préambule

1) Contexte de la mise en place de l'analyse des rapports de CRUQPC en région Paca

L'article L1112-3 du Code de la Santé Publique, relatif aux commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), prévoit notamment que les rapports des CRUQPC sont « transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents ».

Suite aux recommandations formulées par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et plus particulièrement de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU), l'ARS Paca a mis en place depuis février 2012 un recueil informatisé des données des CRUQPC via le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'Observatoire régional des urgences (ORU) Paca.

La synthèse des rapports CRUQPC données 2015 s'appuie donc sur l'ensemble des données mises en ligne sur le ROR.

Les établissements sont maintenant coutumiers de l'exercice de remplissage informatisé du rapport CRUQPC, puisqu'en 2016, **100 % des établissements de la région Paca l'ont renseigné.**

La réalisation de cette synthèse est l'occasion de saluer une nouvelle fois l'investissement des établissements de la région PACA, autant dans les missions de respect des droits des usagers que dans la mise en place d'une prise en charge de qualité.

2) Contexte méthodologique

Un guide méthodologique a été édité en 2013 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour l'informatisation des rapports annuels des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

[Consulter le guide](#)

3) Echantillon permettant l'élaboration du rapport

En 2016, on dénombre :

- ✓ 347 établissements de santé en PACA,
- ✓ 274 sont composés d'une CRUQPC (73 établissements ont une CRUQPC commune)

274 rapports ont été remplis et clôturés sur le ROR, soit un taux de retour de 100%. C'est la première année que l'intégralité des établissements de santé renseigne ce rapport. L'ensemble de ces 274 rapports constitue la base d'analyse des rapports CRUQPC données 2015.

Etablissements, par catégorie et par département :

Départements	PRIVE	ESPIC	PUBLIC	Total	
				Nombre	%
Alpes de Haute Provence	6	1	10	17	100 %
Hautes Alpes	8	5	5	18	100%
Alpes Maritimes	35	9	13	57	100%
Bouches-du-Rhône	76	15	14	105	100 %
Var	31	10	10	51	100%
Vaucluse	11	4	11	26	100%
Totaux	167	44	63	274	100 %

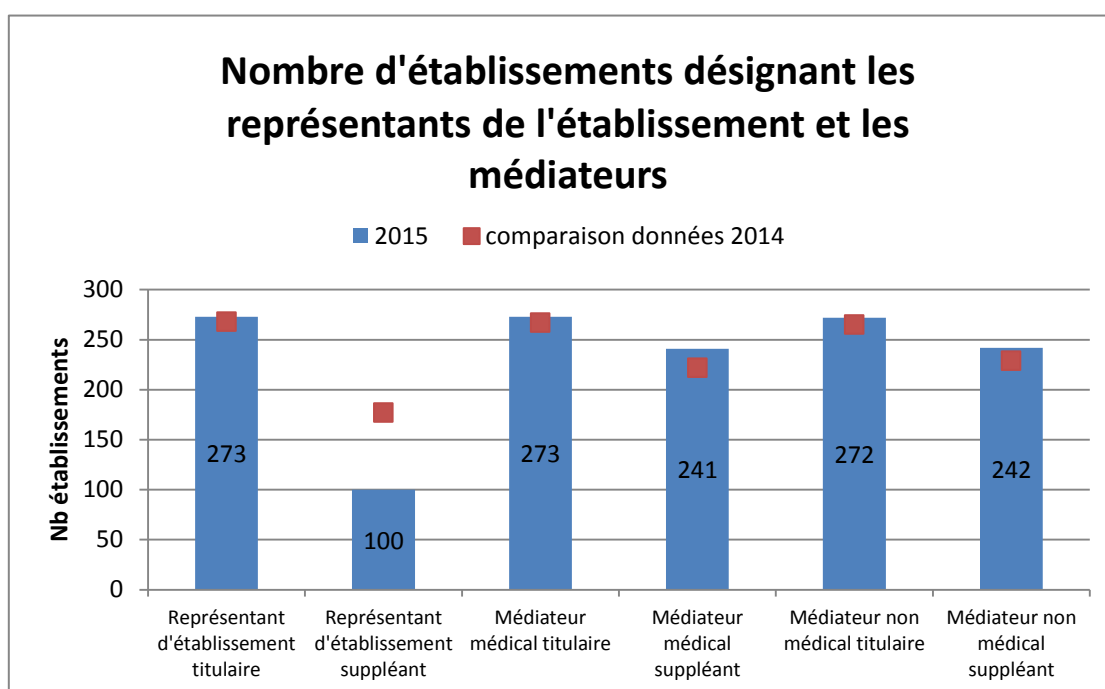
Analyse des rapports CRUQPC - Données 2015

1) Volet Données Générales et Fonctionnement

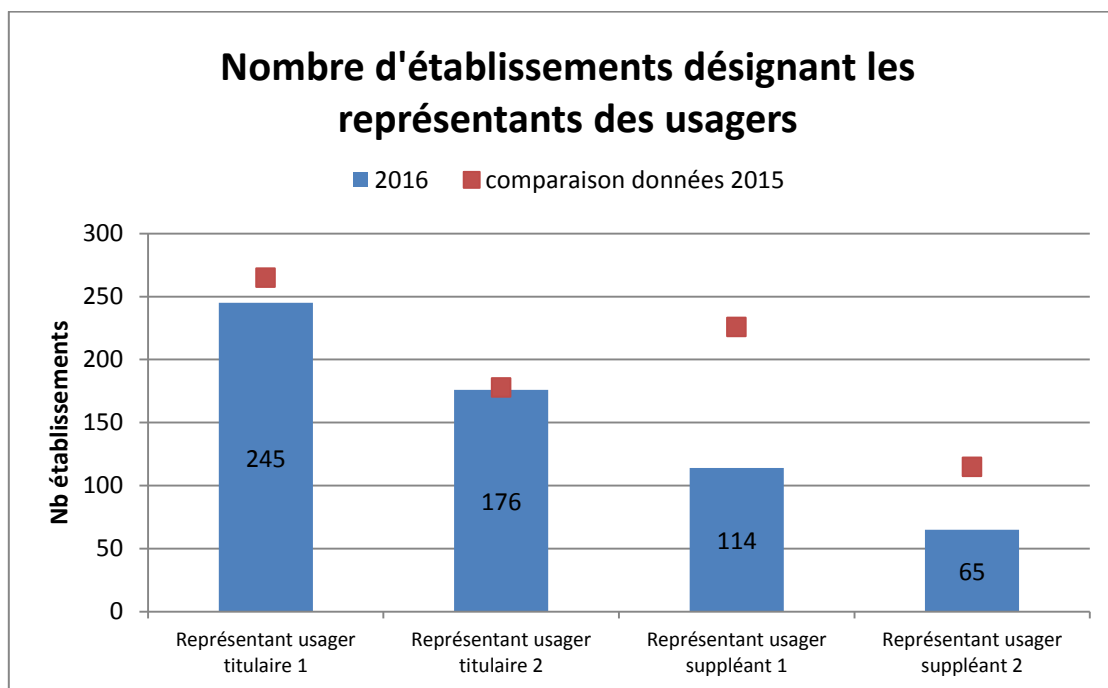
En préalable, il est important de noter qu'il existe un responsable des relations avec les usagers dans 93% des établissements.

- Composition nominative

- Répartition de la nomination des membres de la CRUQPC



En ce qui concerne la désignation des représentants du personnel, il y a peu de différence par rapport aux années précédentes, avec 99% des établissements qui ont désigné l'ensemble de leurs représentants titulaires et 36% des établissements qui ont désigné l'ensemble de leurs représentants suppléants (à noter une baisse inexplicquée en ce qui concerne la désignation du suppléant du représentant de l'établissement).



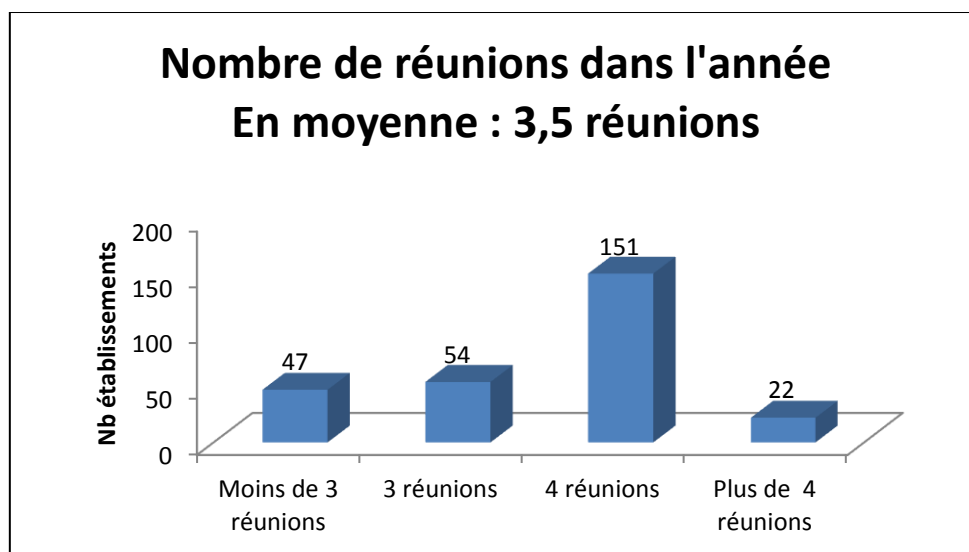
On note une baisse importante des représentants des usagers désignés, notamment sur les suppléants.

20 établissements de santé ne disposent d'aucun représentant des usagers : leur CRUQPC ne peut donc pas fonctionner.

La désignation des représentants des usagers fait actuellement l'objet d'un renouvellement total puisque tous les établissements doivent installer pour décembre 2016 la commission des usagers qui remplace la CRUQPC.

- Réunions et Participation

- *Fréquence des réunions*



Comme en 2014, les établissements ont en moyenne organisé 3,5 réunions par an. Conformément à la réglementation, qui prévoit un minimum d'une réunion par trimestre, **63% des établissements organisent au moins 4 réunions par an.**

Cependant, de grandes disparités sont constatées entre établissements. Pour les établissements qui organisent moins de 4 réunions par an, les motifs les plus fréquemment invoqués sont :

- les difficultés d'organisation (manque de disponibilité des représentants, problèmes de locaux...),
- la difficulté à trouver des représentants des usagers,
- Le changement des équipes au sein de l'établissement (direction, qualité...)
- L'absence de plaintes et de réclamations.

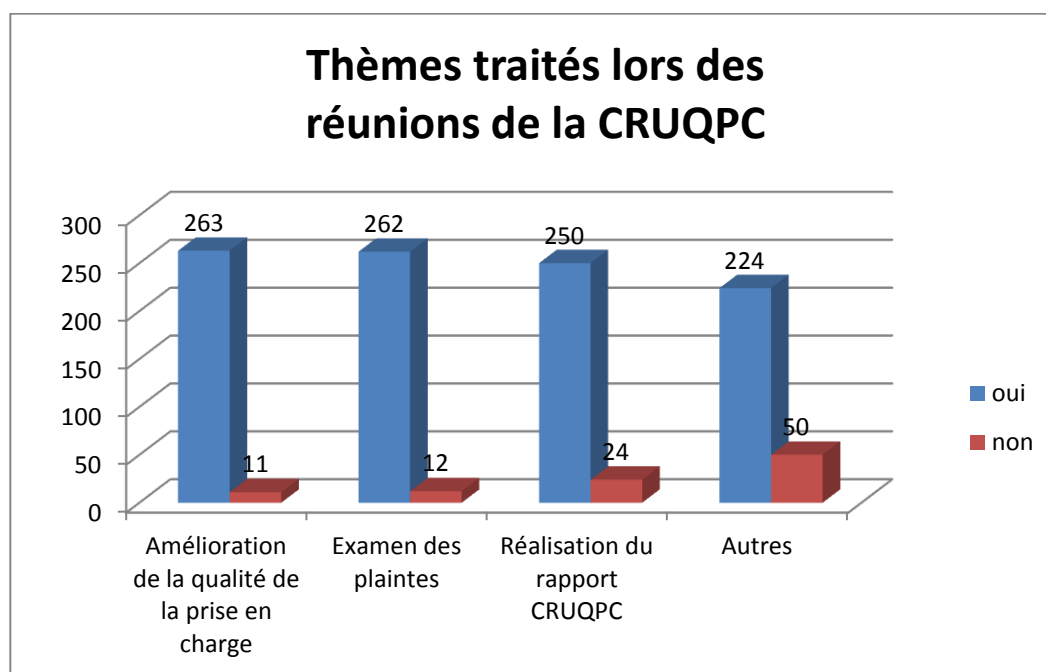
Les établissements qui organisent plus de 4 réunions le font souvent en formation restreinte.

- *Moyenne de participation des membres de la CRUQPC*

Pour l'année 2015, la moyenne de participation des membres de la CRUQPC s'élève à 73,5% :

- > **Taux moyen de participation des représentants d'usagers** : 64 % (-6% par rapport à l'année précédente) ;
- > **Moyenne de participation des autres membres** : 77% (stable par rapport à l'année précédente).

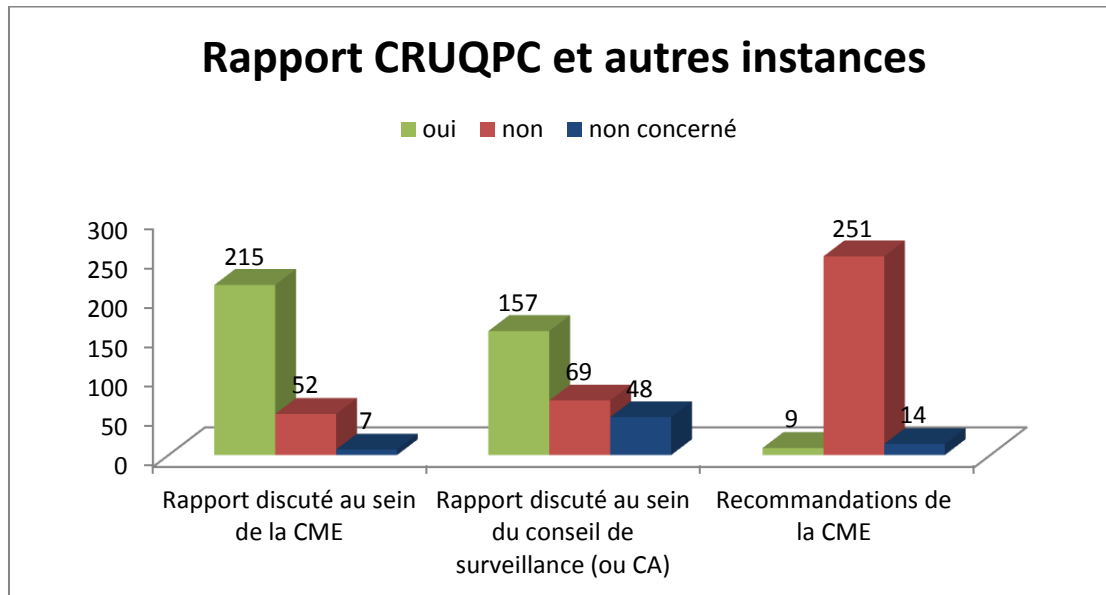
- *Objet des réunions*



L'analyse révèle que, comme les années précédentes, les 3 principaux objets sont l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'examen des plaintes et la réalisation du rapport CRUQPC. **Pour la deuxième année consécutive, « la qualité de la prise en charge » passe en première position, avant l'examen des plaintes.**

Parmi les principaux objets cités en « autres », on retrouve l'analyse de la satisfaction des patients, la certification, l'analyse des événements indésirables, la politique qualité, le projet d'établissement, ainsi que la présentation par l'établissement d'un certain nombre de sujets en lien avec la vie quotidienne dans l'établissement (signalétique, nouveaux outils informatiques, déménagement, travaux...).

- Rapport de la CRUQPC

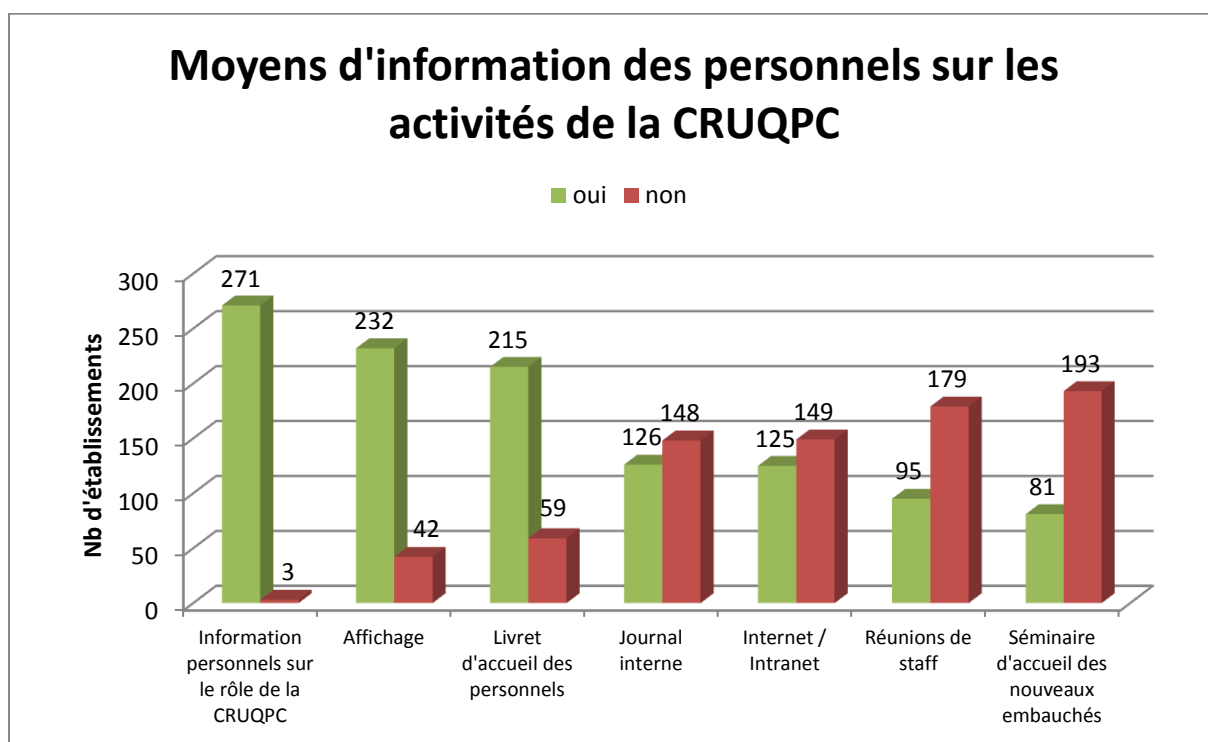
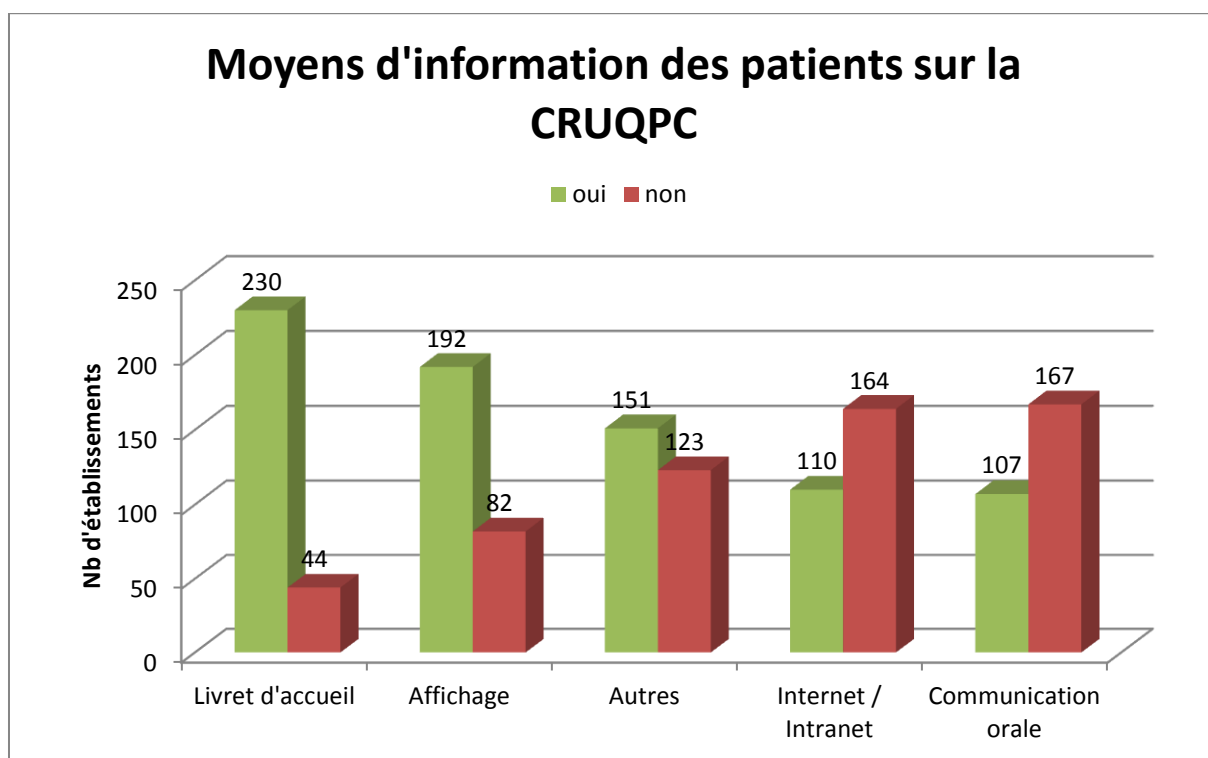


Si le rapport de la CRUQPC est discuté, dans 78% des établissements, au sein de la commission médicale d'établissement (CME), il fait l'objet d'assez peu de recommandations de la part de cette dernière.

Pour les 9 CME ayant émis des recommandations, on retrouve les thèmes suivants :

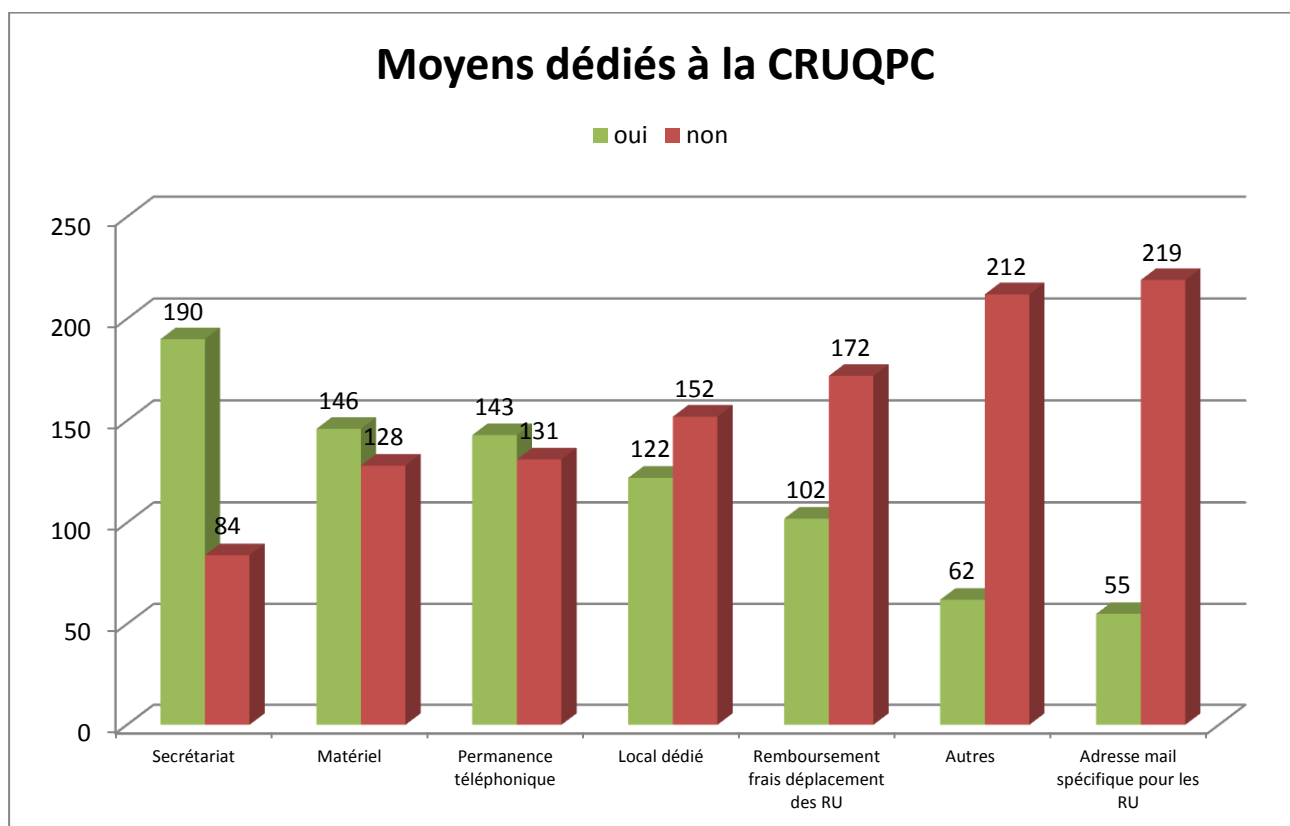
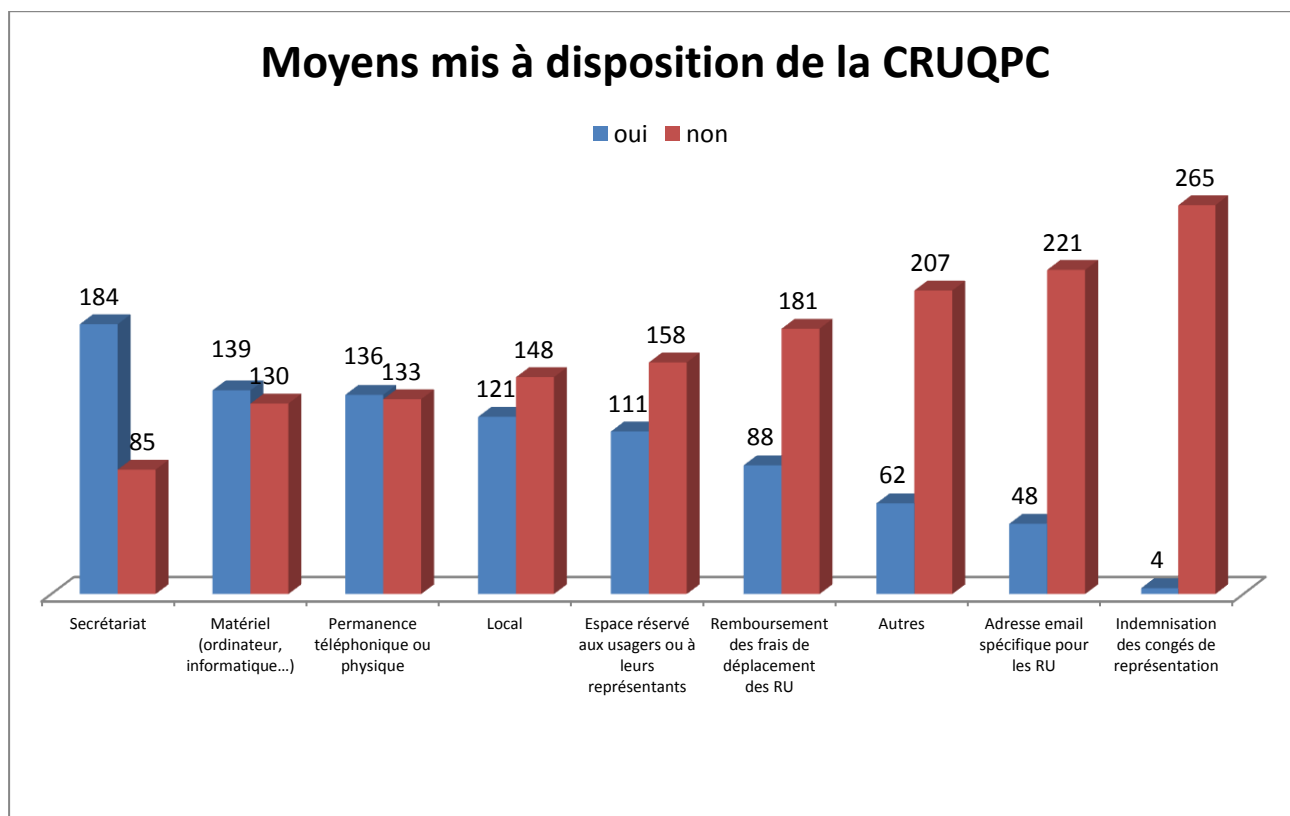
- Promouvoir le développement de la bientraitance ;
- Poursuivre les démarches d'amélioration de la qualité ;
- Poursuivre les actions de formation, notamment sur les annonces d'un dommage lié aux soins ;
- Améliorer le signalement et analyse des dommages liés aux soins ;
- Améliorer le recueil des directives anticipées ;
- Canaliser les comportements des patients pour non-respect du règlement intérieur.

- Visibilité de la CRUQPC



Que ce soit pour les patients ou les personnels, les informations concernant la CRUQPC sont principalement données par affichage (livret d'accueil, affiche, site internet).

- Moyens mis à disposition de la CRUQPC



Les moyens dédiés à la CRUQPC sont en légère augmentation. Il faut notamment noter que 37% des établissements remboursent les frais de déplacement des représentants des usagers, soit une légère augmentation de 4% par rapport à l'année précédente.

- Informations mises à disposition des membres de la CRUQPC

Dans plus de 97% des établissements de la région, les membres de la CRUQPC ont accès à :

- Synthèse des plaintes et des réclamations / le registre des plaintes ;
- Eloges ;
- Questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction ;
- Demandes de dossiers médicaux ;
- Signalements d'évènements révélateurs de dysfonctionnements ;
- Recours gracieux et juridictionnels ;
- Projet d'établissement ou projet institutionnel ;
- Résultats de la certification, audits, indicateurs qualité.

Dans 73% des établissements, les membres ont également accès aux :

- Avis de la commission médicale d'établissement sur la politique d'amélioration de la qualité ;
- Comptes rendus des groupes de travail auxquels participent des représentants des usagers ;
- Plan de formation des personnels.

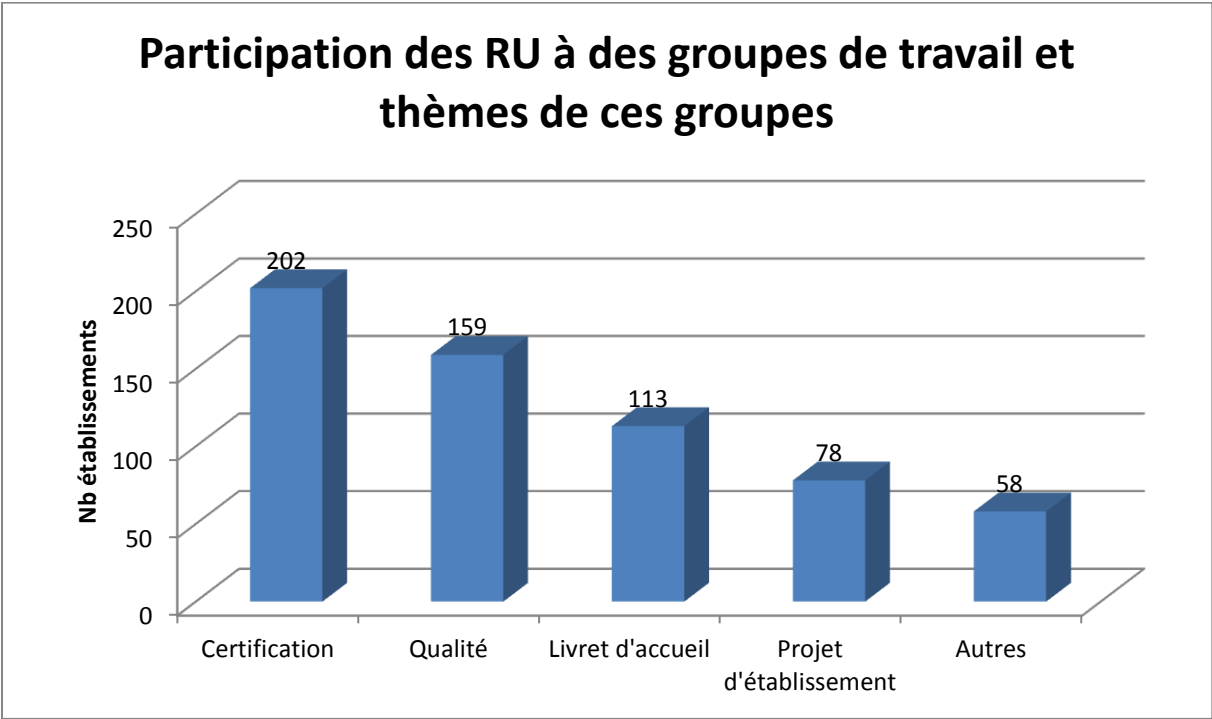
Et dans plus de 37% des établissements, les membres ont accès aux :

- Rapport d'activité de l'établissement ;
- Propositions formulées par l'espace éthique ;
- Compte rendu de la réunion du conseil d'administration ou du conseil de surveillance au cours de laquelle est discuté le rapport CRUQPC.

- Participation des représentants des usagers à des groupes de travail

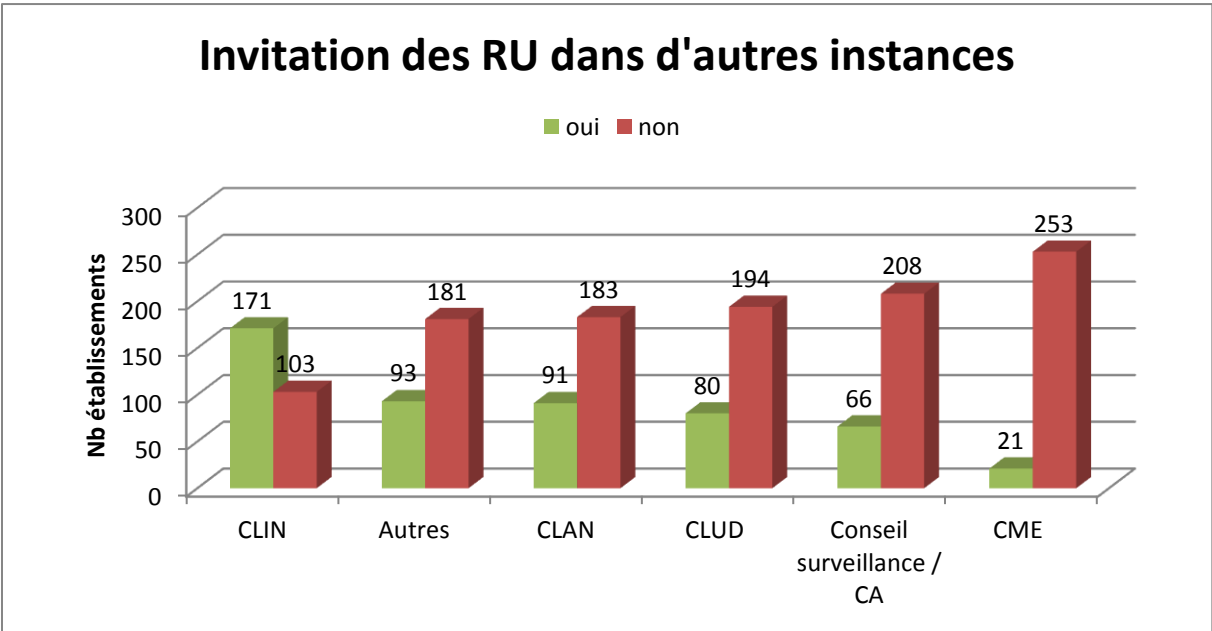
74% des établissements déclarent que les représentants des usagers participent à des groupes de travail. **Ce chiffre est en progression de 12% par rapport à l'année précédente, ce qui montre l'implication croissante des usagers dans la vie de l'établissement.**

Les thématiques suivantes sont les plus fréquemment identifiées, et sont les mêmes que les années précédentes :



Parmi les autres thèmes cités, on retrouve :

- Droits des patients ;
 - Bientraitance ;
 - Education thérapeutique ;
 - Manifestations internes ;
 - Compte qualité.
- Participation des représentants des usagers à des instances de l'établissement, hors CRUQPC



La participation des usagers augmente dans les CLIN (+8% par rapport à l'année précédente) mais elle reste stable dans les autres instances.

En ce qui concerne la participation des usagers dans les conseils de surveillance des établissements publics, **elle est effective dans 80% des établissements de la région (soit une amélioration de 17% par rapport à l'année précédente).**

On retrouve également des représentants des usagers dans :

- Les comités d'éthique ;
- Les commissions hôtelières ;
- Les COPIL qualité / gestion des risques.

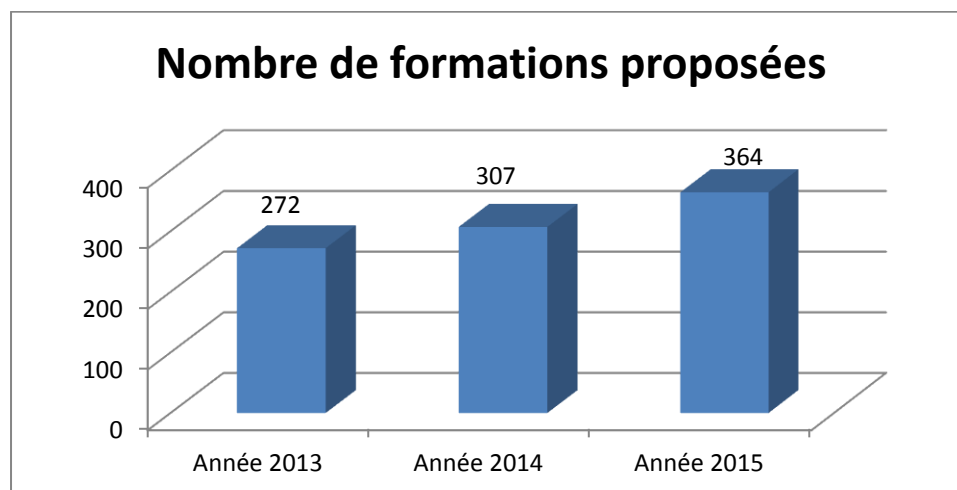
2) Volet Formation

- **Formation des représentants d'usagers (RU)**

- *Formations proposées aux RU*

Près de la moitié des établissements (47%) a proposé des formations à ses représentants des usagers siégeant en CRUQPC, comme les années précédentes. **Les établissements du secteur public et du privé ESPIC forment légèrement plus leurs représentants** que ceux du secteur privé non ESPIC (56% des établissements publics et 55% des ESPIC contre 41% des établissements privés).

- *Nombre de formations proposées aux RU*

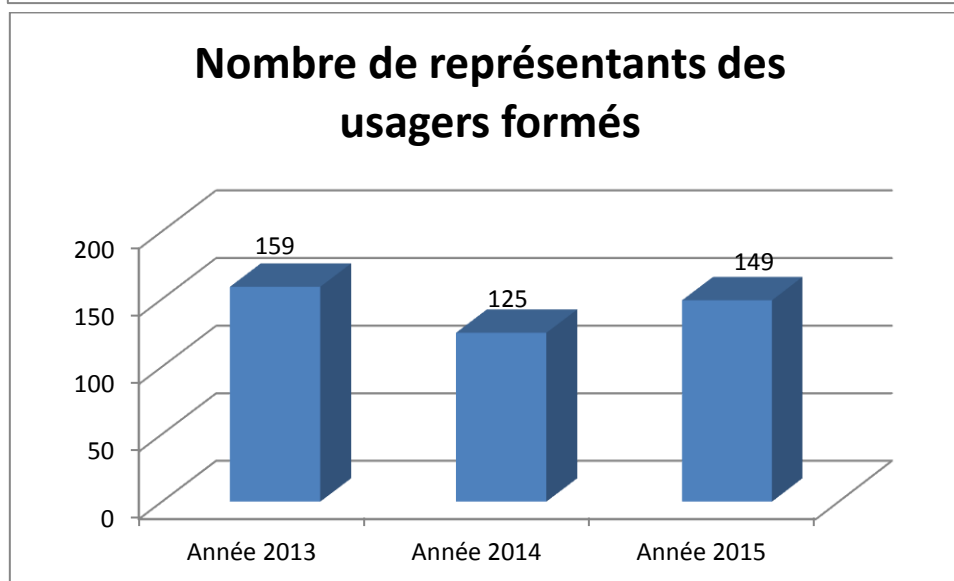
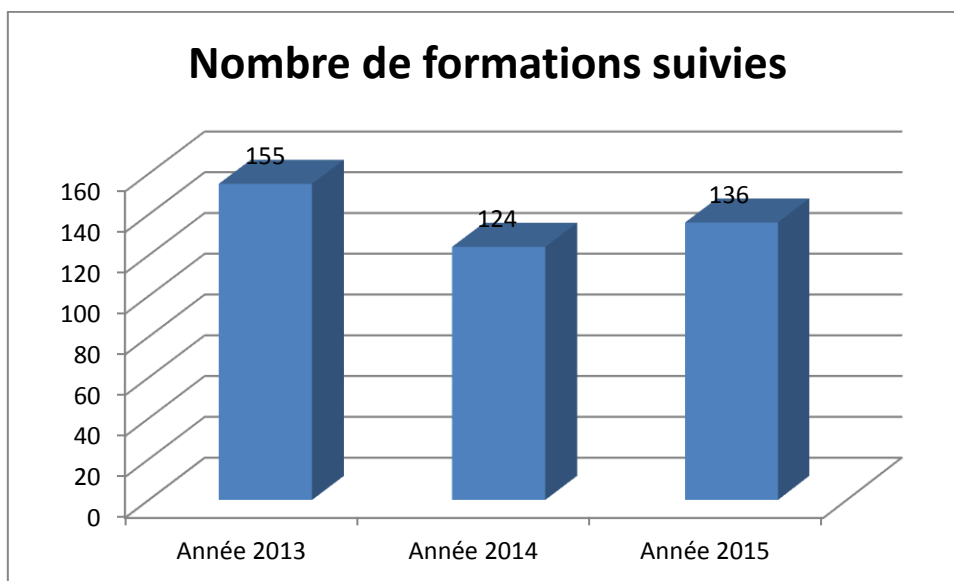


Au total 364 formations ont été proposées, un chiffre en augmentation depuis deux ans. Cela représente en moyenne 2,4 formations par établissement.

136 formations ont été suivies.

149 représentants des usagers ont bénéficié d'au moins une formation dans l'année.

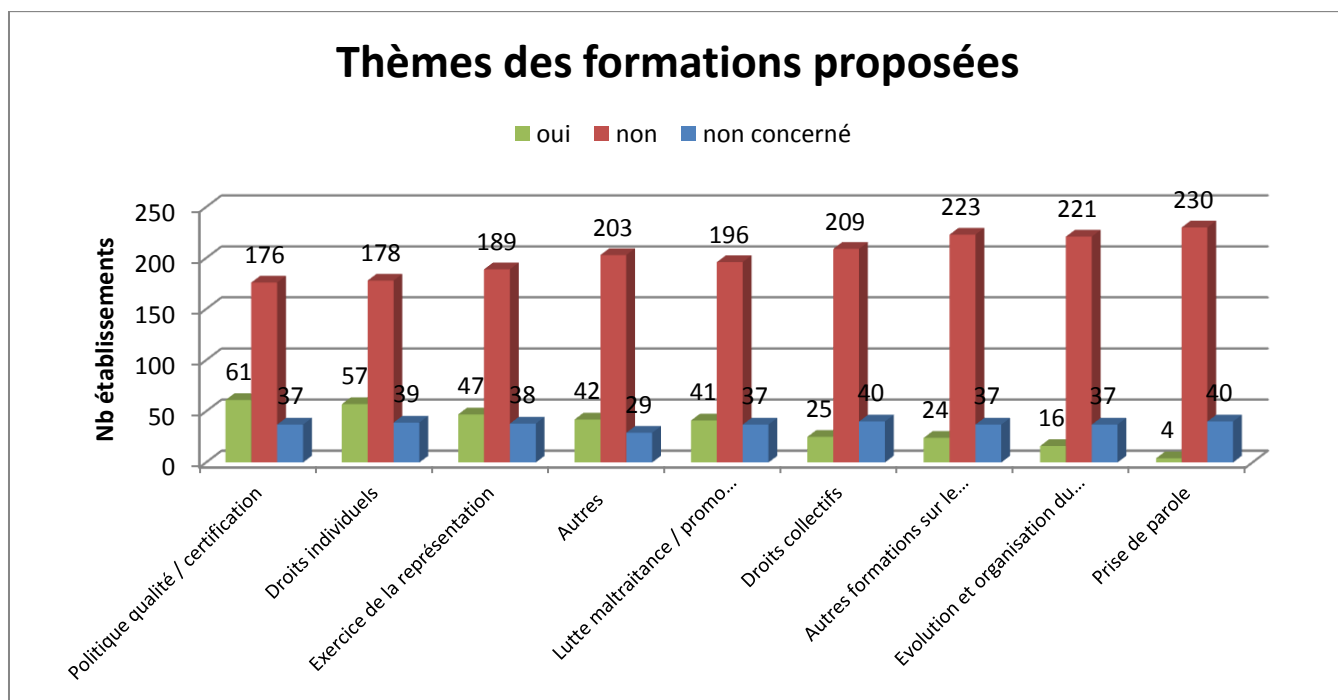
- *Nombre de formations suivies*



Le nombre total de formations suivies atteint les 136 (+10% par rapport à l'année précédente) et le nombre de représentants des usagers formés en 2015 est lui aussi en hausse (+ 19%). En revanche, les chiffres restent inférieurs à ceux de l'année 2013.

Lorsque les représentants des usagers refusent de suivre une formation, on retrouve parmi les motifs invoqués le manque de temps, le fait qu'ils ont déjà suivi cette formation les années précédentes, ou qu'ils ont l'intention de la suivre, mais par l'intermédiaire de leur association.

- **Thèmes des formations suivies par les représentants d'usagers (RU)**

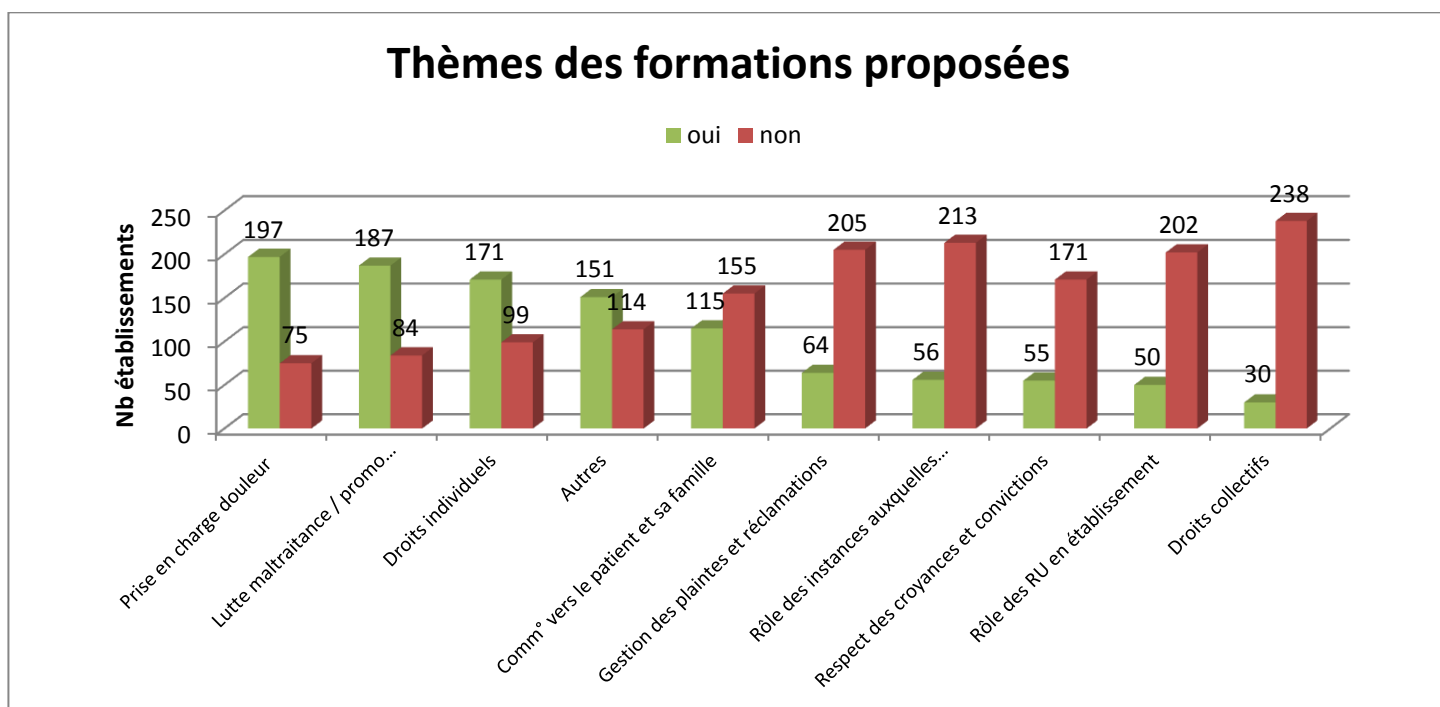


Légende :

-DROITS INDIVIDUELS = DROITS DES PERSONNES EN FIN DE VIE, ACCES AU DOSSIER MEDICAL, DIGNITE, RECUEIL DE LA VOLONTE DE LA PERSONNE ETC.
 -DROITS COLLECTIFS = REPRESENTATION, PARTICIPATION, AGREMENT,ETC..
 --PRISE DE PAROLE, EXPRESSION DES ATTENTES,
 -RELATIONS AVEC LES MEDIA.
 -GOUVERNANCE (CONSEIL DE SURVEILLANCE, POLE, CME, ETC)
 -POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES.
 -OUTILS DE GESTION ET DE REPORTING (T2A, CPOM)
 -AUTRES FORMATIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.
 -EVOLUTION ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE APRES LA LOI HPST.

Les résultats sont sensiblement les mêmes d'année en année : à noter que c'est la première fois que la politique qualité est en première position.

- **Formations des membres du personnel aux droits des usagers**

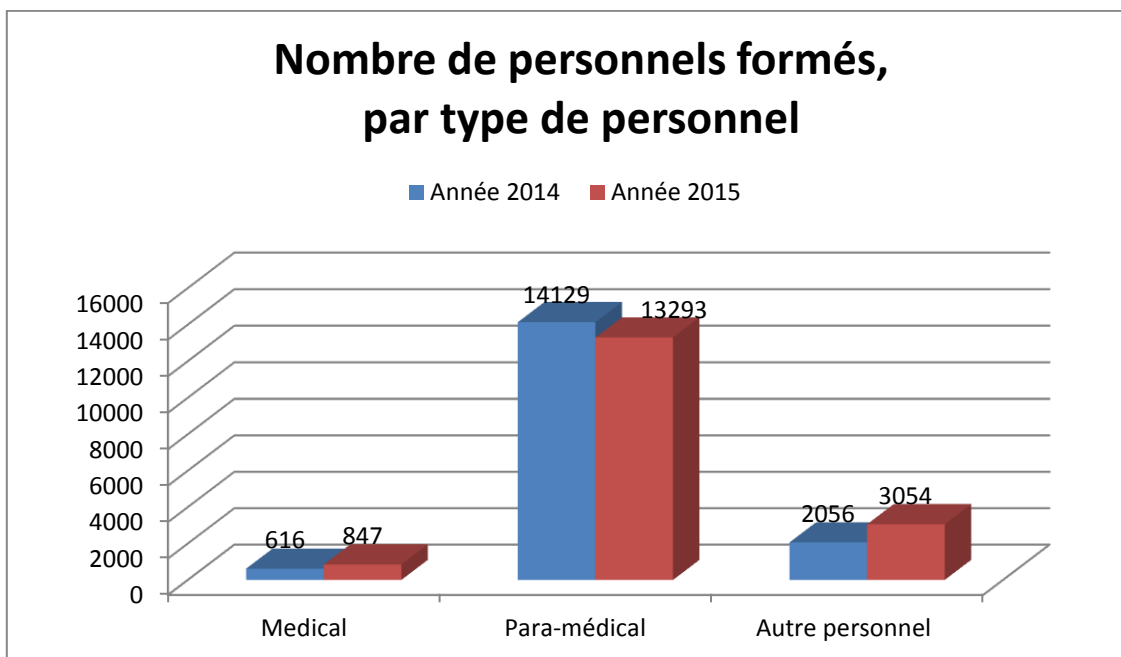
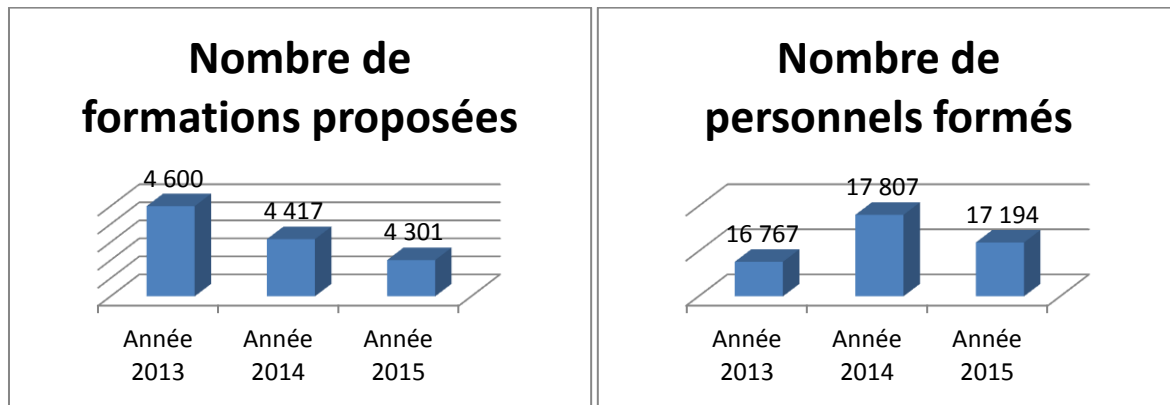


Comme les dernières années, les thèmes les plus abordés lors des formations des membres du personnel sur les droits des usagers sont :

- La prise en charge (PEC) de la douleur ;
- Lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance ;
- Les droits individuels.

Parmi les autres formations, on retrouve notamment :

- La gestion du stress ;
- L'accueil des patients ;
- L'hygiène en milieu hospitalier ;
- L'identitovigilance ;
- La certification ;
- L'éducation thérapeutique ;
- La gestion des conflits ;
- Les prises en charge spécifiques ;
- La sécurité du médicament ;
- Les soins palliatifs.



Le nombre de formations proposées poursuit sa baisse. Le nombre de personnels formés baisse lui aussi légèrement.

Le personnel médical a davantage été formé aux droits des usagers (+38%), tout comme le personnel administratif (+ 49%). La formation du personnel paramédical est en légère baisse (-6%) : c'est le contraire de la tendance des deux années précédentes.

Cette progression de formation sur le personnel médical est bénéfique car la formation contribue au respect du droit des usagers dans ces établissements.

3) Volet Plaintes et réclamations

- **Recensement des plaintes et réclamations**

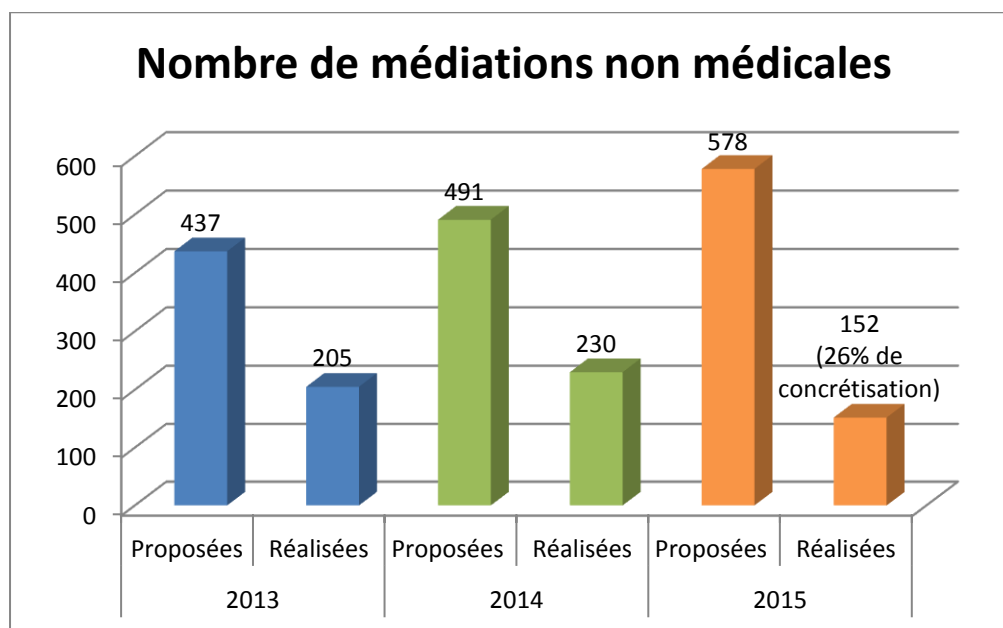
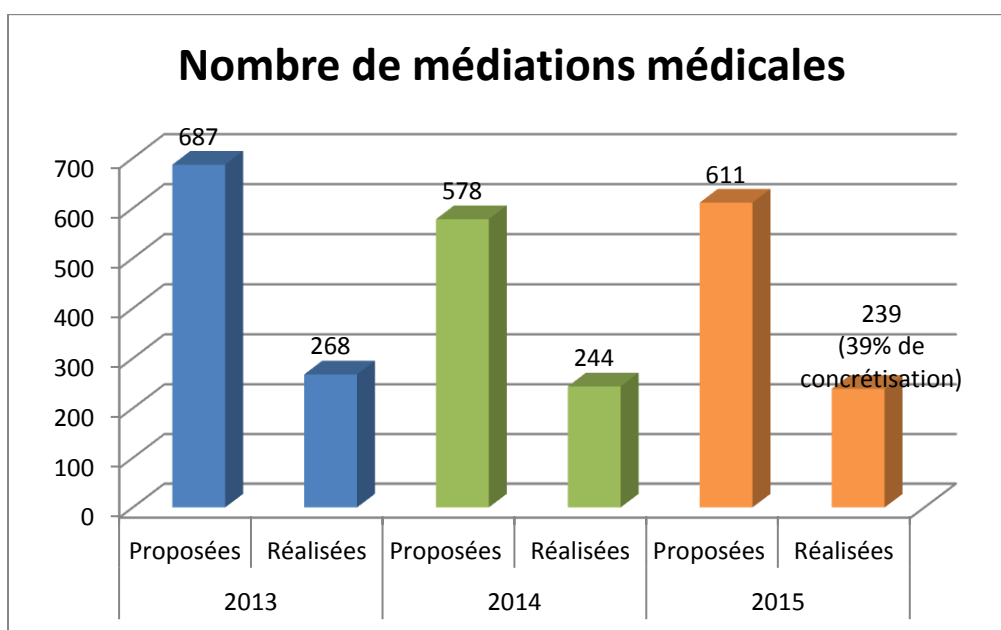
Depuis 2013, une procédure de recensement des plaintes (orales et écrites) et un protocole de traitement des réclamations est mise en œuvre dans la quasi totalité des établissements (96%).

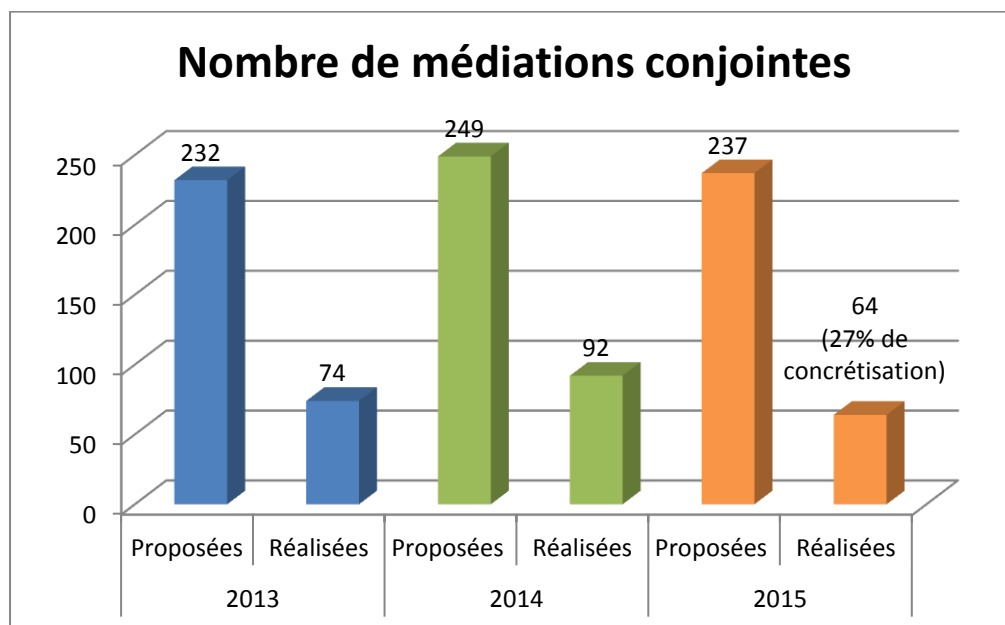
Par ailleurs le registre des plaintes et réclamations est accessible à tous les membres de la CRUQPC dans la totalité des établissements.

En 2015 le nombre de plaintes recensées sur toute la région s'élève à 6 614. Ce chiffre est en légère baisse par rapport aux années précédentes (-2.5%). C'est le secteur public qui reçoit le plus de plaintes et réclamations.

Le nombre d'éloges reçus est quant à lui de 9 611 (+5% par rapport à 2014).

- **Suites données aux plaintes et aux réclamations**



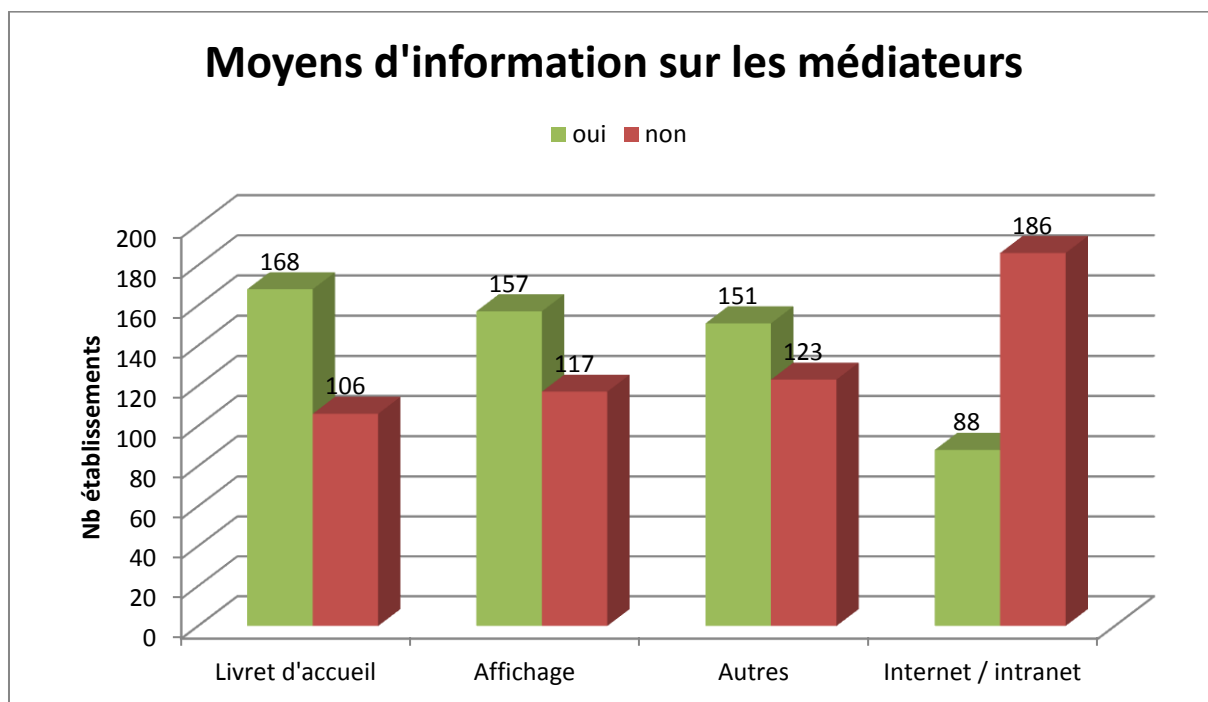


Malgré le fait que le nombre de médiations médicales et non-médicales **proposées** est en légère augmentation par rapport à l'année 2014, **le nombre global de médiations réalisées, toutes médiations confondues, continue de baisser.**

Seules 22% des plaintes et réclamations font l'objet d'une proposition de médiation (toutes médiations confondues) et seules 7% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une médiation effective. Soit un taux de concrétisation moyen de 32%.

A noter que les établissements publics proposent et réalisent plus de médiations que les établissements des autres secteurs.

- Nombre de réclamations ayant fait l'objet d'un traitement par la CRUQPC : 1 430 ;
- Nombre de patients reçus par la Direction : 913 (stable par rapport à l'année précédente). Ce sont les établissements privés non ESPIC qui reçoivent le plus les patients.



Les usagers sont informés de l'existence des médiateurs par le livret d'accueil ou pas des affichettes. Dans « autres », on retrouve l'information donnée à l'oral par le personnel de l'établissement.

• Formulation des plaintes

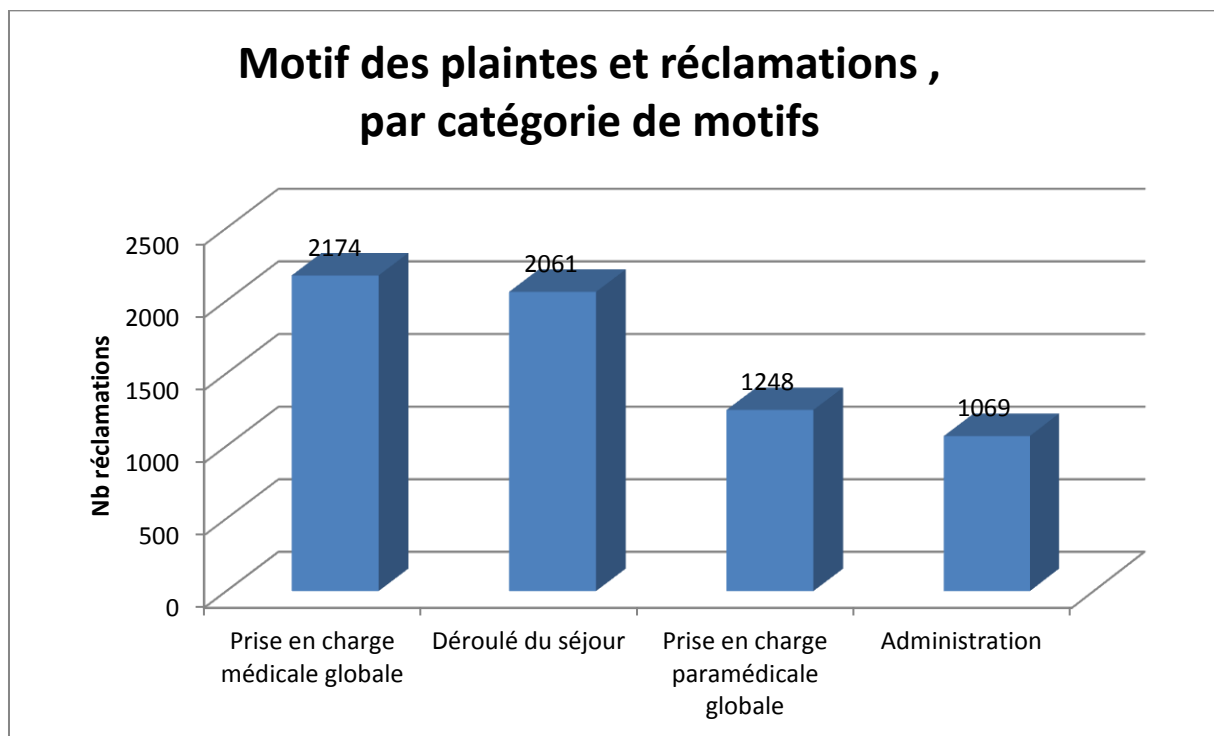
- Nombre de plaintes formulées par écrit : 5 601 (-3% par rapport à l'année précédente) ;
- Nombre de plaintes formulées par oral : 1 124 (stable par rapport aux années précédentes).

Ainsi le nombre total de plaintes formulées auprès des hôpitaux s'élèvent à 6 725, pour la première fois en légère baisse par rapport aux années précédentes (-4%).

• Origines des plaintes et réclamations

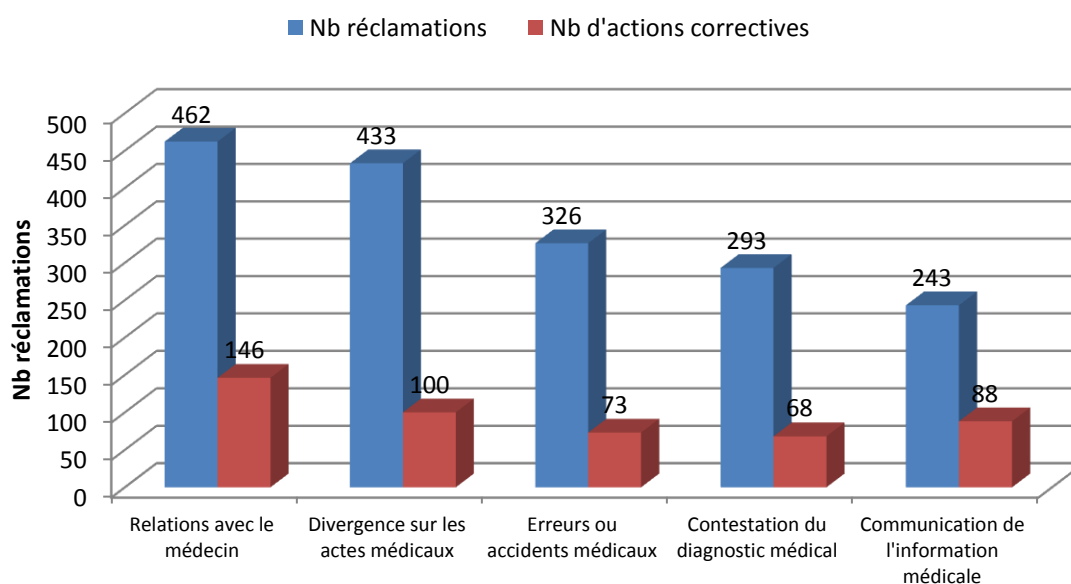
- **64% des plaintes et réclamations sont formulées par le patient lui-même**, tandis que 36% sont formulées par la famille ;
- Nombre de dossiers présentés en CRCI : 278 (en baisse constante depuis 2 ans) ;
- Nombre de recours gracieux auprès de l'établissement : 434 ;
- Nombre de recours juridictionnels : 356.

- **Répartition des motifs de plaintes et réclamations de l'année 2015 par motif**

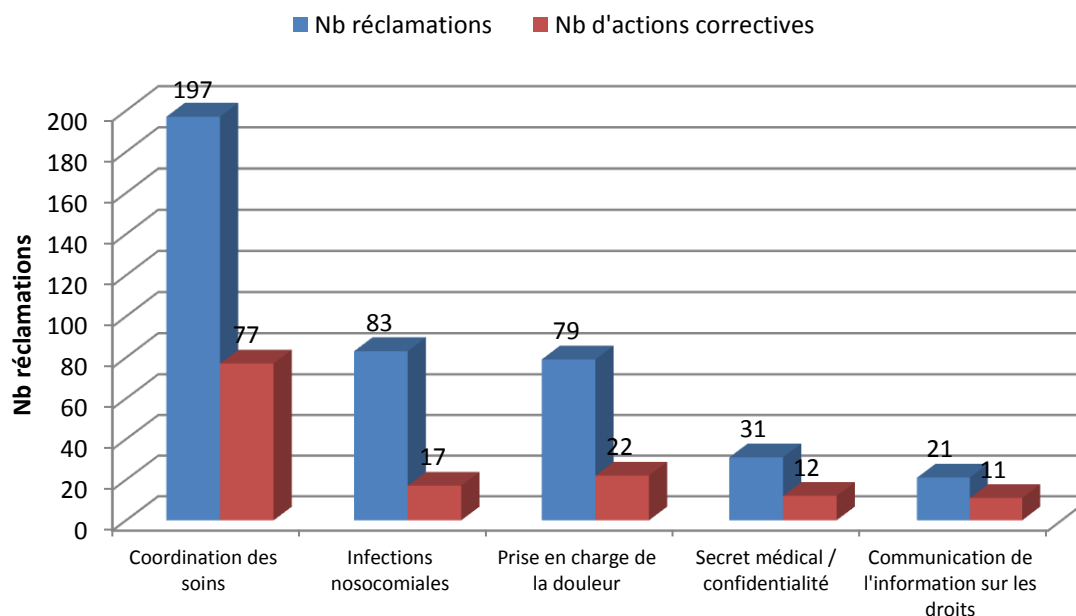


Pour la première année, la prise en charge médicale globale est le premier motif de réclamation. Suivent ensuite le déroulé de séjour, puis la prise en charge paramédicale globale.

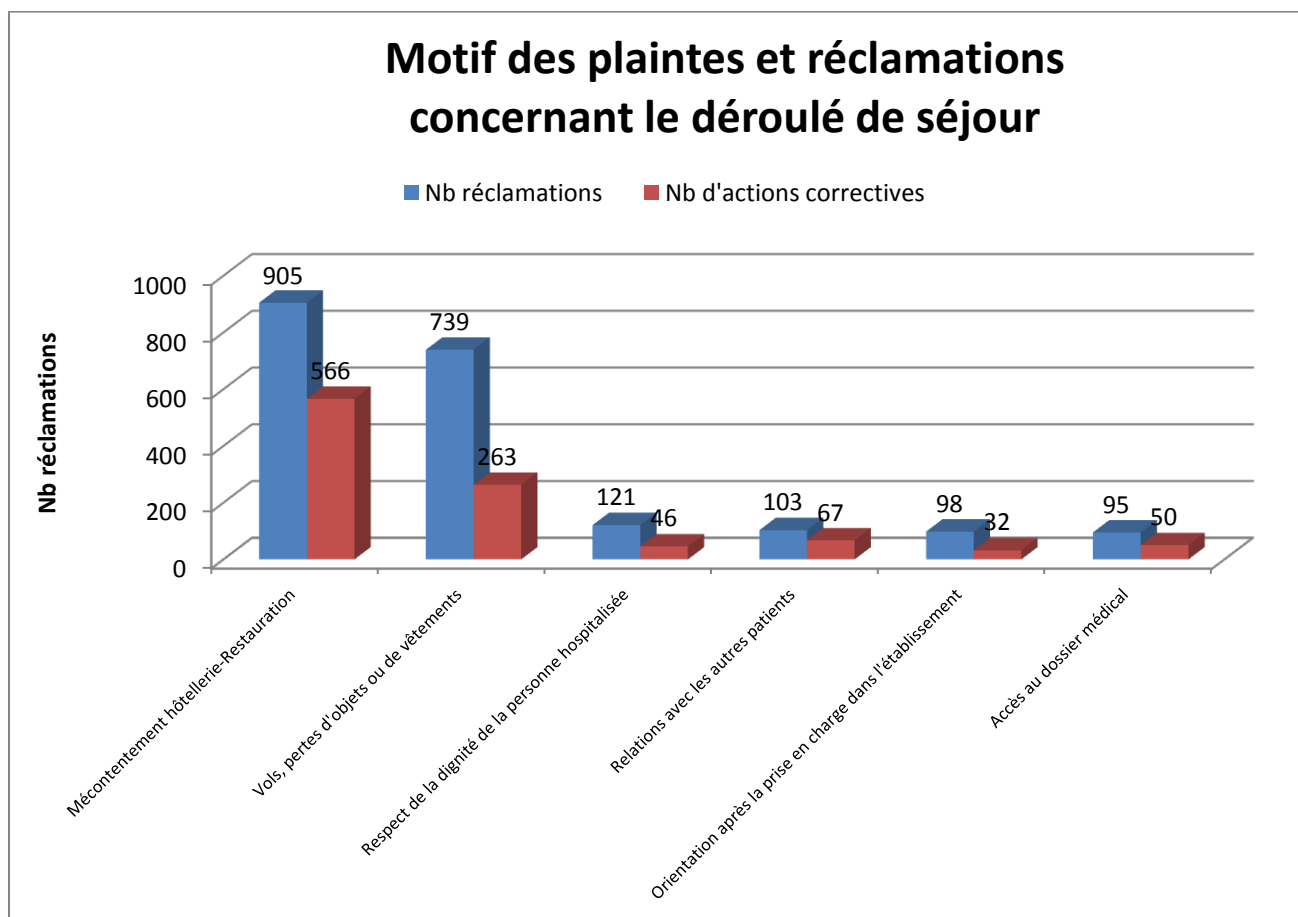
Motif des plaintes et réclamations concernant la prise en charge médicale (1/2)



Motif des plaintes et réclamations concernant la prise en charge médicale (2/2)



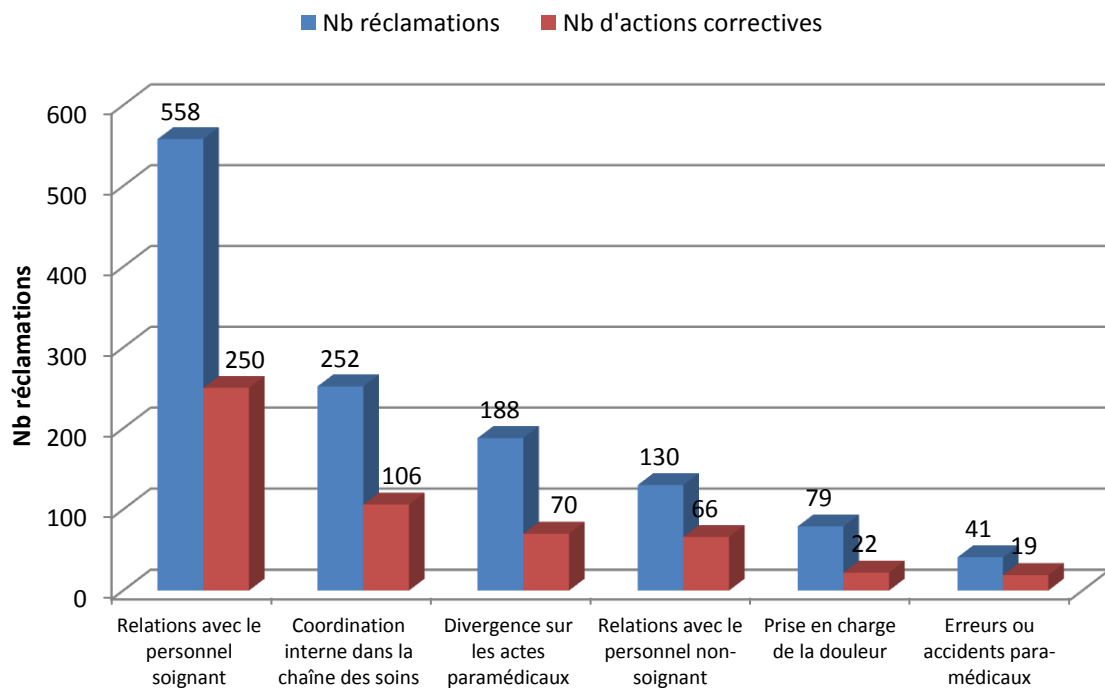
Pour la première année, les relations avec le médecin représentent le principal motif de plaintes et de réclamations. La divergence sur les actes médicaux est en baisse, alors que la contestation du diagnostic est, elle, en augmentation.



Le détail des plaintes concernant la catégorie « Déroulé du séjour » met en lumière le mécontentement de l'hôtellerie-restauration, ainsi que les vols/pertes d'objet ou de vêtement comme les 4 années précédentes.

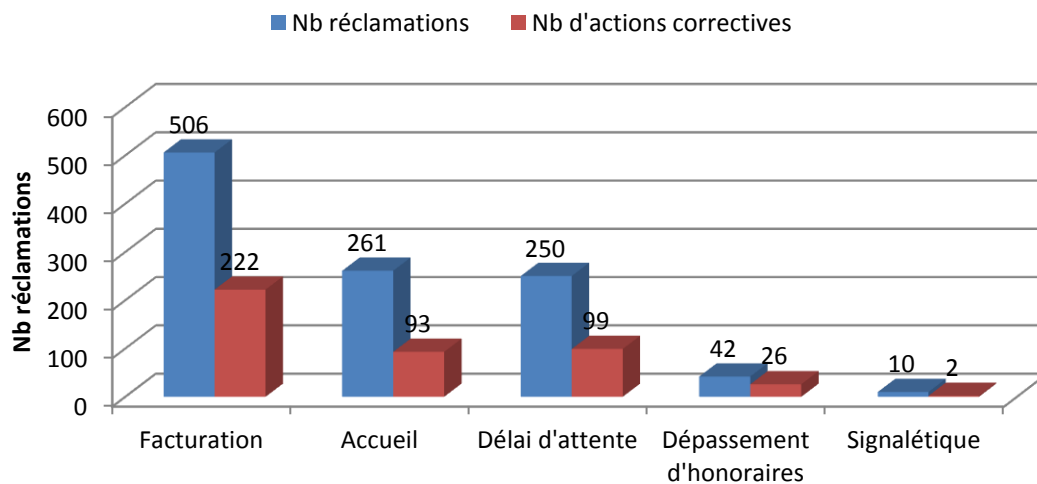
A noter que, par rapport aux années précédentes, **le nombre de plaintes et réclamations concernant l'accès au dossier médical est en très forte baisse**. Celui sur la prise en charge après le passage dans l'établissement est également en légère baisse.

Motif des plaintes et réclamations concernant la prise en charge paramédicale



Pour ce qui concerne la prise en charge paramédicale, les relations avec le personnel soignant, restent le principal motif d'insatisfaction. Même si la divergence sur les actes et la coordination interne des soins font partie des motifs principaux, il faut noter que le nombre de plaintes et réclamations est en baisse sur ces deux sujets. Cela peut s'expliquer par le nombre important d'actions correctives déclarées par les établissements.

Motif des plaintes et réclamations concernant l'administration



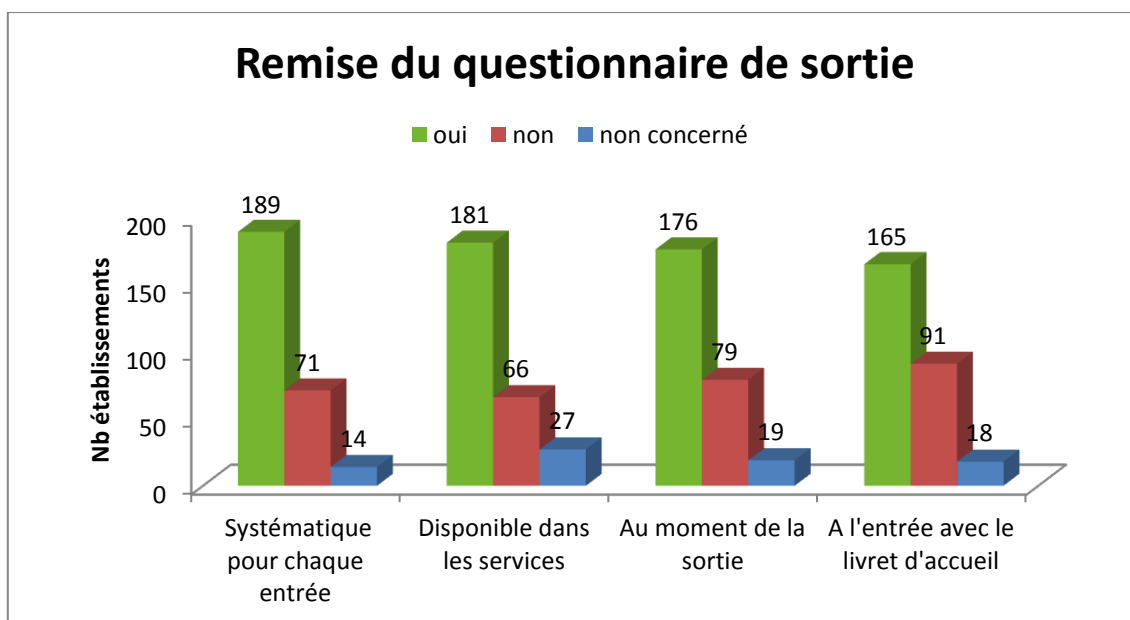
Le motif principal de plainte dans la catégorie administration reste la facturation. Cependant, de nombreuses actions correctives ont menées sur ce volet (50% des plaintes et réclamations ont fait l'objet d'une action corrective l'année précédente) et le nombre de réclamations commence à baisser sur ce sujet (-12%).

- **Accusé de réception et réponses aux plaintes et réclamations**

En moyenne, les établissements accusent réception des plaintes et réclamations en 4 jours, et le délai moyen de réponse circonstanciée à la plainte ou réclamation est de 13 jours.

4) Volet Satisfaction

- **Protocole de remise du questionnaire de sortie**



Le questionnaire de sortie peut être remis au patient durant tout son parcours hospitalier, mais il est le plus souvent remis à l'entrée.

On dénombre 259 650 questionnaires remplis avec un taux de retour de 38 %. Attention, ces chiffres sont à prendre avec précaution car il existe de grandes disparités entre établissements.

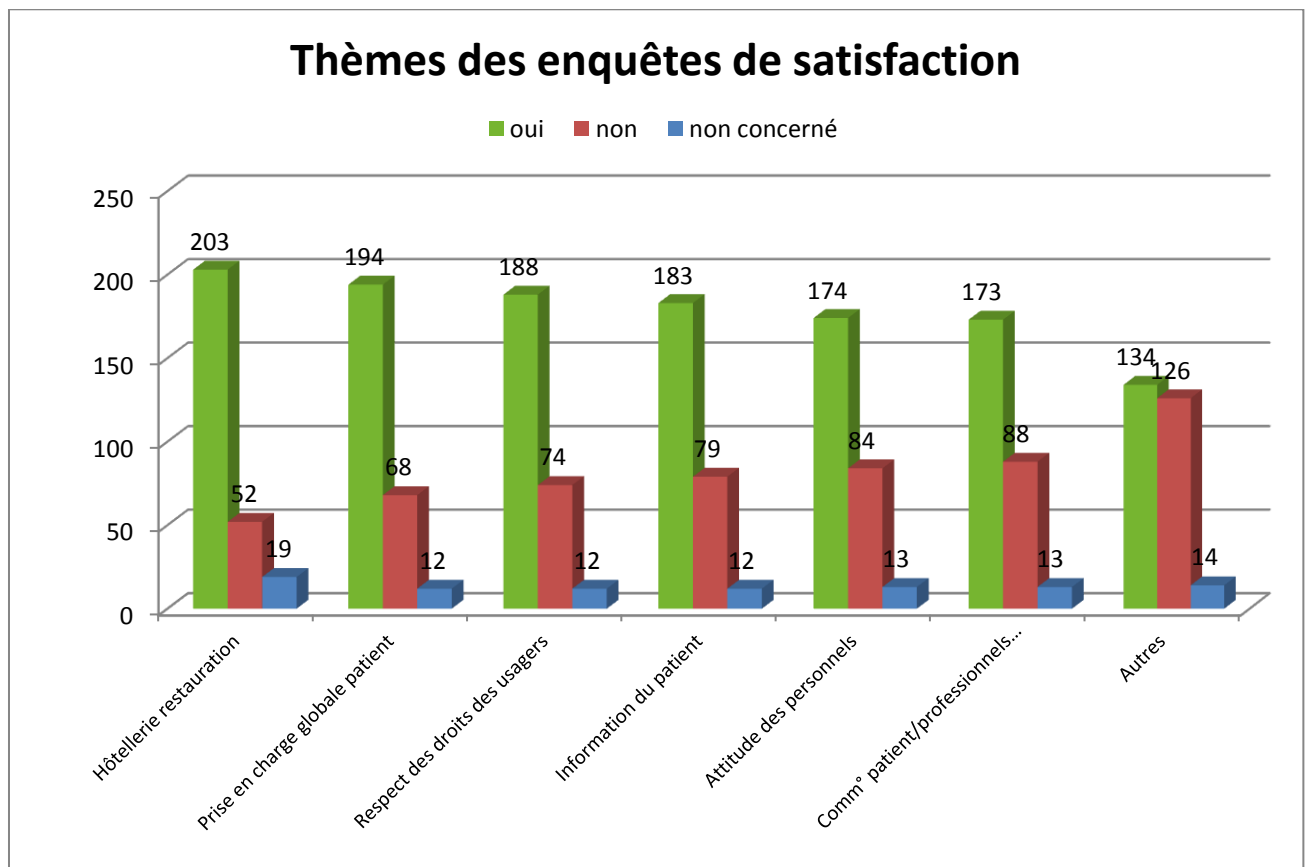
- **Enquête de satisfaction**

Les hôpitaux sont dans l'obligation de réaliser un certain nombre d'enquêtes de satisfaction, notamment pour renseigner des indicateurs prédéfinis par le ministère, sur la satisfaction globale du patient.

Pour l'année 2015, 361 478 (+7% par rapport à l'année précédente) ont été réalisées sur la région et 319 646 personnes enquêtées. **Attention, 15 établissements déclarent faire plus de 100 enquêtes**

par an et 7 déclarent en faire plus de 1 000 dans l'année. La question a peut-être été mal comprise. La majorité des établissements déclare en faire entre 1 et 15 par an.

- *Thèmes des enquêtes réalisées*



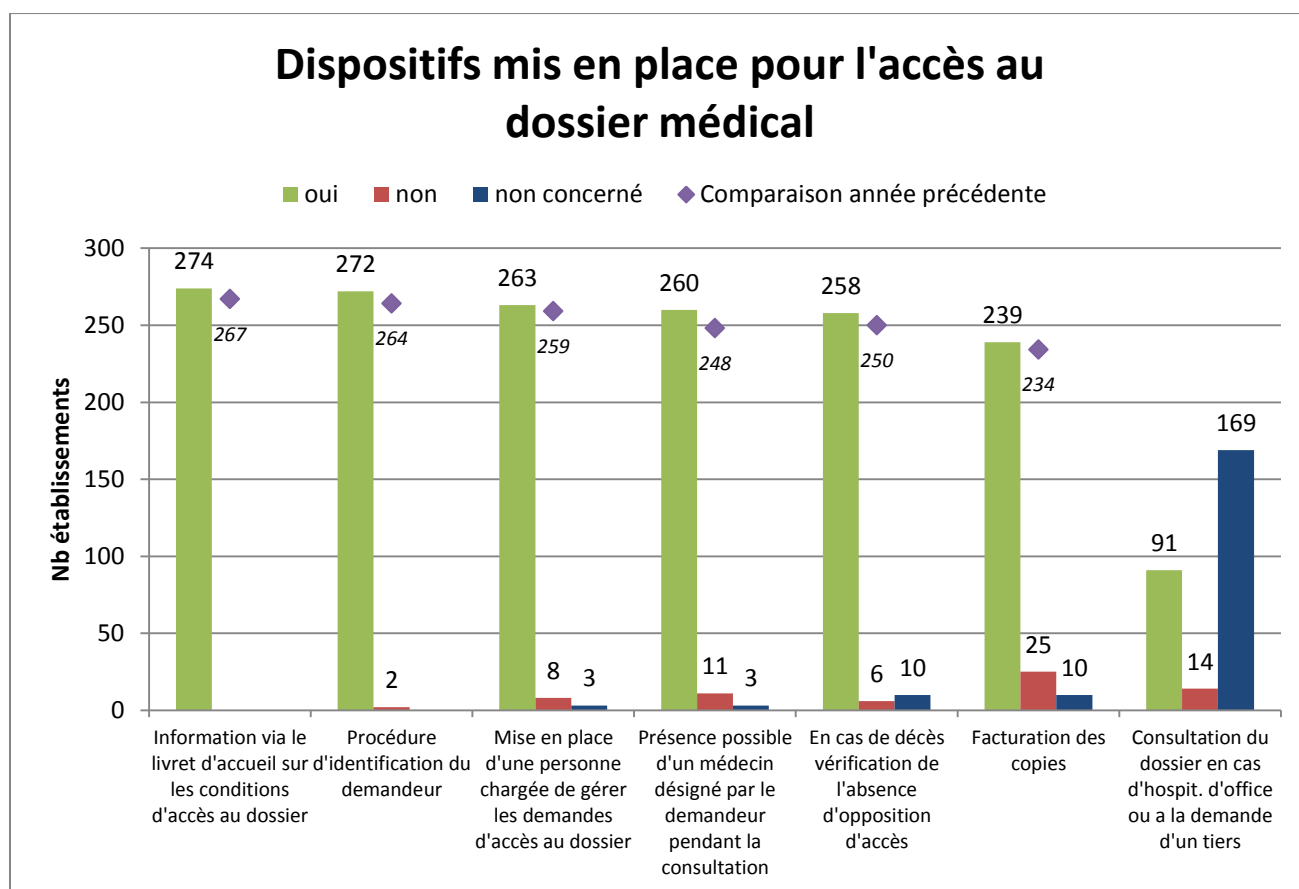
Dans « Autres », on retrouve :

- Durée d'attente ;
- Accueil ;
- Prise en charge de la douleur ;
- Signalétique ;
- Transport ;
- Propreté des locaux.

Lors de la certification des établissements de santé, sur le critère 9b (évaluation de la satisfaction des usagers), 76% des établissements de santé de la région ont été cotés « A », 23% ont été cotés « B » et 0% cotés « C » (un seul établissement).

5) Accès au dossier médical

- Conditions d'accès à l'information médicale



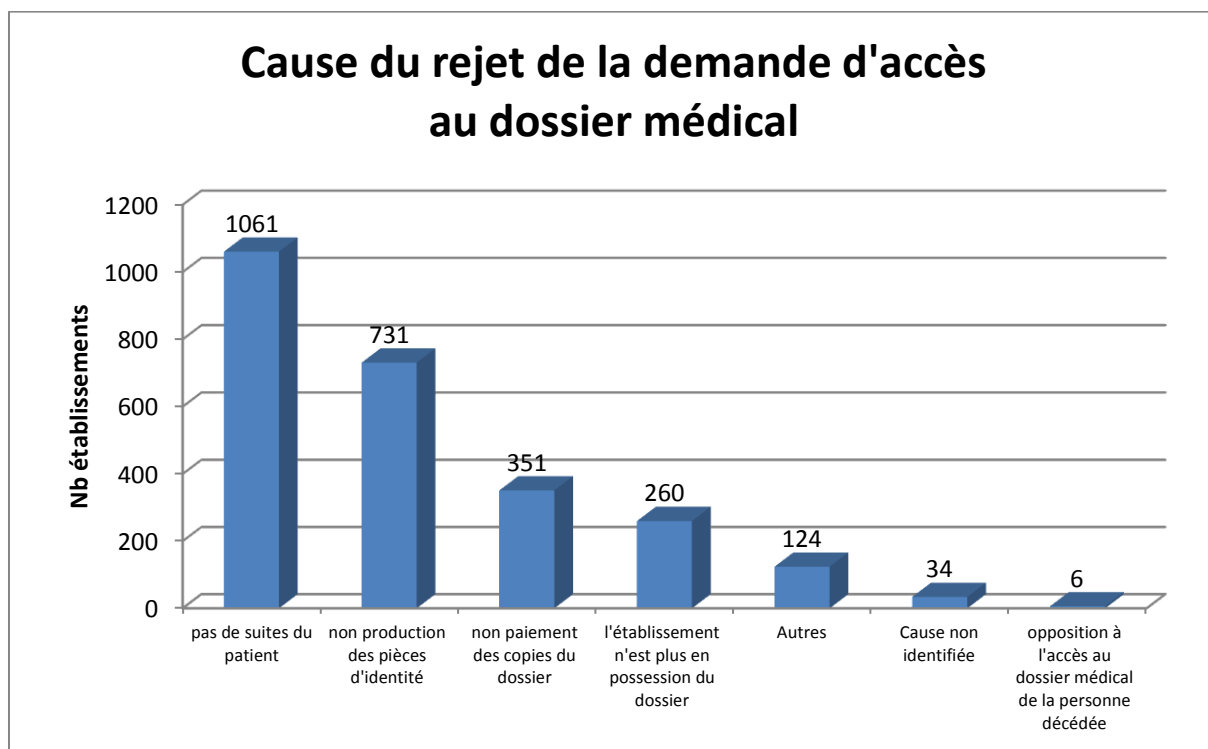
Les dispositifs sont mis en place par les établissements en ce qui concerne l'accès au dossier médical et continuent leur légère progression.

Les causes de rejet de la demande d'accès au dossier médical sont les mêmes que celles des trois dernières années.

	Nb de demandes d'accès au dossier médical	Nb de demandes traitées	% de demandes traitées
Demandes reçues du patient	11 485 (+16% année précédente)	8 000	70%
Demandes reçues d'un tiers	3 383	2 389	71%
<i>Dt nb de dossiers > 5 ans</i>	2 124	1 522	72%

Quelle que soit la provenance de la demande (patient ou tiers) 70% de ces demandes sont traitées.

Nombre de demandes rejetées	2 610
<i>Dont nb de dossiers > 5 ans</i>	515



Dans « autres », on retrouve :

- des demandes de dossiers datant de plus de 20 ans ;
- des demandes pour des patients jamais hospitalisés dans l'établissement ;
- des demandes incomplètes ne permettant pas de retrouver le dossier.

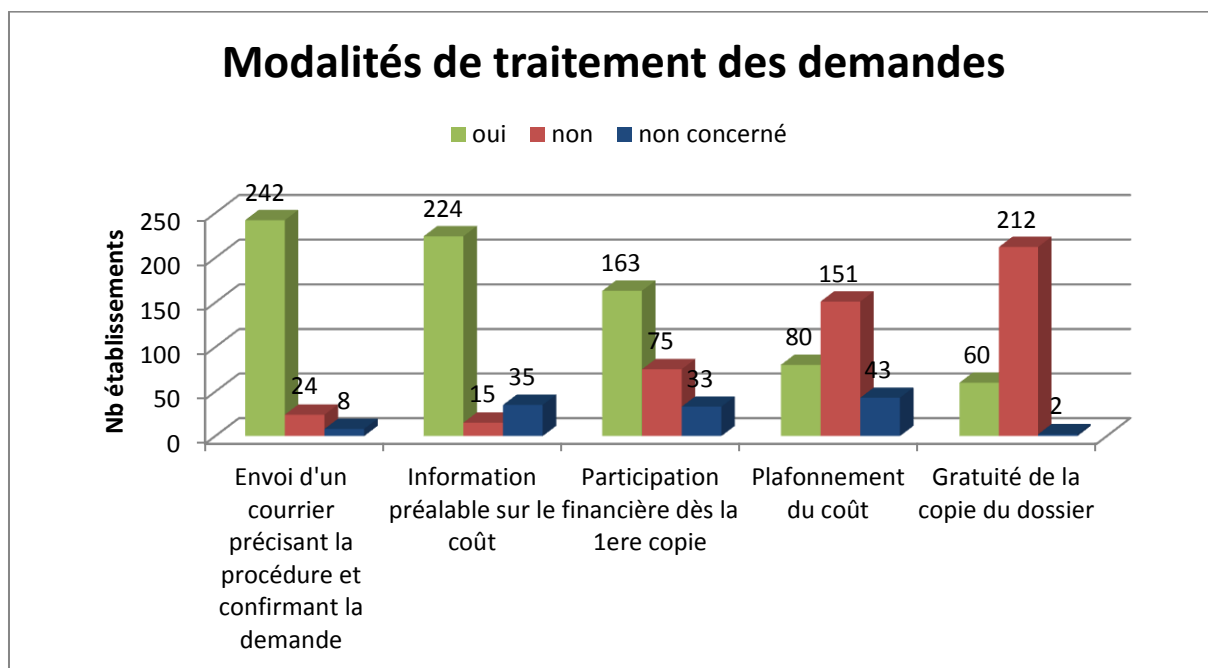
Comme les années précédentes, la majorité des demandes rejetées relève principalement d'une absence de suites de la part du patient ou de la non justification de l'identité.

● Modalités de traitement des demandes

La réglementation impose que le demandeur doit obtenir communication sous 8 jours (pour les dossiers de moins de 5 ans) et 2 mois (pour les dossiers de plus de 5 ans).

Délai moyen pour accuser réception de la demande (en jours)	3
Délai moyen de traitement à réception de la demande complète (pour les dossiers < 5 ans)	6
Délai moyen de traitement à réception de la demande complète (pour les dossiers > 5 ans)	14

Des efforts visibles ont été réalisés, car les délais de traitement des demandes se sont progressivement réduits et sont stables depuis maintenant 2 ans.



Ces chiffres sont confirmés par la certification des établissements de santé, puisque sur le critère 14.b (accès du patient à son dossier) 78% des établissements de santé de la région ont été cotés « A », 15% ont été cotés « B » et 7% ont été cotés « C ». Ces chiffres sont stables par rapport à l'année précédente.

6) Volet Accès à l'information

- **Délivrance des informations aux usagers sur leurs droits**

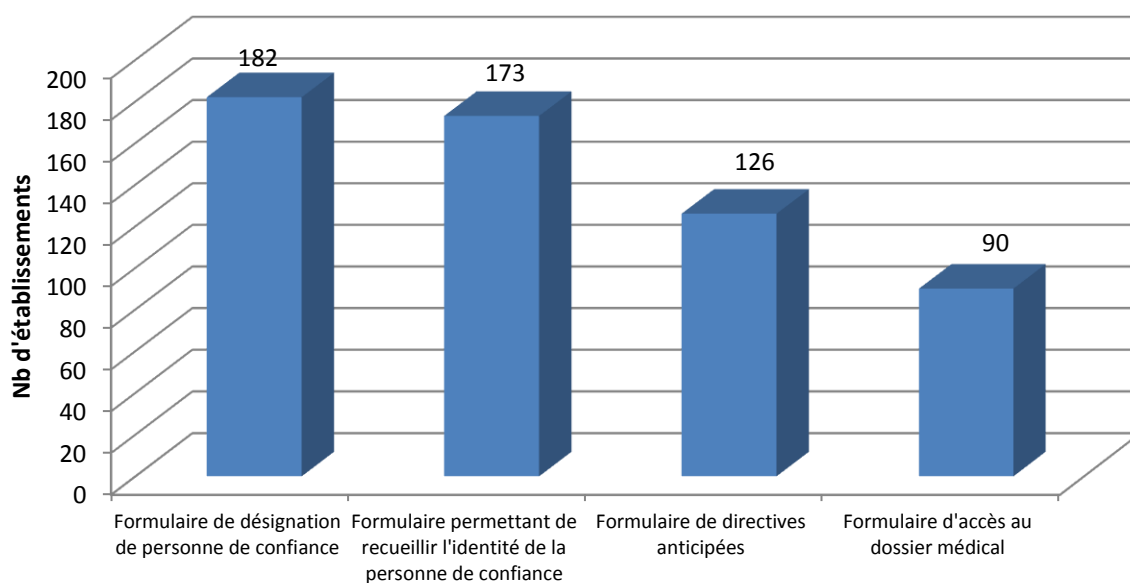
- *Remise du livret d'accueil*

Le taux de remise du livret d'accueil est de 87%.

Dans 97% des cas, il est remis au patient dès son arrivée dans l'établissement et est accompagné d'explications orales dans 84% des cas.

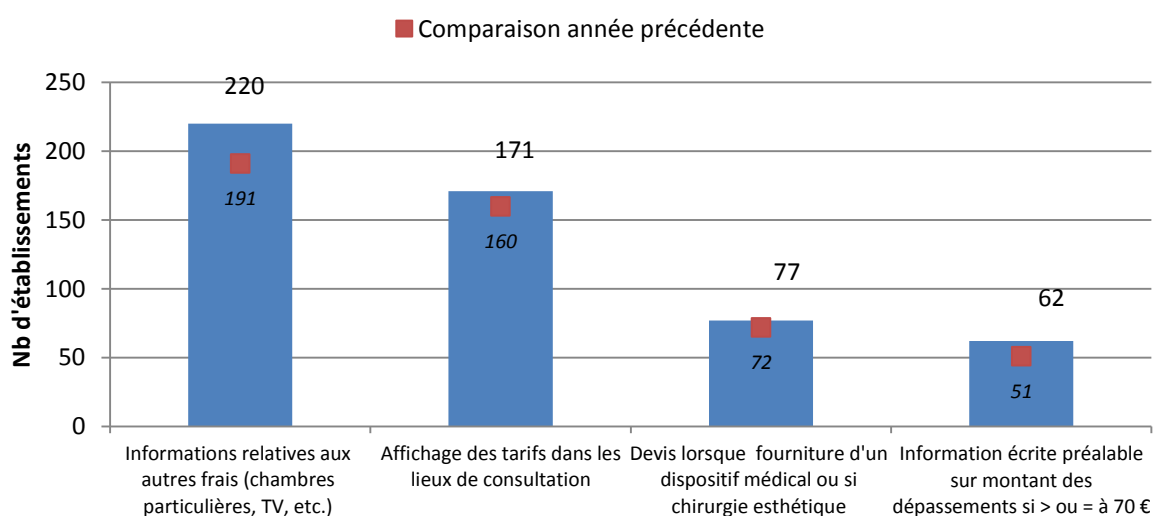
A noter que le taux de remise du livret d'accueil est de 92% pour les établissements privés non ESPIC et ESPIC, alors qu'il est de 65% pour les établissements publics.

Documents accompagnant le livret d'accueil



- Informations aux usagers sur les frais de prise en charge (PEC)

Information sur les frais de prise en charge

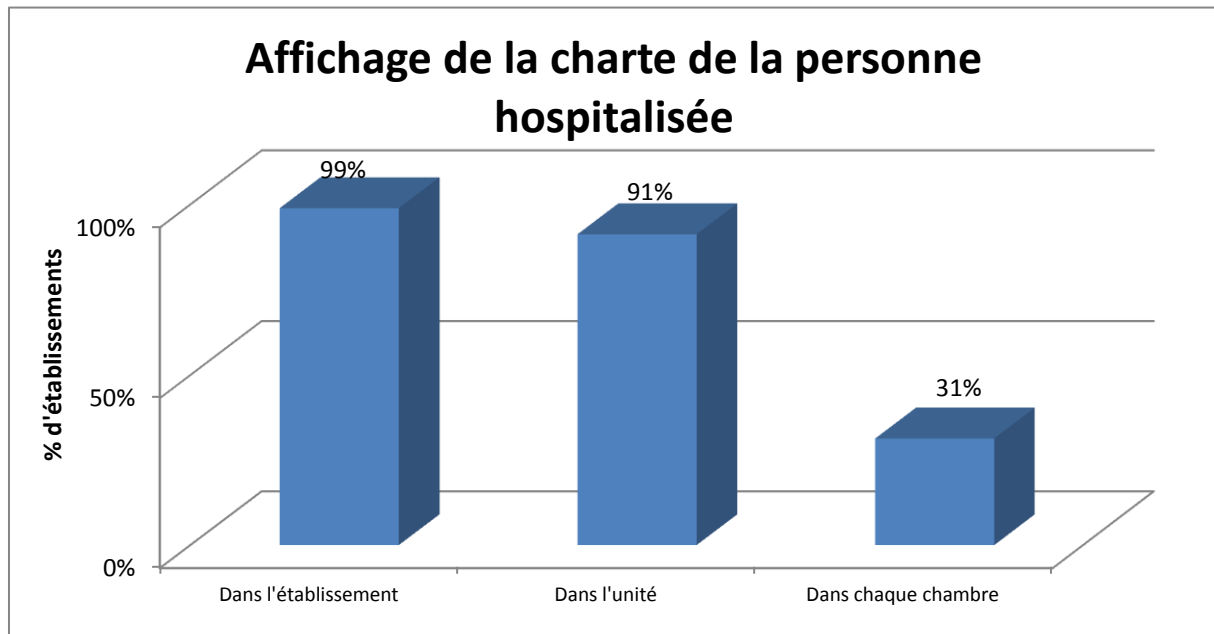


Les progrès engagés sont en constante hausse depuis 2 ans. Par rapport à 2014 :

- +29% d'établissements affichent les tarifs dans les lieux de consultation ;
- +30% d'établissements informent préalablement le patient sur le montant des dépassements d'honoraires lorsqu'ils sont supérieurs à 70 euros (cependant, seuls 62 établissements déclarent le faire) ;
- + 31 % des établissements renseignent sur les autres frais.

A noter que seulement 46% des privés ESPIC affichent les tarifs dans les lieux de consultation, contre plus de 65% pour les autres secteurs.

- *Affichage de la charte de la personne hospitalisée*

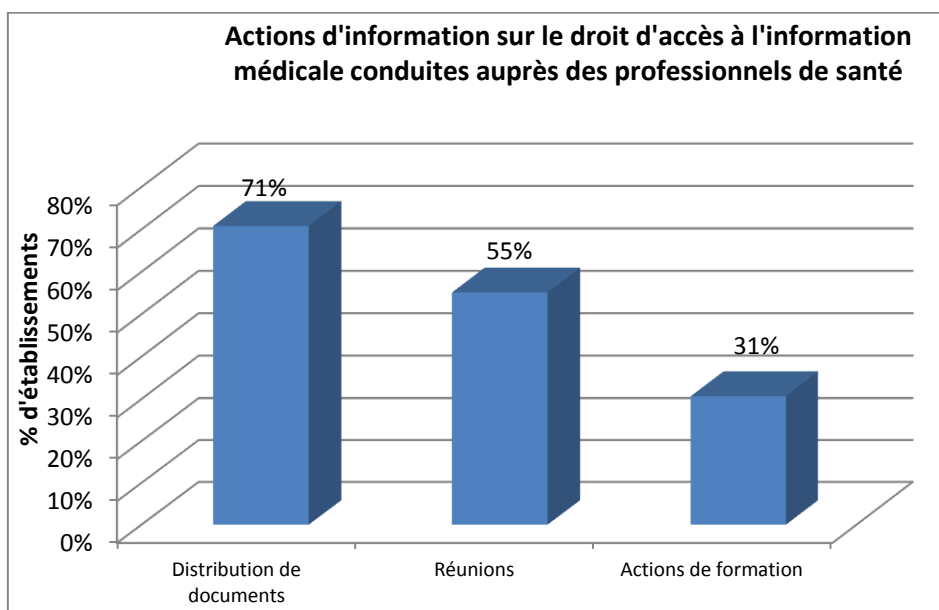


La charte du patient hospitalisé est majoritairement disponible dans les espaces communs de l'établissement, mais peu dans les chambres des patients.

- **Délivrance de l'information médicale au patient et recueil de son consentement**

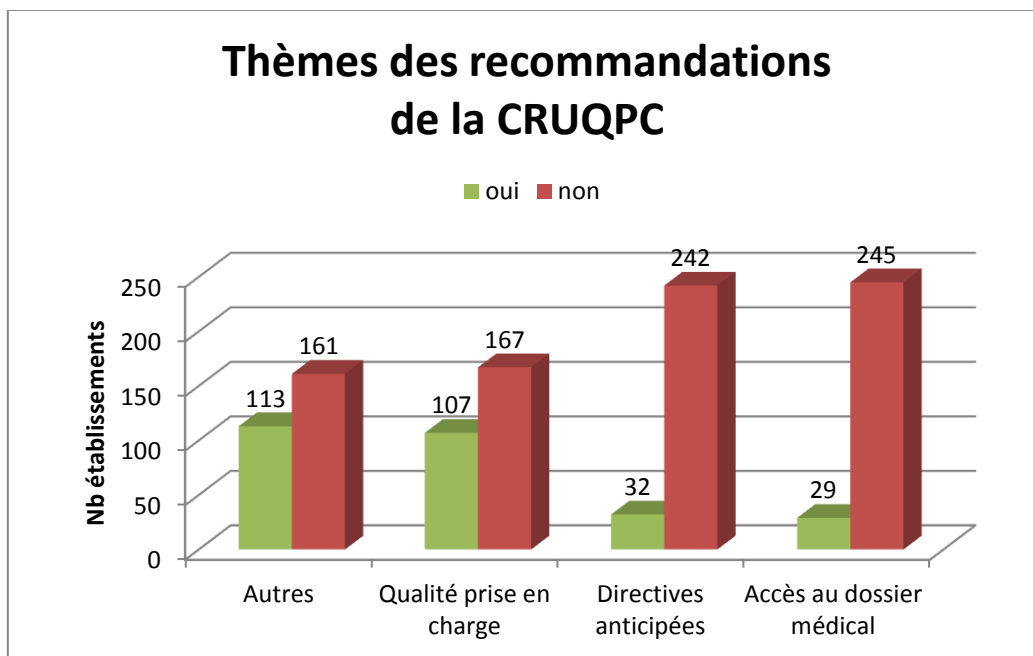
Dans 73% des établissements, il existe un protocole sur l'organisation de la délivrance des informations médicales aux patients et à leurs proches. Dans ces mêmes établissements, il existe un protocole permettant de tracer le consentement du patient aux actes proposés. A noter que 266 plaintes / réclamations traitant des défauts d'information au patient ont été recensées.

- **Droit à l'information en général**



7) Volet Recommandations

60% des établissements déclarent que la CRUQPC a émis des recommandations. En moyenne, chaque CRUQPC émet 5 recommandations (858 recommandations au total sur toute la région).



Les établissements estiment que les recommandations de la CRUQPC sont suivies à 82%.

Dans la catégorie « Autres », les établissements indiquent le plus souvent que les CRUQPC ont émis des recommandations sur :

- L'hôtellerie ;

- Le taux de retour des questionnaires de satisfaction ;
- L'information du patient ;
- Le respect des droits et libertés.

8) Volet Qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

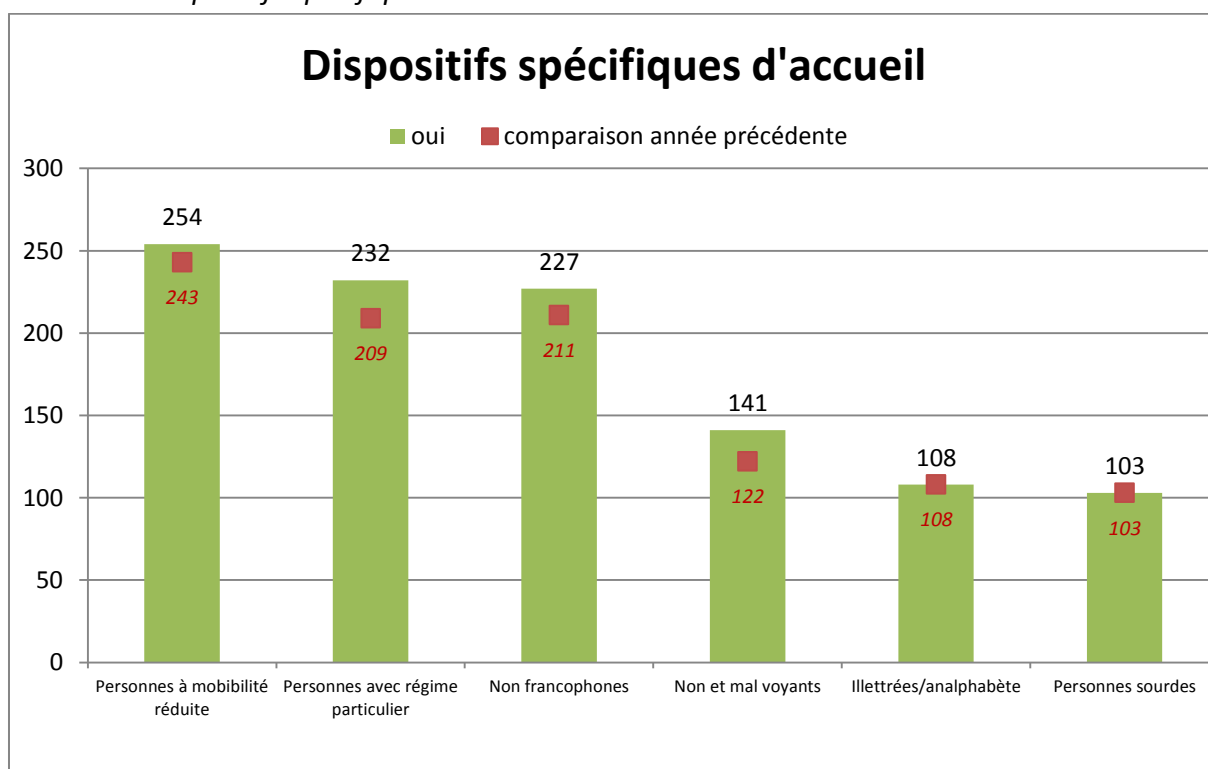
• Politique liée à la qualité de la prise en charge

En 2015, 98% des établissements déclarent intégrer des engagements en matière de qualité de prise en charge dans leur projet d'établissement et 95% ont un dispositif de promotion de la bientraitance (amélioration continue depuis 2012, où 81% des établissements déclaraient un dispositif).

En revanche, la certification montre des résultats plus mitigés puisque sur le critère 10 (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance), seuls 44% des établissements ont reçu une cotation « A », 56% une cotation « B » et 1% une cotation « C ».

• Dispositifs d'accueil adaptés

- *Dispositifs spécifiques d'accueil*



Les progrès engagés ces dernières années continuent, particulièrement pour les personnes avec un régime particulier, non francophones ou malvoyantes. Cependant, moins de 50% des établissements

proposent des dispositifs spécifiques pour ces deux dernières catégories, ainsi que pour les personnes sourdes.

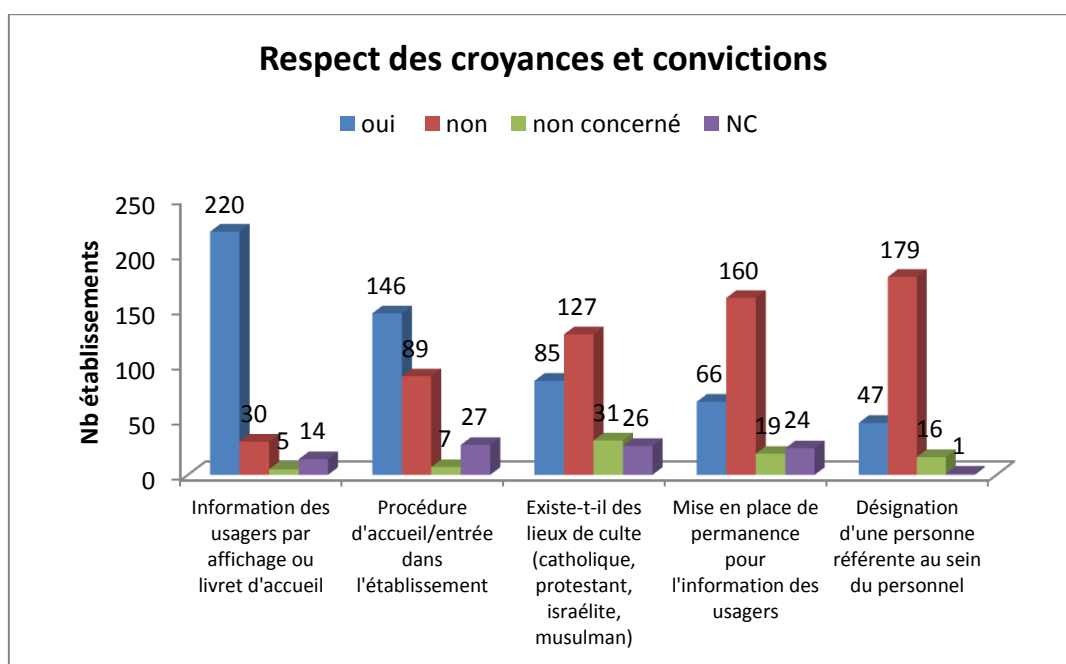
L'objectif d'une accessibilité en 2015 fixé par la loi sur le handicap oblige tout les établissements publics à être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

93% des établissements déclarent être accessibles aux personnes à mobilité réduite, soit une amélioration de 17% par rapport à l'année 2013.

4 établissements ont identifié des personnes en situation de handicap ayant rencontré des difficultés d'accès aux soins. Dans les motifs, c'est l'accessibilité du bâtiment, et notamment des urgences, qui est citée.

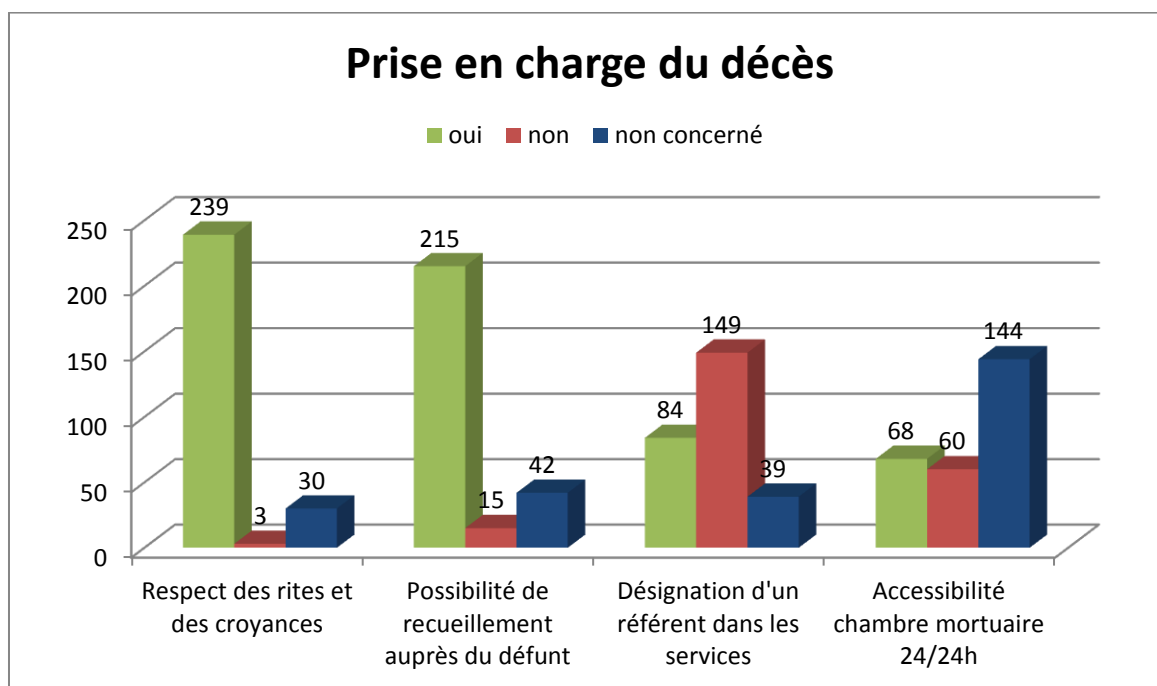
Si l'accès pour les personnes à mobilité réduite s'améliore et les dispositifs d'accueil spécifiques sont davantage mis en place, d'importants efforts restent à faire pour une accessibilité universelle.

- **Respect des croyances et convictions**



De plus en plus d'établissements informent les usagers, principalement via le livret d'accueil et l'affichage, de ce qui est mis en place pour le respect des croyances et convictions. **Seuls 17% des établissements ont désigné une personne référente sur ces questions** (principalement des établissements publics).

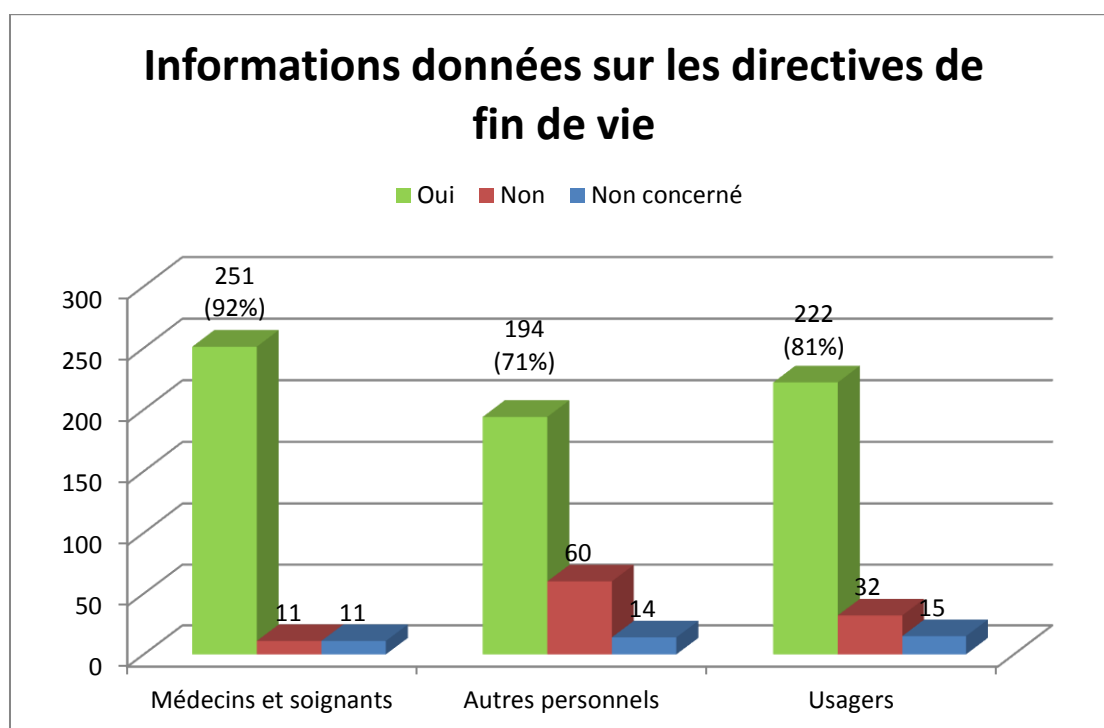
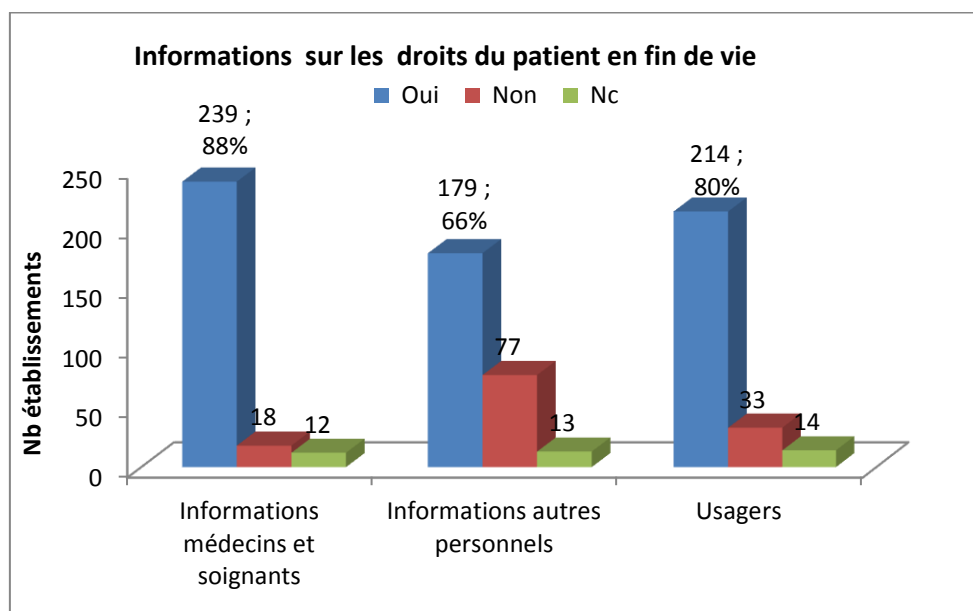
- **Prise en charge du décès**



Pour la prise en charge d'un décès, 31% (+4% par rapport à l'année précédente) des établissements ont désigné un référent dans les services (principalement dans les établissements privés lucratifs). 87% des établissements déclarent respecter les rites et les croyances.

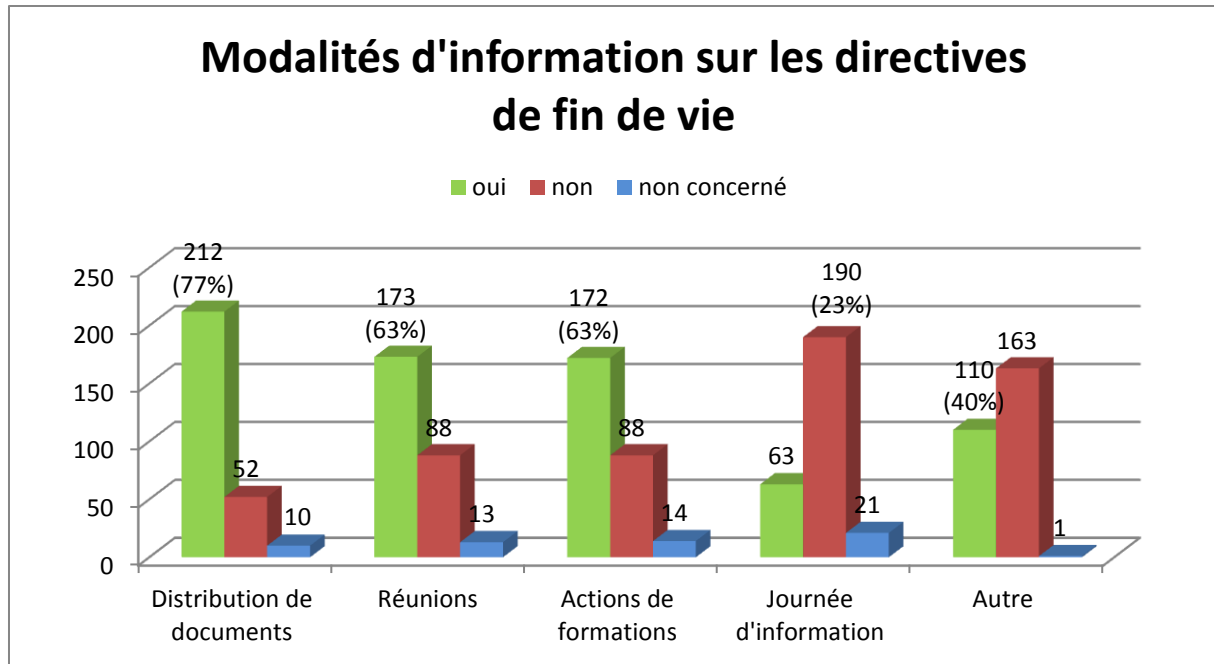
9) Volet Directives de fin de vie

- Informations des médecins et des soignants sur les directives de fin de vie



L'information sur les droits du patient en fin de vie semble largement diffusée au sein du personnel hospitalier, puisque :

- plus de 92% des établissements (+4% par rapport à l'année précédente et + 10% par rapport à 2013) déclarent avoir sensibilisé leur personnel soignant,
- plus de 71% des établissements (+14% par rapport à 2013) déclarent avoir sensibilisé les autres personnels,
- 81% des établissements déclarent avoir informé les usagers (stable par rapport à l'an dernier).

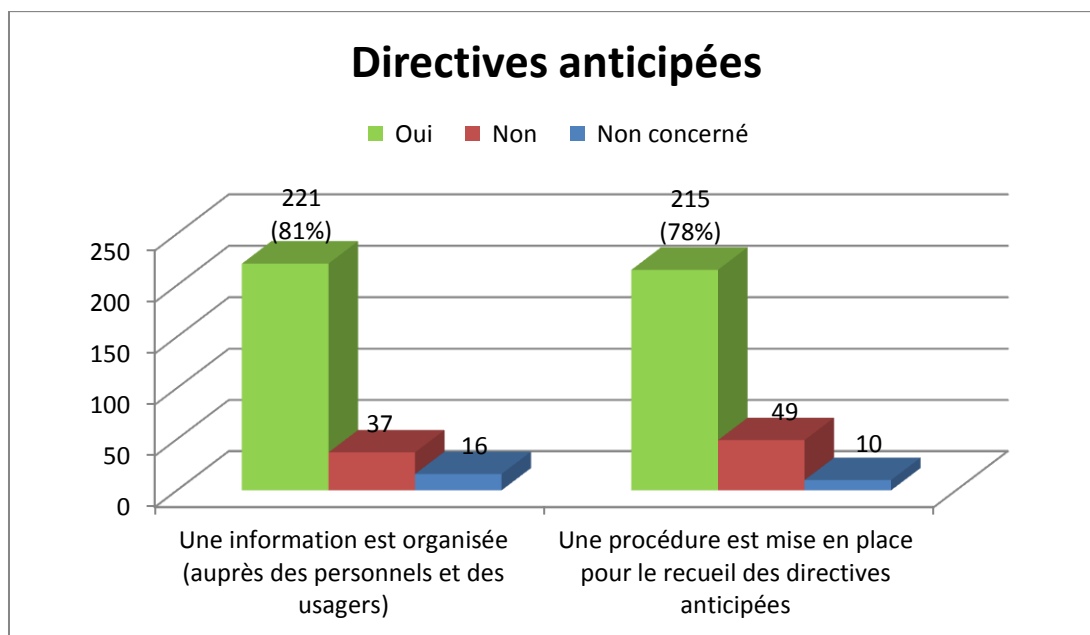


On retrouve dans « autres » :

- Le livret d'accueil ;
- L'affichage ;
- Le site Internet établissement.

L'amélioration constatée ces deux dernières années se poursuit, avec encore cette année une meilleure sensibilisation sur les directives de fin de vie. A noter cependant que la distribution de documents est le moyen le plus utilisé, avec les limites que cela comporte.

- **Proportions d'établissements ayant un dispositif de recueil des directives anticipées**



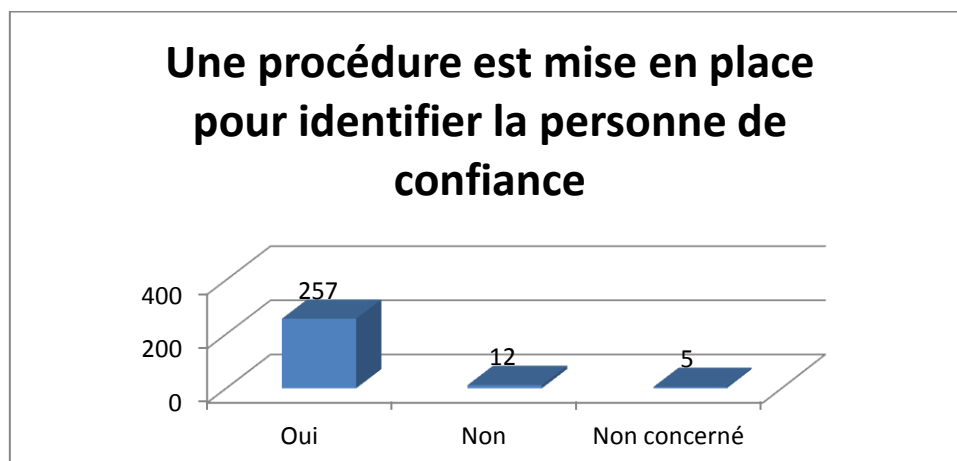
Une procédure de recueil des directives anticipées est mise en place dans 78% des établissements.

Concernant les modalités de recueil, **il ressort la distribution d'un document d'information accompagné d'un formulaire à remplir, souvent distribué lors de l'admission du patient dans l'établissement.**

9 078 directives anticipées ont été recueillies dans l'année (en légère baisse par rapport à l'année précédente).

- **Identification de la personne de confiance**

La personne de confiance peut être identifiée à tout moment. Elle est habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette désignation doit se faire par écrit.



Cette procédure est mise en place dans 94% des établissements de la région (+1% par rapport à l'année précédente).

Là encore, cette procédure prend souvent la forme de **la distribution d'un document d'information accompagné d'un formulaire à remplir, souvent distribués lors de l'admission du patient dans l'établissement.**

Sur cet item également les résultats de la certification sont plus mitigés puisque sur le critère 13a (prise en charge et droits des patients en fin de vie), 48% des établissements ont été cotés « A », 43% ont été cotés « B » et 9% « C ».

10) Volet Soins sans consentement

Depuis cette année, et à la demande des établissements, un volet « soins sans consentement » a été ajouté pour les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les établissements « généraux » dotés de services habilités de psychiatrie.

6 914 mesures de soins psychiatriques sans consentement ont été assurées dans l'année dont :

- 1 666 sur décision du représentant de l'Etat ;
- 4 654 à la demande d'un tiers ;
- 1 496 en cas de péril imminent sans tiers.

Concernant les procédures de contrôle des hospitalisations complètes :

- **4 987 saisines du juge des libertés et de la détention** ont été comptabilisées ;
- **109 décisions de mainlevée de mesures de soins sans consentement** ont été prises par le juge des libertés et de la détention ;
- **5 décisions de mainlevée de mesures de soins sans consentement** ont été prises par la cour d'appel.

Les motifs principaux relevés pour les mainlevées sont :

- Problèmes de certificat médical (divergences de certificat, certificat erroné ou insuffisamment argumenté) ;
- Vice de forme ;
- Placement sans fondement.

Conclusion :

La reconnaissance progressive du travail de la CRUQPC et l'implication croissante des représentants des usagers dans les travaux de l'établissement montrent que la commission devrait être en mesure de réaliser les nouvelles missions qui lui sont confiées dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé.

La CRUQPC voit en effet ses missions s'élargir et son nom se transforme en « commission des usagers ». Elle doit être installée pour le 03 décembre 2016 dans tous les établissements de santé.

Le rapport rempli par les établissements va donc devoir évoluer et il sera nécessaire de dresser un bilan des évolutions des missions de cette commission.

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS				
Objectif 1 : Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)				
Sanitaire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.)	Les thèmes les plus abordés sont : > Prise en charge de la douleur > Bientraitance /Maltraitance > Les droits individuels (dignité, fin de vie, accès au dossier médical, recueil de la volonté de la personne etc.)	Les thèmes les plus abordés sont : > Prise en charge de la douleur > Bientraitance /Maltraitance > Les droits individuels (dignité, fin de vie, accès au dossier médical, recueil de la volonté de la personne etc.)	Pas de changement dans les thèmes les plus abordés qui sont toujours : > Prise en charge de la douleur > Bientraitance /Maltraitance > Les droits individuels (dignité, fin de vie, accès au dossier médical, recueil de la volonté ...)
	Couverture des formations : – par professions de santé ; - par couverture géographique :	59% des établissements déclarent avoir formé leur personnel médical 85% des établissements déclarent avoir formé leur personnel paramédical. 75% des établissements déclarent avoir formé leur personnel administratif	40% des établissements déclarent avoir formé leur personnel médical 71% des établissements déclarent avoir formé leur personnel paramédical 52% des établissements déclarent avoir formé leur personnel administratif	39% des établissements déclarent avoir formé leur personnel médical 70% des établissements déclarent avoir formé leur personnel paramédical 55% des établissements déclarent avoir formé leur personnel administratif
	Nb formations proposées Nb formations réalisées Nb de personnes formées	4 600 4 986 16 767	4 417 4 898 16 801	4 301 4 941 18 128
Médico-social	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, CVS...)	Les thèmes les plus abordés sont: > Bientraitance /Maltraitance > Prise en charge de la douleur > Soins palliatifs et fin de vie	Les thèmes les plus abordés sont: > Bientraitance /Maltraitance > Soins palliatifs et fin de vie > Prise en charge de la douleur	<i>Pas de questionnaire en 2016</i>
	Couverture des formations : - par professions de santé - par couverture géographique	73% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel paramédical 50% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel administratif 42% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel médical	74% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel paramédical 56% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel administratif 39% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel médical 30% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel social 12% des ESMS PA déclarent avoir formé leur personnel éducatif	
	Nb réalisées Nb de personnes formées	1601 10 679	4 926 24 217	

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS				
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers				
Ambula- toire	Processus de traitement des réclamations et des plaintes	<i>Voir annexe 2 - tableau transmis par l'ordre régional</i>		
	Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes			
Sanitaire : Fonction- nement des CRUQPC	– proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ;	NC	NC	100%
	– proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ;	96,5%	97,50%	100%
	– nombre de réunions par an (médiane) ;	5	4	4
	– composition et qualité des membres de la CRUQPC ;	38% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants des usagers 51% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants de l'établissement, ainsi que les médiateurs Voir détail dans synthèse régionale	40% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants des usagers 55% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants de l'établissement, ainsi que les médiateurs. Voir détail dans synthèse régionale	Seuls 24% ont désigné tous les représentants des usagers (s'explique par la mise en place des commissions des usagers - désignations encore en cours) 36% des établissements qui désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants de l'établissement, ainsi que les médiateurs. Voir détail dans synthèse régionale
	– proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres ;	40%	46%	47%
	Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	NC	A : 56% B : 38% C : 59%	A : 50% B : 36% C : 11% D : 4%
		<i>(source : SCOPE SANTE)</i>		<i>(source : SCOPE SANTE)</i>

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS				
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers				
Médico-social : Fonctionnement des CVS	– proportion d'établissements disposant d'un CVS ;	73%	71%	<i>Pas de questionnaire en 2016</i>
	– proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ;	NC (les ESMS PA ont saisi un questionnaire en ligne sur le ROR; 334 sur 829, soit un taux de retour de 40%)	NC (les ESMS PA ont saisi un questionnaire en ligne sur le ROR; 436 sur 809, soit un taux de retour de 54%)	
	– nombre de réunions par an (médiane) ;	3 par établissement	3 par établissement	
	– composition et qualité des membres des CVS ;	72% déclarent que des représentants des personnes accueillies siègent au CVS 73% déclarent que des représentants des familles ou des représentants légaux siègent au CVS 71% déclare qu'un membre ou plus du personnel siège au CVS 70% déclarent que le directeur de la structure ou son représentant siège au CVS <i>Voir détail dans synthèse régionale</i>	75% déclarent qu'au moins 2 représentants des personnes accueillies siègent au CVS 57% déclare qu'un membre ou plus du personnel siège au CVS et qu'un membre ou + de l'organisme gestionnaire siège en CVS Voir détail dans synthèse régionale	
	– proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ;	12%	13%	Voir focus CVS dans rapport complet
	– nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	2 départements sur 6 en région Paca ont désigné les personnes qualifiées - désignation en cours pour les autres départements	5 départements sur 6 en région Paca ont désigné les personnes qualifiées - désignation en cours pour le 13	6 départements sur 6 en région Paca ont désigné les personnes qualifiées. 0 interventions réalisées Voir focus dans rapport complet

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS				
Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance				
Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	89%	92%	95%
	Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	NC	A : 43% B : 55% C : 1% D : 0%	A : 44% B : 56% C : 1% D : 0%
Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	81%	82%	NC
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur				
Sanitaire	Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe	NC	NC	NC
	Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA)	NC - 310 900 personnes ont fait l'objet d'une enquête satisfaction	NC - 291 667 personnes ont fait l'objet d'une étude de satisfaction	NC - 291 667 personnes ont fait l'objet d'une étude de satisfaction
	Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	NC	A : 44% B : 44% C : 11% D : 0%	A : 44% B : 44% C : 11% D : 0%

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS				
Objectif 5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie				
Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées	82% (info médecins et soignants)	88% (info médecins et soignants)	92% (info médecins et soignants)
	Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	69%	75%	78%
Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement	73%	74%	NC
	Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	18%	13%	NC

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS				
Objectif 6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical				
Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	381	473	266
	Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, rapports de certification HAS	NC	A : 78% B : 15% C : 7% D : 0%	A : 78% B : 15% C : 7% D : 0%
Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	4% des ESMS PA déclarent que des plaintes et réclamations ont concerné l'accès au dossier médical	Nb total de plaintes et réclamations : 1 909 Nb de ces plaintes relatives au dossier médical : 21	NC
Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté				
Médico-social	Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	NC	NC	Rectorat d'Aix-Marseille - 12 199 élèves scolarisés en milieu ordinaire avec un projet personnalisé de scolarisation : - 3 115 avec une orientation en dispositifs collectifs ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire), - 5 856 dans leur classe de référence avec une aide humaine. - 3 562 élèves scolarisés dans des établissements médico-sociaux ou de santé: Rectorat de Nice : non communiqué
Objectif 8. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)				
Santé mentale	Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes	100%	100%	100%
	Proportion de rapports transmis à l'ARS	33%	NC	NC

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
II. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux				
	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale	NC	5,1%	NC
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins				
	Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	NC	22 <i>(recensement : ordre des médecins)</i>	14 <i>(recensement : ordre des médecins)</i>
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention				
	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (50 à 74 ans)	28% <i>(+6% par rapport année précédente)</i>	28%	
	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (femmes de 50 à 74 ans)	42%	41%	
	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	89% <i>(+3% par rapport année précédente)</i>	NC	
	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	NC	NC	

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
II. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
Objectif 13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires				
	Nombre de contrats locaux de santé signés sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux (isolés)	3 <i>(+ 2 par rapport année précédente)</i>	7 <i>(+ 4 par rapport année précédente)</i>	
	Écarts intrarégionaux d'équipements : pers. handicapées(0/59 ans) personnes âgées : 75 ans +	36% 17%	NC	
	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité	234	164	133

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

SECTEUR	INDICATEURS DEMANDES	2014	2015	2016
III. Conforter la représentation des usagers				
Objectif 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé				
	Nb formations réalisées			22 formations réalisées par le CISS Paca
	Nb personnes formées/nb de représentants issus d'associations agréées			50/756 (formations réalisées par le CISS Paca)
	Dispositif d'information sur ces formations			Document du CISS envoyé par l'ARS à tous les représentants des usagers
Objectif 15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire				
Taux participati-on globale par collège - CRSA	1/ Collectivités territoriales	13%	15%	38%
	2/ Usagers	42%	82%	50%
	3/ Conférences de territoire	41%	78%	34%
	4/ Partenaires sociaux	19%	58%	34%
	5/ Acteurs de la cohésion	36%	81%	80%
	6/ Acteurs de la prévention	21%	40%	37%
	7/ Offreurs services santé	30%	46%	53%
	8/ Personnalités qualifiées	38%	50%	50%
Taux participati-on globale par collège - Conf. Territoire	1/ Etablissements de santé		58%	
	2/ ESMS		66%	
	3/ Promotion de la santé		28%	
	4/ Professionnels libéraux		12%	
	5/ Centres/maisons/réseaux		58%	
	6/ Soins à domicile	NC	58%	
	7/ Santé au travail		0%	
	8/ Usagers		52%	
	9/ Elus		34%	
	10/ Ordre des médecins		42%	
	11/ Personnalités qualifiées		49%	
	Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et CT	CRSA : 42% Conférences de territoire : 41%	CRSA : 82% Conférences de territoire : 78%	CRSA : 50% Conférences de territoire : 70%

ANNEXE – INFORMATIONS TRANSMISES PAR LE CONSEIL REGIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS

AXE : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Objectif : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers

Dans un courrier en date du 16 mai 2014, la Direction générale de l'offre de soins a sollicité l'Ordre national des médecins afin qu'il transmette aux Conseils régionaux de l'ordre un tableau récapitulatif des données recueillies par les conseils départementaux. Les Conseils régionaux ont pour mission de les transmettre à la CRSA.

Le Conseil régional de l'ordre des médecins a transmis à la CRSA, les indicateurs suivants :

Région Paca		2012	2013	2014	2015	
Total des plaintes et doléances reçues	Entre médecins	149	93	243	163	
	Entre particuliers et médecins	730	730	958	903	
	Entre médecins et établissements de soins	10	17	13	17	
	Problèmes d'accès aux soins			22	14	
	<i>Dont CMU-C*</i>			13	6	
	<i>Dont AME**</i>			1	0	
	Total	889	840	1250	1103	
Conciliations	Entre médecins	59	44	72	77	
	Entre particuliers et médecins	173	166	234	231	
	Autres conciliations	9	19	62	31	
	Problèmes d'accès aux soins			9	4	
	<i>Dont CMU-C*</i>			6	3	
	<i>Dont AME**</i>			0	0	
	Total	241	229	383	346	
Plaintes transmises aux chambres disciplinaires de 1^{ère} instance	Entre médecins			24	31	46
	Entre particuliers et médecins			83	108	83
	D'une administration			0	2	1
	Du conseil départemental pour les médecins chargés d'une mission de service public			5	4	5
	Autres plaintes directes du Conseil département			16	17	15
	Problèmes d'accès aux soins			1	2	
	<i>Dont CMU-C*</i>			1	0	
	<i>Dont AME**</i>			0		
	Total			128	164	156