



RAPPORT ANNUEL 2015 SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

- Données 2014 -

Sommaire

PREMIERE PARTIE : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES RAPPORTS CRUQPC et des QUESTIONNAIRES ENVOYÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX DU SECTEUR DES PERSONNES AGÉES 6

I. Synthèse de l'analyse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) 6

II. Synthèse de l'analyse des questionnaires « droits des usagers » envoyés aux établissements et services médico-sociaux du secteur DES personnes âgées 11

DEUXIEME PARTIE : INDICATEURS DEMANDÉS DANS LE CAHIER DES CHARGES MINISTERIEL..... 17

I - Particularités en ce qui concerne l'ambulatoire 17

II - Promouvoir et faire respecter les droits des usagers 18

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers 18

1.1 Dans le domaine sanitaire..... 18

1.2 Dans le domaine médico-social 19

2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers..... 20

2.1 Dans le domaine ambulatoire 20

2.2 Dans le domaine sanitaire..... 21

2.3 Dans le domaine médico-social 23

3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance..... 24

3.1 Dans le domaine sanitaire..... 24

3.2 Dans le domaine médico-social 24

4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur 24

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..... 25

5.1 Dans le domaine sanitaire..... 25

5.2 Dans le domaine médico-social 25

6. Droit à l'information — Permettre l'accès au dossier médical 26

6.1 Dans le domaine sanitaire..... 26

6.2 Dans le domaine médico-social 26

7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté 26

8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical 27

9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) 27



III - Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous	28
IV - Conforter la représentation des usagers du système de santé	35
1. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé ...	35
V - Renforcer la démocratie sanitaire	38
1. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire	38

TROISIEME PARTIE : Actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers.....41

I - Appel à projets visant à dynamiser la démocratie sanitaire en région Paca	41
II - Labellisation des projets exemplaires en matière de droits des usagers	41
III – Soutien aux associations souhaitant obtenir l'agrément pour représenter les usagers du système de santé	42
IV – Améliorer l'information des usagers sur leurs droits	42

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 se félicite que le rapport sur les droits des usagers prenne en compte l'ensemble des droits dans tous les secteurs de la santé** : le sanitaire en établissement comme en ambulatoire, le médico-social et la prévention, et qu'il permette une meilleure articulation des travaux entre la CNS et la CRSA.

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 relatifs à l'ambulatoire, qui sont souvent peu renseignés.

Ce rapport 2015, portant sur les données 2014 :

- **Exploite à 100% les rapports des CRUQPC** (commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) transmis par 98% des établissements de la région Paca.
- **Exploite les résultats des questionnaires « ESMS » rempli par 54% des établissements et services médico-sociaux « personnes âgées » de la région.** Depuis 2014, l'ARS Paca a mis en place un nouveau modèle de recueil des données des établissements et services médico-sociaux, sur le modèle de celui de la CRUQPC : un questionnaire à destination des établissements et services médico-sociaux est mis en ligne sur le répertoire opérationnel des ressources Paca (ROR). Il est opérationnel depuis le 15 juillet 2013 et comptabilisera les données 2013 pour le rapport 2014. Le dispositif sera ensuite étendu au secteur du handicap.
- **Contient 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 d'information pérenne avec les acteurs concernés, qui remonte les données utiles pour mesurer le respect des droits des usagers du système de santé, l'égalité d'accès aux soins et la qualité des prises en charge, demandera sans doute quelques années.

Le présent rapport se décompose en trois volets :

- La synthèse de l'analyse des rapports des CRUQPC et la synthèse des réponses des établissements et services médico-sociaux intervenant dans le secteur de la personne âgée ;
- La remontée des indicateurs demandés dans le cahier des charges du ministère ;
- Les actions mises en place dans la région et visant à promouvoir les droits des usagers.

L'intégralité de l'analyse des rapports des CRUQPC et des réponses des ESMS est disponible en annexe de ce rapport.

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 : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES RAPPORTS CRUQPC et des QUESTIONNAIRES ENVOYÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX DU SECTEUR DES PERSONNES AGÉES

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

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 2015 données 2014.

Le remplissage des rapports de CRUQPC via le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est, depuis 2 ans, bien intégré par les établissements avec **un taux de retour cette année de 97,5%** (96,5% en 2014, 89% en 2013 et 85% en 2012). Seul 7 établissements de la région n'ont pas rempli leur rapport.

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

➤ Données générales et fonctionnement de la CRUQPC

La composition de la CRUQPC continue de s'améliorer mais des progrès reste encore à faire puisque :

- 55% des établissements ont désigné les titulaires et suppléants hors représentants d'usagers (représentant d'établissement, médiateur médical et médiateur non-médical). Il était 51% l'an dernier
- 40% des établissements ont désigné 4 représentants d'usagers (2 titulaires + 2 suppléants), contre 38% l'an dernier. **L'obligation réglementaire d'appartenance à une association agréée pour représenter les usagers est mieux respectée** : +21% des représentants d'usagers nommés appartiennent à une association agréée (toute catégorie de représentants d'usagers confondue).

En ce qui concerne la fréquence des réunions, les établissements ont en moyenne organisé 3,5 réunions par an. Ce chiffre est stable par rapport aux années précédentes. Il faut cependant noter

que de grandes disparités sont constatées entre établissements, certains n'ayant organisé qu'une réunion tandis que d'autres ont réuni leur CRUQPC entre 7 et 9 fois. Plus de la moitié des établissements a cependant réuni la CRUQPC 4 fois dans l'année.

Les principaux objets des réunions de la CRUQPC sont l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'examen des plaintes et la réalisation du rapport CRUQPC. C'est la première année que « la qualité de la prise en charge » passe en première position, avant l'examen des plaintes.

Seul 33% 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, **elle est effective dans seulement 63% des établissements publics de la région alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire**

➤ Volet Formation

Alors que l'an dernier d'importants efforts avaient été faits sur le volet formation des deux dernières années, on constate sur les données 2014 une stagnation.

Moins de personnel médical et de personnel administratif ont été formés aux droits des usagers (-7% sur chaque catégorie). En revanche, le personnel paramédical a été davantage formé (+ 19%)

En revanche, **le nombre de formations proposées aux membres de la CRUQPC continue d'augmenter (+6%)** tout comme le nombre de formations proposées aux représentants des usagers (+15%). **Malgré cela, on constate une baisse du nombre de formations suivies (-25%) et une baisse du nombre de représentants des usagers formés (- 21%, soit 125 RU formés en 2014).**

➤ Volet Plaintes et réclamations

Une procédure de recensement des plaintes, ainsi qu'un protocole de traitement des réclamations, est mis en œuvre dans 96% des établissements.

En 2014 le nombre de plaintes recensées sur toute la région s'élève à 6 845. Ce chiffre est stable par rapport aux années précédentes.

L'analyse des plaintes par répartition des motifs révèle que, comme les années précédentes, le déroulé de séjour est la catégorie de motif occasionnant le plus de plaintes, suivi de la prise en charge médicale globale puis paramédicale.

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**.

La divergence sur les actes médicaux, les relations avec le médecin et les erreurs ou accidents médicaux sont les principaux objets de plaintes de la catégorie prise en charge médicale.

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

Le motif principal de plainte dans la catégorie administration est la **facturation**. A noter que de plus en plus d'actions correctives sont menées sur ce volet (50% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une action corrective, contre 39% l'année précédente).

63% des plaintes et réclamations sont formulés par le patient lui-même.

Par rapport à l'année précédente, **il y a une augmentation de 41% de recours gracieux devant les établissements, une baisse de 43% de recours en CRCI** et une baisse de 4% de recours juridictionnels.

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

Seuls 19% des plaintes et réclamations font l'objet d'une proposition de médiation (toutes médiations confondues) et **seuls 8% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une médiation effective**.

Si le nombre de médiations médicales proposées et réalisées est en diminution constante depuis deux ans, le nombre de médiations non médicales et/ou conjointes est cependant en augmentation.

➤ **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.

81% 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.

Des efforts visibles ont été réalisés, car les délais de traitement des demandes se sont progressivement réduits et sont stables depuis l'an dernier (en moyenne 6,6 jours de traitement de la demande pour les dossiers de moins de 5 ans et 15 jours pour les dossiers de plus de 5 ans).

➤ **Volet Accès à l'information**

Le livret d'accueil est remis au malade lors de son entrée dans 88% des cas.

Des progrès ont été réalisés sur l'information sur les frais de prise en charge avec davantage d'établissements (+23%) qui affichent les tarifs dans les lieux de consultation.

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

➤ **Visibilité de la CRUQPC**

Les modalités de la permanence de la CRUQPC sont affichées dans 68% des établissements. 96% des établissements déclarent que les patients peuvent identifier et contacter les représentants des usagers.

Environ 1 CRUQPC sur 2 a émis des recommandations et les établissements estiment que 83% de ces recommandations ont été suivies, ce qui montre tout l'intérêt du travail de cette commission.

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

92% des hôpitaux (contre 89% en 2013 et 81% en 2012), **ont intégré le concept de bientraitance dans leur démarche de soins, soit une amélioration constante.**

Concernant le respect des croyances et des convictions, le livret d'accueil et l'affichage sont les moyens les plus utilisés par les établissements pour informer. Par ailleurs, 67% des établissements ont désigné une personne référente sur ces questions. Pour la prise en charge d'un décès, 82% des établissements ont désigné un référent dans les services. A noter que c'est la première année que les réponses des établissements sur ces thématiques sont analysées.

78% des établissements sont dotés d'un dispositif spécifique pour les personnes non francophones et les personnes ayant un régime particulier, soit une progression de 27% par rapport à l'année précédente. En revanche, moins de 50% des établissements proposent des dispositifs spécifiques pour les personnes non voyantes, les personnes illettrées et les personnes sourdes.

89% des établissements déclarent être accessibles aux personnes à mobilité réduite, soit une amélioration de 13% par rapport à l'année précédente.

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.

➤ **Fin de vie**

La progression dans ce domaine est constante depuis plusieurs années. Les établissements continuent de 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. 62% des établissements mettent cependant en place des formations sur les droits des patients en fin de vie.

La mise en place de procédure de recueil des directives anticipées progresse elle aussi de 6% par rapport à l'an dernier avec 75% des établissements qui ont mis en place cette procédure. 93% 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.

➤ **Conclusion**

Comme l'année précédente, l'analyse des données 2014 rend compte :

- d'une stabilité de la CRUQPC dans son fonctionnement (les représentations, le nombre de réunions et la participation)
- une amélioration de son efficacité (traitement des plaintes, diffusion de l'information sur leurs droits des usagers, directives de fin de vie, promotion d'une prise en charge de qualité).

Si des efforts restent à faire dans certains domaines, la CRUQPC doit poursuivre son action et s'impliquer largement pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire. La reconnaissance progressive du travail de la CRUQPC, et l'importance qu'elle a pu prendre au sein des établissements montre qu'elle devrait être en mesure de réaliser les nouvelles missions qui lui seront confiées dans le cadre de « la loi de modernisation de notre système de santé ».

Le questionnaire « CRUQPC » portant sur les données 2016, devra donc être adapté à cette évolution.

II. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES « DROITS DES USAGERS » ENVOYÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX DU SECTEUR DES PERSONNES ÂGÉES

L'intégralité de l'analyse des questionnaires « droits des usagers » envoyés aux établissements et services médico-sociaux du secteur des personnes âgées est disponible en annexe de ce document. Le paragraphe ci-dessous reprend les grandes tendances qui se dégagent de l'analyse des rapports 2015 données 2014.

2015 marque la deuxième année de remplissage du questionnaire ESMS via le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) pour les établissements et services médico-sociaux. Comme l'année précédente, seuls les établissements et services intervenant dans la prise en charge de la personne âgée (ESMS PA) sont interrogés. 436 questionnaires ont été remplis et clôturés par les ESMS PA, **soit un taux de retour de 53,9 %, en progression de 13% par rapport à l'année précédente.**

Le présent rapport restitue les résultats du questionnaire, en établissant lorsque c'est possible une première comparaison avec l'année précédente. Quelques incohérences dans les résultats rappellent qu'il faut prendre en compte la dimension déclarative du questionnaire.

Il ressort de cette analyse des questionnaires les tendances suivantes :

➤ Données générales et fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS)

Pour une très grande majorité des ESMS PA participant à l'enquête (71%), **le CVS existe et se réunit régulièrement.**

Dans **75% des cas, les CVS sont composés d'au moins deux représentants des personnes accueillies**, comme le prévoit la loi. En revanche, seuls 57% d'entre eux sont constitués d'au moins 1 représentant du personnel et 1 représentant de l'organisme gestionnaire. **Un effort reste donc à faire dans la composition.**

Les comptes-rendus des séances sont communiqués aux usagers et représentants des familles (64%) et affichés dans l'établissement sur un espace dédié (66%).

Les avis émis par le CVS et suivis par la direction de l'ESMS portent principalement sur :

- La qualité de la restauration ;

- L'animation ;
- Les travaux et équipements ;
- La qualité de l'hébergement.

Sans surprise et conformément à ses missions, **le CVS traite de sujets relatifs à la vie quotidienne des résidents.**

Seuls 13% d'ESMS PA indiquent former les membres du CVS aux droits des usagers ou au fonctionnement d'un ESMS.

Enfin, seulement 56% 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.

28% des ESMS ont rencontré des difficultés dans la mise en place des instances de participation des usagers (difficultés à mobiliser les familles, les résidents et les tuteurs pour participer au CVS ; état de santé et perte d'autonomie des résidents posent problème pour la participation).

Les SSIAD n'étant pas concernés par le CVS, leur principal outil de participation est l'enquête de satisfaction. Ils indiquent cependant la difficulté d'organiser la participation des patients (déplacements difficiles, questionnaire annuel de satisfaction pas toujours rempli...).

➤ **Formation du personnel aux droits des usagers**

Peu de personnel est effectivement formé aux droits des usagers. Or, la formation des professionnels contribue au respect du droit des usagers dans les établissements et services médico-sociaux.

Le personnel est principalement formé à la prise en charge de la personne âgée accueillie :

- la bientraitance/maltraitance ;
- les soins palliatifs et de fin de vie ;
- la prise en charge de la douleur.

C'est le **personnel paramédical qui bénéficie principalement de ces formations** puisqu'il représente 71% du personnel formé. **Les ESMS ont davantage formé les personnels paramédical et administratif qu'en 2013.** En revanche, **on constate une légère baisse dans la formation du personnel médical.**

Au total, 4 926 formations ont été proposées et 24 217 personnes ont été formées.

➤ **Droit au recours aux personnes qualifiées**

Cinq départements sur les 6 que compte la région Paca ont désigné les personnes qualifiées comme le prévoit la loi. Et trois d'entre eux les ont désignées fin 2014 / début 2015. Dans ce contexte, les ESMS PA ne pouvaient avoir connaissance en 2014 de la liste des personnes qualifiées en vigueur dans leur département. Ce point a fait l'objet d'une **recommandation spécifique de la CRSA à l'occasion de son rapport « droits des usagers » 2014.**

➤ **Plaintes et réclamations**

Une très grande majorité d'ESMS PA (84%) déclarent avoir mis en place un processus de traitement des plaintes et réclamations des usagers et de leur famille.

Les plaintes et réclamations portent principalement sur **l'hôtellerie/restauration, le vol ou perte d'objets et de vêtements et la prise en charge de la personne.**

➤ **Directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie**

74% des ESMS PA déclarent prendre en compte les droits des usagers en fin de vie dans leur projet d'établissement. En moyenne, 12,4% de résidents par structure ont rédigé des directives anticipées. Il existe cependant de grosses disparités suivant les structures avec des variations allant de 5% à 93%.

Au total, **2 588 résidents/personnes accompagnées ont rédigé des directives anticipées, soit une amélioration de 5% par rapport à l'année précédente.**

➤ **Accès aux soins et aux données de santé**

La facilité d'accès aux professionnels de santé est variable suivant les professions. Ainsi, **si l'accès au médecin généraliste, à l'infirmier et au masseur-kinésithérapeute est jugé facile par les ESMS, il n'en est pas de même pour le chirurgien-dentiste ou l'ophtalmologue pour lesquels 58% le déclarent difficile voire très difficile.**

Le non déplacement de ces professionnels au domicile ou jusqu'à la structure et leur manque de disponibilité figurent parmi les principales raisons expliquant ces difficultés d'accès.

L'accès aux données de santé est jugé, par les ESMS, effectif : les personnes accueillies ont accès au dossier médical, ont connaissance des décisions prises concernant leur santé, sont informées des soins proposés et disposent du libre choix du médecin traitant.

➤ **Livret d'accueil**

De très gros efforts ont été réalisés sur le livret d'accueil, qui existe désormais dans 98% des ESMS interrogés (contre seulement 43% l'année précédente). Une forte augmentation dans la réalisation de ce livret, dont la loi de 2002 impose la mise en place, a été constatée en 2014.

Lorsqu'il existe, il est plutôt bien utilisé puisqu'il comporte de nombreuses informations et est principalement remis à l'utilisateur ou sa famille, lors de la première visite. Sa remise s'accompagne très souvent d'une présentation orale (99% des ESMS) et d'une visite de la structure (68% des ESMS).

Les ESMS n'ont pas rencontré de difficultés particulières pour sa mise en place. **Le livret d'accueil apparaît comme l'outil issu de la loi de 2002 le plus utilisé, le plus mis à jour et le plus adapté aux spécificités des personnes accompagnées.**

➤ **Contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge)**

Le contrat de séjour, ou le document individuel de prise en charge, est très majoritairement (85%) établi et signé le jour de l'admission. En revanche, **seuls 54% des ESMS interrogés déclarent avoir sollicité et pris en compte l'avis de la personne accueillie/accompagnée.**

Le plus souvent, il contient la mention des prestations susceptibles d'être mises en œuvre, la description des conditions d'accueil et de séjour, la définition des objectifs de prise en charge et les conditions de participation financière du bénéficiaire.

➤ **Le règlement de fonctionnement**

Dans la quasi-totalité des cas (97%), ce règlement existe et il est remis à la personne accueillie le jour de son admission. **Il porte principalement sur les droits et les devoirs** de la personne accueillie/accompagnée.

A noter : les ESMS regrettent le fait que les personnes accueillies, et leurs familles, ne le lisent pas. Ils déplorent également l'absence d'un modèle qui pourrait être facilement adapté.

➤ **Le projet d'établissement**

Le projet d'établissement existe dans 91% des ESMS PA et 94% de ces ESMS indiquent avoir pris en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) pour son élaboration, et notamment :

- Une élaboration pluridisciplinaire ;
- Un projet d'établissement/service qui prévoit des indicateurs et/ou tableaux de bord de suivi des objectifs.

Deux recommandations de l'ANESM ont été particulièrement suivies en ce qui concerne le contenu du projet d'établissement :

- **Le rappel de la définition et des missions de la structure ;**
- **Le rappel des valeurs et principes de l'organisme gestionnaire.**

Cependant, **30% des ESMS interrogés déclarent avoir rencontré des difficultés dans son élaboration.** Parmi les raisons invoquées, on retrouve majoritairement :

- « L'élaboration chronophage » ;
- « Document fastidieux sur lequel il est difficile de mobiliser l'équipe d'encadrement et les soignants ».

C'est probablement l'outil le plus décrié de la loi de 2002.

➤ **Les évaluations**

Dans 91% des cas, des évaluations internes ont été menées récemment et les résultats communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation (dans 85% des cas).

Le décret n°2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux a fixé le délai de transmission du rapport d'évaluation externe des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux aux autorités compétentes. Les structures ouvertes avant le 3 janvier 2002 avaient jusqu'au 3 février 2015 pour communiquer leurs résultats d'évaluation. De ce fait, et sans surprise, **on observe une hausse des ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe (81%, soit une augmentation de 18% par rapport à l'année précédente). Alors que l'année précédente il n'était que 23% à avoir communiqué les résultats à l'autorité ayant délivré l'autorisation, ils sont désormais 87% à l'avoir fait.**

Cependant, **28% des ESMS ont rencontré des difficultés dans la mise en place des évaluations.** Parmi les raisons invoquées, on retrouve majoritairement :

- Le manque de temps / le temps pris pour réaliser ces évaluations ;
- La mise en œuvre compliquée pour des petites structures qui n'en ont pas les moyens ;

- La difficulté de programmer des réunions de travail ;
- Le suivi des thèmes, très contraignant en terme d'organisation ;
- Les résultats des évaluations internes, qui n'ont pas été à la hauteur de l'investissement des équipes ;
- Des évaluations (internes / externes) qui sont trop proches.

➤ **Conclusion**

L'analyse des données 2014 rend compte :

- **d'une conformité à la loi de la majorité des ESMS PA quant à la mise en place des outils et instances** issus de la loi de 2002 ;
- de l'intérêt du **CVS pour l'expression des usagers sans toutefois qu'il ne permette d'assurer une défense effective de leurs droits** ;
- d'une lacune persistante en ce qui concerne **la mise en place et le fonctionnement des personnes qualifiées** ;
- **de gros efforts réalisés sur le livret d'accueil**, qui existe désormais dans 98% des ESMS interrogés et qui est le document le plus mis à jour et le plus adapté aux différents publics accueillis ;
- du **manque de formation des personnels sur les droits individuels et collectifs des usagers**.

DEUXIEME PARTIE : INDICATEURS DEMANDÉS DANS LE CAHIER DES CHARGES MINISTERIEL

I - PARTICULARITÉS EN CE QUI CONCERNE L'AMBULATOIRE

En préalable, il est important d'indiquer que pour toutes les informations concernant le domaine ambulatoire, l'ARS a interrogé le conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM) et les Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Sollicité par l'ARS Paca et par le CROM sur la formation continue, l'URPS des médecins libéraux a indiqué ne pas disposer des données demandées.

Par courrier du 16 mai 2014, adressé au Ministère des Affaires sociales et de la santé, le Conseil national de l'Ordre National des Médecins s'engageait à transmettre aux Conseils régionaux, une fois par an, un tableau récapitulatif des données concernant les doléances et plaintes recueillies par les conseils départementaux de leur ressort, en vue de les transmettre aux CRSA. **Le conseil régional de l'ordre a fourni ces données : ce sont les seuls indicateurs relatifs à l'ambulatoire qui sont disponibles dans ce rapport.**

II - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

Parmi les formations les plus proposés dans le secteur sanitaire et le secteur médico-social, on retrouve deux thèmes communs :

- **La prise en charge de la douleur**
- **La bientraitance/maltraitance**

Que ce soit dans les établissements sanitaires ou dans les établissements et services médico-sociaux, **ce sont les personnels paramédicaux qui ont été les plus formés**. En revanche, on observe une **légère baisse sur le personnel médical**.

1.1 Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014
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.)	Comme les trois années précédentes, les thèmes les plus abordés qui 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.)
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
Nombre de formations proposées et réalisées	4 600 4 986	4 417 4 898
Nombre de personnes formées	16 767	16 801

Voir le détail dans l'analyse des rapports CRUQPC en annexe de ce document.

1.2 Dans le domaine médico-social

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014
Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.)	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
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
Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	1 601 10 679	4 926 24 217 <i>*attention, cette grande différence dans les chiffres peut s'expliquer par le fait que 102 ESMS supplémentaire, par rapport à l'année précédente, ont rempli le questionnaire</i>

Voir le détail dans l'analyse des questionnaires ESMS en annexe de ce document.

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

2.1 Dans le domaine ambulatoire

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, via les indicateurs suivants :

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

Il est à noter une hausse assez importante des plaintes et doléances entre médecins, et entre particuliers et médecins.

* Couverture maladie universelle complémentaire

** Aide médicale de l'Etat

2.2 Dans le domaine sanitaire

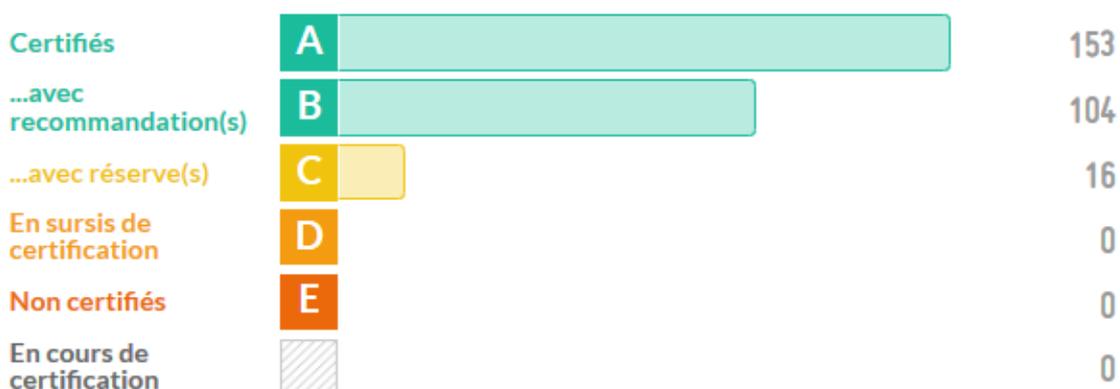
Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014
Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :		
– proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ;	NC (100% des établissements répondant)	NC (100% des établissements répondant)
– proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ;	96,5%	97,5%
– nombre de réunions par an (médiane) ;	5	4
– composition et qualité des membres de la CRUQPC ;	<p>38% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants des usagers</p> <p>51% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants de l'établissement, ainsi que les médiateurs</p> <p>Voir détail dans synthèse régionale</p>	<p>40% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants des usagers</p> <p>55% des établissements ont désigné l'ensemble (titulaires + suppléants) des représentants de l'établissement, ainsi que les médiateurs.</p> <p>Voir détail dans synthèse régionale</p>
– proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres ;	40%	46%
- Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	NC	Voir ci-dessous

Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS :

RÉPARTITION PAR NIVEAU DE CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Données issues de la version 2010 de la certification



Source : Scope Santé

2.3 Dans le domaine médico-social

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014
Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :		
– proportion d'établissements disposant d'un CVS ;	73%	71%
– proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ;	Secteur personne âgée : 40%	54%
– nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;	3 par établissement	3 par établissement
– composition et qualité des membres des CVS ;	<p>72% déclarent que des représentants des personnes accueillies siègent au CVS</p> <p>73% déclarent que des représentants des familles ou des représentants légaux siègent au CVS</p> <p>71% déclarent qu'un membre ou plus du personnel siège au CVS</p> <p>70% déclarent que le directeur de la structure ou son représentant siège au CVS</p> <p>Voir détail dans synthèse régionale</p>	<p>75% déclarent qu'au moins 2 représentants des personnes accueillies siègent au CVS</p> <p>57% déclare qu'un membre ou plus du personnel siège au CVS et qu'un membre ou + de l'organisme gestionnaire siège en CVS</p> <p>Voir détail dans synthèse régionale</p>
– proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ;	12%	13%
– nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	1 département sur 6 en région Paca a désigné les personnes qualifiées – 2 départements les ont désignées en 2014	5 départements sur 6 en région Paca ont désigné les personnes qualifiées - désignation en cours pour les Bouches-du-Rhône

3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bienveillance

3.1 Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
% d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bienveillance existent	81%	89%	92%
% d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 v2010)	NC	NC	A : 43% B : 55% C : 1% D : 0%

3.2 Dans le domaine médico-social

Indicateur à recueillir	Données 2013	Données 2014
Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bienveillance existent	81%	82%

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

Article L1110-5 alinéa 4, Code de la santé publique :

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

Depuis 1998, la lutte contre la douleur a fait l'objet de trois plans successifs avec des bilans mitigés. Le quatrième plan 2008-2012 devrait organiser la lutte contre la douleur en dehors des établissements de santé.

Les indicateurs ne sont pas disponibles, à l'exception des cotations dans les rapports de certification HAS :

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
% d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 v2010)	NC	NC	A : 44% B : 44% C : 11% D : 0%

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

5.1 Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014
Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées	82% (info médecins et soignants)	88% (info médecins et soignants)
Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	69%	75%

5.2 Dans le domaine médico-social

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014
Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement	73%	74%
Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	18%	12,6%

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

6.1 Dans le domaine sanitaire

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	212	381	473
Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	NC	NC	NC

6.2 Dans le domaine médico-social

Indicateur à recueillir	Données 2013	Données 2014
Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	Nbre inconnu 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

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

La loi du 11 février 2005 est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis la loi de 1975.

Sa principale innovation est d'affirmer que tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école de son quartier. Il pourra ensuite être accueilli dans un autre établissement, en fonction du projet personnalisé de scolarisation. Les parents sont pleinement associés aux décisions concernant leur enfant. Sont mis en place les équipes de suivi de la scolarisation et les enseignants référents. La loi réaffirme la possibilité de prévoir des aménagements afin que les étudiants handicapés puissent poursuivre leurs études, passer des concours, etc.

Par ailleurs, interrogées les années précédentes, les MDPH ont répondu qu'elles disposaient de leur propre outil de saisine, dans l'attente du nouveau système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées, ce qui ne permettait pas d'agrèger les indicateurs.

Indicateur à recueillir	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	10 581 élèves scolarisés dans académie d'Aix Marseille Rectorat de Nice : non communiqué	11 121 élèves scolarisés dans académie d'Aix Marseille Rectorat de Nice : non communiqué	Académie 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 étaient scolarisés dans des établissements médico-sociaux ou de santé: - 2 858 dans des établissements médico-sociaux, - 7 04 en milieu hospitalier. Rectorat de Nice : non communiqué

On observe une hausse du nombre d'élèves scolarisés en milieu ordinaire.

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

Indicateur à recueillir	Données années précédentes	Données 2014
Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	NC	NC

9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)

Indicateurs à recueillir	Données 2013	Données 2014
Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes	100%	100%
Proportion de rapports transmis à l'ARS	33% (2 départements sur 6)	NC

A noter également que la commission régionale de concertation sur la santé mentale (CRDSM) a été créée en région Paca en 2012. PACA est avec Ile de France et Nord Pas de Calais une des seules régions à avoir réactivé la CRDSM.

La CRDSM a mis en place quatre groupes de travail sur les sujets suivants :

- Parcours de soins de l'adulte.
- Parcours de soins de l'enfant.
- Stigmatisation.
- Coopération et territorialité.

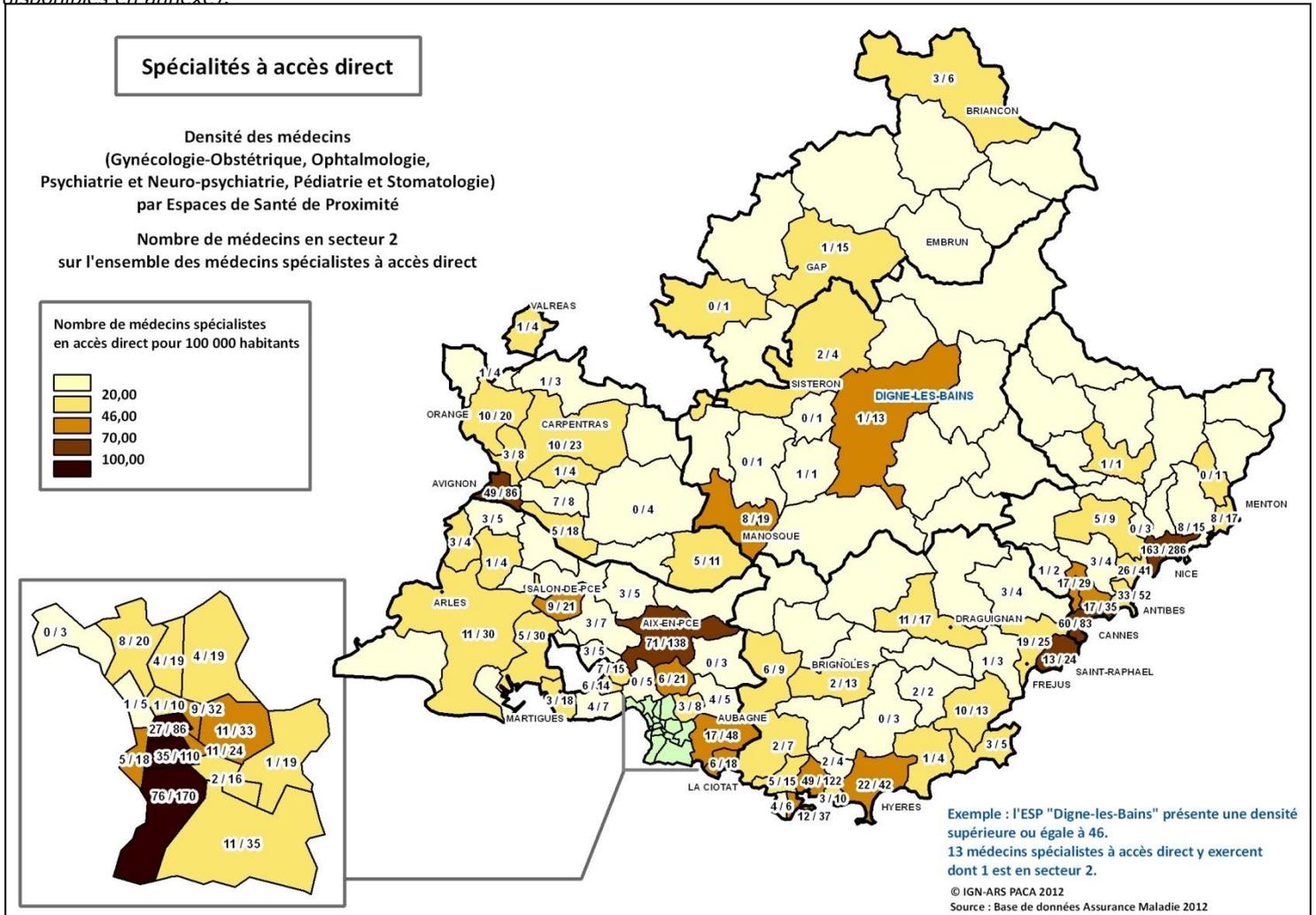
Des propositions concrètes ont émergé, qui se sont concrétisées. Malgré une participation relativement modeste en nombre, les acteurs qui se sont mobilisés ont fortement contribué.

III - RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

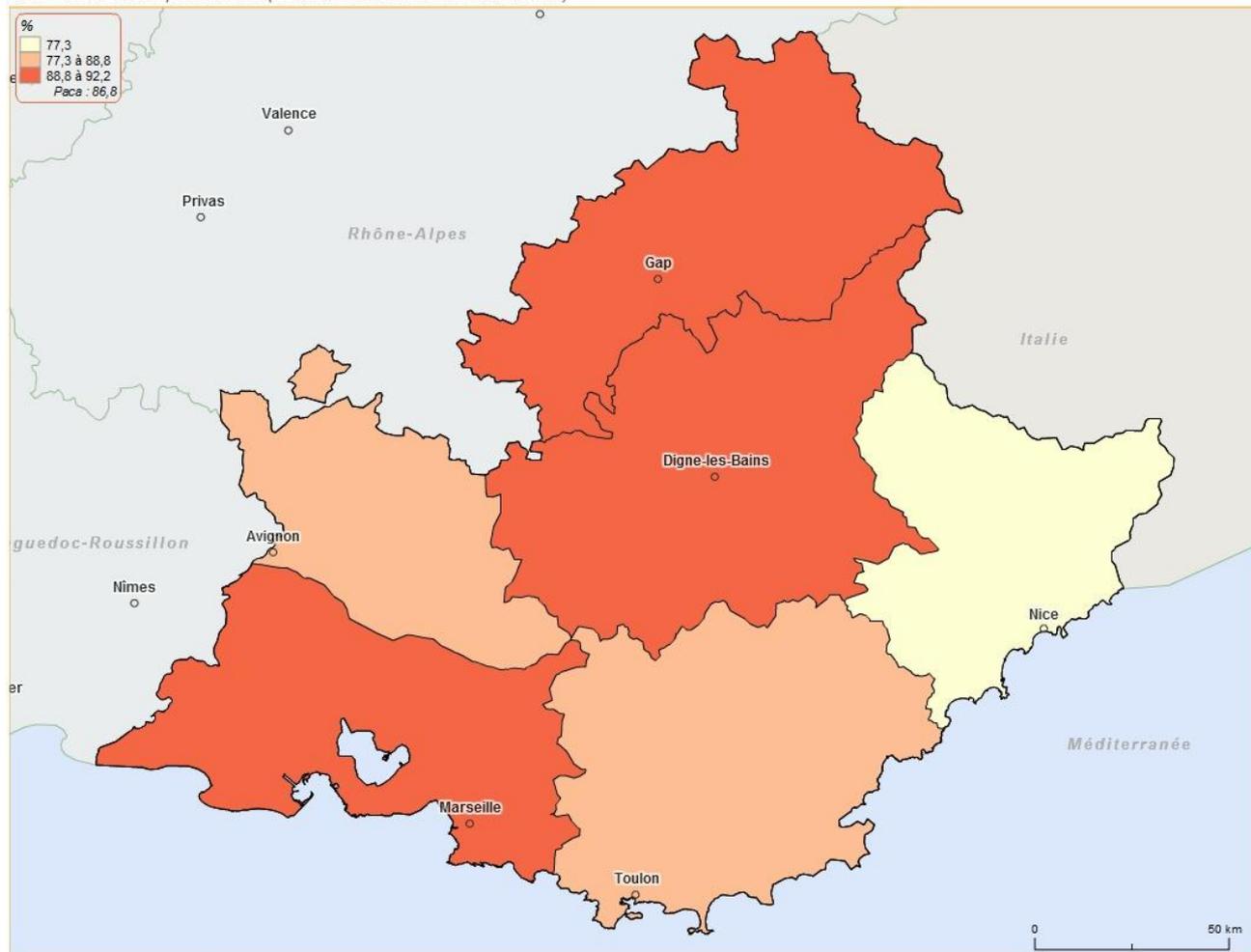
1. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé	Voir cartes ci-dessous		
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	0,74%	0,74%	Voir carte ci-dessous
Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	Indicateur neutralisé dans CPOM Etat / ARS	Indicateur neutralisé dans CPOM Etat / ARS	NC

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

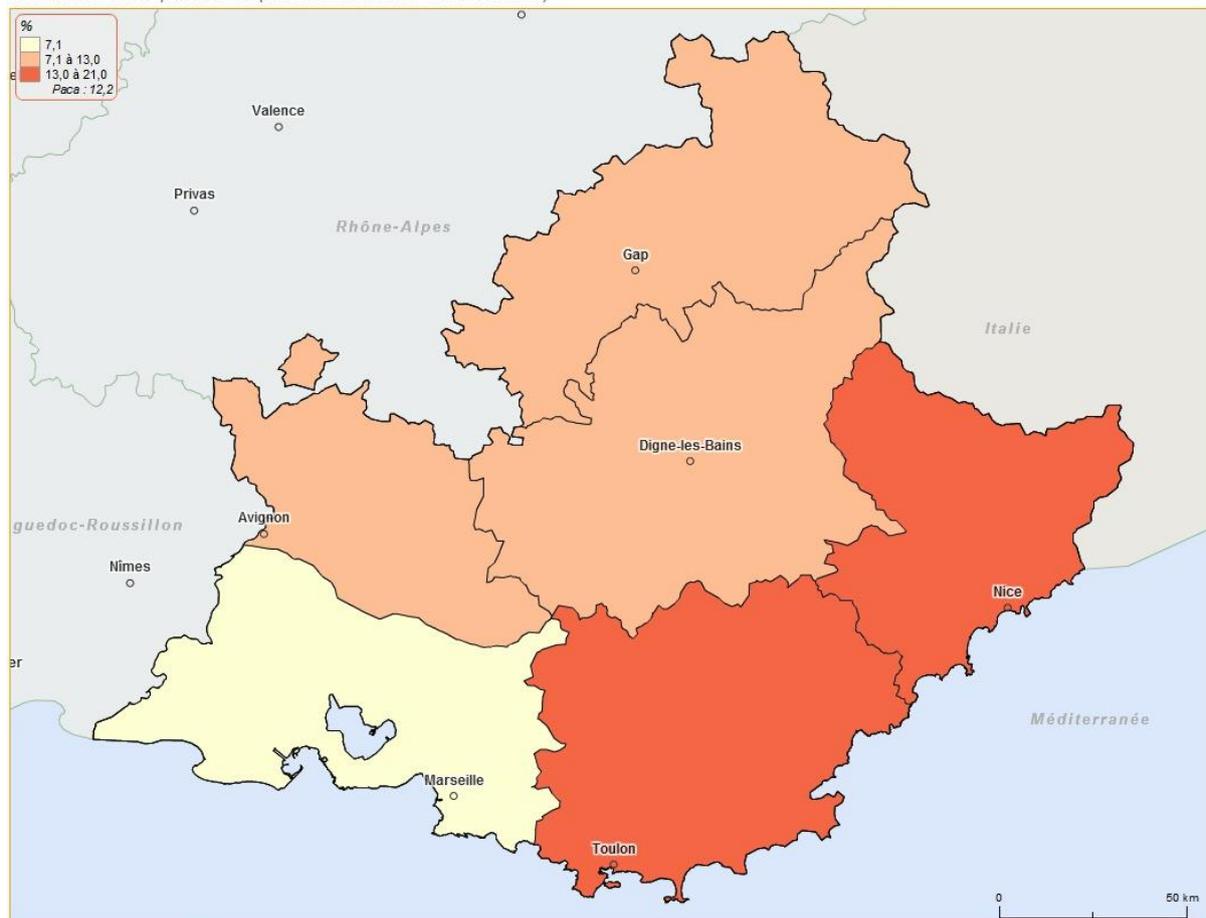


Part de médecins généralistes libéraux suivant le mode conventionnel, Secteur1, 2014 - source : ARS PACA jusqu'à 2012 (extraction des données en début d'année), DRSM PACA Corse à partir de 2013 (extraction des données en milieu d'année)

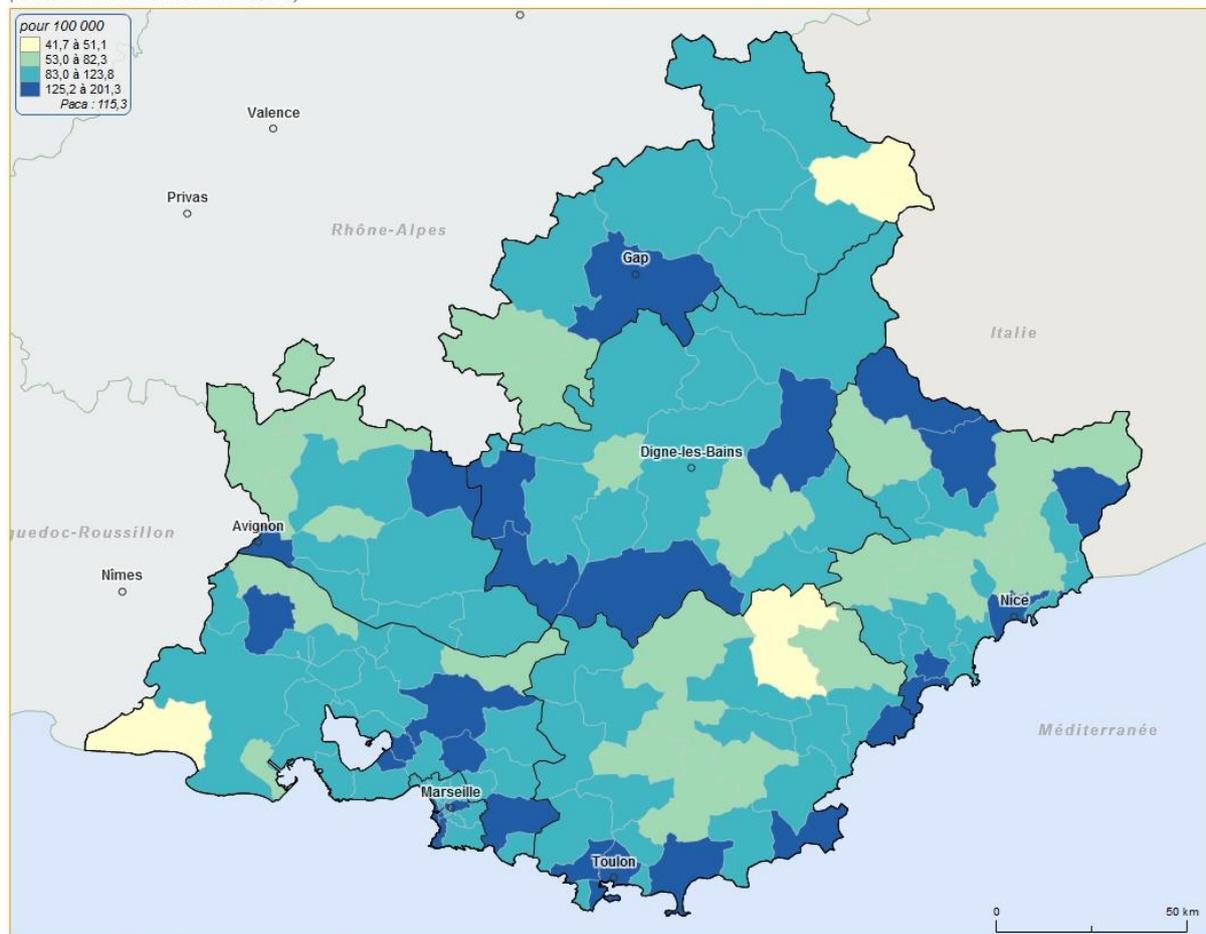


© ORS PACA - IGN GéoFla - Département

Part de médecins généralistes libéraux suivant le mode conventionnel, Secteur2, 2014 - source : ARS PACA jusqu'à 2012 (extraction des données en début d'année), DRSM PACA Corse à partir de 2013 (extraction des données en milieu d'année)



Densité de médecins généralistes libéraux, 2014 - source : ARS PACA jusqu'à 2012 (extraction des données en début d'année), DRSM PACA Corse à partir de 2013 (extraction des données en milieu d'année)



© ORS PACA - IGN CéoFla - Espace de santé de proximité

La première tranche (41,7 à 51,1) concerne les zones inférieures de 30% à la moyenne nationale, soit 3 espaces de santé de proximité : Sainte-Marie de la mer (Bouches-du-Rhône), Figanière (Var), Aiguilles (Hautes-Alpes).

La deuxième tranche (53 à 82) reste en dessous de la moyenne nationale, soit 30 espaces de santé de proximité.

2. Assurer l'accès aux structures de prévention

Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans	29%	28%	28%
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans	43%	42%	41%
Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	86%	89%	NC
Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	9	NC	NC

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

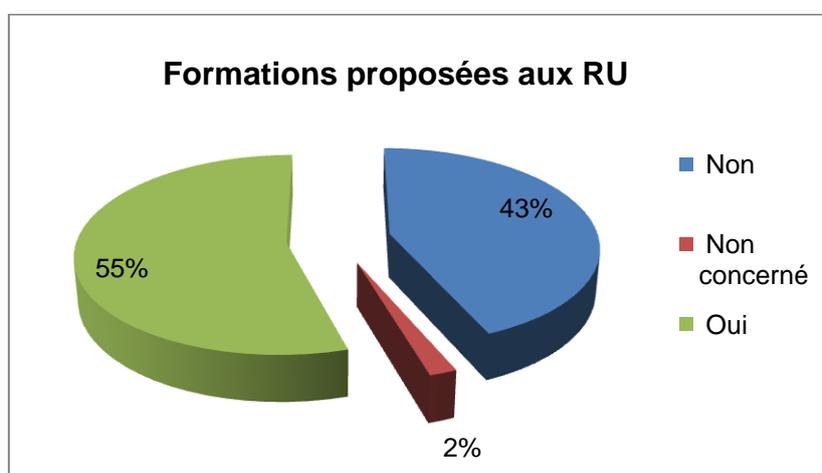
Indicateurs à recueillir	Données 2012	Données 2013	Données 2014
Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)	1	3	7
Ecart intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible : <ul style="list-style-type: none"> - personnes handicapées de 0 à 59 ans - personnes âgées de 75 ans et plus 	36% 17%	NC	NC
Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique	514	360	275

IV - CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

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

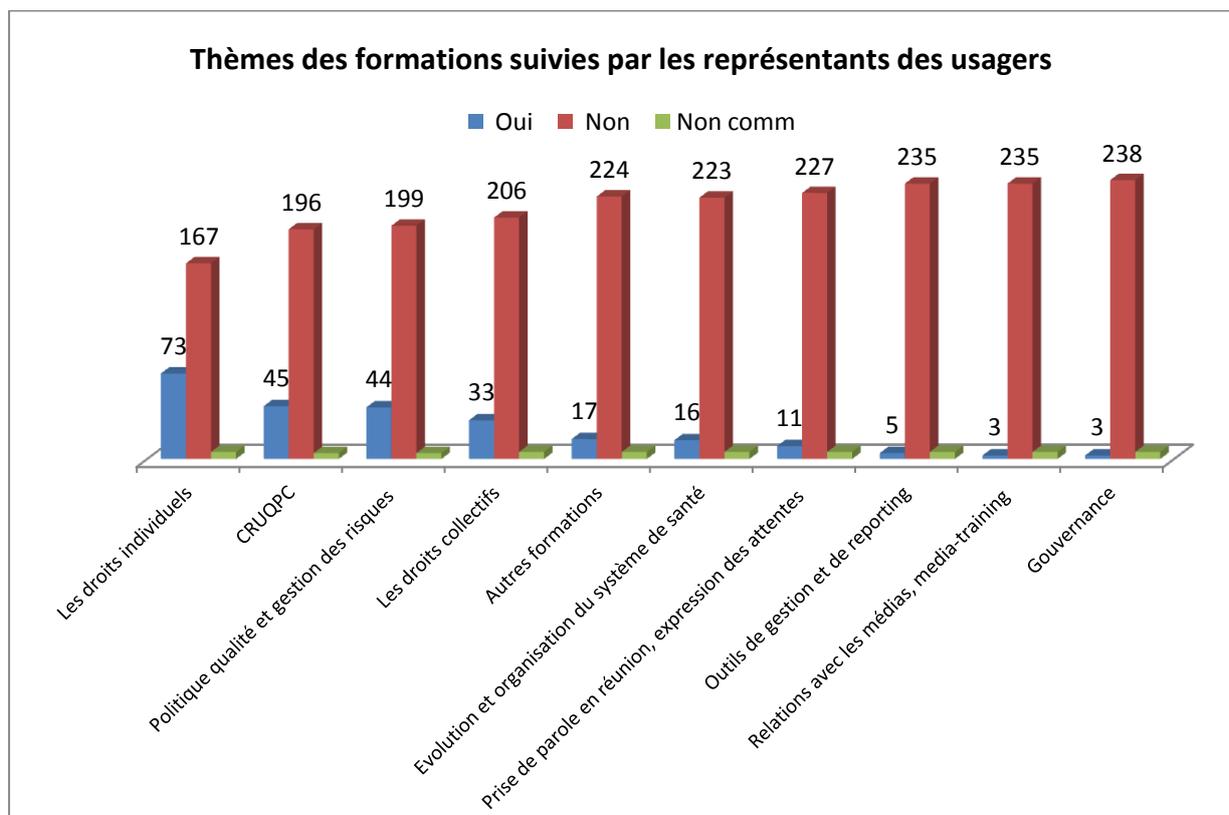
a. La formation par les établissements de santé

Les établissements de santé ont formé leurs représentants des usagers :



55% des établissements déclarent avoir proposé des formations à leurs représentants d'usagers (contre 40% l'an passé)

307 formations ont été proposées et 125 représentants des usagers ont suivi au moins une formation dans l'année.



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, AGEEMENT,ETC..
- CRUQPC = EXERCICE DE REPRESENTATION, FONCTIONNEMENT, ACCES A L'INFORMATION, REALISATION DU RAPPORT CRUQPC.
- 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 droits individuels et le fonctionnement de la CRUQPC sont les thèmes des formations les plus suivies par les représentants d'usagers, comme les années précédentes.

b. La formation par le Collectif inter-associatif sur la santé : CISS Paca

L'ARS Paca finance une plate-forme de formation « démocratie sanitaire » mise en place par le CISS Paca et Sciences-Po Aix depuis le début d'année 2014. Ce dispositif propose aux représentants des usagers des formations gratuites.



5 formations ont été réalisées entre septembre et décembre 2015, avec une moyenne de 20 participants par session.

Par ailleurs, **le CISS Paca déclare, dans son rapport d'activité 2014, avoir formé 342 représentants des usagers lors des 24 journées de formation réalisées.**

V - RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

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

1.1 Taux de participation des membres de la CRSA

- Taux de participation par collège de la CRSA, dont le collège 2 :

Participation moyenne par collège en CRSA (toutes commissions confondues) en 2014		Evolution par rapport à 2013
1/ Collectivités territoriales	15%	+2%
2/ Usagers de services de santé ou médico-sociaux	82%	+40%
3/ Conférences de territoire	78%	+37%
4/ Partenaires sociaux	58%	+39%
5/ Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	81%	+45%
6/ Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	40%	+19%
7/ Offreurs des services de santé	46%	+16%
8/ Personnalités qualifiées	50%	+12%

La participation aux réunions de la CRSA, formations plénière ou en commissions, a connu un bond en 2014. Cela s'explique par le renouvellement de la CRSA en 2014 qui a permis une nouvelle mobilisation.

- Taux de participation par collège et par formation de la CRSA :

Participation par collège et par formation de la CRSA						
Collège	CRSA Plénière	Permanente	CSOS	CSPAMS	CSP	CSDU
1/ Collectivités territoriales	45%	0%	32%	0%	60%	0%
2/ Usagers de services de santé ou médico-sociaux	77%	84%	97%	86%	39%	79%
3/ Conférences de territoire	71%	100%	100%	100%	67%	25%
4/ Partenaires sociaux	70%	75%	63%	44%	44%	50%
5/ Acteurs de la cohésion et de la protection sociales	75%	100%	82%	50%	67%	100%
6/ Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	61%	0%	75%	50%	50%	25%
7/ Offreurs services de santé	66%	33%	57%	57%	67%	25%
8/ Personnalités qualifiées	75%	42%				

1.2 Taux de participation des membres des conférences de territoire :

- Taux de participation des membres par collège, dont le collège des usagers* :

Taux de présence par collège dans les conférences de territoire		Taux moyen de participation
1er	Etablissements de santé	58%
2ème	Gestionnaires sociaux et médico-sociaux	66%
3ème	Promotion de la santé, prévention, environnement et lutte contre la précarité	28%
4ème	Professionnels de santé libéraux	12%
5ème	Centres de santé, maisons de santé, pôle de santé et réseaux de santé	58%
6ème	Soins à domicile	58%
7ème	Santé au travail	0%
8ème	Usagers	52%
9ème	Elus des collectivités territoriales et leurs groupements	34%
10ème	Ordre des médecins	42%
11ème	Personnalités qualifiées	49%
<i>Taux de participation moyen des conférences de territoire</i>		58%

- Taux de participation des représentants des usagers par conférence de territoire :

Taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire			
	2012	2013	2014
CT Alpes de Hautes Provence	90%	87%	50%
CT Hautes Alpes	89%	67%	36%
CT Alpes-Maritimes	79%	93%	54%
CT Bouches-du-Rhône	85%	80%	40%
CT Var	96%	50%	61%
CT Vaucluse	100%	63%	47%

Conclusion de la deuxième partie sur la réalisation du rapport de la CRSA sur les droits des usagers répondant au cahier des charges ministériel

Comme les trois années précédentes, la CRSA constate :

- 1 Que si la collecte des données progresse, notamment via les rapports des CRUQPC qui permettent aujourd'hui d'obtenir des comparaisons et donc des analyses plus approfondies, ou le questionnaire ESMS, qui se met progressivement en place, il existe encore de nombreux « vides », notamment sur le secteur ambulatoire ;*
- 2 Que les organisations n'ayant aucune obligation de communiquer les informations demandées pour la Conférence, leur collecte et la pérennité de leur transmission sont aléatoires ;*

Tout comme les années précédentes, la CRSA demande que l'évaluation du respect des droits des usagers repose sur des données opérationnelles et accessibles. Afin que les rapports régionaux puissent alimenter la synthèse nationale élaborée par la Conférence nationale de santé, la CRSA recommande :

- La mise en place d'un modèle de rapport « droits des usagers » commun à toutes les régions afin que la Conférence nationale de santé puisse exploiter ces rapports et en tirer une analyse approfondie ;*
- Que le ministère, ou les ARS, puisse(nt) décider de mettre l'accent chaque année sur une thématique particulière, afin d'approfondir l'analyse.*
- La mise en place d'un groupe de travail concernant les indicateurs peu renseignés.*

TROISIEME PARTIE : Actions mises en place visant à promouvoir les droits des usagers

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

Depuis deux 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.

Un appel à projets a été lancé en septembre 2015 pour dynamiser la démocratie sanitaire et soutenir la diversité des projets mis en œuvre dans le domaine des droits des usagers. La CRSA a été impliquée dans le choix des candidats puisqu'elle a rendu, via sa commission permanente, un avis sur les 10 dossiers présentés : **3 projets ont été retenus et 2 projets bénéficieront d'une reconduction des financements attribués l'année précédente.**

Ces projets prévoient la mise en place d'actions autour des axes suivants :

- Formation sur les droits des usagers dans le secteur médico-social ;
- Processus de recueil de l'expression des attentes et besoins des usagers pris en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) ;
- Promotion de la participation des représentants des usagers du secteur médico-social dans les différentes instances de la démocratie sanitaire.

Le détail des projets est disponible sur le site de la CRSA : www.ars.paca.sante.fr/Democratie-sanitaire-resulta.183525.0.html

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 quatrième 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 7 projets labellisés, trois 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 la CRSA : <http://ars.paca.sante.fr/Les-projets-labellises.172271.0.html>

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.

Aussi, 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 2014, et 13 associations ont bénéficié de ces journées.

Cette action s’est poursuivie en 2015.

IV – AMELIORER L’INFORMATION DES USAGERS SUR LEURS DROITS

1. Poursuite d’un plan de communication sur les droits des usagers

70% des usagers du système de santé répondent par la négative à la question « Avez-vous le sentiment de connaître vos droits en matière de santé ? »

Dix ans après les deux lois fondatrices de 2002, qui ont constitué une avancée majeure dans ce domaine, le constat est paradoxal. Les droits des patients et, plus largement, de toutes les personnes ayant accès aux soins, sont nombreux mais encore trop peu connus. Au regard de ce constat, la CRSA a recommandé à l’Agence régionale de santé de mettre en place une campagne de communication qui aura pour objectif d’informer les usagers sur leurs droits.

Un plan de communication a été lancé en juin 2014, pour une durée de 11 mois :

L’ARS Paca met ainsi à l’honneur les droits des usagers dans les domaines de la santé et du médico-social et publie chaque mois sur son site Internet un éclairage particulier sur « le droit du mois », et



les devoirs qui en découlent : <http://www.ars.paca.sante.fr/De-juin-2014-a-mars-2015-l-AR.173802.0.html>

Les droits suivants ont déjà fait l'objet d'un éclairage spécifique :

- Le droit au secret professionnel et à la protection des données personnelles ;
- Le droit d'accès au dossier médical et au dossier de la personne accueillie ;
- Le droit à l'information sur son état de santé ;
- Le droit de désigner une personne de confiance et le droit de rédiger des directives anticipées ;
- Le droit au respect de la vie privée ;
- Le droit au respect de sa dignité.

Ont été traités en 2015 :

- Le droit de bénéficier des soins, d'une prise en charge et d'un accompagnement de qualité, dans le respect du parcours de soins ;
- Les droits collectifs ;
- Les voies de recours ;
- Le mandat de protection future ;
- L'admission dans un établissement de santé ou médico-social.

Les membres de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU) de la CRSA, ainsi que les représentants des professionnels de santé et les fédérations hospitalières ont été associés à la démarche. Ils ont notamment participé au choix des « 10 droits », ainsi qu'à la rédaction du contenu.

Chaque publication du « droit du mois » suscite des demandes, notamment de la part des professionnels de santé. Le guide « Usagers votre santé vos droits », édité par le ministère et les fiches « droits du mois » de l'ARS Paca a donc été imprimé(e)s et diffusé(e)s aux membres de la CRSA et aux professionnels de santé (libéraux, établissements...) dans le courant de l'année 2015.



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





**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 2015 - données 2014_VF.docx

Date : novembre 2015

Analyse des rapports de CRUQPC - données 2014
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) Contexte de la mise en place de l'analyse des rapports de CRUQPC en région Paca	7
2) Contexte méthodologique	7
3) Echantillon permettant l'élaboration du rapport	8
Analyse des rapports CRUQPC -Données 2014	9
1) Volet Données Générales et Fonctionnement	9
2) Volet Formation.....	18
3) Volet Plaintes et réclamations.....	24
4) Volet Satisfaction.....	30
5) Accès au dossier médical.....	32
6) Volet Accès à l'information	35
7) Volet Recommandations	39
8) Volet Qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes.....	40
9) Volet Directives de fin de vie.....	44
Conclusion :	47

Synthèse :

Le remplissage des rapports de CRUQPC via le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est, depuis 2 ans, bien intégré par les établissements avec **un taux de retour cette année de 97,5%** (96,5% en 2014, 89% en 2013 et 85% en 2012). Seul 7 établissements de la région n'ont pas rempli leur rapport.

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

➤ Données générales et fonctionnement de la CRUQPC

La composition de la CRUQPC continue de s'améliorer mais des progrès restent encore à faire puisque :

- 55% des établissements ont désigné les titulaires et suppléants hors représentants d'usagers (représentant d'établissement, médiateur médical et médiateur non-médical). Il était 51% l'an dernier
- 40% des établissements ont désigné 4 représentants d'usagers (2 titulaires + 2 suppléants), contre 38% l'an dernier. **L'obligation réglementaire d'appartenance à une association agréée pour représenter les usagers est mieux respectée** : +21% des représentants d'usagers nommés appartiennent à une association agréée (toute catégorie de représentants d'usagers confondue).

En ce qui concerne la fréquence des réunions, les établissements ont en moyenne organisé 3,5 réunions par an. Ce chiffre est stable par rapport aux années précédentes. Il faut cependant noter que de grandes disparités sont constatées entre établissements, certains n'ayant organisé qu'une réunion tandis que d'autres ont réuni leur CRUQPC entre 7 et 9 fois. Plus de la moitié des établissements a cependant réuni la CRUQPC 4 fois dans l'année.

Les principaux objets des réunions de la CRUQPC sont l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'examen des plaintes et la réalisation du rapport CRUQPC. C'est la première année que « la qualité de la prise en charge » passe en première position, avant l'examen des plaintes.

Seul 33% 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, **elle est effective dans seulement 63% des établissements publics de la région alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire**

➤ Volet Formation

Alors que l'an dernier d'importants efforts avaient été faits sur le volet formation des deux dernières années, on constate sur les données 2014 une stagnation.

Moins de personnel médical et de personnel administratif ont été formés aux droits des usagers (-7% sur chaque catégorie). En revanche, le personnel paramédical a été davantage formé (+ 19%)

En revanche, **le nombre de formations proposées aux membres de la CRUQPC continue d'augmenter (+6%)** tout comme le nombre de formations proposées aux représentants des usagers (+15%). **Malgré cela, on constate une baisse du nombre de formations suivies (-25%) et une baisse du nombre de représentants des usagers formés (- 21%, soit 125 RU formés en 2014).**

➤ **Volet Plaintes et réclamations**

Une procédure de recensement des plaintes, ainsi qu'un protocole de traitement des réclamations, est mis en œuvre dans 96% des établissements.

En 2014 le nombre de plaintes recensées sur toute la région s'élève à 6 845. Ce chiffre est stable par rapport aux années précédentes.

L'analyse des plaintes par répartition des motifs révèle que, comme les années précédentes, le déroulé de séjour est la catégorie de motif occasionnant le plus de plaintes, suivi de la prise en charge médicale globale puis paramédicale.

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**.

La divergence sur les actes médicaux, les relations avec le médecin et les erreurs ou accidents médicaux sont les principaux objets de plaintes de la catégorie prise en charge médicale.

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

Le motif principal de plainte dans la catégorie administration est la **facturation**. A noter que de plus en plus d'actions correctives sont menées sur ce volet (50% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une action corrective, contre 39% l'année précédente).

63% des plaintes et réclamations sont formulés par le patient lui-même.

Par rapport à l'année précédente, **il y a une augmentation de 41% de recours gracieux devant les établissements, une baisse de 43% de recours en CRCI** et une baisse de 4% de recours juridictionnels.

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

Seuls 19% des plaintes et réclamations font l'objet d'une proposition de médiation (toutes médiations confondues) et **seuls 8% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une médiation effective.**

Si le nombre de médiations médicales proposées et réalisées est en diminution constante depuis deux ans, le nombre de médiations non médicales et/ou conjointes est cependant en augmentation.

➤ 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.

81% 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.

Des efforts visibles ont été réalisés, car les délais de traitement des demandes se sont progressivement réduits et sont stables depuis l'an dernier (en moyenne 6,6 jours de traitement de la demande pour les dossiers de moins de 5 ans et 15 jours pour les dossiers de plus de 5 ans).

➤ Volet Accès à l'information

Le livret d'accueil est remis au malade lors de son entrée dans 88% des cas.

Des progrès ont été réalisés sur l'information sur les frais de prise en charge avec davantage d'établissements (+23%) qui affichent les tarifs dans les lieux de consultation.

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

➤ Visibilité de la CRUQPC

Les modalités de la permanence de la CRUQPC sont affichées dans 68% des établissements. 96% des établissements déclarent que les patients peuvent identifier et contacter les représentants des usagers.

Environ 1 CRUQPC sur 2 a émis des recommandations et les établissements estiment que 83% de ces recommandations ont été suivies, ce qui montre tout l'intérêt du travail de cette commission.

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

92% des hôpitaux (contre 89% en 2013 et 81% en 2012), **ont intégré le concept de bientraitance dans leur démarche de soins, soit une amélioration constante.**

Concernant le respect des croyances et des convictions, le livret d'accueil et l'affichage sont les moyens les plus utilisés par les établissements pour informer. Par ailleurs, 67% des établissements ont désigné une personne référente sur ces questions. Pour la prise en charge d'un décès, 82% des

établissements ont désigné un référent dans les services. A noter que c'est la première année que les réponses des établissements sur ces thématiques sont analysées.

78% des établissements sont dotés d'un dispositif spécifique pour les personnes non francophones et les personnes ayant un régime particulier, soit une progression de 27% par rapport à l'année précédente. En revanche, moins de 50% des établissements proposent des dispositifs spécifiques pour les personnes non voyantes, les personnes illettrées et les personnes sourdes.

89% des établissements déclarent être accessibles aux personnes à mobilité réduite, soit une amélioration de 13% par rapport à l'année précédente.

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.

➤ **Fin de vie**

La progression dans ce domaine est constante depuis plusieurs années. Les établissements continuent de 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. 62% des établissements mettent cependant en place des formations sur les droits des patients en fin de vie.

La mise en place de procédure de recueil des directives anticipées progresse elle aussi de 6% par rapport à l'an dernier avec 75% des établissements qui ont mis en place cette procédure. 93% 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.

➤ **Conclusion**

Comme l'année précédente, l'analyse des données 2014 rend compte :

- d'une stabilité de la CRUQPC dans son fonctionnement (les représentations, le nombre de réunions et la participation)
- une amélioration de son efficacité (traitement des plaintes, diffusion de l'information sur leurs droits des usagers, directives de fin de vie, promotion d'une prise en charge de qualité).

Si des efforts restent à faire dans certains domaines, la CRUQPC doit poursuivre son action et s'impliquer largement pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire. La reconnaissance progressive du travail de la CRUQPC, et l'importance qu'elle a pu prendre au sein des établissements montre qu'elle devrait être en mesure de réaliser les nouvelles missions qui lui seront confiées dans le cadre de « la loi de modernisation de notre système de santé ».

Le questionnaire « CRUQPC » portant sur les données 2016, devra donc être adapté à cette évolution.

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 2014 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 2015, 97,5 % 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 édité en 2008 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) définit les différentes articulations de ces rapports :

- Il contient des recommandations méthodologiques permettant à l'établissement d'identifier les informations devant figurer dans le document et des conseils de rédaction. Il indique 3 grands axes devant figurer dans le rapport :
 - Fonctionnement de la CRUQPC
 - Appréciation des pratiques à partir de l'analyse des sources d'information
 - Les sources d'information
 - Les sources d'information issues de l'expression des usagers
 - Les sources d'information issues de l'activité interne de l'établissement
 - Analyse des sources d'information
 - Analyse quantitative
 - Analyse qualitative
 - Des recommandations de la CRUQPC à l'évaluation des mesures adoptées

- Synthèse et recommandations
- Evaluation annuelle des recommandations
- Il contient également un modèle de rapport dont la structure est adaptable à tout type d'établissement.

3) Echantillon permettant l'élaboration du rapport

En 2014, on dénombre :

- ✓ 357 établissements de santé en PACA,
- ✓ 276 sont composés d'une CRUQPC (81 établissements ont une CRUQPC commune)

269 rapports ont été remplis et clôturés sur le ROR, soit un taux de retour de 97,5 %. Seuls 7 établissements n'ont pas rempli ou validé leur rapport. L'ensemble de ces 269 rapports constitue la base d'analyse des rapports CRUQPC données 2014. On note peu de différence de remplissage entre les différents secteurs (privé, ESPIC, public)

Etablissements, par catégorie et par département :

Départements	PRIVE		ESPIC		PUBLIC		Taux
	Nb d'établissement	Nb d'établissement ayant saisi leur rapport en ligne	Nb d'établissement	Nb d'établissement ayant saisi leur rapport en ligne	Nb d'établissement	Nb d'établissement ayant saisi leur rapport en ligne	
Alpes de Hte Provence	6	6	1	1	11	11	100%
Hautes Alpes	9	9	5	5	5	5	100%
Alpes Maritimes	33	31	11	11	13	13	96%
Bouches-du-Rhône	76	75	15	15	14	14	99%
Var	31	29	10	9	10	9	92%
Vaucluse	11	11	4	4	11	11	100%
Totaux	166	161	46	45	64	63	97,5%
Taux	97%		98%		98%		

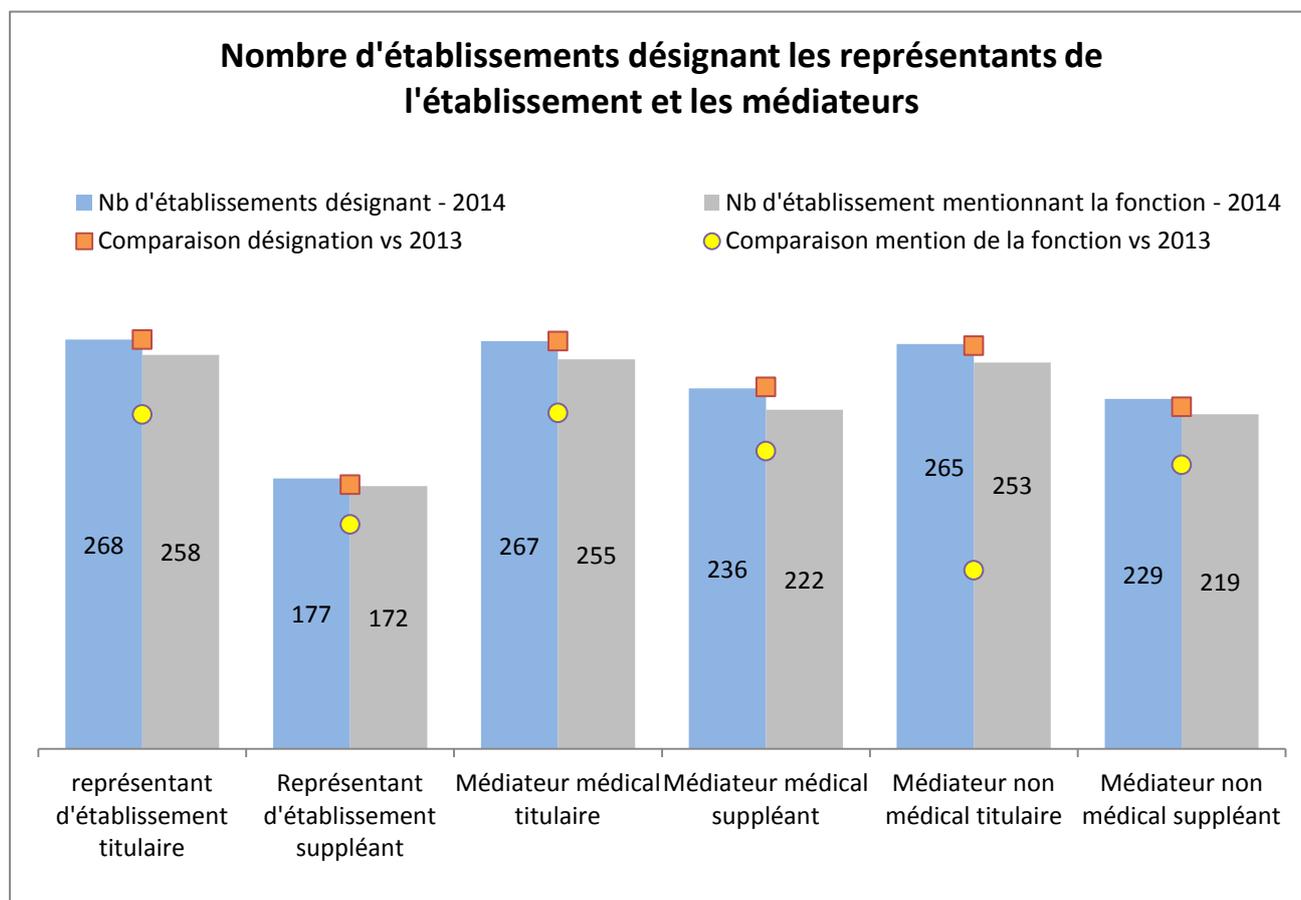
Analyse des rapports CRUQPC -Données 2014

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

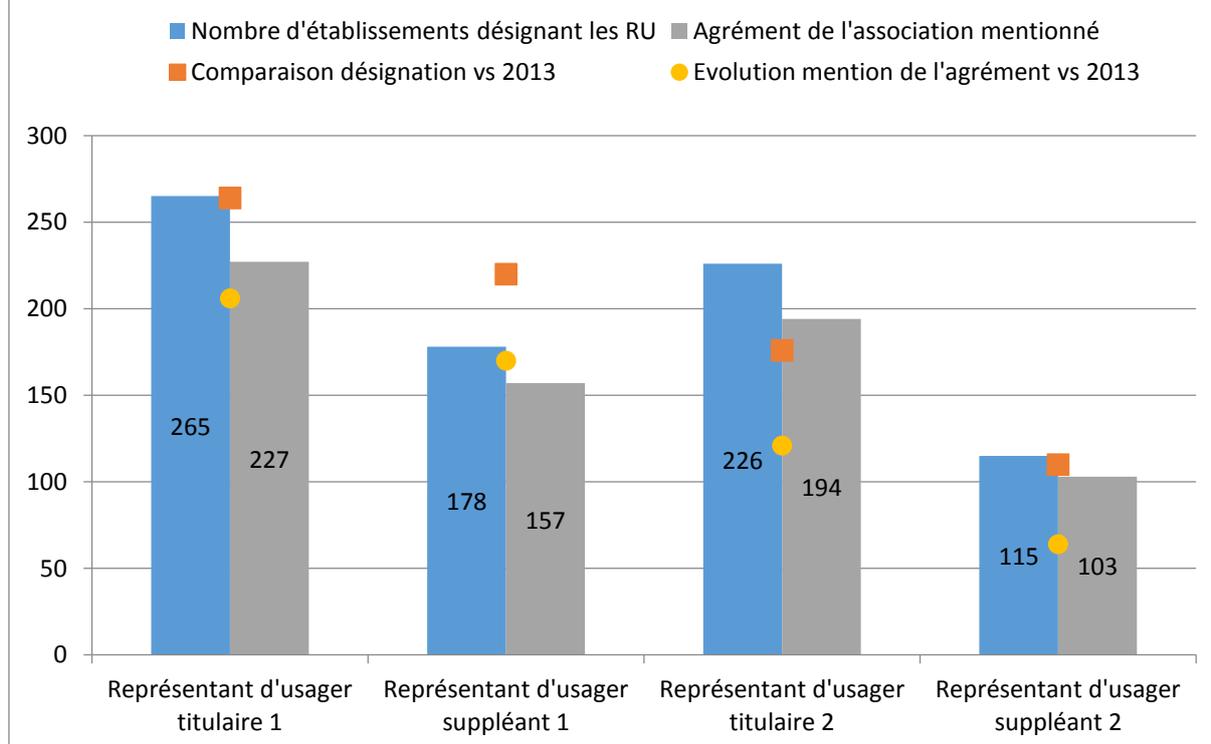


En ce qui concerne la désignation des représentants du personnel, il y a peu de différence par rapport à l'année précédente, avec 99% des établissements qui ont désigné l'ensemble de leurs représentants titulaires et 80% des établissements qui ont désigné l'ensemble de leurs représentants suppléants.

En revanche, les établissements mentionnent de plus en plus la fonction des représentants.

Des efforts sont donc encore à faire dans la désignation des représentants du personnel suppléants, notamment pour la suppléance du représentant de l'établissement.

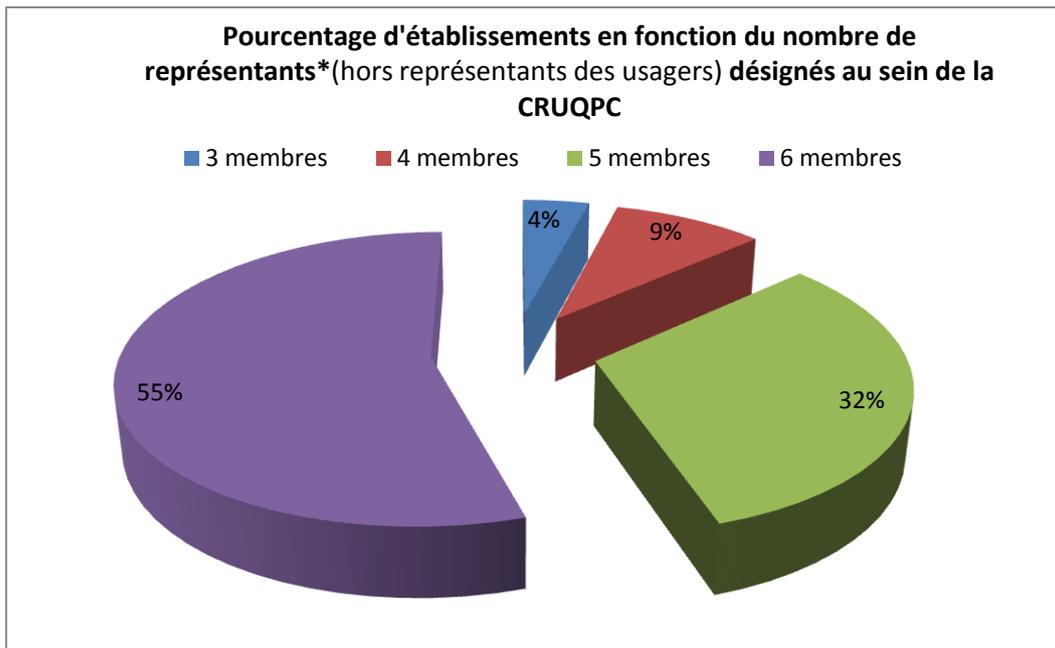
Nombre d'établissements désignant les représentants d'usagers



Par rapport à l'année précédente, **plus d'établissements ont désigné un deuxième représentant des usagers titulaire (+ 28%)**. En revanche, il y a moins de représentant d'utilisateur suppléant nommé (- 19%)

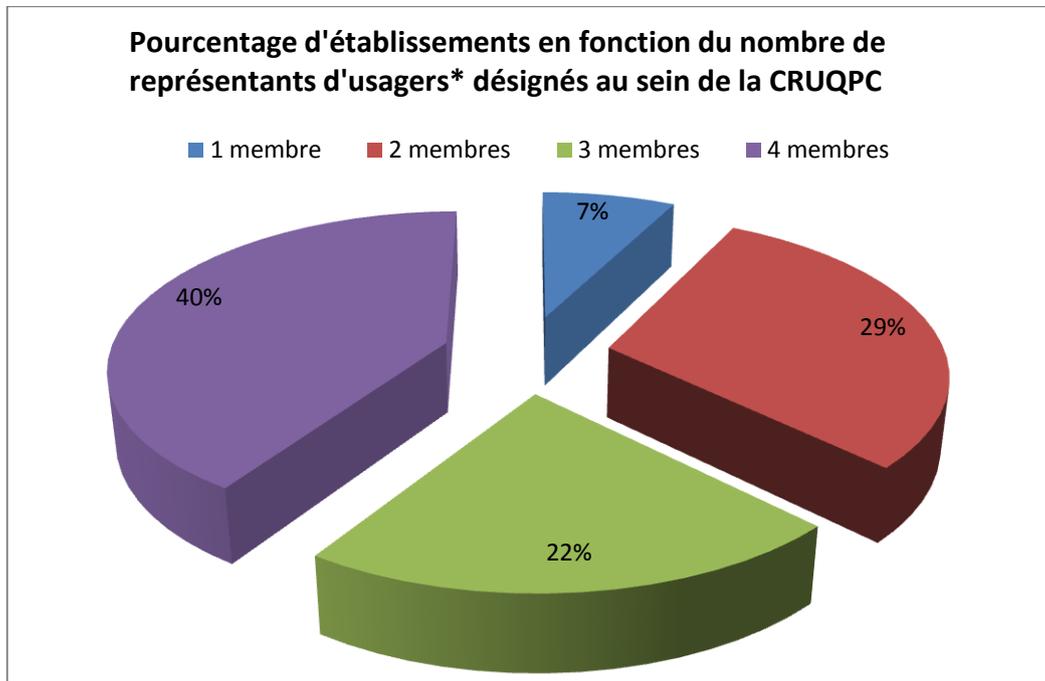
L'obligation réglementaire d'appartenance à une association agréée pour représenter les usagers est mieux respectée (+21%, toutes catégories de représentants d'usagers confondues)

- Respect des obligations réglementaires pour la composition de la CRUQPC



(*) Le nombre de membres prend en compte les titulaires et les suppléants

Un peu plus de la moitié des établissements répond à la l'obligation de nommer 6 représentants (3 titulaires + 3 suppléants), soit une légère amélioration par rapport à l'an dernier (+4%).

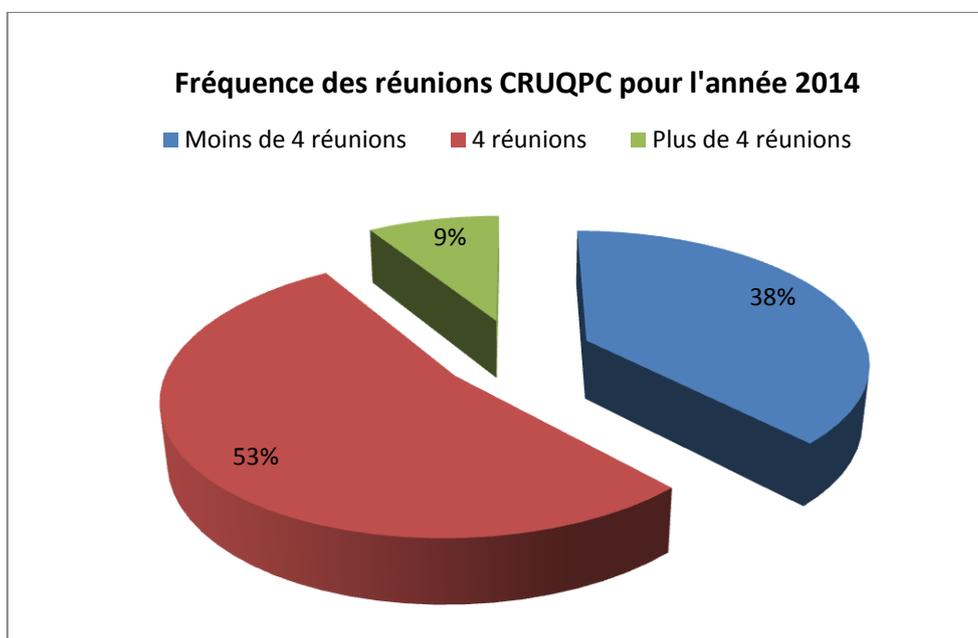
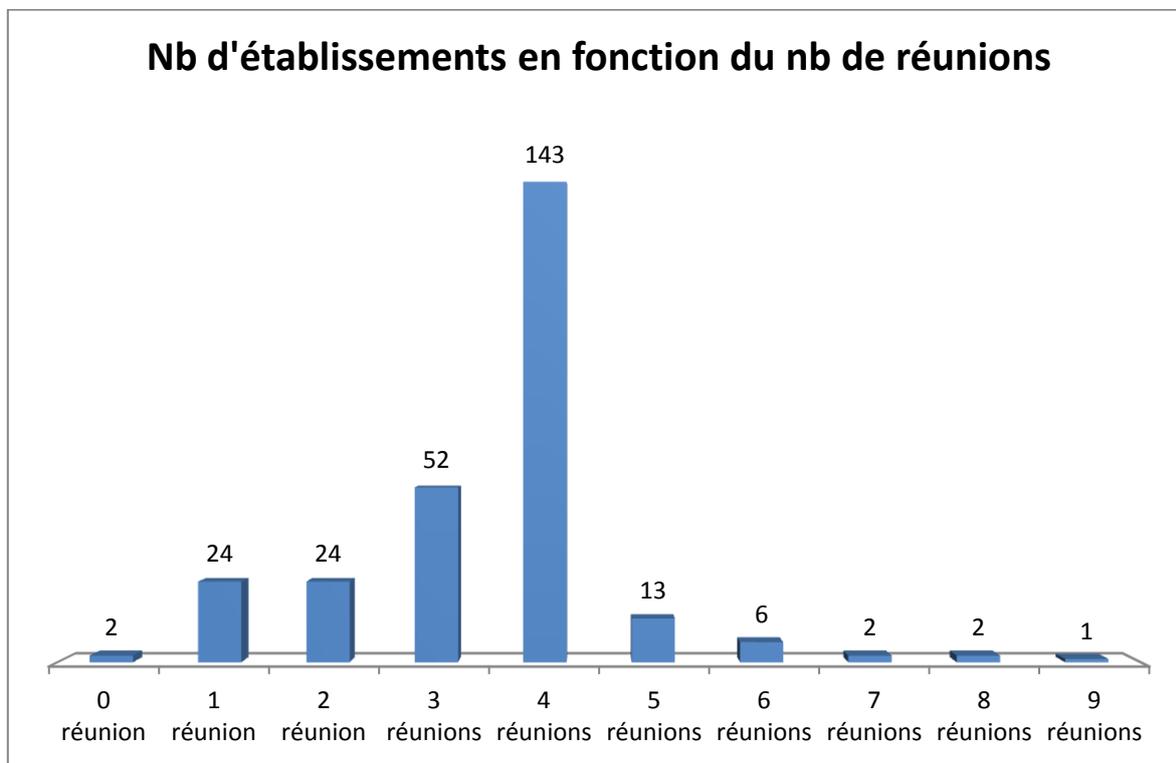


(*) Le nombre de membres prend en compte les titulaires et les suppléants

Comme tous les ans, on constate une légère progression de la représentation des usagers au sein de la CRUQPC par rapport à l'an dernier. **Mais seulement 40 % des établissements (contre 38% l'an dernier) déclarent désigner les 4 représentants (2 titulaire + 2 suppléants).**

- Réunions et Participation

- *Fréquence des réunions*



Sur l'année 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, **62% des établissements organisent au moins 4 réunions par an.**

Cependant, de grandes disparités sont constatées entre établissements. En revanche, pas de différences constatées suivant les secteurs (public, privé ESPIC¹, privé non ESPIC²).

Pour les établissements qui organisent moins de 4 réunions par an, les motifs les plus fréquemment invoqués sont l'absence de plaintes ou de réclamations et l'indisponibilité des membres de la CRUQPC.

Pour les établissements qui déclarent de nombreuses réunions, c'est souvent car des réunions extraordinaires sont organisées, sur un sujet précis.

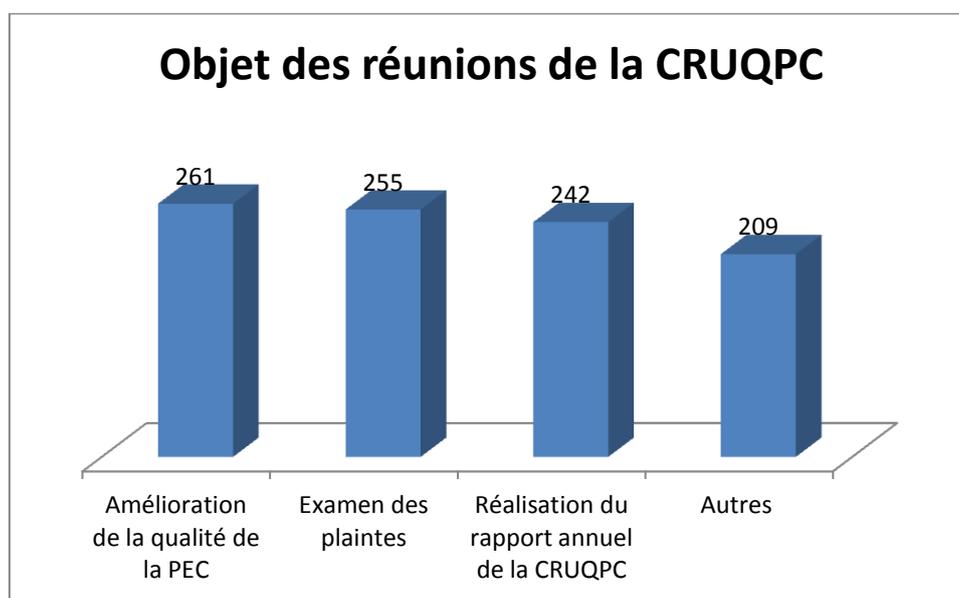
- *Moyenne de participation des membres de la CRUQPC*

Pour l'année 2014, la moyenne de participation des membres de la CRUQPC s'élève à 73,5% :

> **Taux moyen de participation des représentants d'usagers** : 70 % (+5% par rapport à l'année précédente)

> **Moyenne de participation des autres membres** : 77% (stable par rapport à l'année précédente)

- *Objet des réunions*



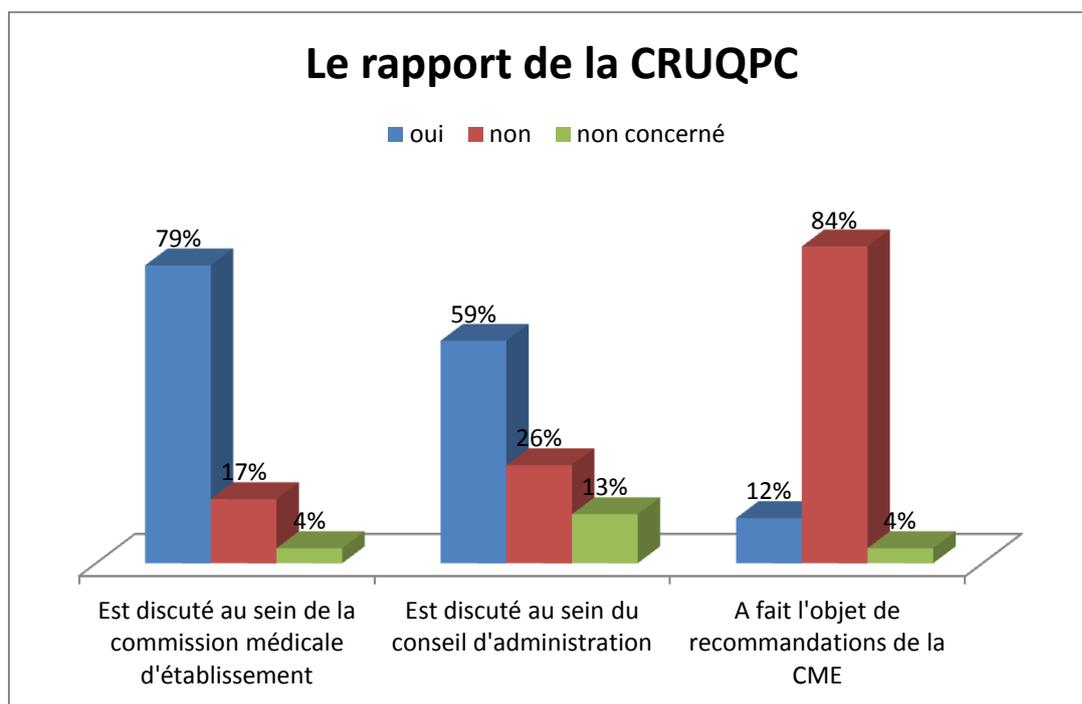
L'analyse révèle que les 3 principaux objets sont l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'examen des plaintes et la réalisation du rapport CRUQPC. **C'est la première année que « la qualité de la prise en charge » passe en première position, avant l'examen des plaintes.**

Parmi les principaux objets cités en « autres », on retrouve l'analyse de la satisfaction des patients, la certification ou encore la présentation par l'établissement d'un certain nombre de sujets en lien avec la vie quotidienne dans l'établissement (signalétique, nouveaux outils informatiques...).

¹ Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (non lucratif)

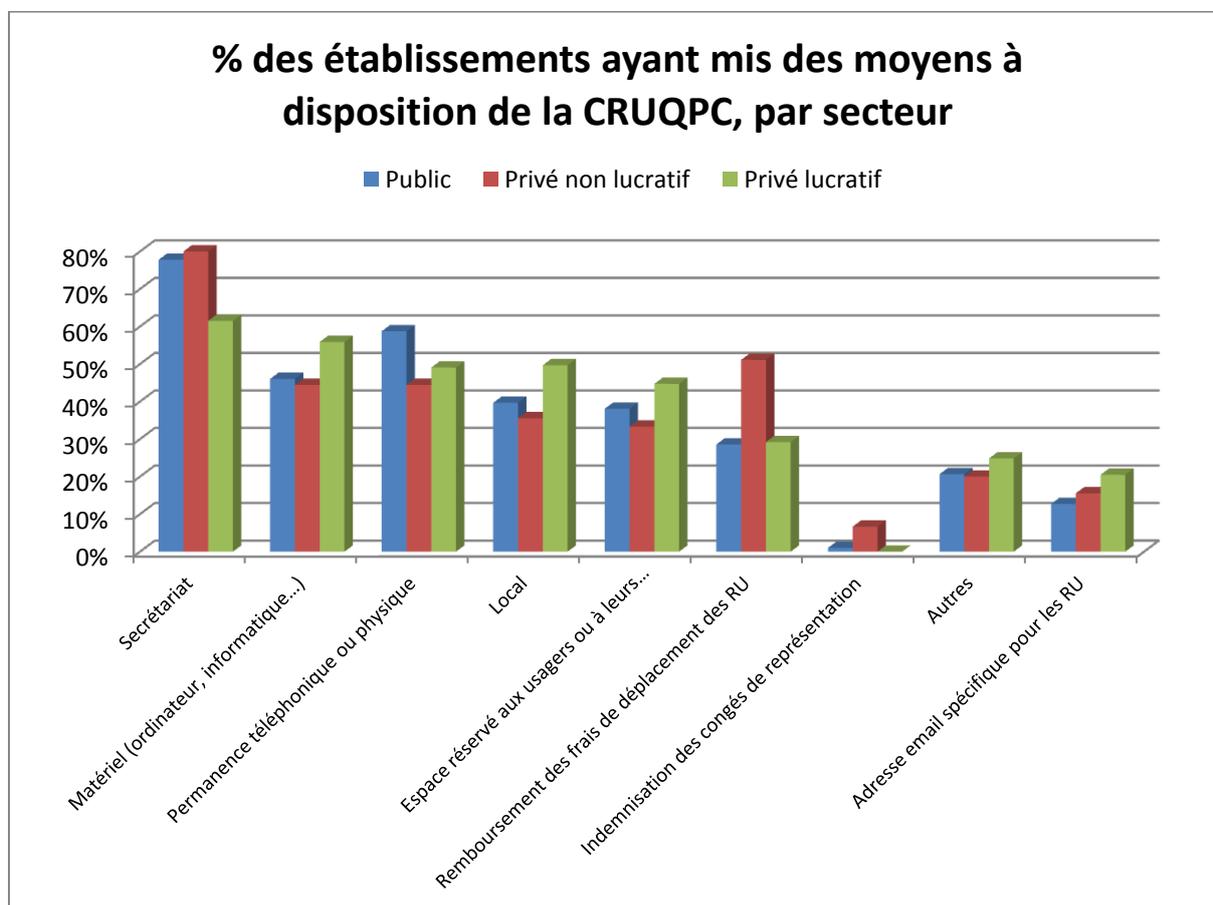
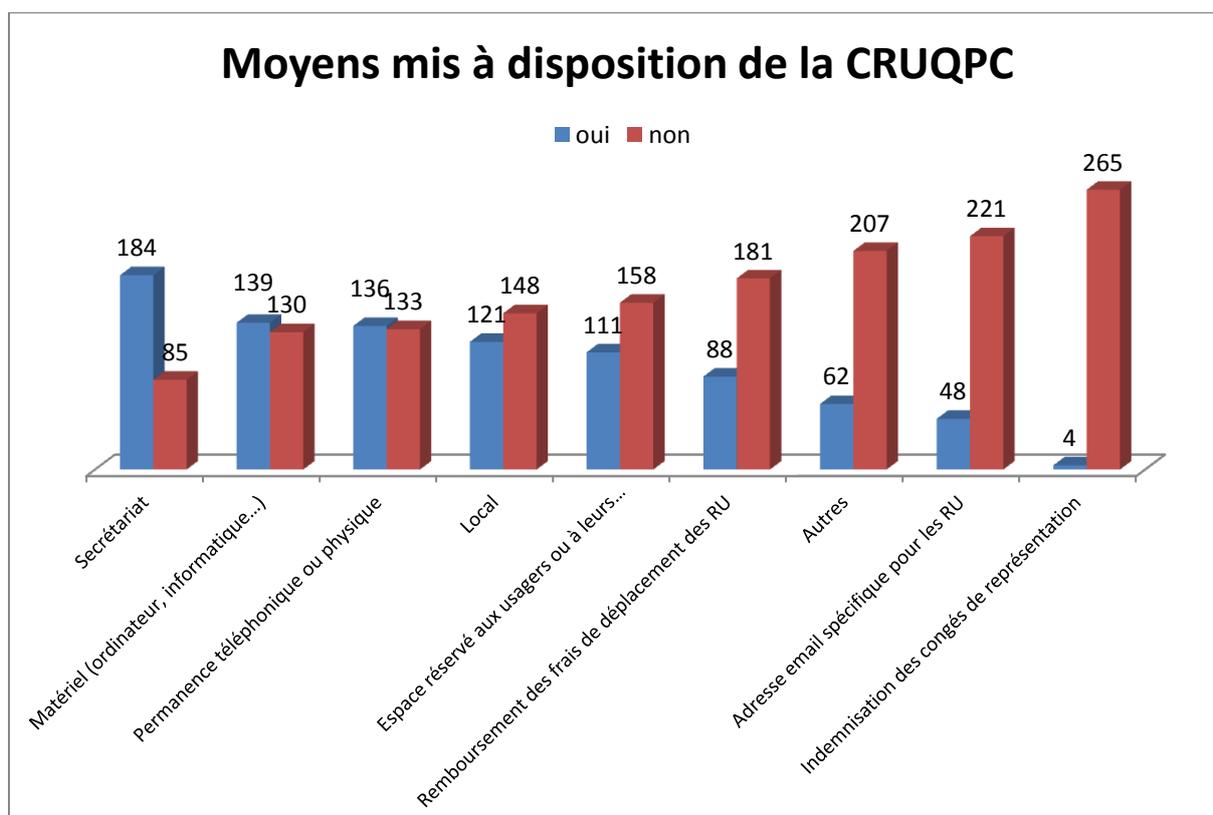
² Etablissement de santé privé (lucratif)

- Rapport de la CRUQPC



Si le rapport de la CRUQPC est discuté, dans 79% 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.

- Moyens mis à disposition de la CRUQPC



A noter que seuls 33% des établissements remboursent les frais de déplacement des représentants des usagers **alors que l'article R. 1112-90 du code de la santé publique précise que « les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission »**. Cependant, il est possible que des représentants des usagers ne demandent pas le remboursement de leurs frais.

- Informations mises à disposition des membres de la CRUQPC

Dans plus de 96% 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
- Projet d'établissement ou projet institutionnel
- Résultats de la certification, audits, indicateurs qualité

Dans 84% des établissements, les membres ont également accès aux :

- Recours gracieux et juridictionnels
- 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

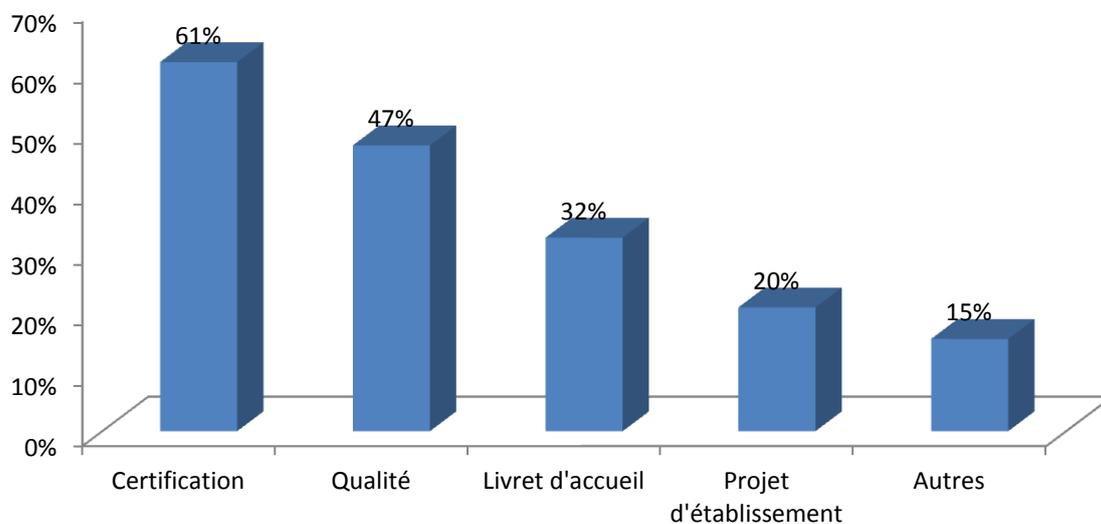
Et dans plus de 58% des établissements, les membres ont accès au(x) :

- Rapport d'activité de la personne en charge des relations avec les usagers
- Rapport d'activité de l'établissement
- Plan de formation des personnels
- 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

65% des établissements déclarent que les représentants des usagers participent à des groupes de travail, et les thématiques suivantes sont les plus fréquemment identifiées :

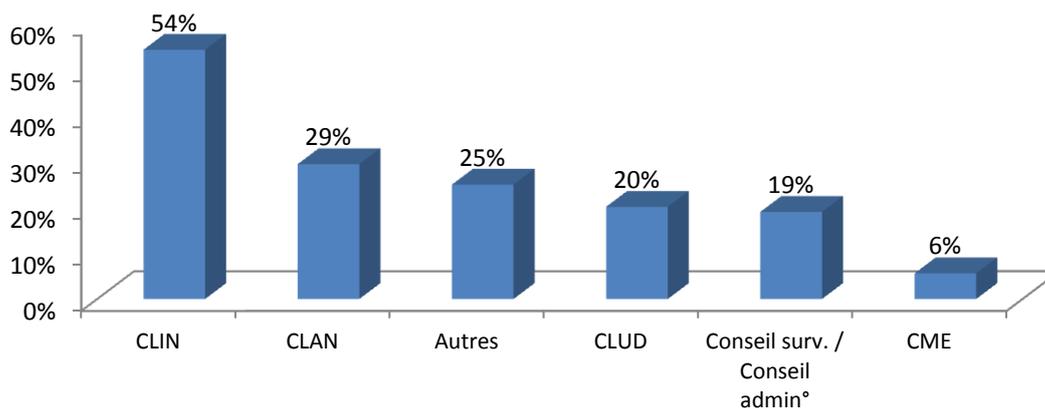
Participation des RU à des groupes de travail



- Participation des représentants des usagers à des instances de l'établissement, hors CRUQPC

Les représentants des usagers sont invités dans d'autres instances que la CRUQPC dans 70% des établissements.

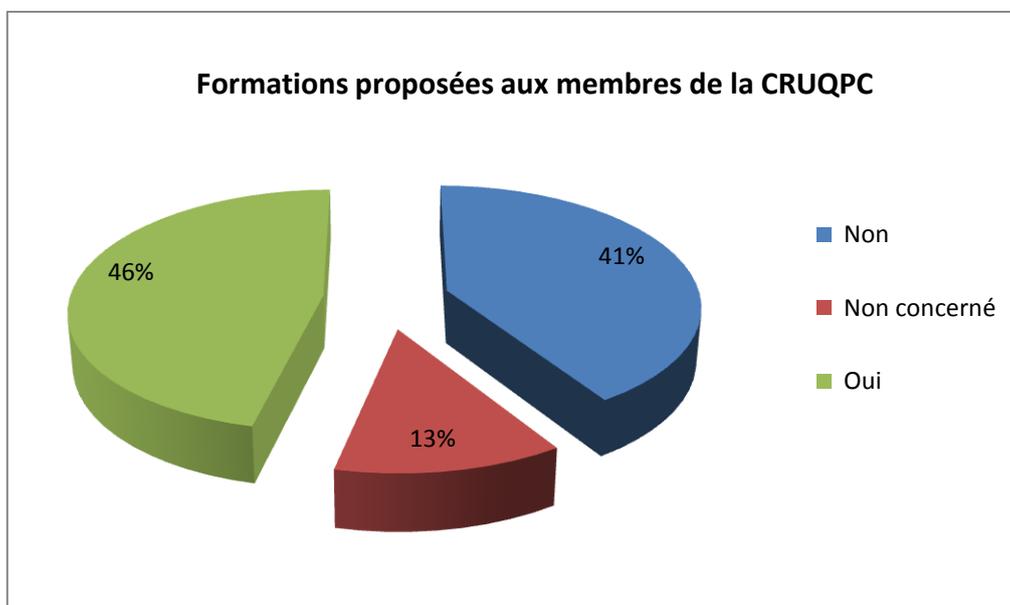
Participation des représentants des usagers aux instances (hors CRUQPC)



En ce qui concerne la participation des usagers dans les conseils de surveillance des établissements publics, **elle est effective dans seulement 63% des établissements de la région alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire.**

2) Volet Formation

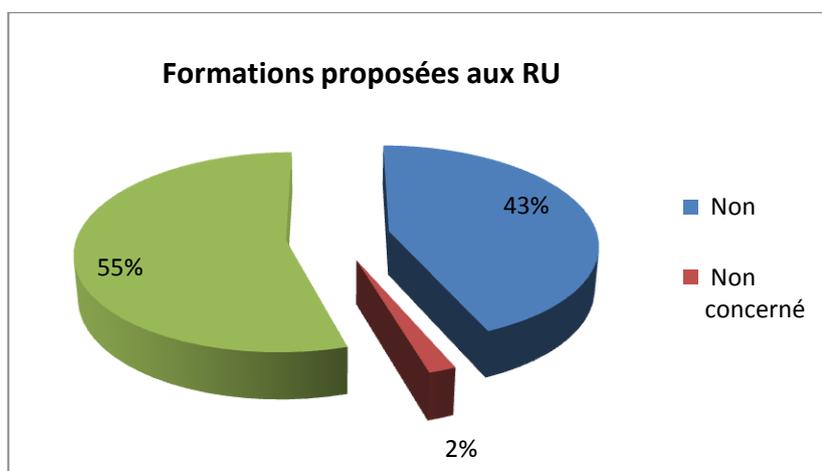
- **Formation des membres de la CRUQPC**



Près de la moitié des établissements a proposé des formations aux membres de la CRUQPC, comme les années précédentes.

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

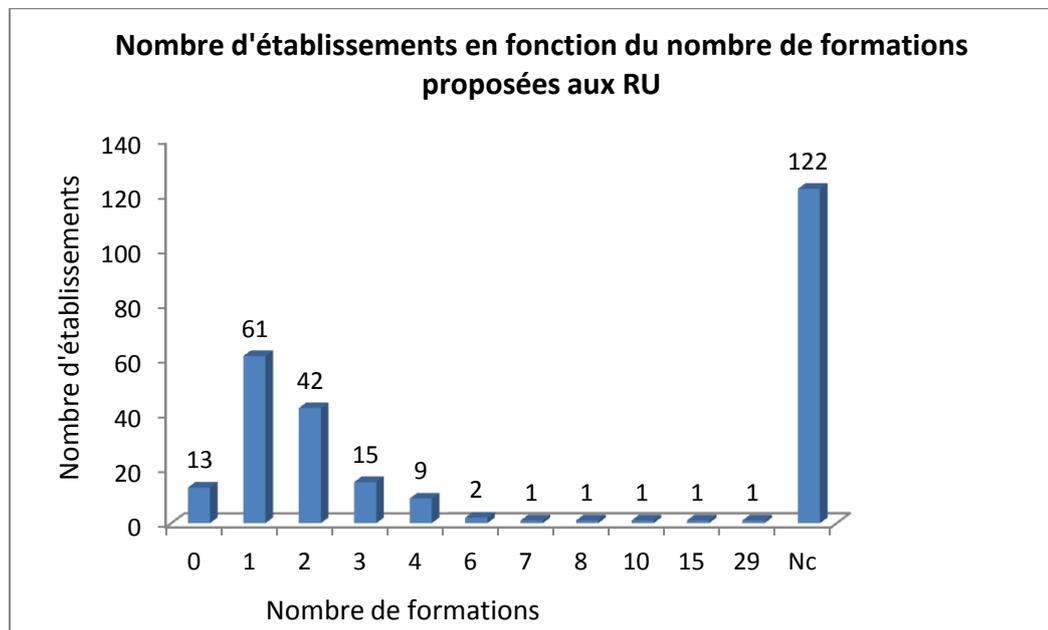
- *Formations proposées aux RU*



55% des établissements déclarent avoir proposé des formations à leurs représentants d'usagers (contre 40% l'an passé). Les établissements du secteur public et du privé ESPIC forment légèrement

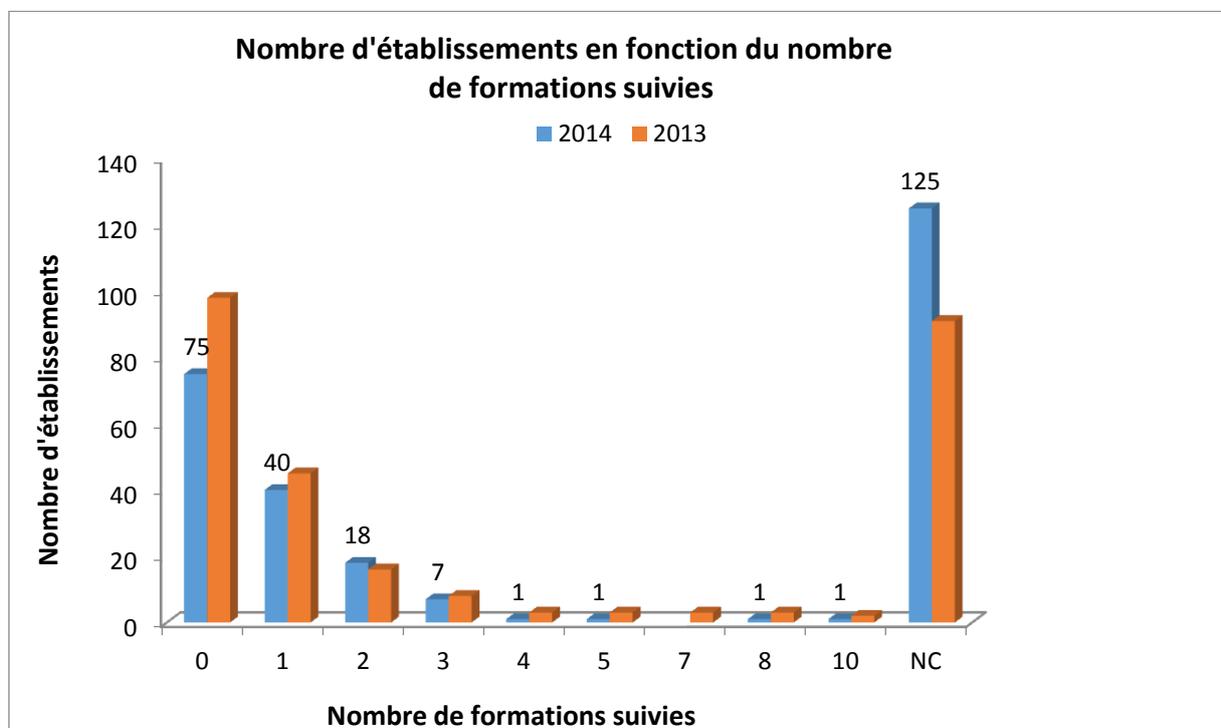
plus leurs représentants que ceux du secteur privé non ESPIC (54% des établissements publics et 52% des ESPIC contre 42% des établissements privés).

- *Nombre de formations proposées aux RU*



Au total 307 formations ont été proposées aux représentants d'usagers contre 272 l'an dernier.

- *Nombre de formations suivies*

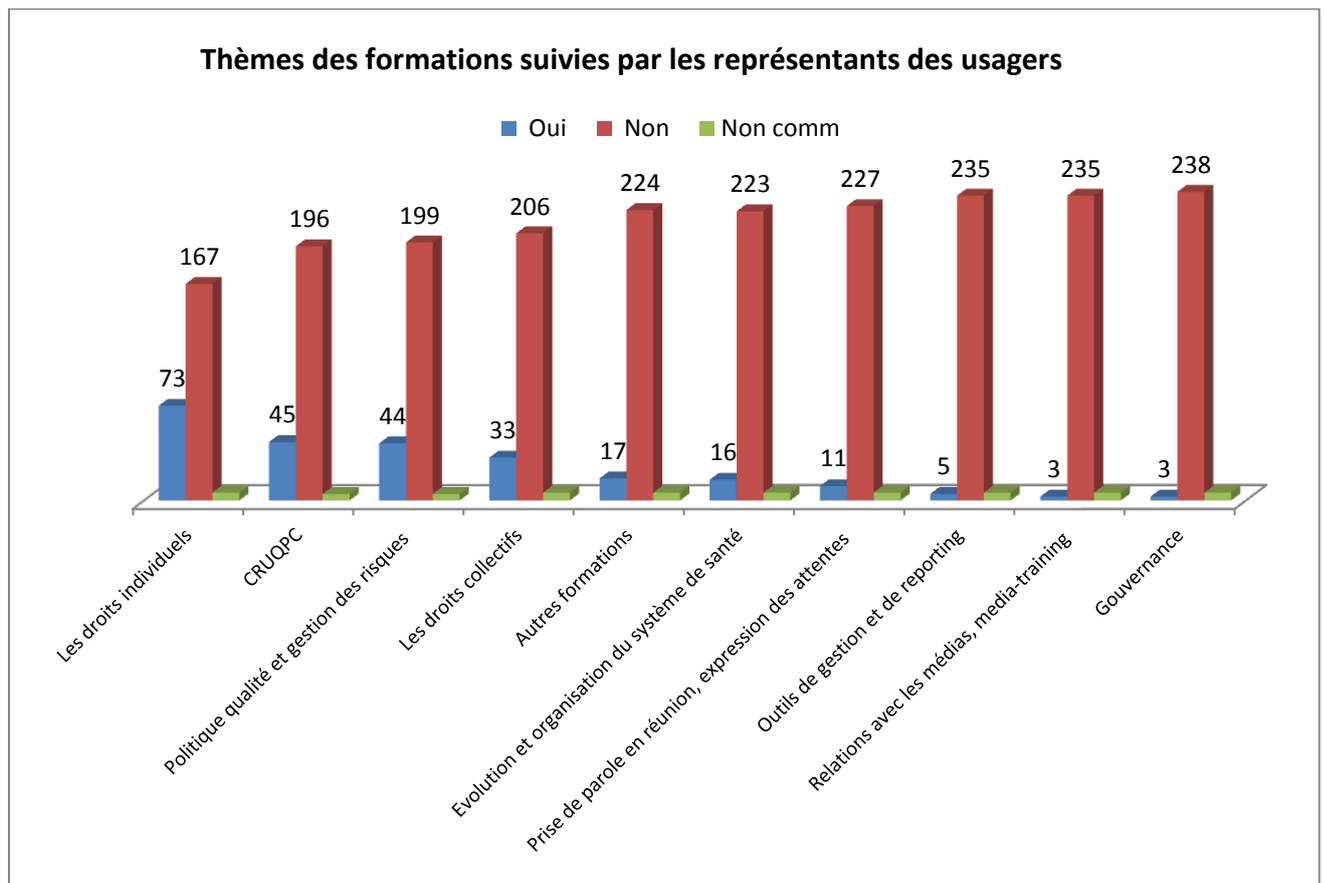


Le nombre total de formations suivies atteint les 124 (-25% par rapport à l'année précédente) et le nombre de représentants des usagers formés en 2014 est en baisse (125 vs 159 l'année précédente, soit une baisse de 21%).

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

Majoritairement, les établissements informent les représentants des usagers de ces formations par email et/ou donnent une information orale lors d'une réunion de la CRUQPC.

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

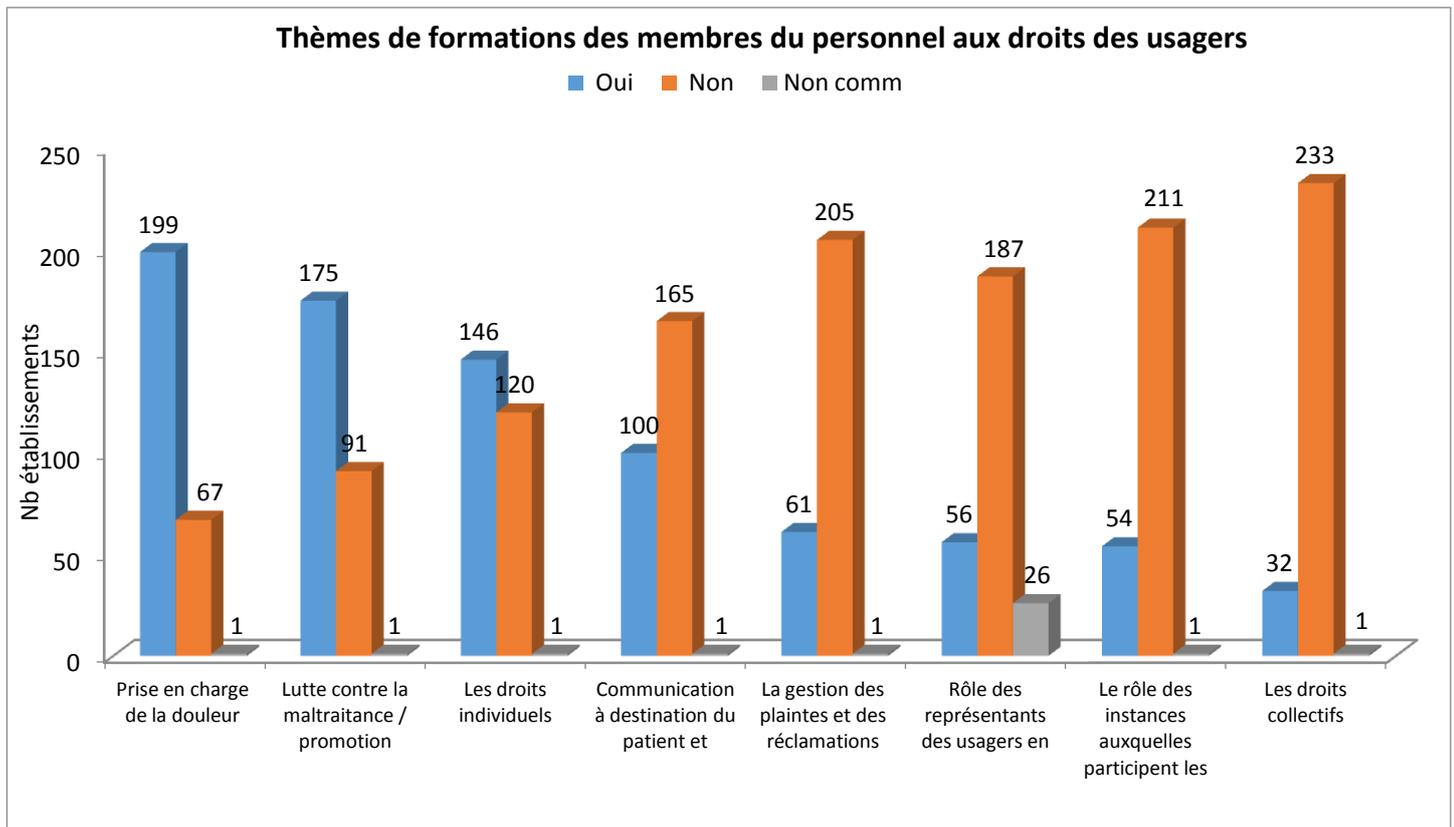


Légende :

-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..
 -CRUQPC = EXERCICE DE REPRESENTATION, FONCTIONNEMENT, ACCES A L'INFORMATION, REALISATION DU RAPPORT CRUQPC.
 -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 : **les droits individuels et le fonctionnement de la CRUQPC** sont les thèmes des formations les plus suivies par les représentants d'usagers, pour les établissements renseignant cet indicateur.

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



Comme l'an dernier, 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

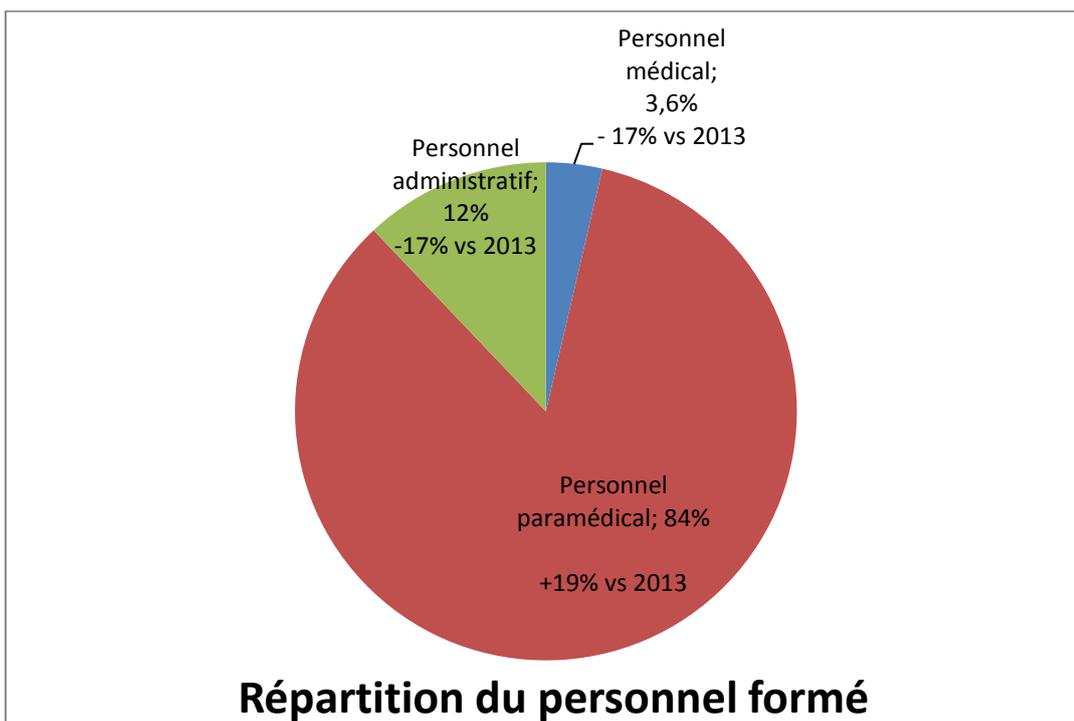
✓ **Chiffres clés de la formation des membres du personnel :**

Le nombre de formations proposées est en légère baisse par rapport à l'année précédente, et le nombre de personnels formés reste stable.

Nombre de formations proposées aux membres du personnel sur les droits des usagers : 4 417

Nombre de personnels formés au total : 17 807

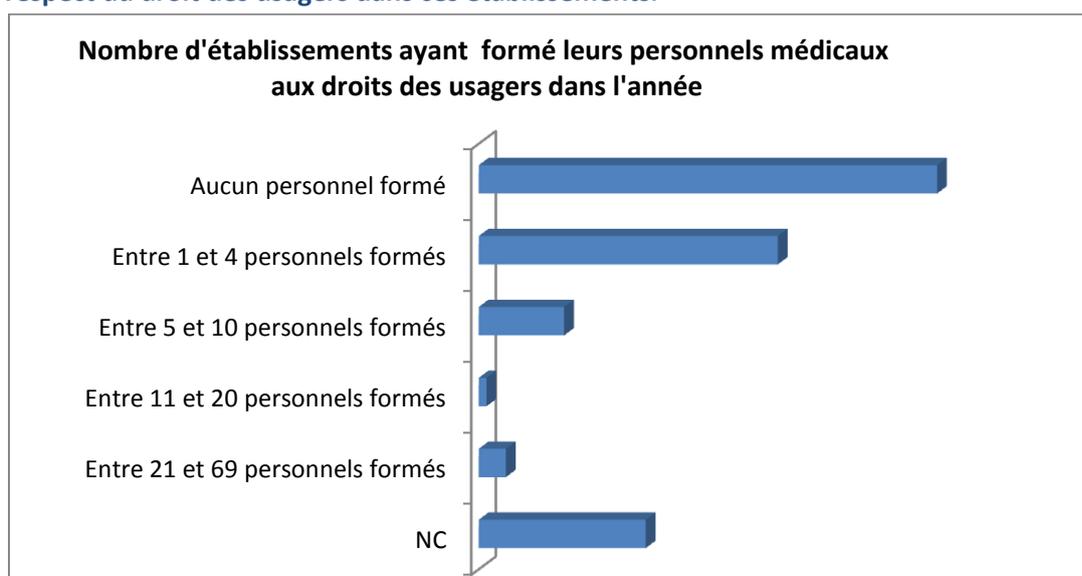
Les personnels des établissements du secteur public et du secteur privé ESPIC ont davantage suivi de formations sur les droits des usagers que ceux des établissements du secteur privé non ESPIC (71% des établissements publics et 68% des ESPIC, contre 53% des établissements privés).



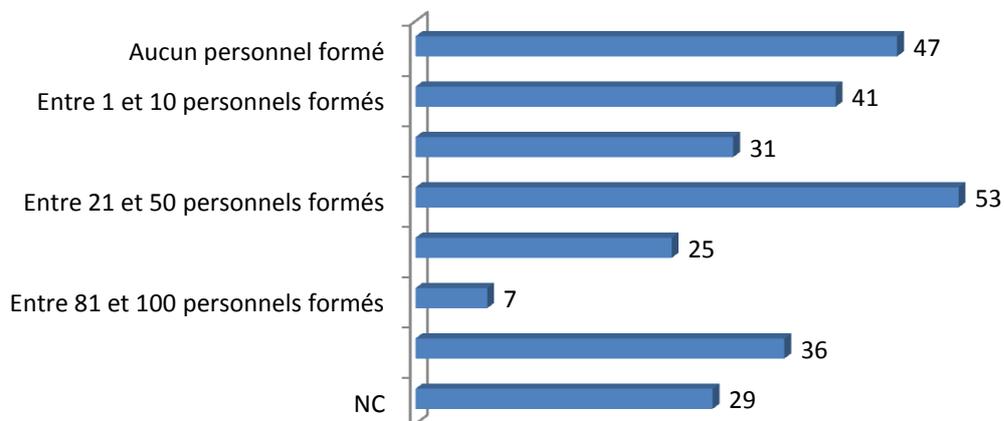
Moins de personnel médical et de personnel administratif a été formé aux droits des usagers (-17% sur chaque catégorie) par rapport à l'année précédente. En revanche, le personnel paramédical a été davantage formé (+ 19%).

On observe peu de différences suivant les différents secteurs, si ce n'est que le secteur public forme moins son personnel administratif aux droits des usagers que le secteur privé.

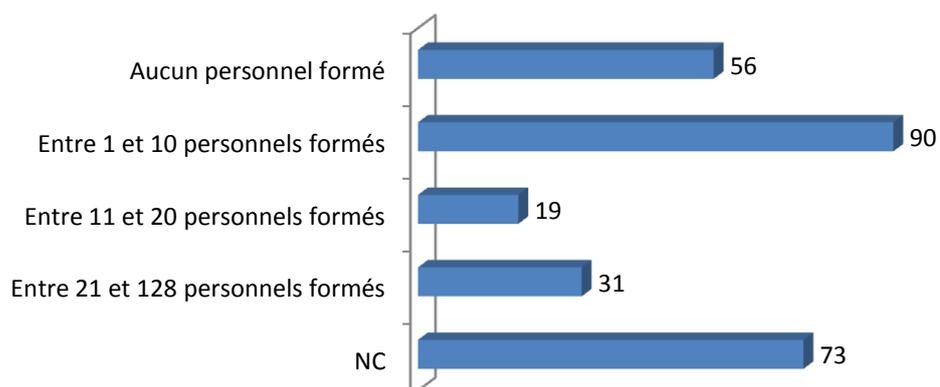
Cette baisse de formation sur le personnel médical est dommageable car la formation contribue au respect du droit des usagers dans ces établissements.



Nombre d'établissements ayant formé leurs personnels paramédicaux aux droits des usagers dans l'année

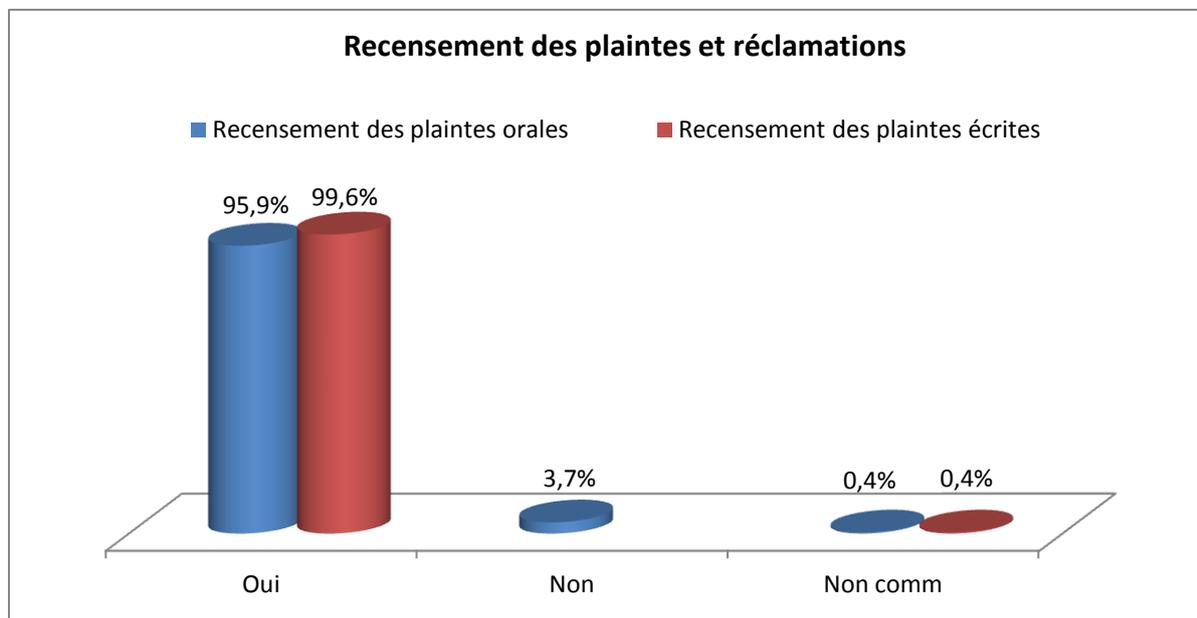


Nombre d'établissements ayant formé leurs personnels administratifs aux droits des usagers dans l'année



3) Volet Plaintes et réclamations

- **Recensement des plaintes et réclamations**



Une procédure de recensement des plaintes (orales et écrites) est mise en œuvre dans la quasi totalité des établissements (+1% par rapport à l'année précédente).

Un protocole de traitement des réclamations est mis en place dans 95% des établissements.

Par ailleurs le registre des plaintes et réclamations est accessible à tous les membres de la CRUQPC dans 98,5% des établissements.

En 2014 le **nombre de plaintes recensées** sur toute la région s'élève à **6 844**. Ce chiffre est stable par rapport aux années précédentes (+1%). En moyenne l'évolution du nombre de plaintes et réclamations est de 2,5% par établissement.

45% des plaintes/réclamations sont adressées à des établissements du secteur public, 44% à des établissements du secteur privé lucratif et 11% à destination du secteur privé non lucratif (en sachant que les établissements publics représentent 45% des établissements de la région, les établissements privés 44% et les ESPIC 11%).

Le nombre d'éloges reçus est quant à lui de 9 153.

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

- Nombre de médiations **médicales** proposées : 578 (-19% par rapport à l'année précédente)
- **Nombre de médiations médicales réalisées : 244 (-10%)**

- Nombre de compte-rendu de médiations médicales : 214 soit 88% des médiations réalisées.
- Nombre de médiations **non médicales** proposées : 491 (+11% par rapport à l'année précédente)
- **Nombre de médiations non médicales réalisées : 230 (+11%)**
- Nombre de compte rendu de médiations non médicales : 204 soit 89% des médiations réalisées
- Nombre de médiations **conjointes** proposées : 249 (+7% par rapport à l'année précédente)
- **Nombre de médiations conjointes réalisées : 92 (+2%)**

Si le nombre de médiations médicales proposées et réalisées est en diminution constante depuis deux ans, le nombre de médiations non médicales et/ou conjointes est quant à lui en augmentation.

Seuls 19% des plaintes et réclamations font l'objet d'une proposition de médiation (toutes médiations confondues) et seuls 8% de ces plaintes et réclamations font l'objet d'une médiation effective.

A noter que les établissements publics proposent légèrement plus de médiations médicales que les établissements des autres secteurs.

- Nombre de réclamations ayant fait l'objet d'un traitement par la CRUQPC : 1 771 (stable par rapport aux années précédentes)
- Nombre de patients reçus par la Direction : 960 (-14% par rapport à l'année précédente). Ce sont les établissements privés non ESPIC qui reçoivent le plus les patients.

● **Formulation des plaintes**

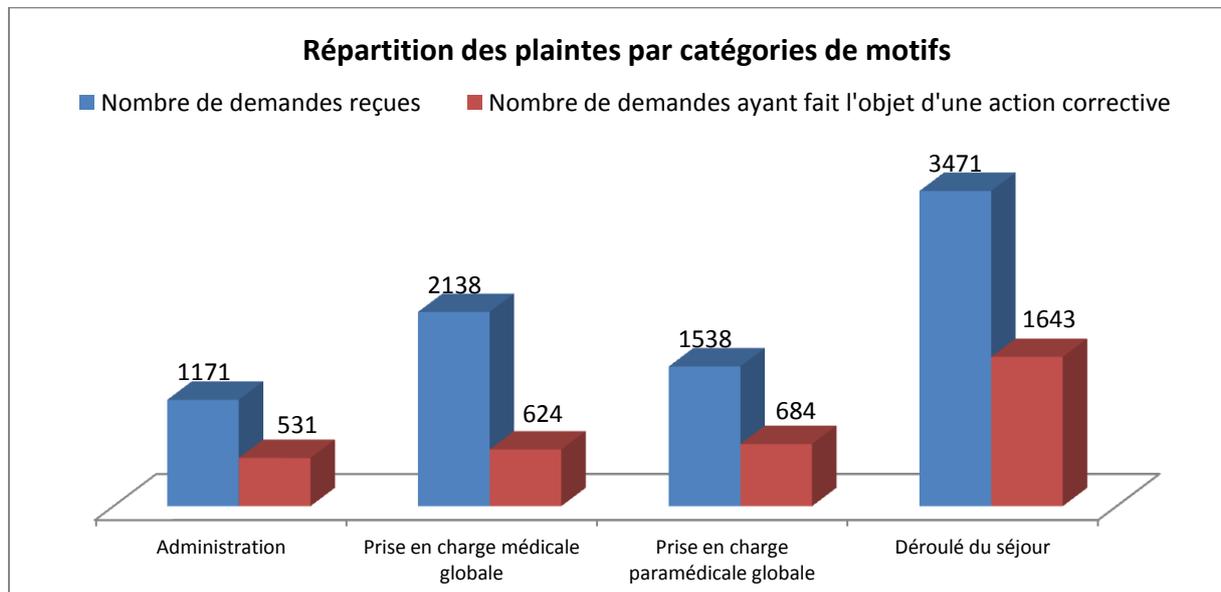
- Nombre de plaintes formulées par écrit : 5 761 (+3% par rapport à l'année précédente)
- Nombre de plaintes formulées par oral : 1 292 (-16% par rapport à l'année précédente)

Ainsi le nombre total de plaintes formulées auprès des hôpitaux s'élèvent à 7 053. Ce chiffre est légèrement supérieur au nombre de plaintes recensées et s'explique par le fait que les patients peuvent formuler une plainte orale puis écrite.

● **Origines des plaintes et réclamations**

- **63% des plaintes et réclamations sont formulées par le patient lui-même**, tandis que 37% sont formulées par la famille.
- Nombre de dossiers présentés en CRCI : 278 (-43% par rapport à l'année précédente)
- Nombre de recours gracieux auprès de l'établissement : 446 (+41%)
- Nombre de recours juridictionnels : 326 (-4%)

- **Répartition des motifs de plaintes et réclamations de l'année 2014 par motif**



Comme les trois années précédentes, l'analyse des plaintes par répartition des motifs révèle que Le déroulé de séjour est la catégorie de motif occasionnant le plus de plaintes, suivi de la prise en charge médicale globale, puis paramédicale globale

Une action corrective est effectuée dans 41,5% des cas.

On observe des différences suivant les secteurs. Voici les trois premiers motifs de plaintes/réclamations, en fonction du type d'établissements :

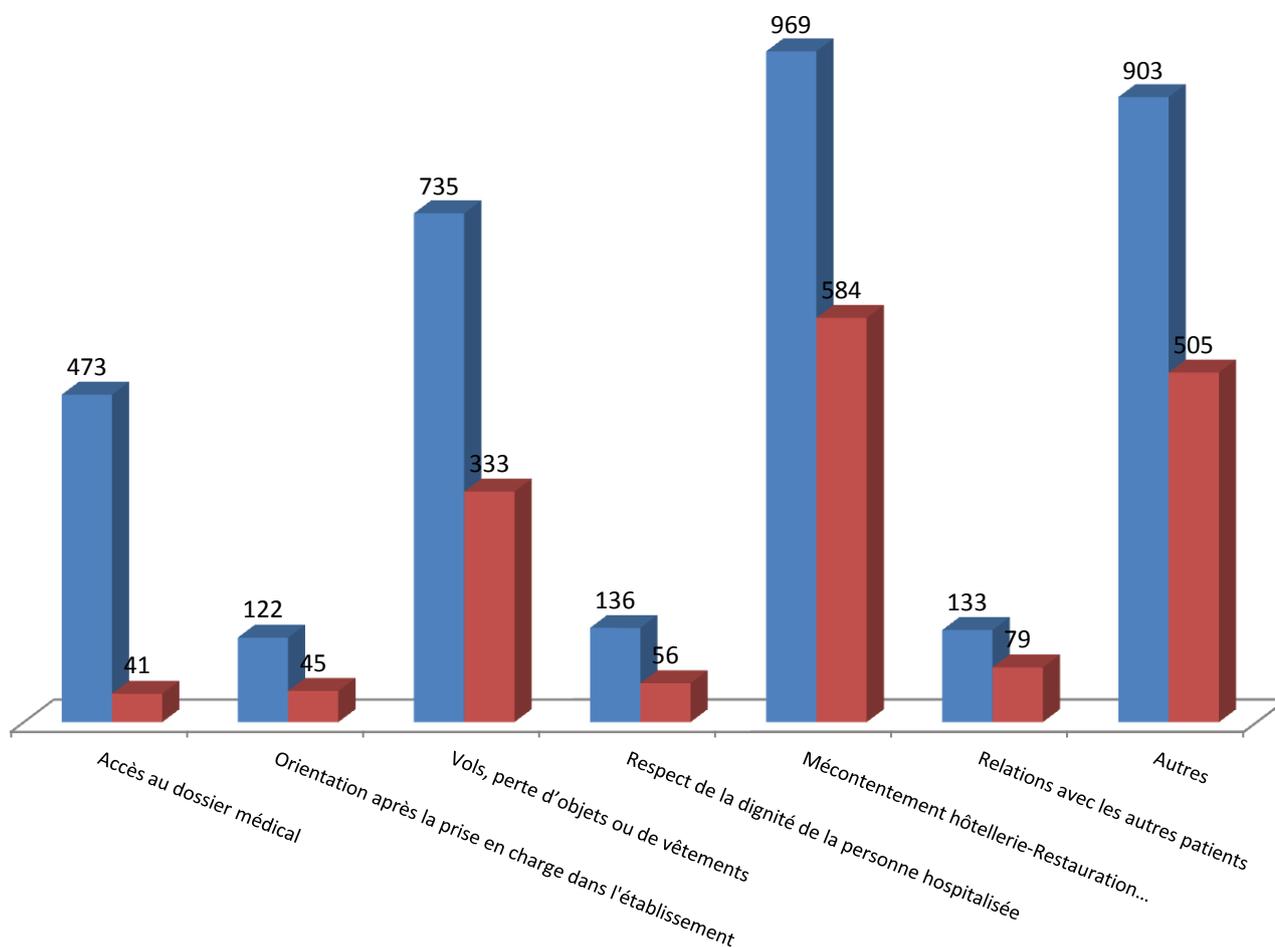
Public : 1. Prise en charge médicale / 2. Déroulé du séjour / 3. Prise en charge paramédicale

Privé ESPIC : 1. Déroulé du séjour / 2. Prise en charge paramédicale / 3. Prise en charge médicale

Privé non ESPIC : 1. Déroulé du séjour / 2. Prise en charge paramédicale / 3. Administration

Détails des plaintes pour motif, concernant le Déroulé du séjour

■ Nombre de demandes reçues ■ Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une action corrective



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 3 années précédentes. On retrouve dans la catégorie « autres » des motifs tels que :

- La propreté
- La vétusté du matériel et des locaux ; le mauvais fonctionnement du matériel

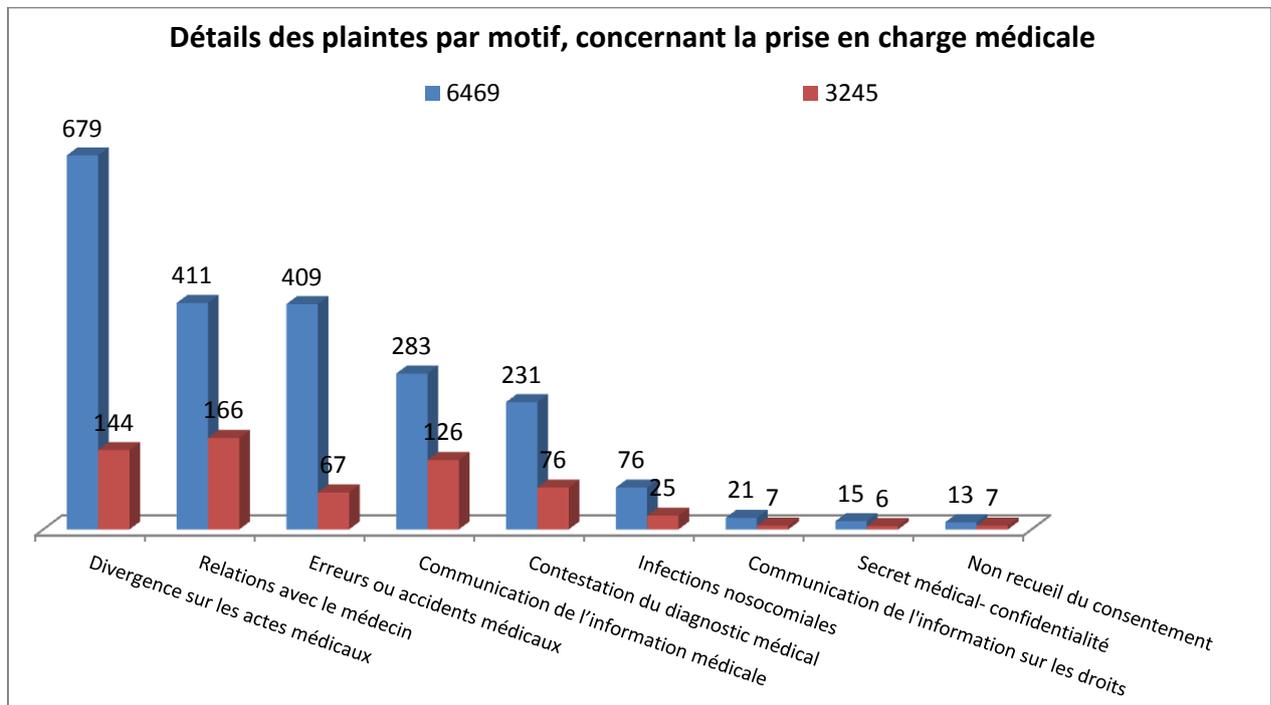
On observe des différences suivant les secteurs. Voici les trois premiers motifs de plaintes/réclamations, en fonction du type d'établissements :

Public : 1. Vols, perte d'objets / 2. Accès dossier médical / 3. Autres

Privé ESPIC : 1. Autres / 2. Vol, perte d'objets / 3. Orientation après la prise en charge

Privé non ESPIC : 1. Autres / 2. Vol, perte d'objets / 3. Relations avec les autres patients

A noter que, par rapport aux années précédentes, le nombre de plaintes et réclamations concernant l'orientation après la prise en charge dans l'établissement est en augmentation, alors qu'il diminue sur le mécontentement de l'hôtellerie-restauration.



La divergence sur les actes médicaux, les relations avec le médecin et les erreurs ou accidents médicaux sont les principaux objets de plaintes de la catégorie prise en charge médicale, comme les années précédentes.

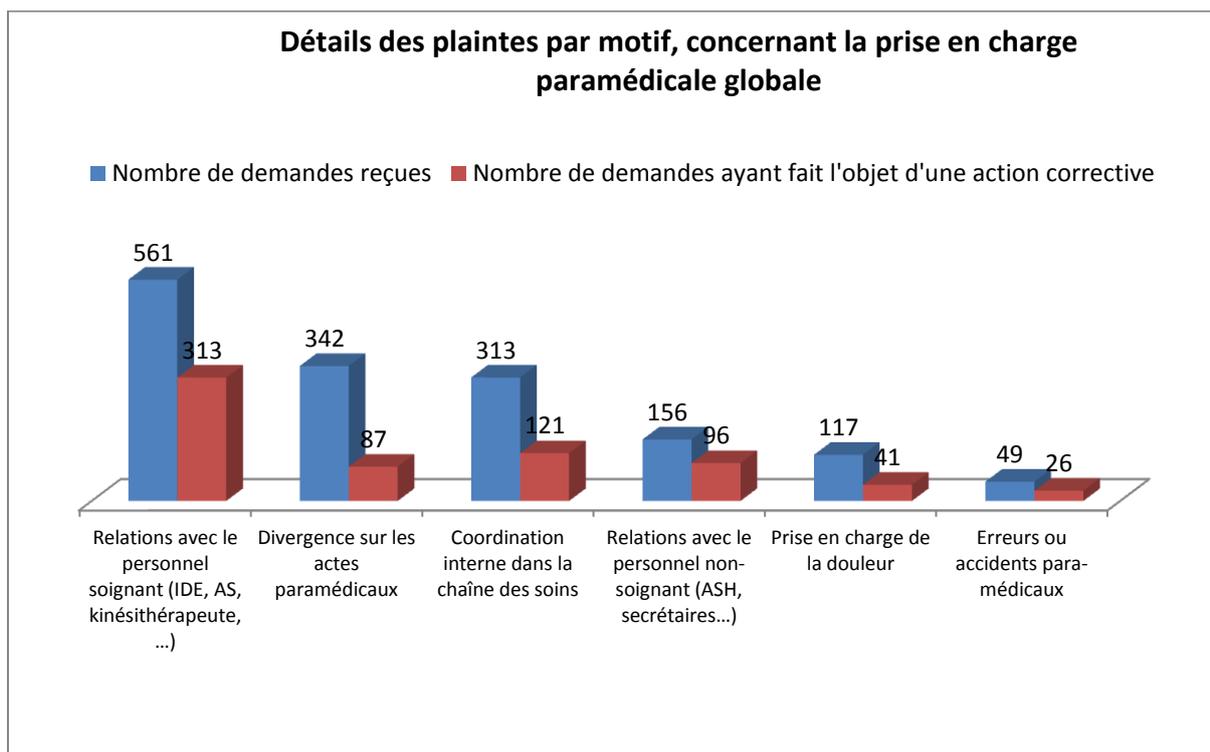
On observe des différences suivant les secteurs. Voici les trois premiers motifs de plaintes/réclamations, en fonction du type d'établissements :

Public : 1. Divergence sur les actes médicaux / 2. Erreurs ou accidents médicaux / 3. Contestation diagnostic

Privé ESPIC : 1. Communication de l'information médicale / 2. Relation avec le médecin / 3. Divergence sur les actes médicaux

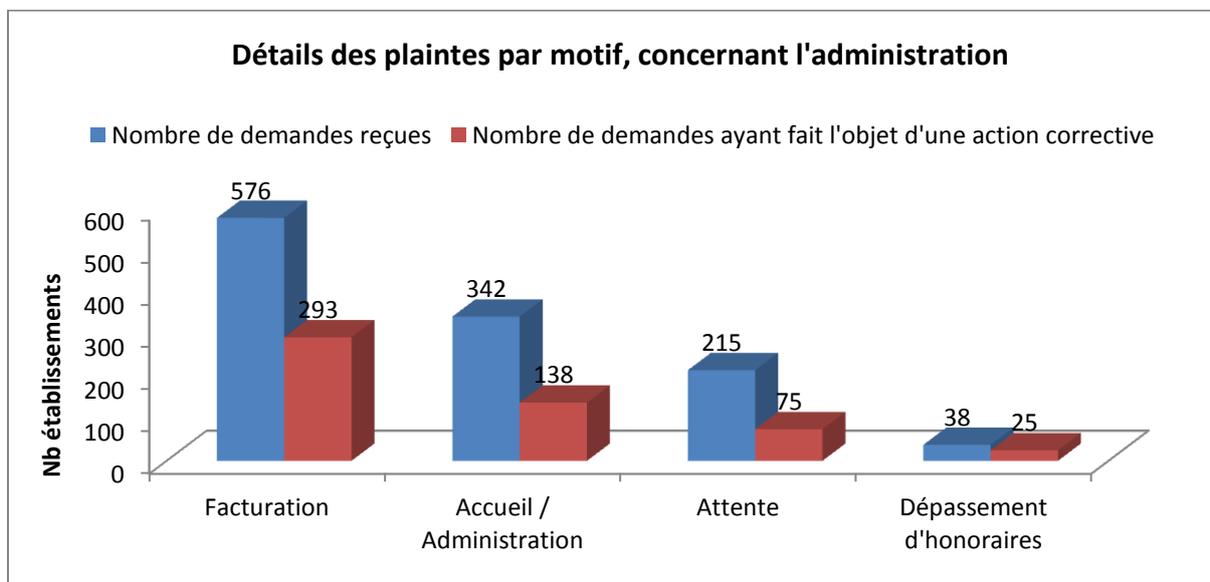
Privé non ESPIC : 1. Divergence sur les actes médicaux / 2. Relation avec le médecin / 3. Communication de l'information médicale

A noter que le nombre de plaintes et réclamations est en augmentation sur les erreurs ou accidents médicaux, alors qu'il est en baisse sur la contestation du diagnostic.



Pour ce qui concerne la prise en charge paramédicale, les relations avec le personnel soignant, la divergence sur les actes et la coordination interne des soins sont les 3 principaux motifs recensés, comme les années précédentes. Il n'y a pas de différence selon les secteurs.

A noter que le nombre de plaintes et réclamations est en augmentation sur la divergence sur les actes paramédicaux, alors qu'il est en baisse sur la coordination interne dans la chaîne des soins.



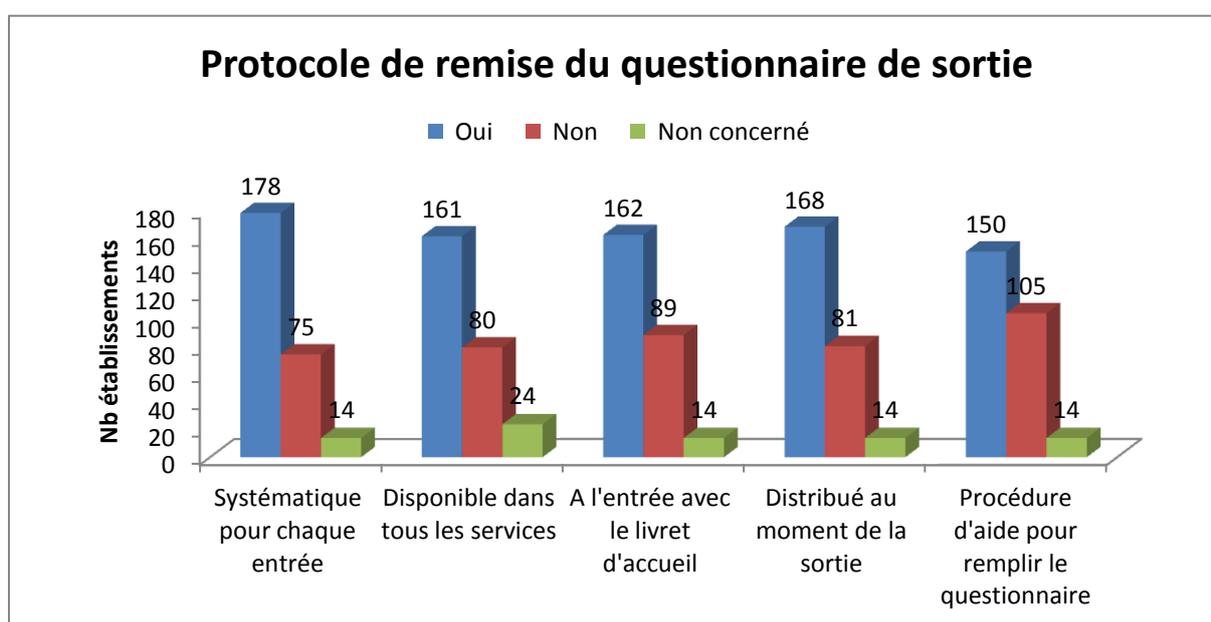
Le motif principal de plainte dans la catégorie administration reste la facturation (sauf pour les ESPIC où le principal motif est l'accueil/l'administration). Cependant, de plus en plus d'actions correctives sont menées sur ce volet (50% des plaintes et réclamations font l'objet d'une action corrective, contre 39% l'année précédente).

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

En moyenne, les établissements accusent réception des plaintes et réclamations en 3,7 jours et le délai moyen de réponse circonstanciée à la plainte ou réclamation est de 14 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 250 784 questionnaires remplis, pour une moyenne de 968 questionnaires par établissements avec un taux de retour de 38 %. Attention, ces chiffres sont à prendre avec précaution car il existe de grandes disparités entre établissements.

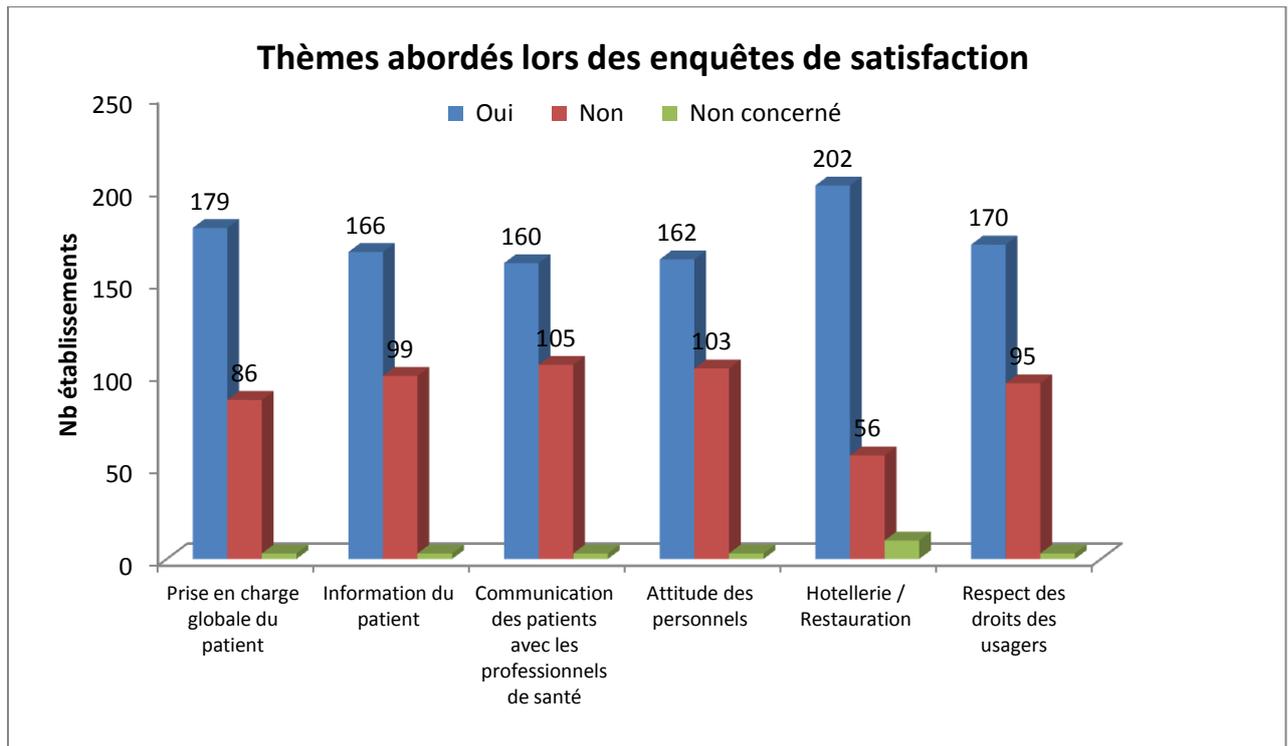
- **Enquête de satisfaction**

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 2014, 33 725 enquêtes de satisfaction ont été réalisées sur la région et 291 667 personnes enquêtées.

Attention, de nombreux établissements ne répondent pas à cette question et il existe d'importantes disparités entre établissements.

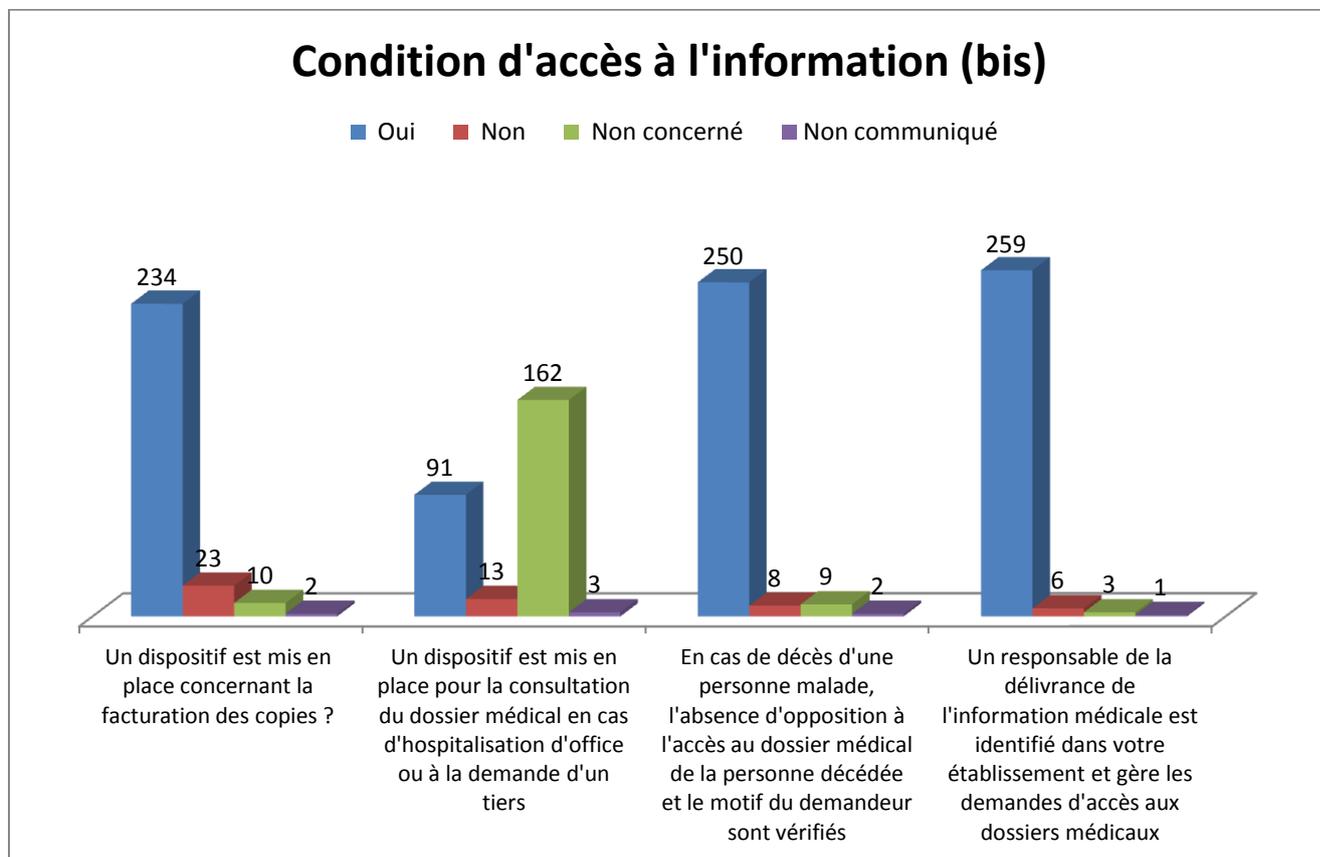
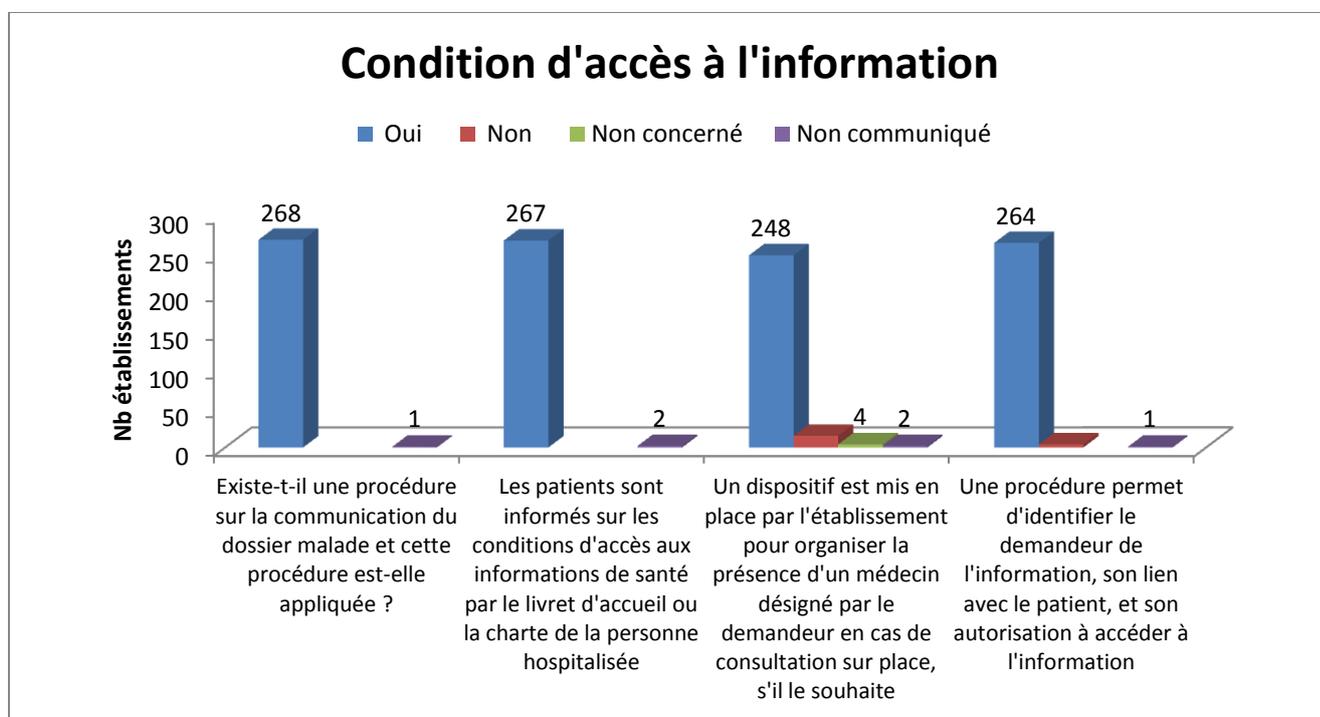
- *Thèmes des enquêtes réalisées*



Lors de la certification V2010 des établissements de santé, sur le critère 9b (évaluation de la satisfaction des usagers), 77% des établissements de santé de la région été cotés « A » et 23% ont été cotés « B ».

5) Accès au dossier médical

- Conditions d'accès à l'information médicale



Comme l'année précédente, dans tous les établissements (sauf 1) une procédure de communication du dossier médical est mise en place et une information concernant l'accès à ce dossier est proposé aux usagers.

Plus de 96% des établissements (+5% par rapport à l'année précédente) disposent d'un agent dédié à la délivrance de l'information médicale et 92% déclarent proposer la présence d'un médecin lors de la consultation du dossier.

Nombre de demandes reçues :

- Nombre de demandes reçues du patient lui-même : 9 792
- Nombre de demandes reçues de ses ayants droit ou d'un tiers habilité : 3 305

Nombre de demandes traitées :

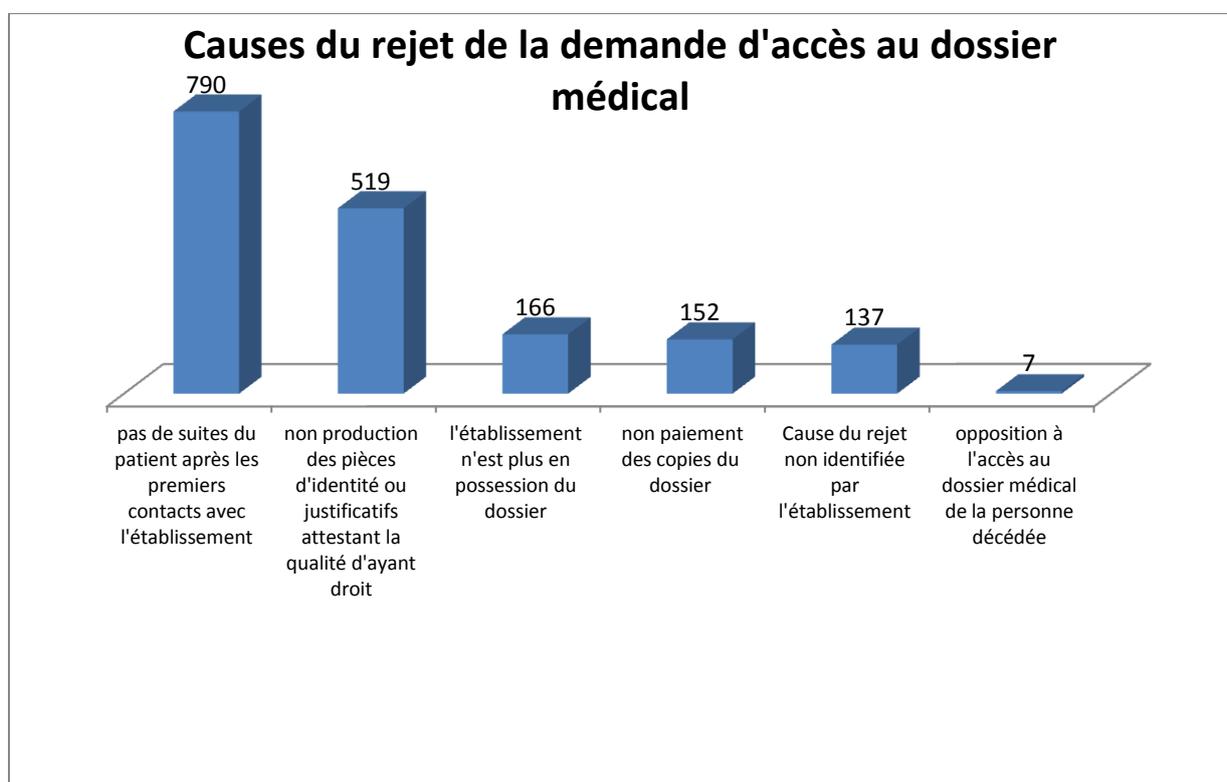
- Provenant du patient lui-même : 8 033
- Provenant de ses ayants droit ou d'un tiers : 2 794

Quelle que soit la provenance de la demande (patient ou tiers) 81% de ces demandes sont traitées.

Nombre de demandes rejetées : 1 773

Dont nombre de demandes de dossier médical de plus de 5 ans : 255

Les chiffres de demandes d'accès au dossier médical sont stables depuis 3 ans.



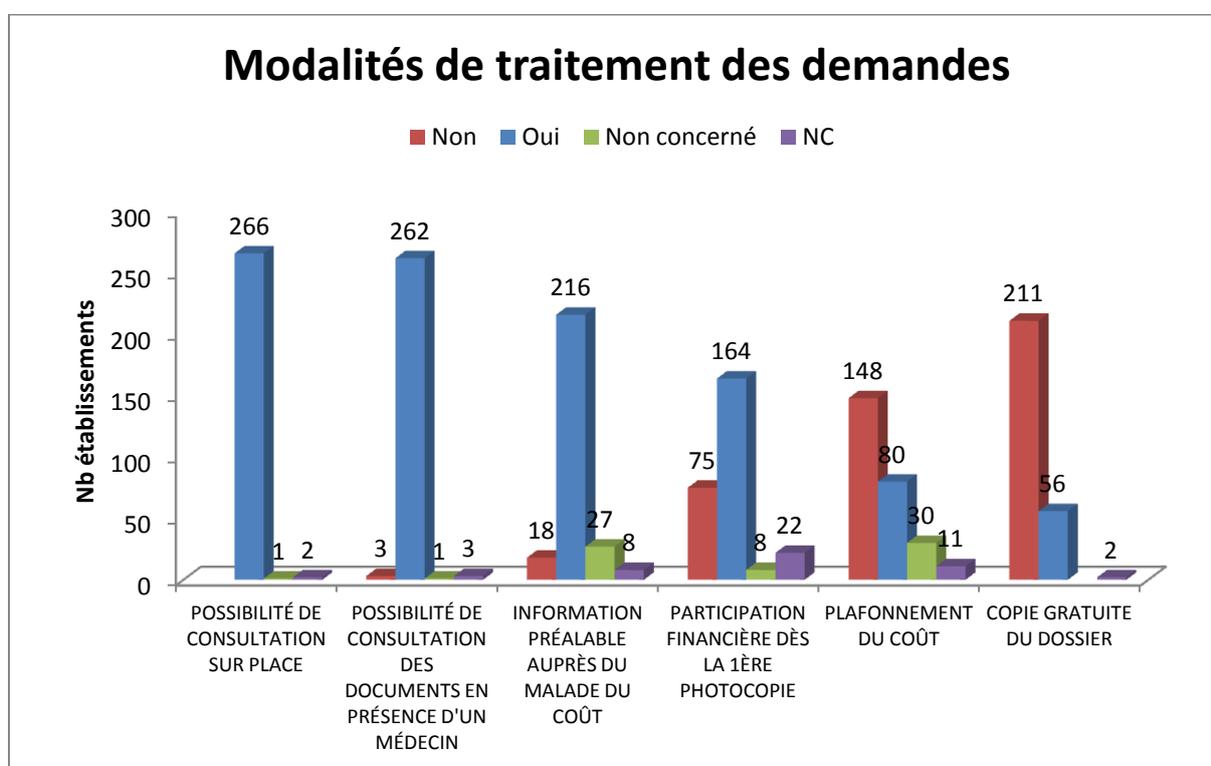
Force est de constater que la majorité des demandes rejetées relève principalement du patient et de ses ayants droit du fait de la non conformité aux règles d'accès au dossier médical.

- **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 de réception de la demande : 3,3 jours
 -Délai moyen de traitement à réception de la demande complète (Dossier moins de 5 ans) : 6,6 jours.
 -Délai moyen de traitement à réception de la demande complète (Dossier de plus de 5 ans) : 15 jours

Des efforts visibles ont été réalisés, car les délais de traitement des demandes se sont progressivement réduits et sont stables depuis l'an dernier.



Ces chiffres, plutôt positifs, sont confirmés par la certification V2010 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 ».

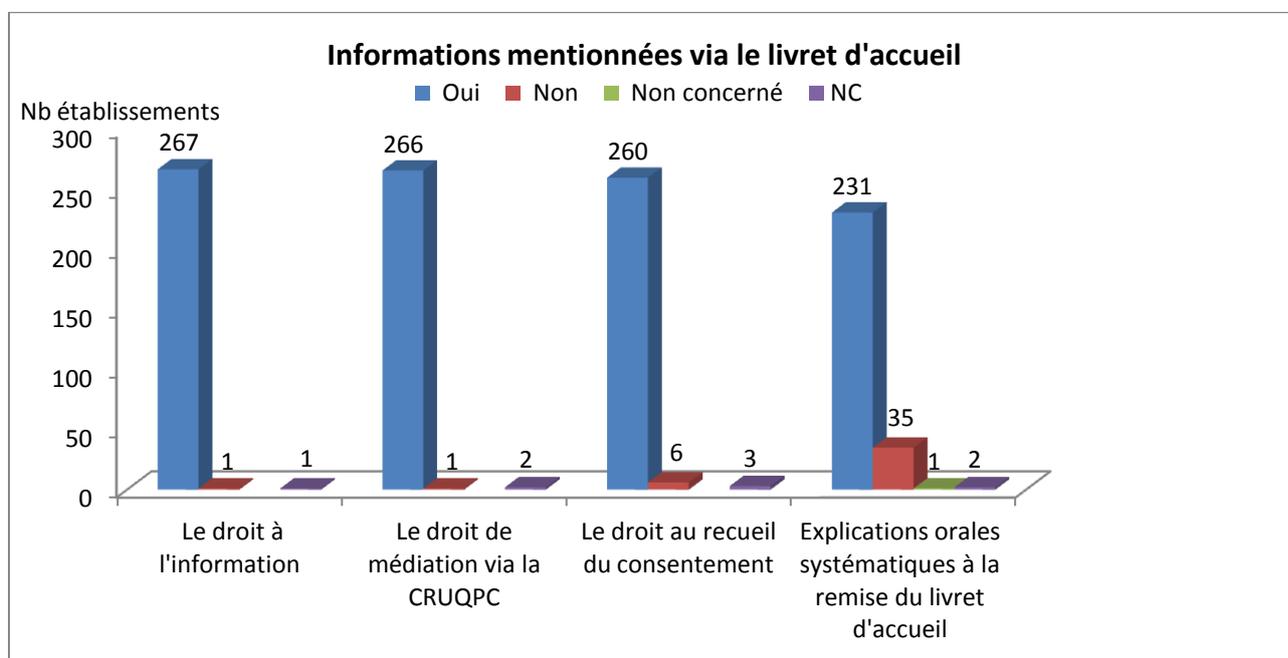
6) Volet Accès à l'information

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

- *Remise du livret d'accueil*

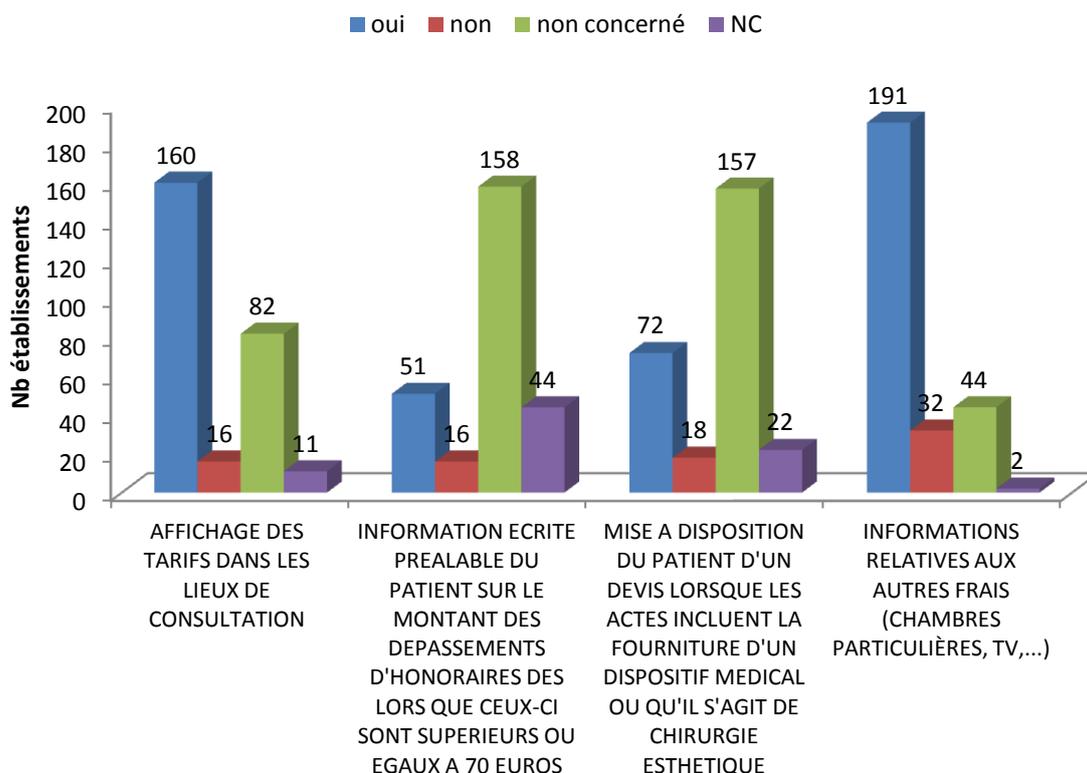
Le taux de remise du livret d'accueil est de 86%. Dans 88% des cas, il est remis au patient dès son arrivée dans l'établissement.

A noter que le taux de remise du livret d'accueil est de 91% pour les établissements privés non ESPIC et ESPIC alors qu'il est de 62% pour les établissements publics.



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

Informations sur les frais de prise en charge

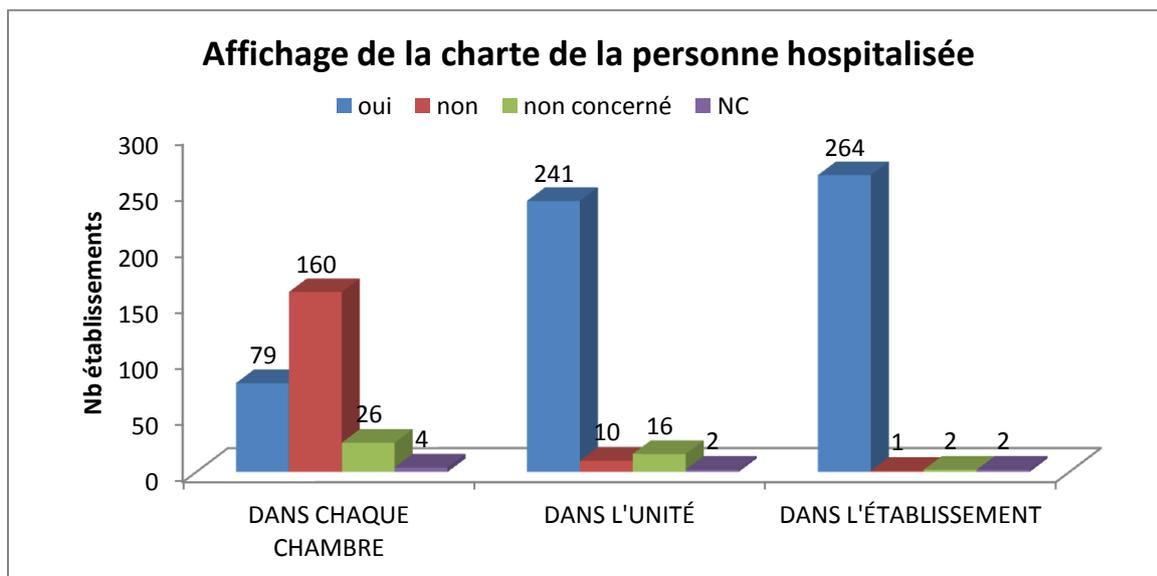


Des progrès ont été réalisés par rapport à l'année précédente :

- +23% d'établissements affichent les tarifs dans les lieux de consultation
- +9% d'établissements informent préalablement le patient sur le montant des dépassements d'honoraires lorsqu'ils sont supérieurs à 70 euros.
- + 16 % 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 60% 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.

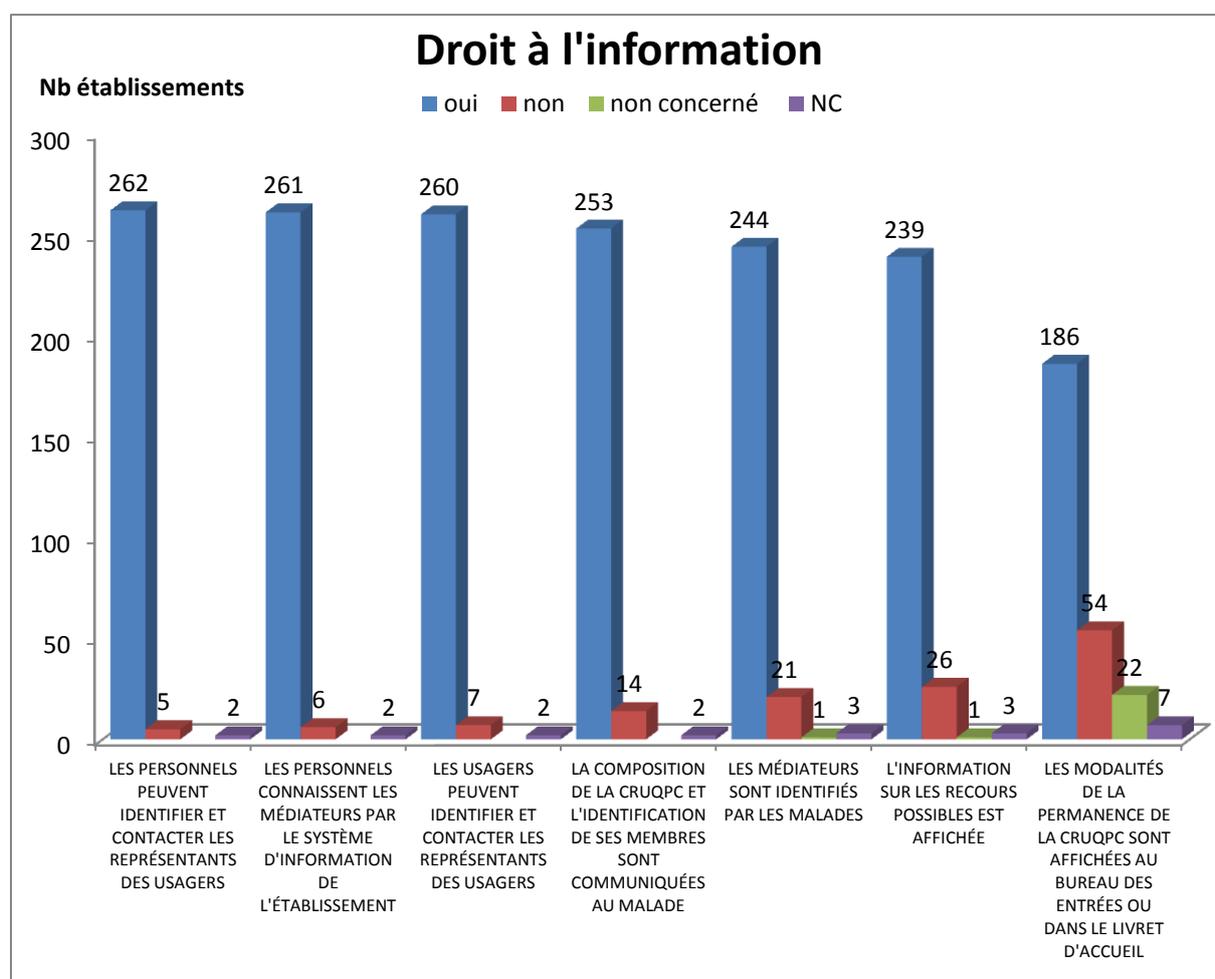
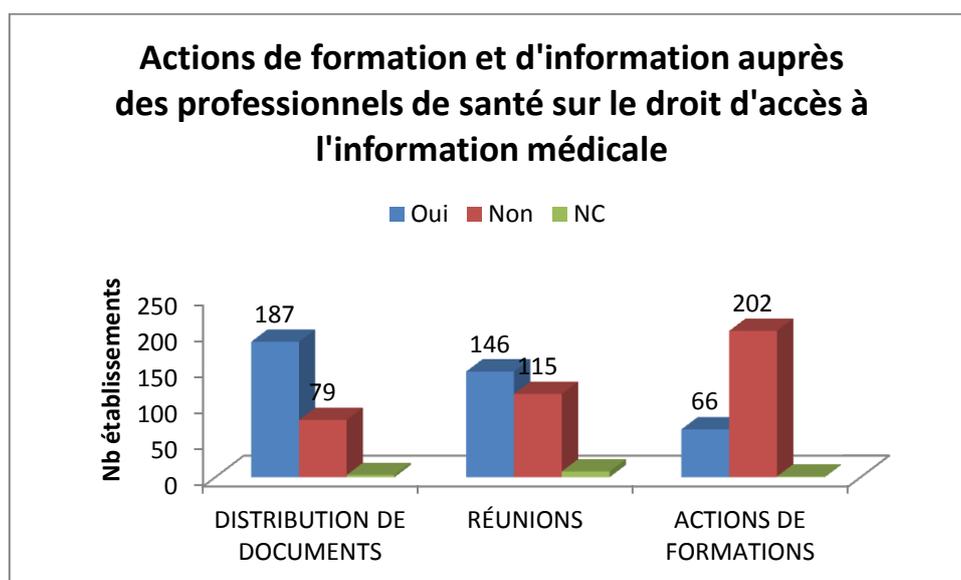
- **Délivrance de l'information médicale au patient et recueil de son consentement**

Dans 58% des cas, il existe un protocole sur l'organisation de la délivrance des informations médicales aux patients et à leurs proches.

Dans 62 % des cas, il existe un protocole permettant de tracer le consentement du patient aux actes proposés.

Attention, ces indicateurs ont baissé de 20% par rapport à l'an dernier alors que la formulation de la question est restée la même. Il faut donc prendre ces chiffres avec précaution.

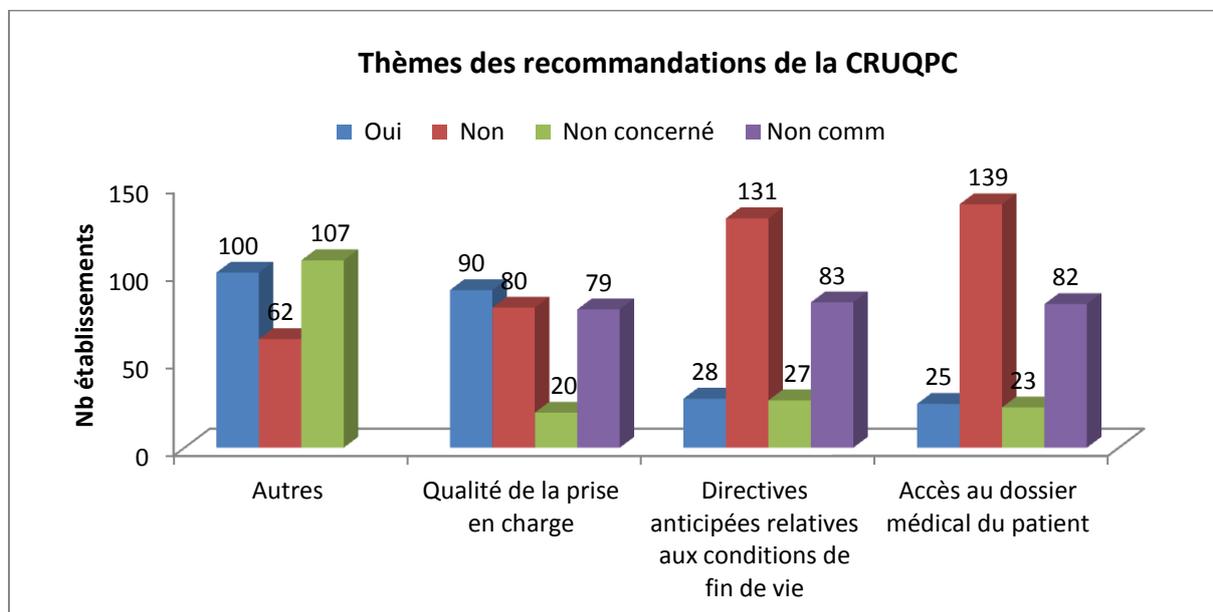
- **Droit à l'information en général**



De manière générale, les établissements ont le sentiment que les informations concernant la CRUQPC, les médiateurs et la présence de représentants des usagers sont données. Le moyen le plus utilisé est l'affichage, avec toutes les limites que cela comporte.

7) Volet Recommandations

57% des établissements déclarent que la CRUQPC a émis des recommandations (839 recommandations au total sur toute la région).



Les établissements estiment que les recommandations de la CRUQPC sont suivies à 83%, ce qui prouve tout l'intérêt du travail de la CRUQPC.

Dans la catégorie « Autres », les établissements indiquent le plus souvent que les CRUQPC ont émis des recommandations pour l'amélioration de :

- l'information et de la communication envers le patient et son entourage
- la qualité de la restauration
- le recueil et des taux de réponse aux questionnaires de satisfaction
- la prise en compte et du suivi des plaintes et des réclamations
- les conditions d'accueil
- la formation des personnels aux droits des usagers

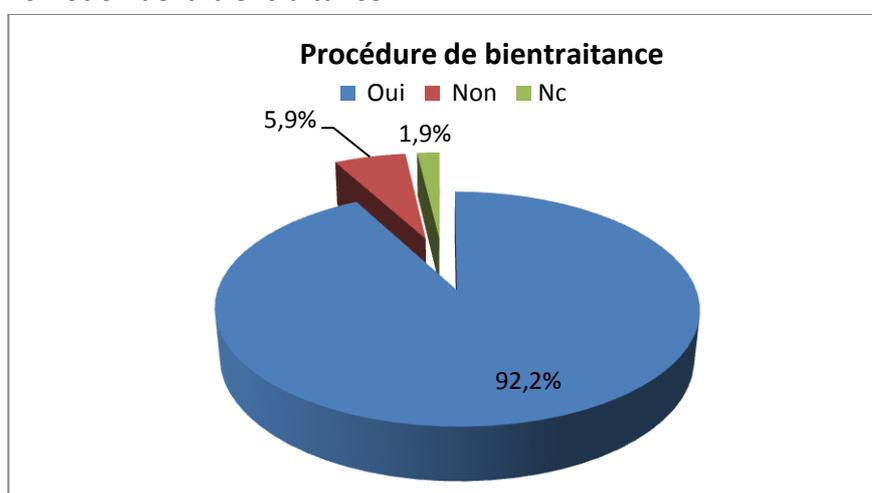
8) Volet Qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

- Politique liée à la qualité de la prise en charge

En 2014, 97% des établissements déclarent intégrer des engagements en matière de qualité de prise en charge dans leur projet d'établissement.

Parmi les établissements répondant, 44 ont passé la certification version 2014.

- *Promotion de la bientraitance*

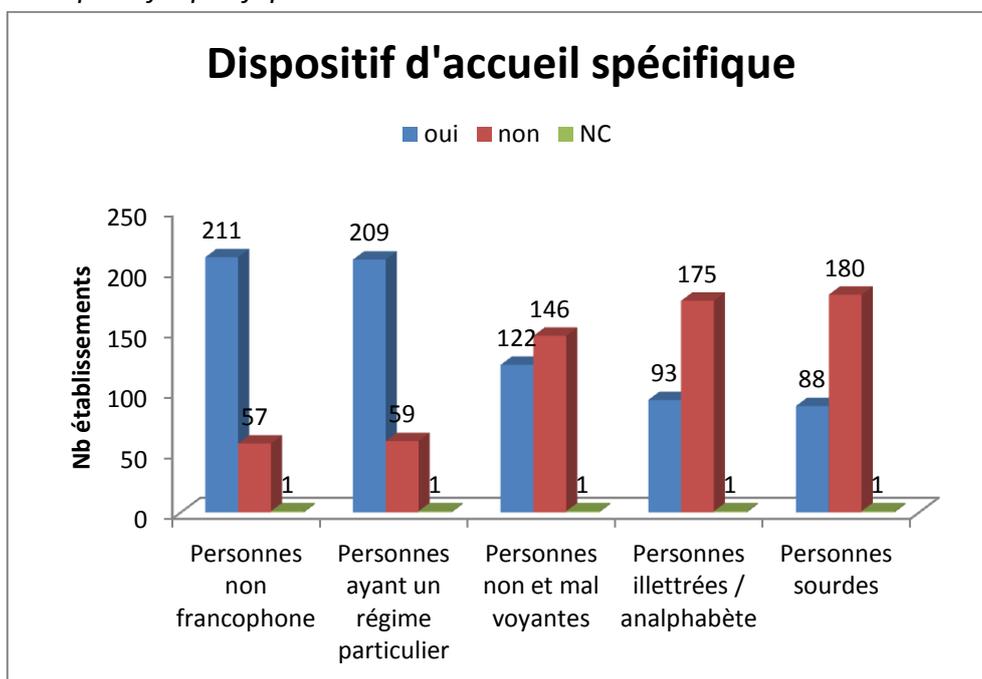


92% des hôpitaux contre 89% en 2013 et 81% en 2012, ont intégré le concept de bientraitance dans leur démarche de soins, soit une amélioration constante.

En revanche, la certification V2010 montre des résultats plus mitigés puisque sur le critère 10a. (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance), seul 43% des établissements ont reçu une cotation « A », 55% une cotation « B » et 1% une cotation « C ».

- Dispositifs d'accueil adaptés

- *Dispositifs spécifiques d'accueil*

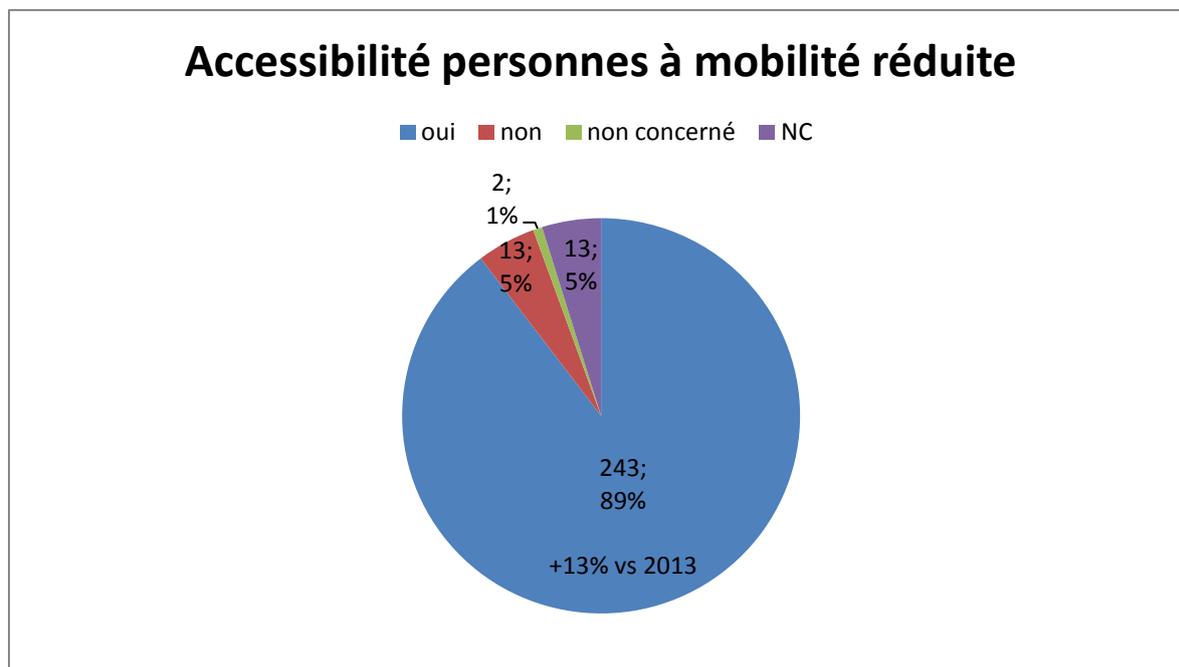


78% des établissements sont dotés d'un dispositif spécifique pour les personnes non francophones et les personnes ayant un régime particulier, soit **une progression de 27% par rapport à l'année précédente**.

En revanche, moins de 50% des établissements proposent des dispositifs spécifiques pour les personnes non voyantes, les personnes illettrées et les personnes sourdes.

Il existe quelques différences suivant les secteurs : ce sont les établissements du secteur privé lucratif qui mettent le plus en place des dispositifs pour les personnes non-francophones, illettrées et mal voyantes.

- *Accessibilité aux personnes à mobilité réduite*

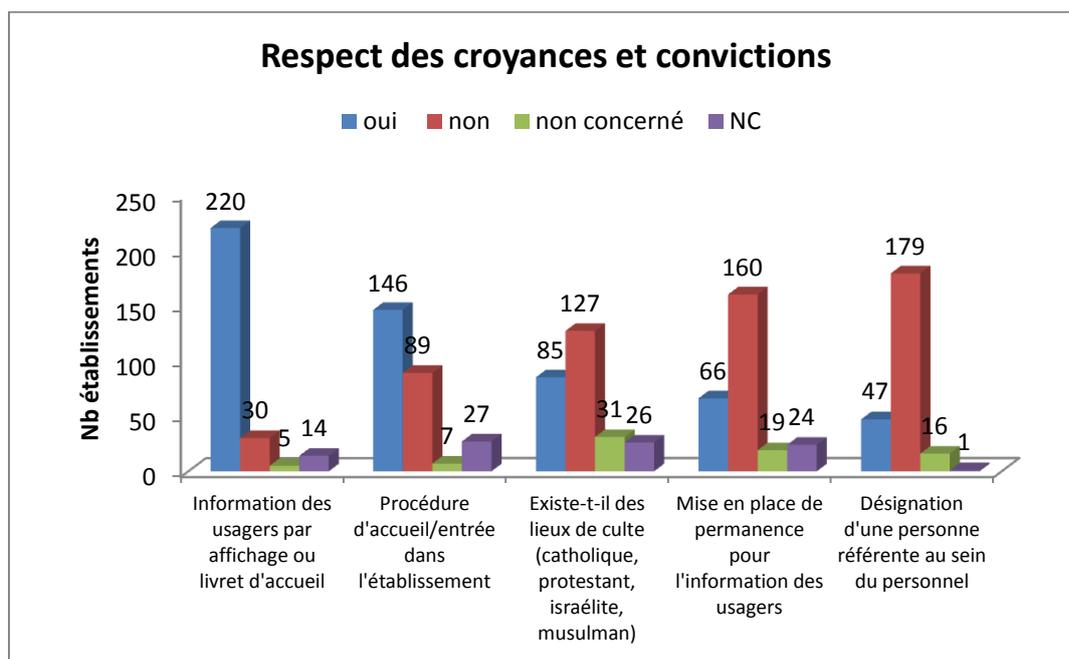


L'objectif d'une accessibilité en 2015 fixé par la loi sur le handicap oblige tout les établissements publics à être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

89% des établissements déclarent être accessibles aux personnes à mobilité réduite, soit une amélioration de 13% par rapport à l'année précédente. Il n'y a pas de différences selon les secteurs

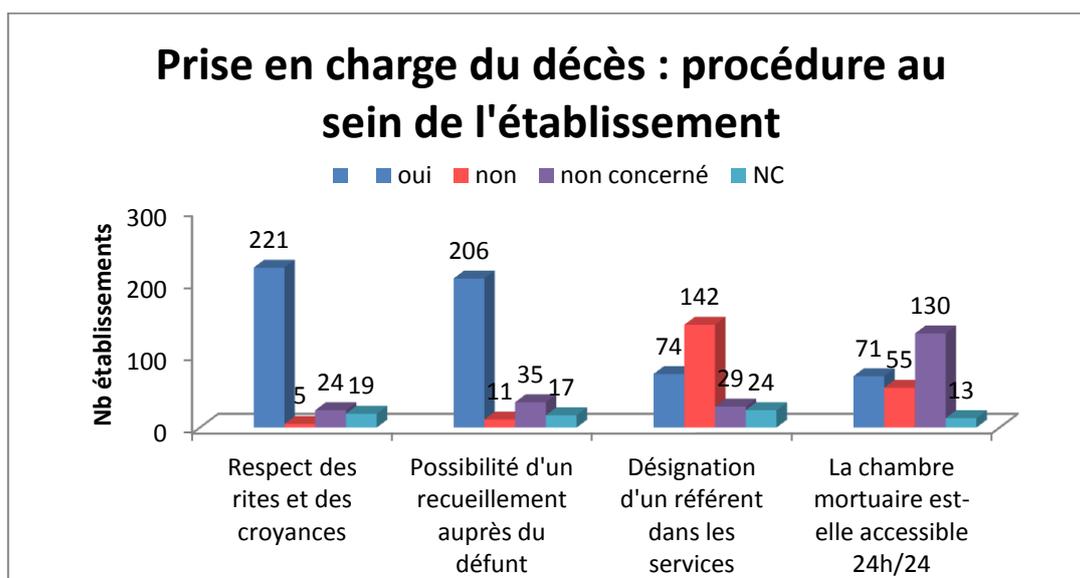
Si l'accès pour les personnes à mobilité réduite s'améliore et les dispositifs d'accueil spécifiques sont davantage mis en place, d'importants efforts restent à faire pour une accessibilité universelle.

- **Respect des croyances et convictions**



Le livret d'accueil et l'affichage sont les moyens les plus utilisés par les établissements pour informer sur 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).

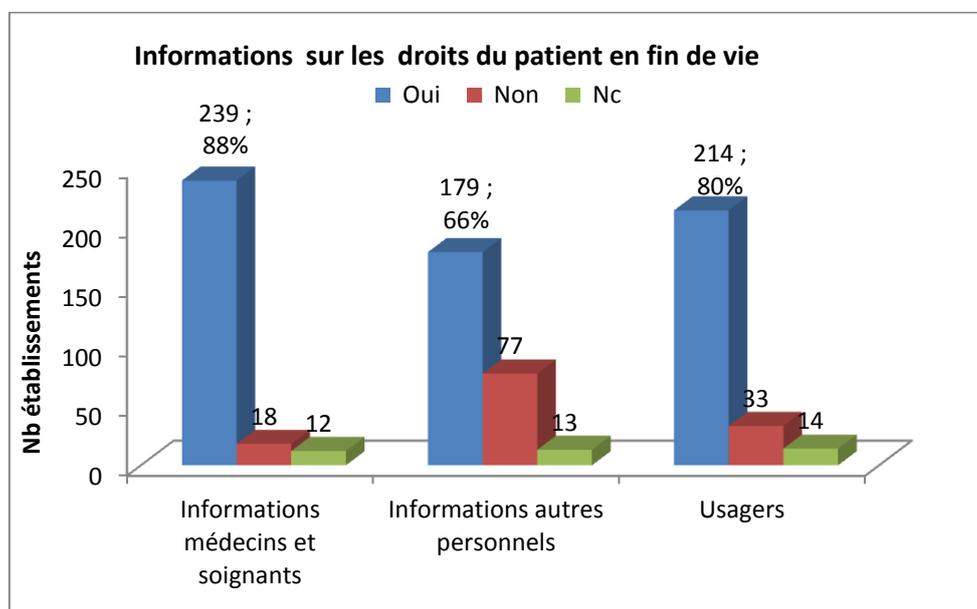
- **Prise en charge du décès**



Pour la prise en charge d'un décès, 27,5% des établissements ont désigné un référent dans les services (principalement dans les établissements privés lucratifs). 82% des établissements déclarent respecter les rites et les croyances.

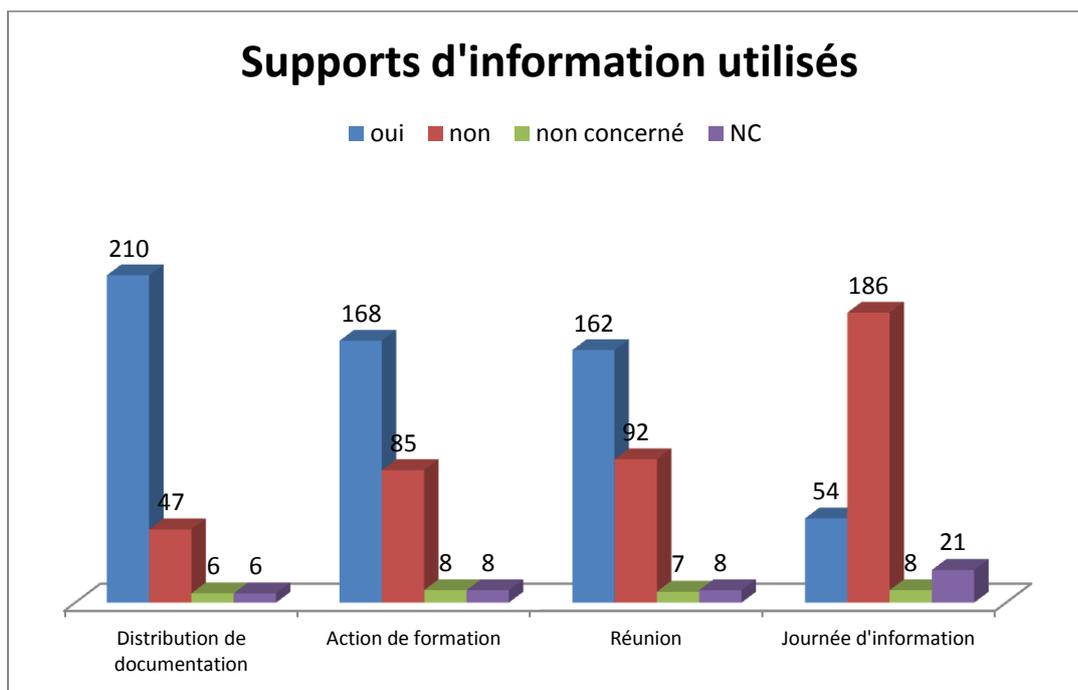
9) Volet Directives de fin de vie

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



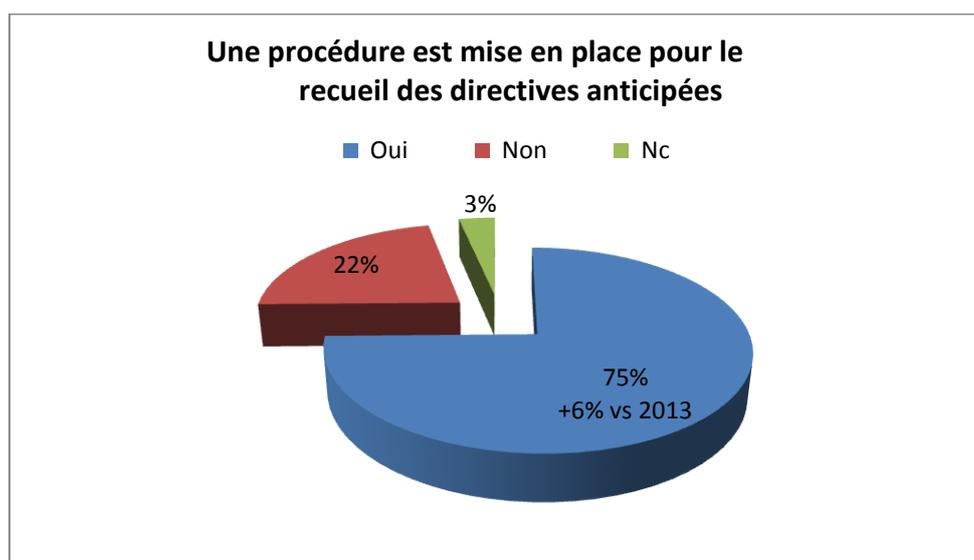
L'information sur les droits du patient en fin de vie semble largement diffusée au sein du personnel hospitalier, puisque :

- **plus de 88% des établissements (+6% par rapport à l'année précédente) déclarent avoir sensibilisé leur personnel soignant** (dont 97% des établissements publics, 87% des établissements du privé non ESPIC et 78% des ESPIC).
- **plus de 66% des établissements (+9%) déclarent avoir sensibilisé les autres personnels** (dont 71% des établissements publics, 66% des établissements du privé non ESPIC et 56% des ESPIC).
- **80% des établissements déclarent avoir informé les usagers** (soit une amélioration de 14% par rapport à l'an dernier, et 24% par rapport à 2012 (dont 87% des établissements publics, 80% des établissements du privé non ESPIC et 69% des ESPIC).



L'amélioration constatée ces deux dernières années se poursuit, avec encore cette année une meilleure sensibilisation de toutes les populations de l'hôpital (usagers et personnels) 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**



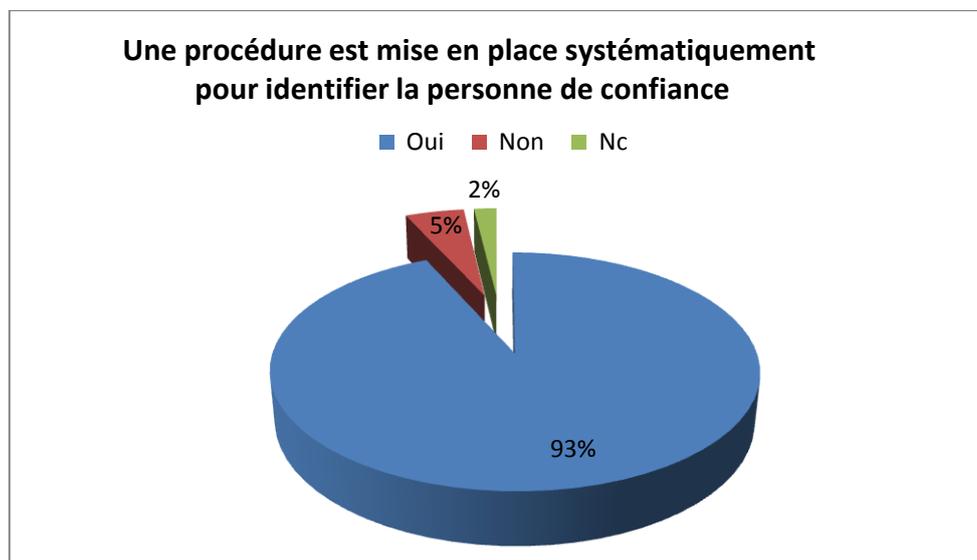
Une procédure de recueil des directives anticipées est mise en place dans 75% des établissements (+ 6% par rapport à l'an dernier). Là encore, l'amélioration est constante depuis trois années consécutives. **A noter que ces procédures sont davantage mises en place dans le secteur privé lucratif (83% des établissements, contre 60% pour les autres secteurs).**

Concernant les modalités de recueil, **il ressort la mise en place d'un formulaire, souvent distribué lors de l'admission du patient dans l'établissement.**

10 517 directives anticipées ont été recueillies dans l'année.

- **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 93% des établissements de la région (+2% par rapport à l'année précédente).

Cette procédure prend souvent la forme d'un **formulaire, distribué lors de l'admission du patient dans l'établissement.**

Là encore, les résultats de la certification V2010 sont plus mitigés puisque sur le critère 13a (prise en charge et droits des patients en fin de vie), 49% des établissements ont été cotés « A », 41% ont été cotés « B » et 10% « C ».

Conclusion :

Pour cette édition du rapport CRUQPC, il est important de noter que le taux de réponse aux questions est encore en augmentation (comme c'était déjà le cas l'année précédente), ce qui démontre l'investissement de la CRUQPC, et des établissements, en faveur des droits des usagers. Le travail d'élaboration du rapport, ainsi que les actions menées dans le sens d'une meilleure prise en charge depuis plusieurs années, mérite d'être salué.

Si des efforts restent à faire dans certains domaines, la CRUQPC doit poursuivre son action et s'impliquer largement pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire. La reconnaissance progressive du travail de la CRUQPC, et l'importance qu'elle a pu prendre au sein des établissements montre qu'elle devrait être en mesure de réaliser les nouvelles missions qui lui seront confiées dans le cadre de « la loi de modernisation de notre système de santé ». Le questionnaire « CRUQPC » portant sur les données 2016, devra donc être adapté à cette évolution.



Direction déléguée aux politiques régionales de santé
Service Démocratie sanitaire

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

Téléphone : 04 13 55 83 72 ou 83 75

Télécopie : 04 13 55 85 09

Réf : Analyse questionnaire ESMS PA 2015 - données 2014.docx

Analyse des réponses au questionnaire renseigné par les établissements et services médico-sociaux dans le domaine des personnes âgées

Données 2014

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 et services médico-sociaux personnes âgées de la région Paca

Sommaire :

Synthèse :	3
Préambule	8
1) <i>Contexte réglementaire</i>	8
2) <i>Nouvelle procédure de collecte des données depuis 2014</i>	8
3) <i>Echantillon permettant l'élaboration du rapport</i>	8
Analyse des questionnaires renseignés par les ESMS dans le domaine des personnes âgées	
- Données 2014	11
1) <i>Formation des professionnels au respect des droits des usagers</i>	11
2) <i>Les conseils de la vie sociale (CVS) et autres formes de participation</i>	15
3) <i>Le droit au recours aux personnes qualifiées</i>	24
4) <i>Plaintes et réclamations</i>	26
5) <i>La promotion de la bientraitance</i>	27
6) <i>Les directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie sont prises en compte.</i>	27
7) <i>L'accès aux soins et aux données de santé</i>	27
8) <i>Le livret d'accueil</i>	29
9) <i>Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge)</i>	35
10) <i>Le règlement de fonctionnement</i>	38
11) <i>Le projet d'établissement</i>	40
12) <i>Les évaluations</i>	42
13) <i>Adaptabilité des outils aux spécificités/déficiences des publics accompagnés</i>	42
Conclusion :	44

Synthèse :

2015 marque la deuxième année de remplissage du questionnaire ESMS via le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) pour les établissements et services médico-sociaux. Comme l'année précédente, seuls les établissements et services intervenant dans la prise en charge de la personne âgée (ESMS PA) sont interrogés. 436 questionnaires ont été remplis et clôturés par les ESMS PA, **soit un taux de retour de 53,9 %, en progression de 13% par rapport à l'année précédente.**

Le présent rapport restitue les résultats du questionnaire, en établissant lorsque c'est possible une première comparaison avec l'année précédente. Quelques incohérences dans les résultats rappellent qu'il faut prendre en compte la dimension déclarative du questionnaire.

Il ressort de cette analyse des questionnaires les tendances suivantes :

➤ **Données générales et fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS)**

Pour une très grande majorité des ESMS PA participant à l'enquête (71%), **le CVS existe et se réunit régulièrement.**

Dans **75% des cas, les CVS sont composés d'au moins deux représentants des personnes accueillies**, comme le prévoit la loi. En revanche, seuls 57% d'entre eux sont constitués d'au moins 1 représentant du personnel et 1 représentant de l'organisme gestionnaire. **Un effort reste donc à faire dans la composition.**

Les comptes-rendus des séances sont communiqués aux usagers et représentants des familles (64%) et affichés dans l'établissement sur un espace dédié (66%).

Les avis émis par le CVS et suivis par la direction de l'ESMS portent principalement sur :

- La qualité de la restauration
- L'animation
- Les travaux et équipements
- La qualité de l'hébergement

Sans surprise et conformément à ses missions, **le CVS traite de sujets relatifs à la vie quotidienne des résidents.**

Seuls 13% d'ESMS PA indiquent former les membres du CVS aux droits des usagers ou au fonctionnement d'un ESMS.

Enfin, seulement 56% 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.

28% des ESMS ont rencontré des difficultés dans la mise en place des instances de participation des usagers (difficultés à mobiliser les familles, les résidents et les tuteurs pour participer au CVS ; état de santé et perte d'autonomie des résidents posent problème pour la participation).

Les SSIAD n'étant pas concernés par le CVS, leur principal outil de participation est l'enquête de satisfaction. Ils indiquent cependant la difficulté d'organiser la participation des patients (déplacements difficiles, questionnaire annuel de satisfaction pas toujours rempli...).

➤ **Formation du personnel aux droits des usagers**

Peu de personnel est effectivement formé aux droits des usagers. Or, la formation des professionnels contribue au respect du droit des usagers dans les établissements et services médico-sociaux.

Le personnel est principalement formé à la prise en charge de la personne âgée accueillie :

- la bientraitance/maltraitance
- les soins palliatifs et de fin de vie
- la prise en charge de la douleur

C'est le **personnel paramédical qui bénéficie principalement de ces formations** puisqu'il représente 71% du personnel formé. **Les ESMS ont davantage formé les personnels paramédical et administratif qu'en 2013.** En revanche, **on constate une légère baisse dans la formation du personnel médical.**

Au total, 4 926 formations ont été proposées et 24 217 personnes ont été formées.

➤ **Droit au recours aux personnes qualifiées**

Cinq départements sur les 6 que compte la région Paca ont désigné les personnes qualifiées comme le prévoit la loi. Et trois d'entre eux les ont désignées fin 2014 / début 2015. Dans ce contexte, les ESMS PA ne pouvaient avoir connaissance en 2014 de la liste des personnes qualifiées en vigueur dans leur département. Ce point a fait l'objet d'une **recommandation spécifique de la CRSA à l'occasion de son rapport « droits des usagers » 2014.**

➤ **Plaintes et réclamations**

Une très grande majorité d'ESMS PA (84%) déclarent avoir mis en place un processus de traitement des plaintes et réclamations des usagers et de leur famille.

Les plaintes et réclamations portent principalement sur **l'hôtellerie/restauration, le vol ou perte d'objets et de vêtements et la prise en charge de la personne.**

➤ **Directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie**

74% des ESMS PA déclarent prendre en compte les droits des usagers en fin de vie dans leur projet d'établissement. En moyenne, 12,4% de résidents par structure ont rédigé des directives anticipées. Il existe cependant de grosses disparités suivant les structures avec des variations allant de 5% à 93%.

Au total, **2 588 résidents/personnes accompagnées ont rédigé des directives anticipées, soit une amélioration de 5% par rapport à l'année précédente.**

➤ **Accès aux soins et aux données de santé**

La facilité d'accès aux professionnels de santé est variable suivant les professions. Ainsi, **si l'accès au médecin généraliste, à l'infirmier et au masseur-kinésithérapeute est jugé facile par les ESMS, il n'en est pas de même pour le chirurgien-dentiste ou l'ophtalmologue pour lesquels 58% le déclarent difficile voire très difficile.**

Le non déplacement de ces professionnels au domicile ou jusqu'à la structure et leur manque de disponibilité figurent parmi les principales raisons expliquant ces difficultés d'accès.

L'accès aux données de santé est jugé, par les ESMS, effectif : les personnes accueillies ont accès au dossier médical, ont connaissance des décisions prises concernant leur santé, sont informées des soins proposés et disposent du libre choix du médecin traitant.

➤ **Livret d'accueil**

De très gros efforts ont été réalisés sur le livret d'accueil, qui existe désormais dans 98% des ESMS interrogés (contre seulement 43% l'année précédente). Une forte augmentation dans la réalisation de ce livret, dont la loi de 2002 impose la mise en place, a été constatée en 2014.

Lorsqu'il existe, il est plutôt bien utilisé puisqu'il comporte de nombreuses informations et est principalement remis à l'utilisateur ou sa famille, lors de la première visite. Sa remise s'accompagne très souvent d'une présentation orale (99% des ESMS) et d'une visite de la structure (68% des ESMS).

Les ESMS n'ont pas rencontré de difficultés particulières pour sa mise en place. **Le livret d'accueil apparaît comme l'outil issu de la loi de 2002 le plus utilisé, le plus mis à jour et le plus adapté aux spécificités des personnes accompagnées.**

➤ **Contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge)**

Le contrat de séjour, ou le document individuel de prise en charge, est très majoritairement (85%) établi et signé le jour de l'admission. En revanche, **seuls 54% des ESMS interrogés déclarent avoir sollicité et pris en compte l'avis de la personne accueillie/accompagnée.**

Le plus souvent, il contient la mention des prestations susceptibles d'être mises en œuvre, la description des conditions d'accueil et de séjour, la définition des objectifs de prise en charge et les conditions de participation financière du bénéficiaire.

➤ Le règlement de fonctionnement

Dans la quasi-totalité des cas (97%), ce règlement existe et il est remis à la personne accueillie le jour de son admission. **Il porte principalement sur les droits et les devoirs** de la personne accueillie/accompagnée.

A noter : les ESMS regrettent le fait que les personnes accueillies, et leurs familles, ne le lisent pas. Ils déplorent également l'absence d'un modèle qui pourrait être facilement adapté.

➤ Le projet d'établissement

Le projet d'établissement existe dans 91% des ESMS PA et 94% de ces ESMS indiquent avoir pris en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (**ANESM**) pour son élaboration, et notamment :

- Une élaboration pluridisciplinaire ;
- Un projet d'établissement/service qui prévoit des indicateurs et/ou tableaux de bord de suivi des objectifs.

Deux recommandations de l'ANESM ont été particulièrement suivies en ce qui concerne le contenu du projet d'établissement :

- **Le rappel de la définition et des missions de la structure ;**
- **Le rappel des valeurs et principes de l'organisme gestionnaire.**

Cependant, **30% des ESMS interrogés déclarent avoir rencontré des difficultés dans son élaboration.** Parmi les raisons invoquées, on retrouve majoritairement :

- « L'élaboration chronophage » ;
- « Document fastidieux sur lequel il est difficile de mobiliser l'équipe d'encadrement et les soignants ».

C'est probablement l'outil le plus décrié de la loi de 2002.

➤ Les évaluations

Dans 91% des cas, des évaluations internes ont été menées récemment et les résultats communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation (dans 85% des cas).

Le décret n°2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux a fixé le délai de transmission du rapport d'évaluation externe des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux aux autorités compétentes. Les structures ouvertes avant le 3 janvier 2002 avaient jusqu'au 3 février 2015 pour

communiquer leurs résultats d'évaluation. De ce fait, et sans surprise, **on observe une hausse des ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe (81%, soit une augmentation de 18% par rapport à l'année précédente). Alors que l'année précédente il n'était que 23% à avoir communiqué les résultats à l'autorité ayant délivré l'autorisation, ils sont désormais 87% à l'avoir fait.**

Cependant, **28% des ESMS ont rencontré des difficultés dans la mise en place des évaluations.**

Parmi les raisons invoquées, on retrouve majoritairement :

- Le manque de temps / le temps pris pour réaliser ces évaluations ;
- La mise en œuvre compliquée pour des petites structures qui n'en ont pas les moyens ;
- La difficulté de programmer des réunions de travail ;
- Le suivi des thèmes, très contraignant en terme d'organisation ;
- Les résultats des évaluations internes, qui n'ont pas été à la hauteur de l'investissement des équipes ;
- Des évaluations (internes / externes) qui sont trop proches.

➤ **Conclusion**

L'analyse des données 2014 rend compte :

- **d'une conformité à la loi de la majorité des ESMS PA quant à la mise en place des outils et instances** issus de la loi de 2002 ;
- de l'intérêt du **CVS pour l'expression des usagers sans toutefois qu'il ne permette d'assurer une défense effective de leurs droits ;**
- d'une lacune persistante en ce qui concerne **la mise en place et le fonctionnement des personnes qualifiées ;**
- **de gros efforts réalisés sur le livret d'accueil**, qui existe désormais dans 98% des ESMS interrogés et qui est le document le plus mis à jour et le plus adapté aux différents publics accueillis ;
- du **manque de formation des personnels sur les droits individuels et collectifs des usagers**

Préambule

1) Contexte réglementaire

Le rapport de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) sur « 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 » est réalisé chaque année sur la base d'un cahier des charges proposé par le Ministère.

Concernant l'évaluation dans le champ médico-social, le cahier des charges précise que l'analyse devra, si possible, porter sur le fonctionnement des Conseils de la vie sociale (CVS). Pour cela, les CRSA peuvent :

- prendre en compte les résultats du questionnaire « bientraitance des personnes âgées accueillies en établissements » dont l'ANESM¹ devait diffuser les synthèses régionales (non publié à la date du présent rapport)
- s'appuyer sur les enquêtes relatives au fonctionnement des conseils de la vie sociale élaborés par la Commission droits des usagers des CRSA.

En région Paca, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA a souhaité réaliser un questionnaire sur la mise en œuvre des outils d'exercice des droits des usagers, afin d'évaluer les conditions d'existence de ces outils dans les établissements et services médico-sociaux.

2) Nouvelle procédure de collecte des données depuis 2014

Sur le modèle de la collecte des données en vigueur dans le domaine sanitaire, l'ARS Paca a entrepris la modernisation de l'outil de collecte des données dans le secteur médico-social. Un questionnaire, élaboré par la CSDU sur proposition de l'ARS, a été mis en ligne sur le répertoire opérationnel des ressources, appelé « ROR de proximité ». Le remplissage du questionnaire en ligne est effectif depuis 2014. Pour ce rapport, il s'agit donc de la deuxième année consécutive pour laquelle les ESMS ont pu remplir leur rapport en ligne.

Seuls les établissements et services intervenant dans la prise en charge de la personne âgée sont interrogés. Une fois que le dispositif sera stabilisé, il est prévu d'y inclure le secteur du handicap.

3) Echantillon permettant l'élaboration du rapport

Seuls les établissements ou services médico-sociaux (ESMS) intervenant dans la prise en charge de la personne âgée en PACA et de compétence ARS ou de compétence partagée ARS/ Conseil général ont été conviés à remplir le questionnaire, ce qui correspond à 809 ESMS.

¹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

750 établissements ou services médico-sociaux ont fait connaître les coordonnées de leur référent, soit 90,9% (+25,1% par rapport à l'année précédente).

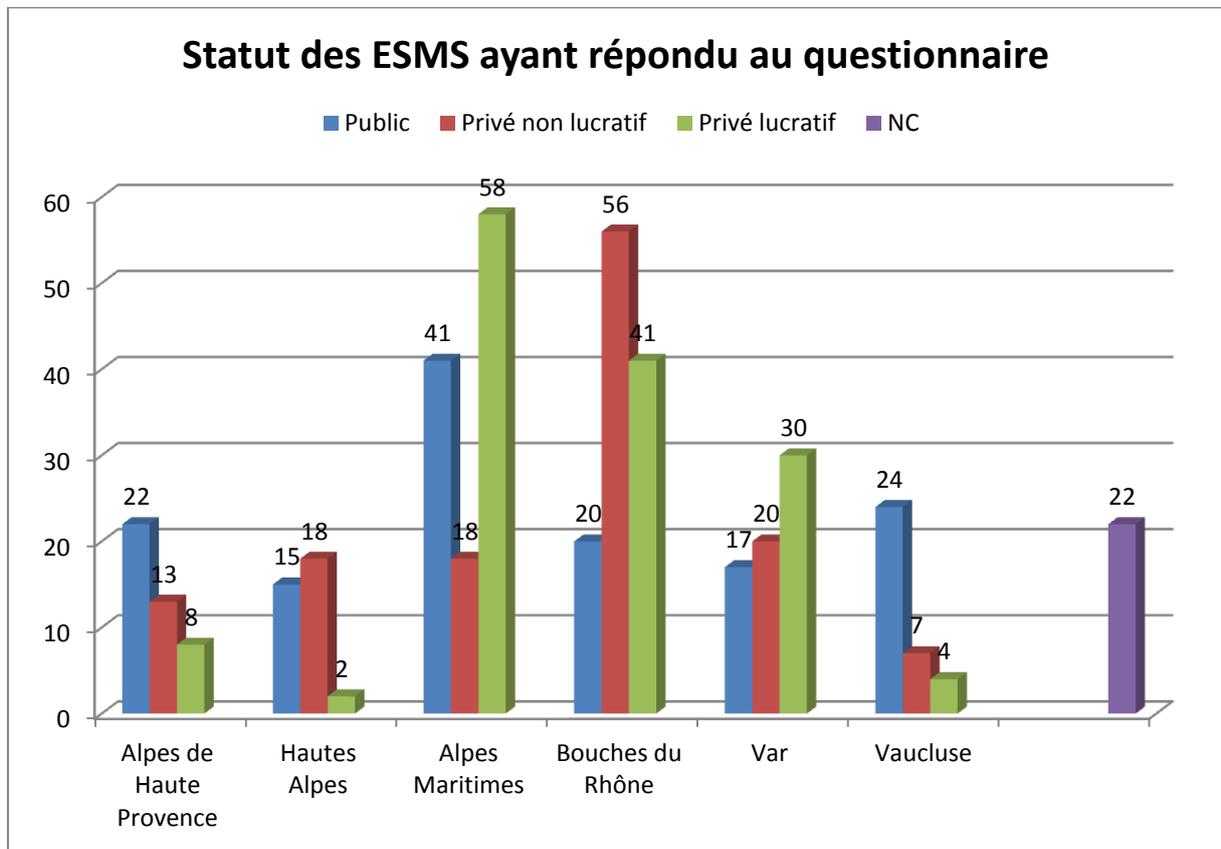
436 établissements ou services médico-sociaux ont rempli et clôturé leur questionnaire sur le ROR, soit un taux de retour de 53,9 %. L'ensemble de ces questionnaires constitue la base de la présente analyse.

- Etablissements, par catégorie et par département :

	CAJ		EHPAD		EHPA		Logement foyer		SSIAD	
	devant remplir questionnaire	ayant rempli	devant remplir questionnaire	ayant rempli	devant remplir questionnaire	ayant rempli	devant remplir questionnaire	ayant rempli	devant remplir questionnaire	ayant rempli
Alpes de Haute Provence	3	3	32	31			1	1	12	11
Hautes Alpes	1	1	25	25					10	10
Alpes Maritimes	4	3	156	90	4		5		37	28
Bouches-du-Rhône	5	2	192	74			10	4	67	45
Var	6	3	130	51			2		30	18
Vaucluse	1	1	60	29			1		15	6
Totaux	20	13 (65%)	595	300 (50%)	4	0 (0%)	19	5 (26%)	171	118 (69%)

	Total		
	devant remplir questionnaire	ayant rempli questionnaire	%
Alpes de Haute Provence	48	46	95,83%
Hautes Alpes	38	36	100,00%
Alpes Maritimes	206	121	58,74%
Bouches-du-Rhône	274	125	45,62%
Var	168	72	42,86%
Vaucluse	77	36	46,75%
Totaux	809	436	53,89%

- Répartition entre les ESMS publics et privés dans le domaine des personnes âgées :

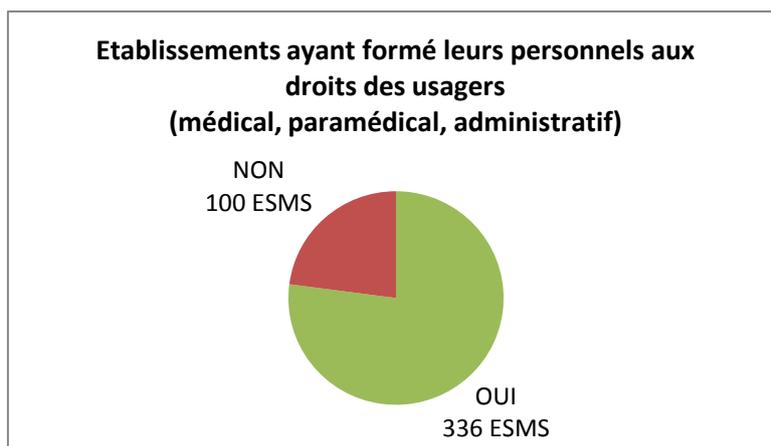


Soit 32% d'établissements publics, 30% d'établissements privés à but non lucratif et 33% d'établissements privés lucratif.

Analyse des questionnaires renseignés par les ESMS² dans le domaine des personnes âgées - Données 2014

1) Formation des professionnels au respect des droits des usagers

- *Nombre de personnes formées et thèmes des formations*



77% des structures déclarent que leur personnel a suivi, en 2014, au moins une formation sur les droits des usagers. Cependant, lorsque l'on analyse les thèmes des formations proposées, il apparaît que ces formations portent davantage sur la prise en charge de la personne que sur ces droits.

Les établissements et services déclarent un total de 4 926 formations proposées et 24 217 personnes formées, soit une augmentation de plus de 200% par rapport aux chiffres de l'année précédente. Attention, cela peut s'expliquer par le fait que 102 ESMS supplémentaires ont renseigné le questionnaire en 2015.

Le nombre des ESMS PA ayant formé leurs personnels paramédical et administratif est en légère augmentation par rapport à l'an dernier :

- 74% des ESMS PA ont formé leur professionnel paramédical en 2014 (+1%)
- 56% des ESMS PA ont formé leur professionnel administratif (+6%)

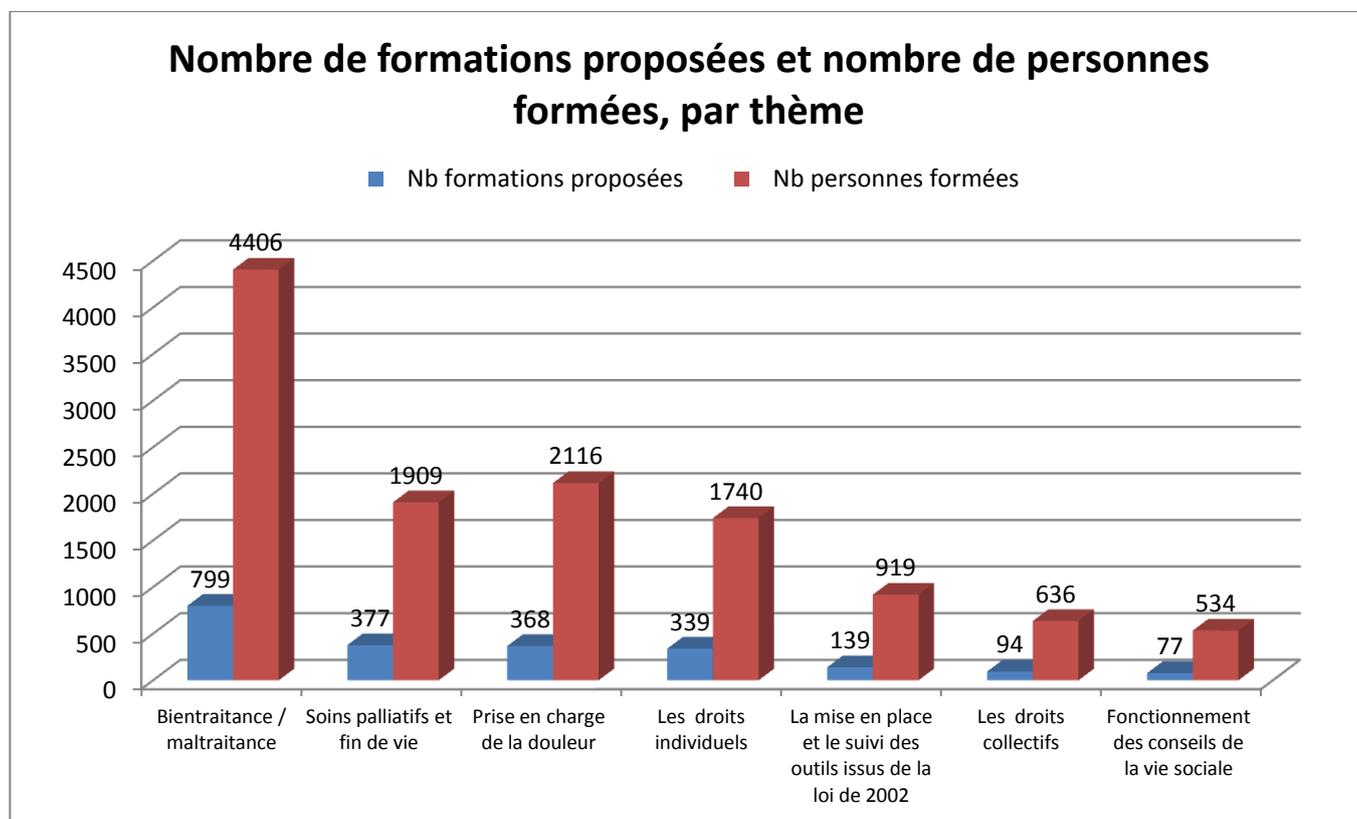
On observe en revanche une légère baisse sur la formation du personnel médical (39% des ESMS en 2014, contre 42% en 2013).

COUVERTURE PAR TYPE DE PROFESSIONNEL	
Médical	1 588
Paramédical	9 911
Social	1 493
Administratif	860
Educatif	124

² Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

Comme l'année précédente, le personnel paramédical est le plus formé puisqu'il représente 71% du personnel formé.

- *Thèmes des formations*



Comme l'an dernier, **les principales formations mises en place par les ESMS prenant en charge les personnes âgées portent davantage sur la prise en charge du patient que sur les droits :**

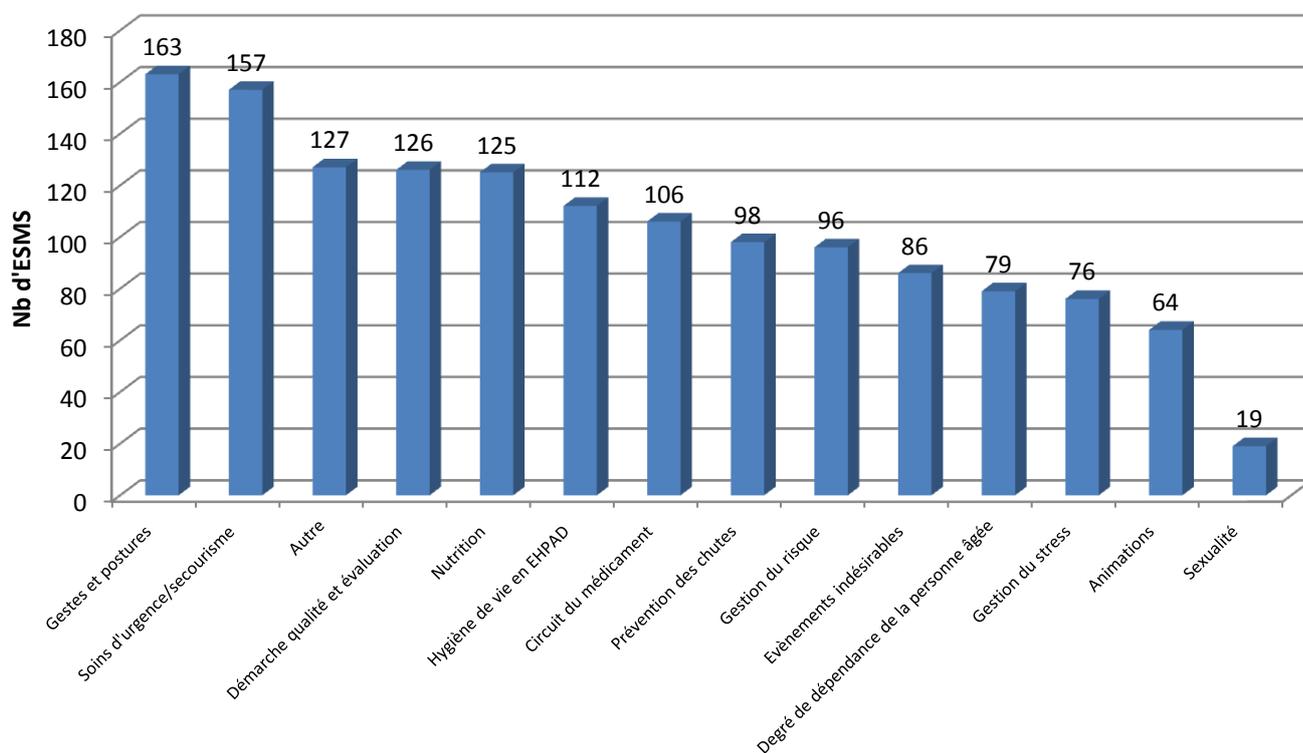
- La bienveillance/maltraitance ;
- Les soins palliatifs et fin de vie ;
- La prise en charge de la douleur.

Les formations uniquement relatives aux droits des usagers sont moins proposées :

- Le fonctionnement des CVS ;
- Les droits collectifs ;
- Les outils et instances de la loi de 2002 ;
- Les droits individuels.

Cette tendance se retrouve lorsqu'est demandé aux établissements ou services médico-sociaux de mentionner les autres thèmes des formations dispensées à leur personnel en 2014. Le droit des usagers est absent tandis que la prise en charge du patient et la vie en résidence représentent la très grande majorité des formations réalisées :

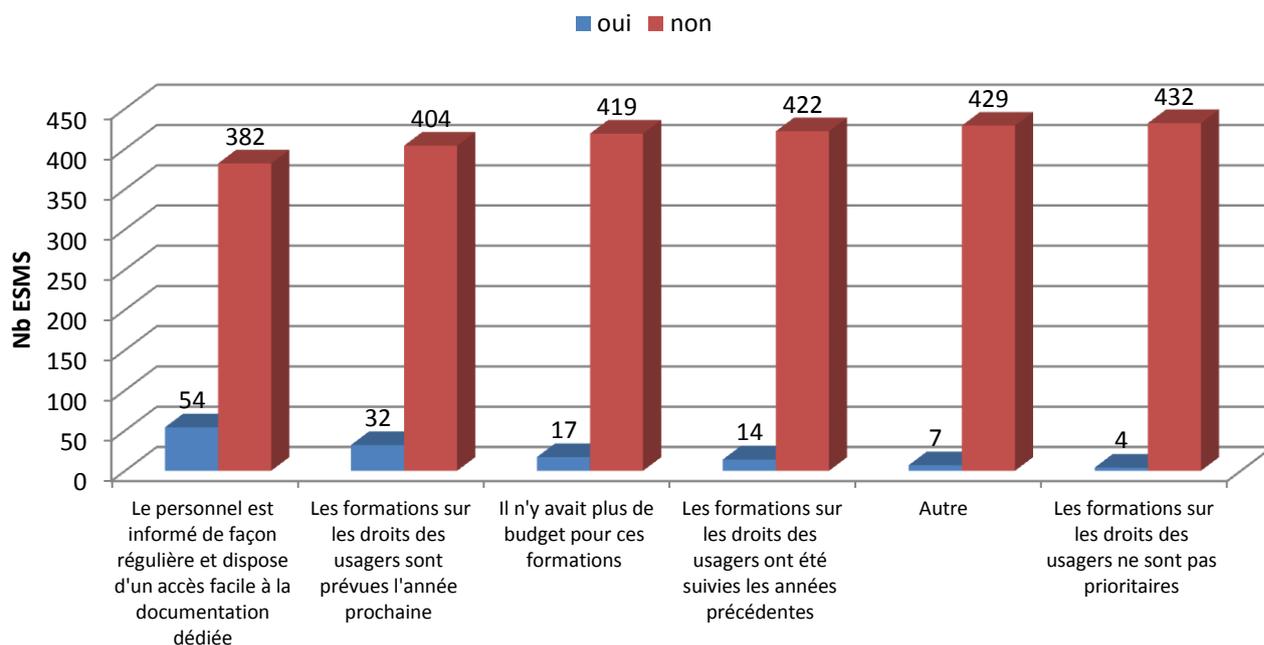
Thèmes des autres formations proposées



Dans la catégorie « Autres », on trouve notamment des formations liées à :

- La maladie d'Alzheimer (techniques de soins, sécurité alimentaire, PEC non médicamenteuse...)
- Les addictions ;
- La psychopathologie de la personne âgée ;
- La communication avec la personne âgée et avec les familles ;
- L'hygiène (bucco-dentaire, en cuisine, des locaux...)
- La prise en charge non médicamenteuse.

Si le personnel n'a pas été formé, quelles en sont les raisons ?



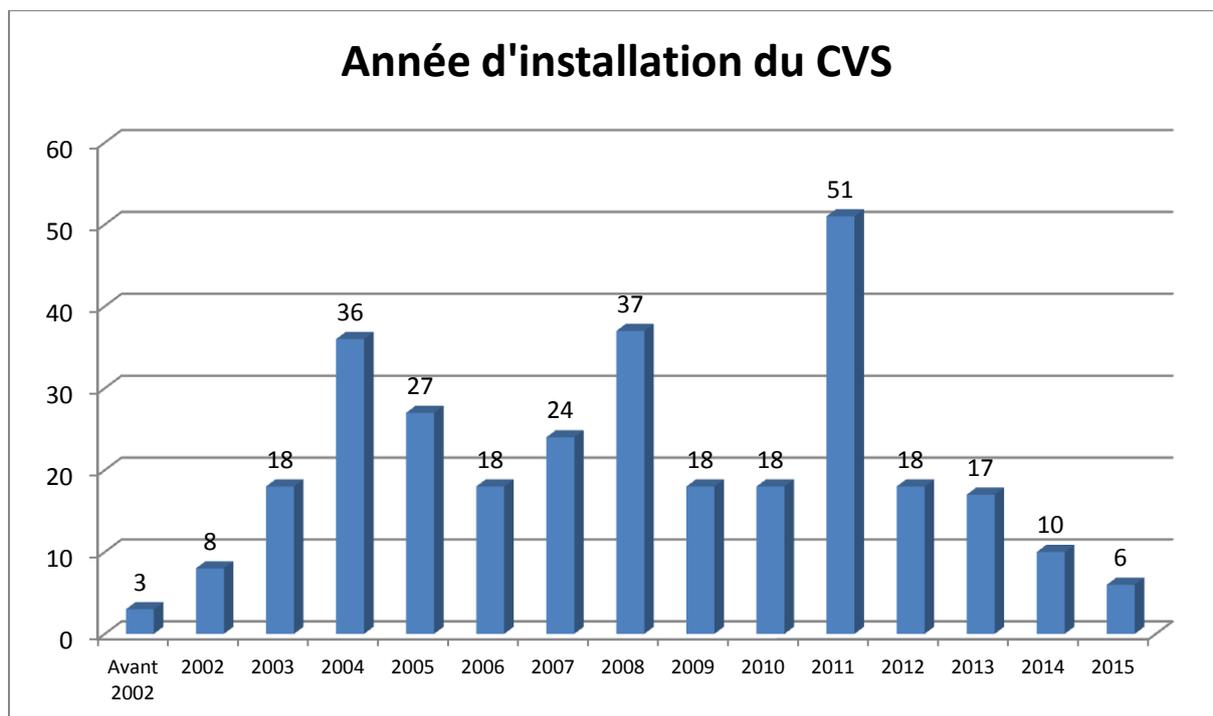
A noter que les chiffres sont peu significatifs. Les véritables motifs expliquant l'absence de formation ne sont pas connus.

2) Les conseils de la vie sociale (CVS) et autres formes de participation

- Existence du CVS

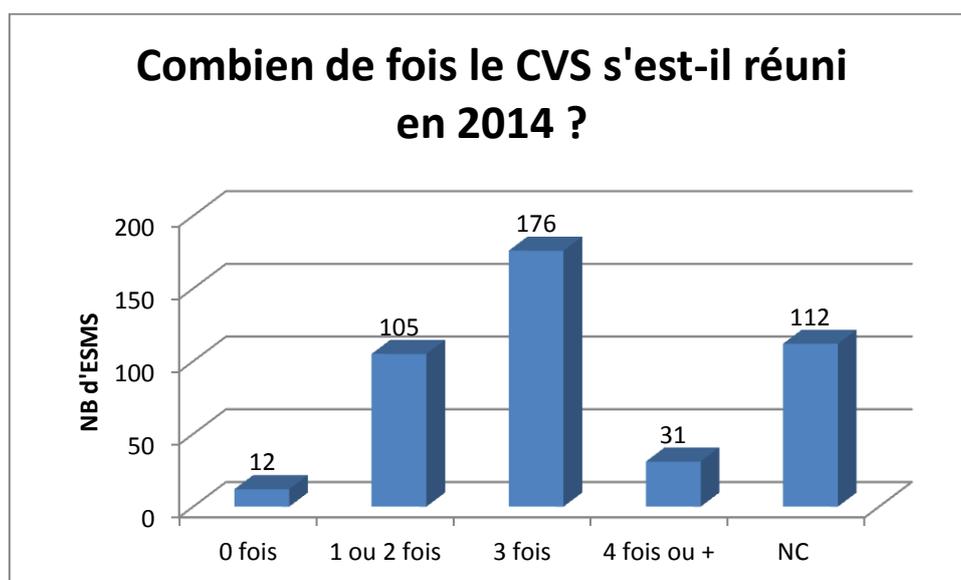
71% des ESMS³³ intervenant dans la prise en charge des personnes âgées déclarent avoir un CVS dans leur établissement.

Les CVS ont été mis en place après la loi du 2 Janvier 2002 promouvant, notamment dans le secteur médico-social, la reconnaissance d'un usager-citoyen doté de droits et développant des outils (dont le conseil de la vie sociale) pour l'application de ces droits. On remarque un pic dans la création des CVS dans le courant de l'année 2011.

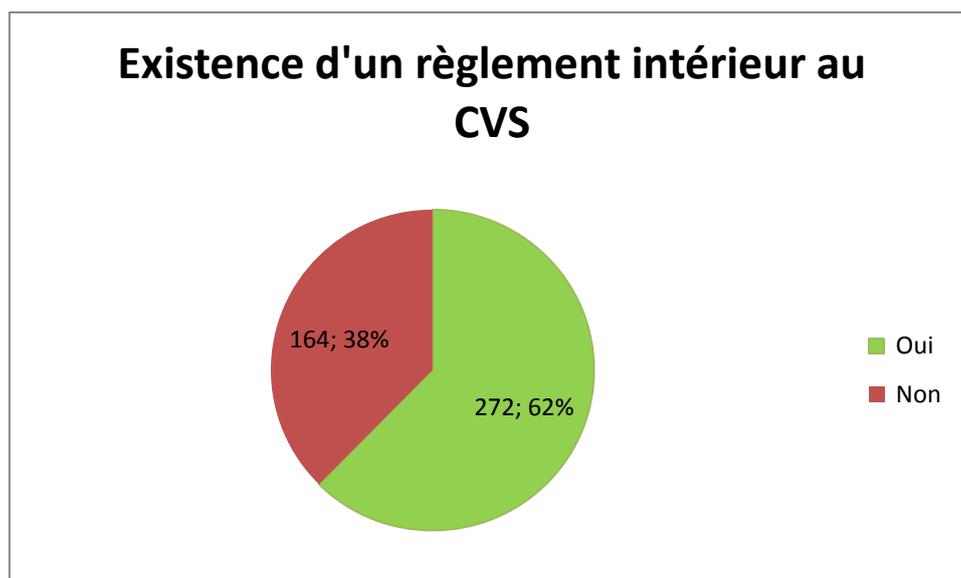


³³ A noter que les SSIAD (au nombre de 118 sur 436 ESMS ayant renseigné le questionnaire) ne sont pas concernés par le CVS

- *Fonctionnement du CVS*



Comme l'an dernier, **72% déclarent avoir réuni leur CVS en 2014** et 47% déclarent l'avoir réuni trois fois ou plus dans l'année.



Un règlement intérieur existe dans 62% des CVS.

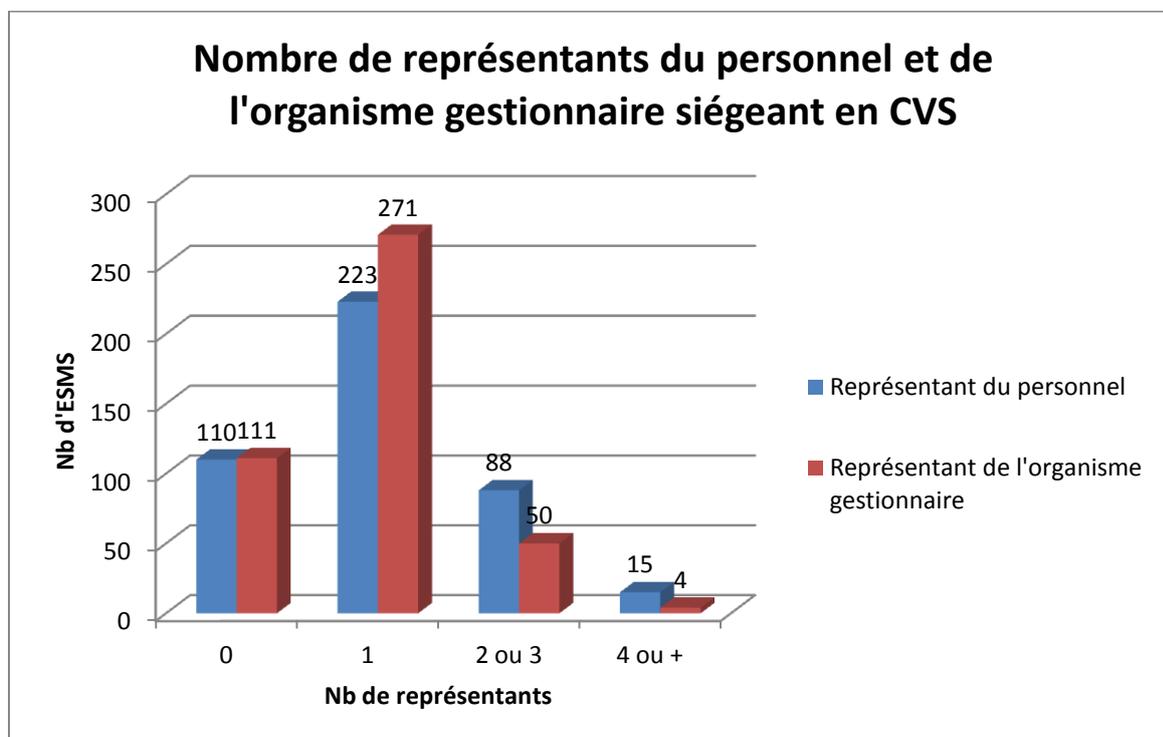
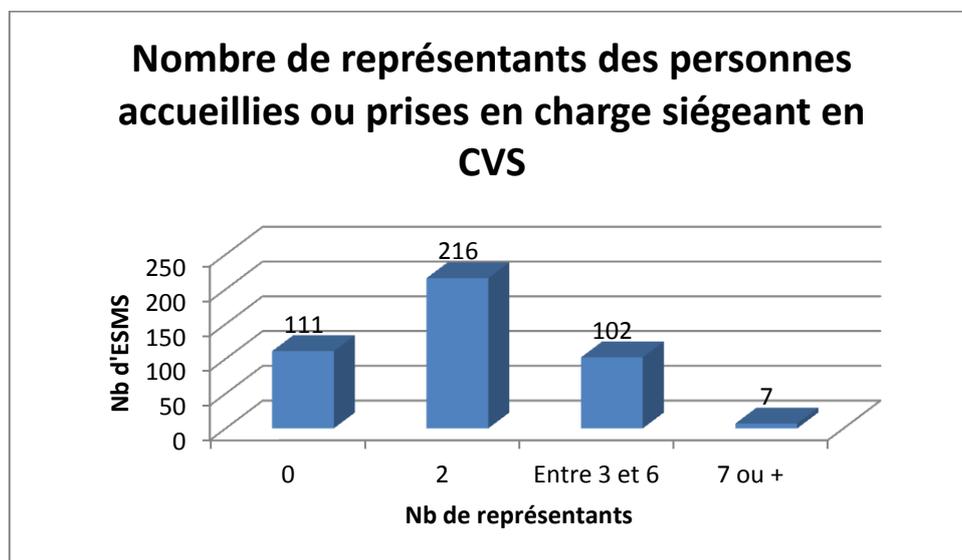
- *Formation des membres du CVS*

Ils ne sont que **13% (+1% par rapport à l'année précédente)** à déclarer proposer des formations aux membres du CVS sur les droits des usagers, le fonctionnement d'un CVS, ou le fonctionnement d'un ESMS.

- *Composition des membres du CVS*

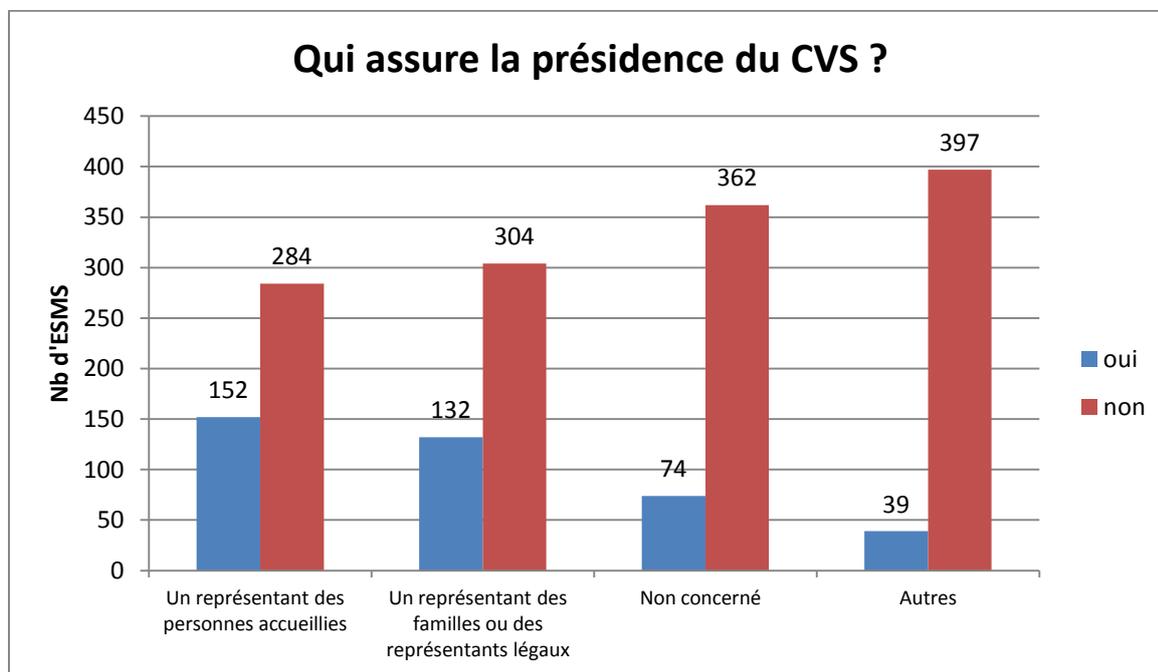
75% des ESMS (+3% par rapport à l'année précédente) déclarent que les CVS sont constitués d'au moins deux représentants des personnes accueillies, comme le prévoit la loi.

Seuls 57% des CVS sont constitués avec au moins 1 représentant du personnel, et 1 représentant de l'organisme gestionnaire, comme le prévoient les textes.



- *La présidence du CVS*

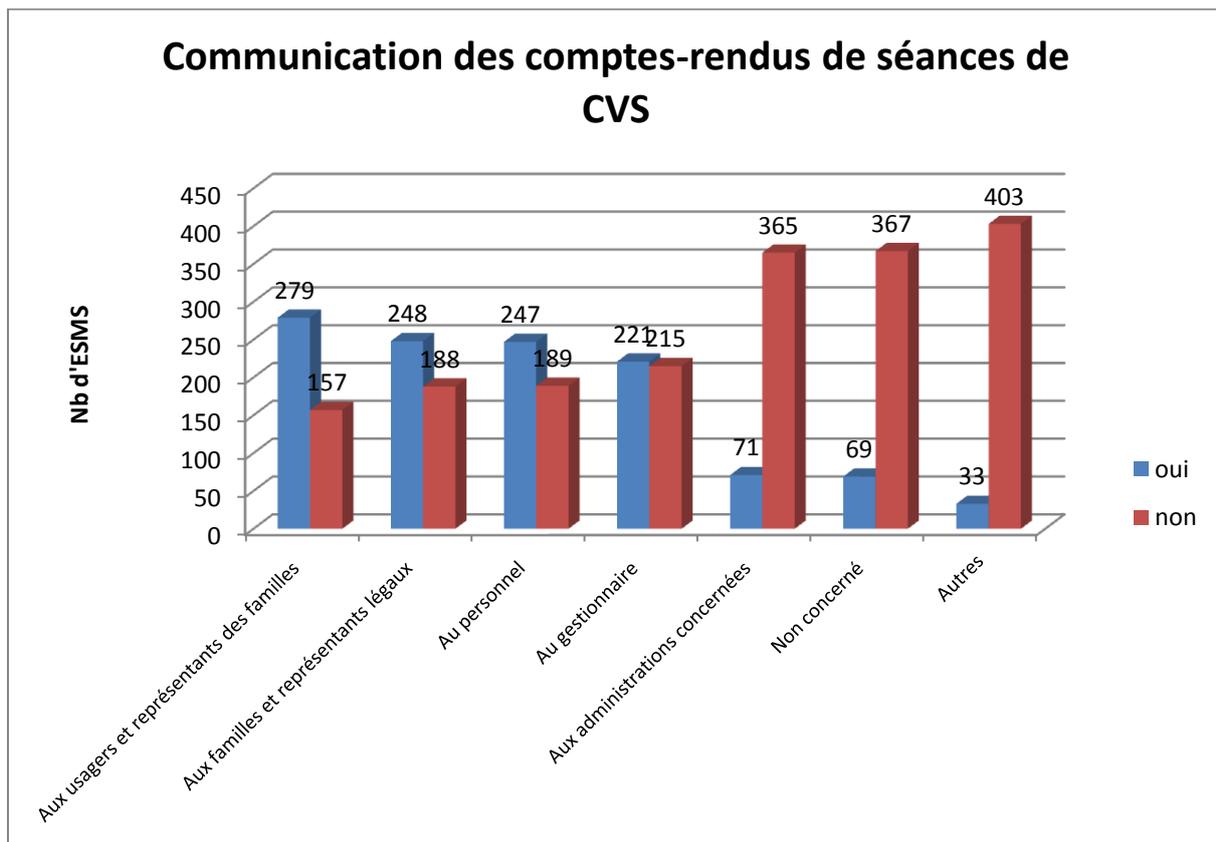
Pour 35% des établissements la présidence du CVS est assurée par un représentant des personnes accueillies comme le prévoient les textes.



- *Communication des travaux du CVS*

Parmi les répondants, **64% des ESMS PA déclarent que les comptes-rendus des séances du CVS sont communiqués aux usagers et représentants des familles**. 57% déclarent les communiquer aux familles et représentants légaux.

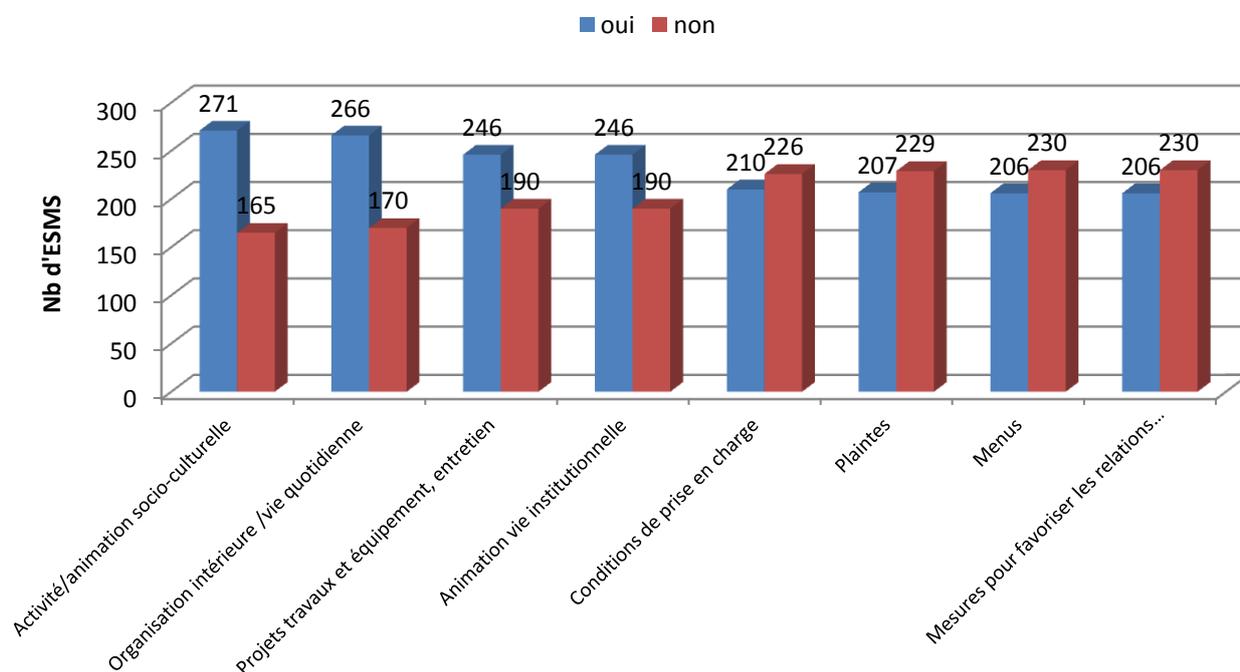
66% des ESMS PA déclarent afficher les comptes-rendus dans l'établissement sur un espace dédié.



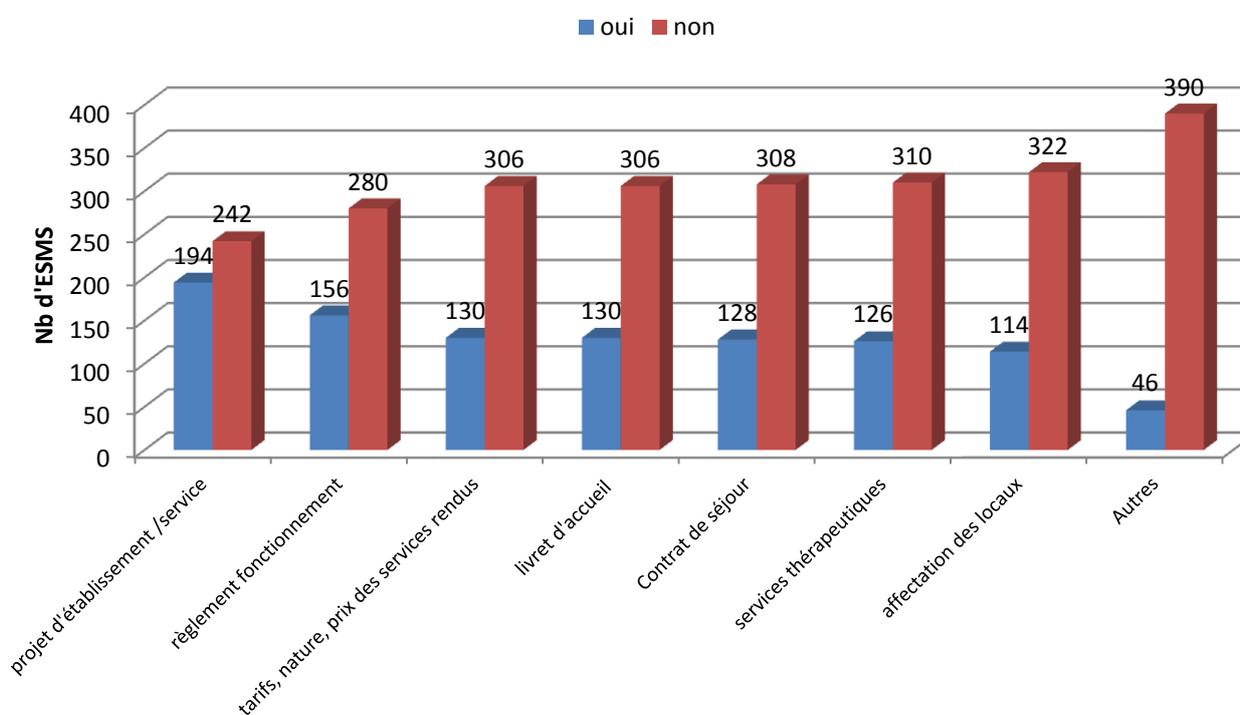
- *Les avis du CVS*

On observe des différences sur les thématiques sur lesquelles sont sollicités les CVS par les ESMS et les thématiques qui ont donné lieu à un avis du CVS. Ainsi, si la restauration n'est que le 7^{ème} thème sur lequel les ESMS sollicitent les CVS, c'est pourtant sur cette thématique que les avis ont majoritairement porté. Viennent ensuite l'animation, les travaux et équipements et la qualité de l'hébergement.

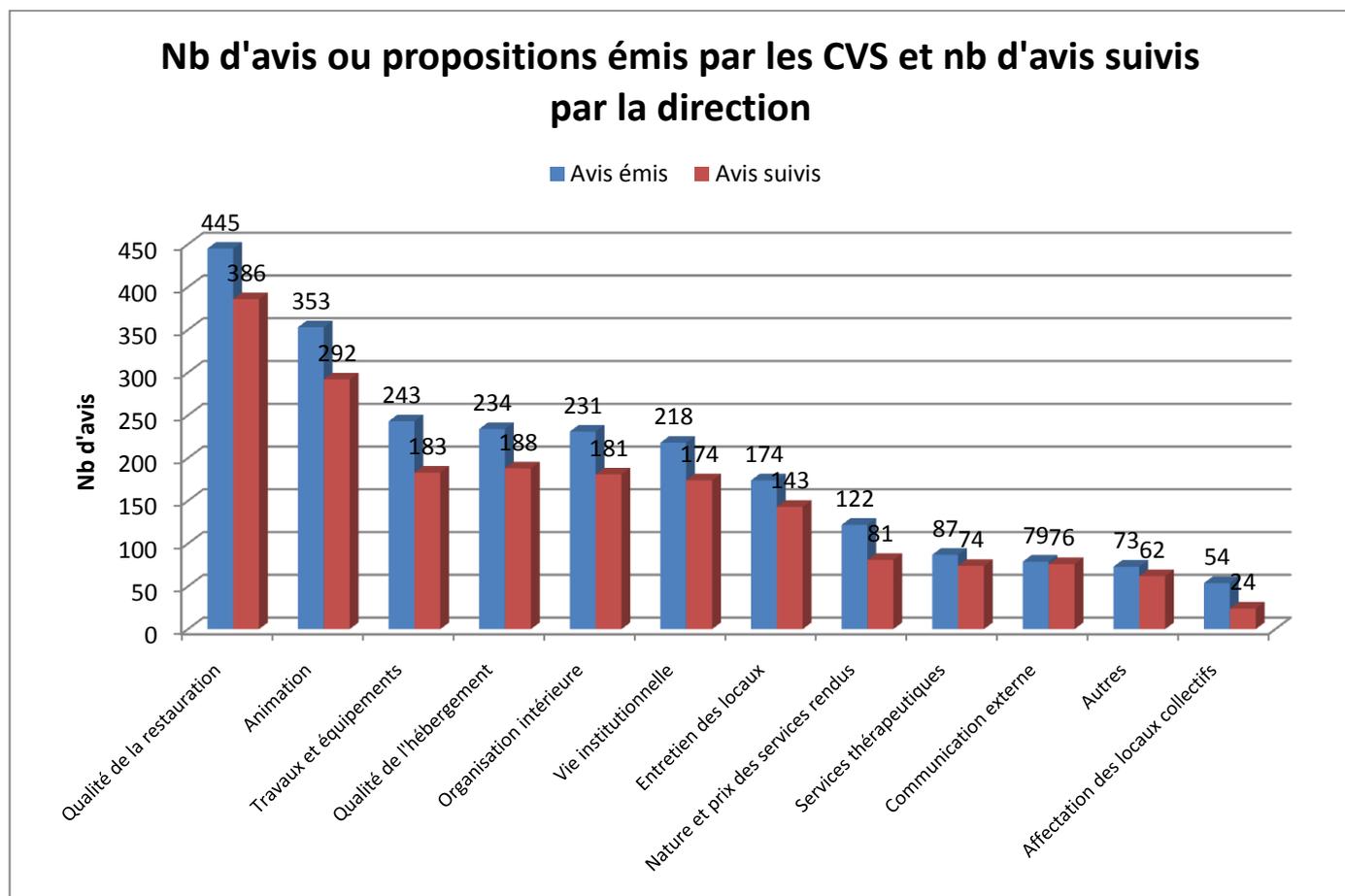
L'avis du CVS a-t-il été sollicité sur les thématiques suivantes (graph 1/2) :



L'avis du CVS a-t-il été sollicité sur les thématiques suivantes (graph 2/2) :



81% des avis ou propositions des CVS sont suivis par la direction. En moyenne, un CVS émet 5 avis/recommandations par an.



Dans la catégorie « autres », on retrouve notamment :

- La gestion du linge ;
- La question des places de parking pour les visiteurs.

Dans les raisons qui expliquent pourquoi les avis n'ont pas été suivis, sont évoqués les :

- Manque de budget et/ou de personnel ;
- Proposition difficilement réalisable ;
- Proposition qui ne correspond pas aux priorités de l'établissement.

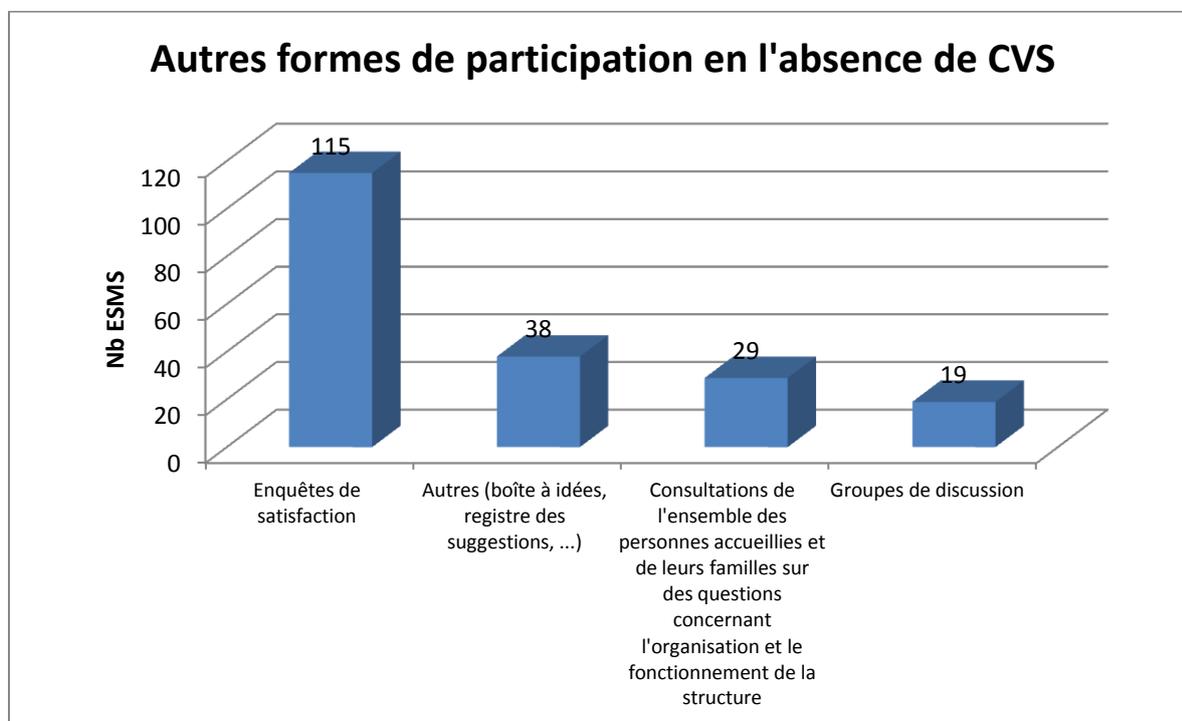
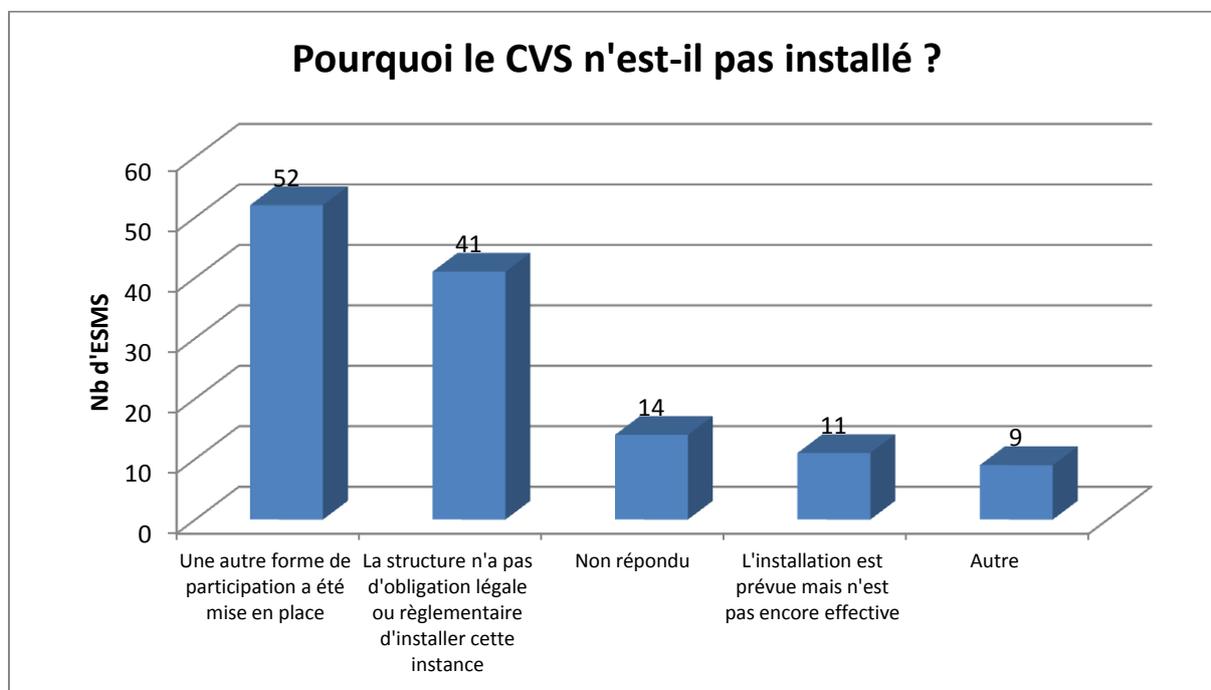
- *Les autres formes de participation*

75% des ESMS du panel déclarent avoir une forme de participation en plus du conseil de la vie sociale.

En l'absence d'un CVS (notamment dans le cas des SSIAD), les enquêtes de satisfaction constituent la principale forme alternative de participation. Quelques ESMS ont mis en place des groupes de discussion.

- Absence de CVS

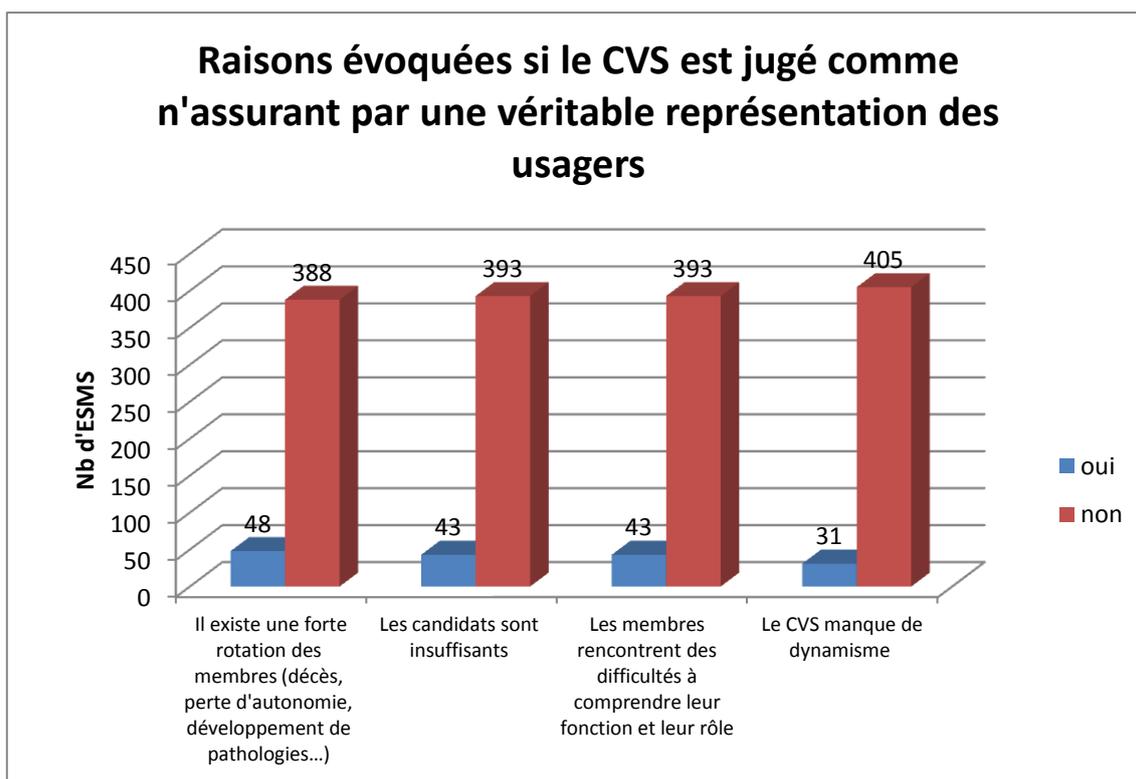
Une des raisons évoquées par les ESMS pour justifier l'absence de CVS est **la mise en place d'une autre forme de participation**. Les enquêtes de satisfaction sont la forme la plus fréquente.



- Efficacité du CVS

Seuls 56% des ESMS (contre 70% l'année précédente) déclarent que les CVS, dans leur configuration actuelle, permettent d'assurer une véritable représentation des usagers et une défense effective de leurs droits.

En revanche, les raisons proposées dans le questionnaire pour justifier ce manque d'efficacité ne sont pas celles retenues par les ESMS



Comme le montre les chiffres ci-dessus qui sont peu significatifs, les raisons proposées dans le questionnaire pour justifier ce problème de représentation des usagers et de défense des droits ne sont finalement pas celles retenues par les ESMS.

En revanche, dans leurs commentaires en fin de questionnaire, **les ESMS ont indiqué rencontrer d'importantes difficultés à mobiliser les familles, les résidents et les tuteurs pour participer au CVS.** L'état de santé et la perte d'autonomie des résidents sont également des raisons invoquées.

Enfin, les SSIAD indiquent la difficulté d'organiser la participation des patients (déplacements difficiles, questionnaire annuel de satisfaction pas toujours rempli...).

Au total, **28% des ESMS ont rencontré des difficultés dans la mise en place des instances de participation des usagers.**

3) Le droit au recours aux personnes qualifiées

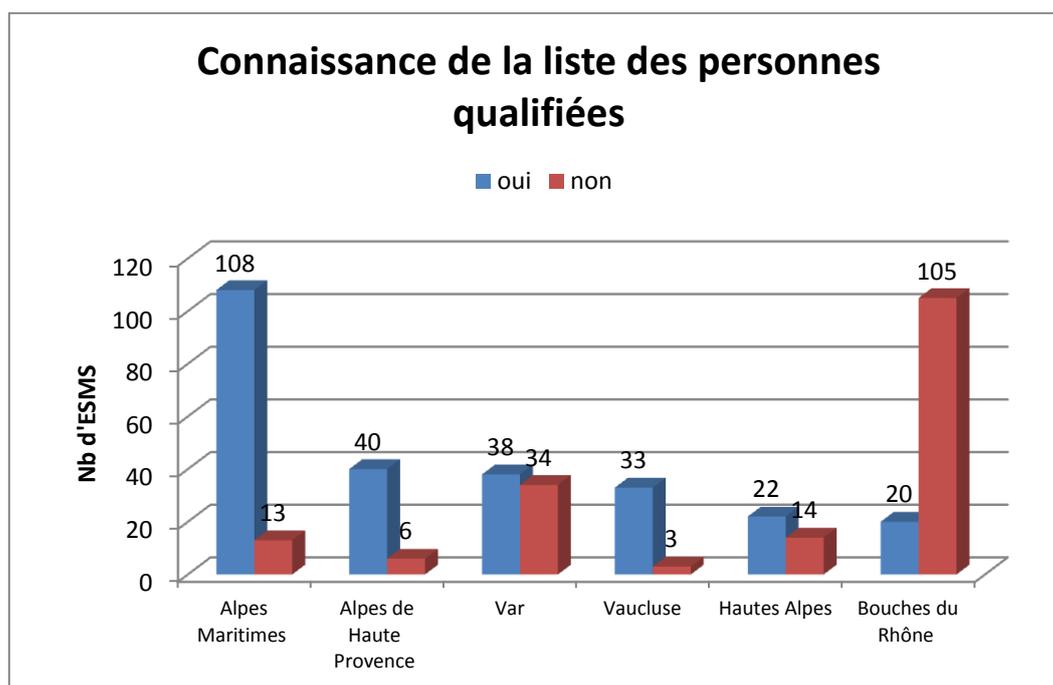
- La liste des personnes qualifiées

L'article L311-5 du code de l'action sociale et des familles précise 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 ».

56% des ESMS (+23% par rapport à l'année précédente) déclarent avoir connaissance de la liste des « personnes qualifiées » en vigueur dans leur département.

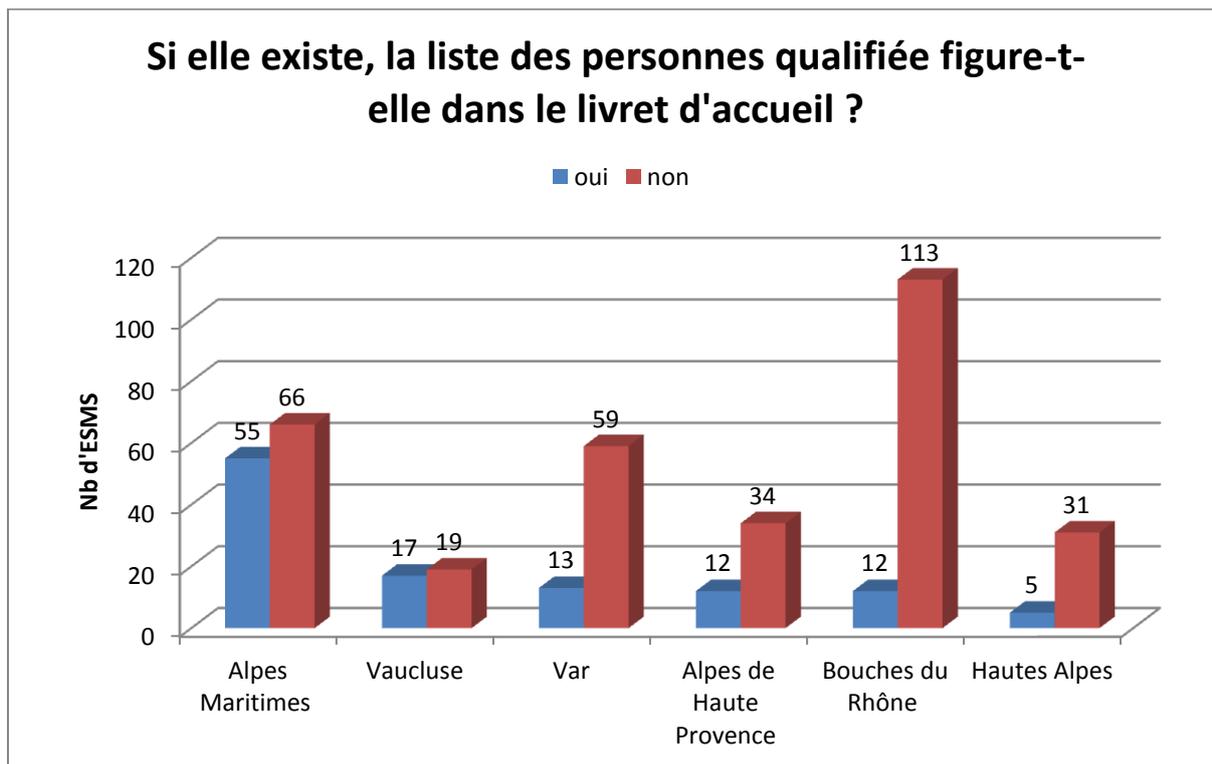
Il est important de souligner que la désignation des personnes qualifiées a suscité de nombreuses difficultés. En 2015, elles étaient désignées dans 5 des 6 départements de la région et pour 2 départements, seulement depuis 2014.

La liste n'est toujours pas existante dans les Bouches-du-Rhône.



**Attention, il existe des incohérences dans les réponses à cette question puisque 20 ESMS déclarent avoir connaissance de la liste des personnes qualifiées dans les Bouches du Rhône, alors que cette liste n'existe pas.*

Cette liste figurerait dans 26% des livrets d'accueil des ESMS. Mais là encore ces chiffres sont à prendre avec précaution puisque 12 ESMS des Bouches-du-Rhône déclarent faire figurer cette liste dans leur livret d'accueil.



- *Le recours aux personnes qualifiées*

Dans ce contexte, le recours aux personnes qualifiées ne peut donc être effectif, ce qui se retrouve dans les résultats. Seuls 5 établissements déclarent que des usagers ont eu recours à la personne qualifiée. **Attention, 2 d'entre eux sont situés dans les Bouches du Rhône, où la liste n'existe pas.**

Hors Bouches-du-Rhône, 3 usagers auraient eu recours à la personne qualifiée. Sur ces 3 usagers, un compte-rendu d'intervention aurait été transmis à l'établissement concerné.

4) Plaintes et réclamations

- Processus de traitement des réclamations et plaintes

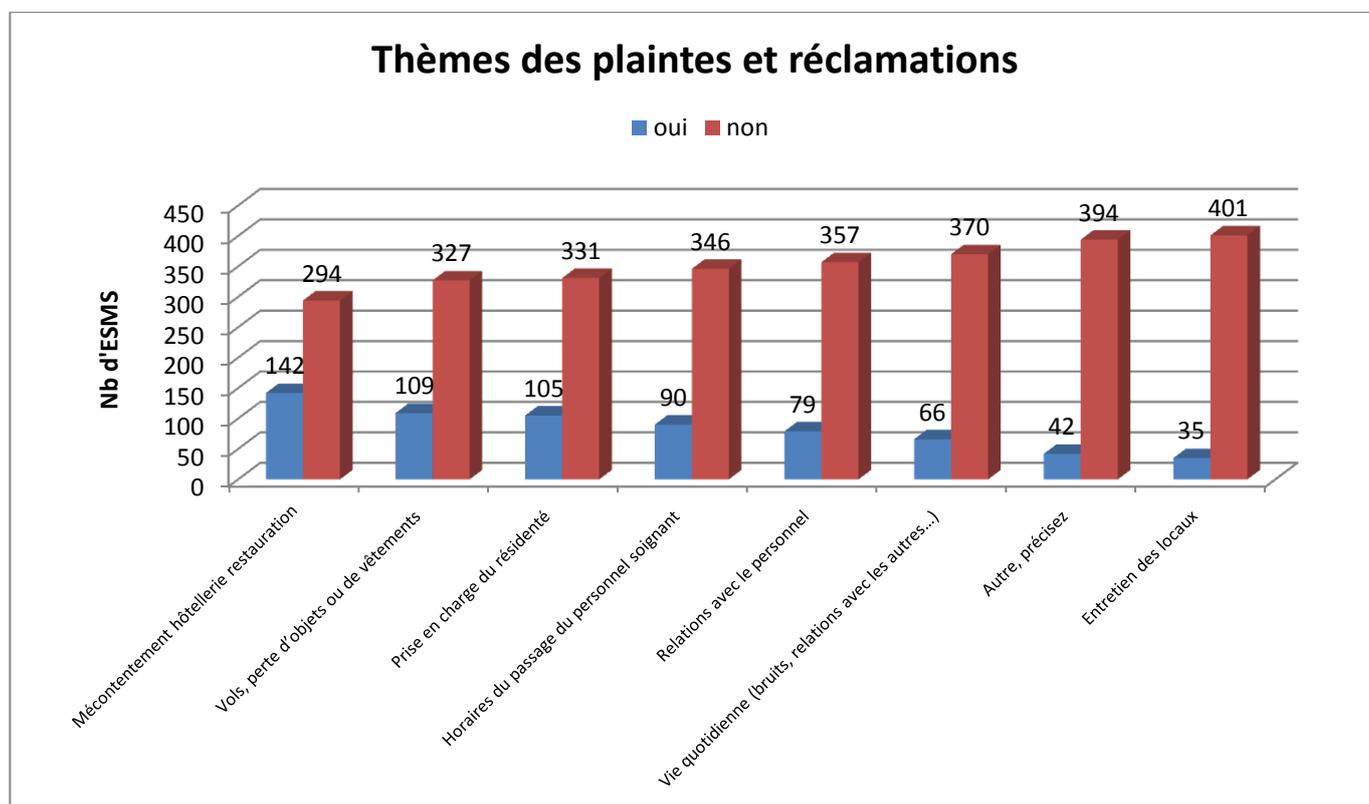
Comme l'année précédente 84% des ESMS déclarent avoir mis en place un processus de traitement des réclamations et des plaintes des usagers et de leur famille. Pour 9%, il est en cours d'élaboration.

Nombre total de plaintes et réclamations reçues en 2014	1 909 (+76% par rapport à l'année précédente. Attention, cette augmentation s'explique par le fait que 102 ESMS supplémentaires ont répondu au questionnaire)
Parmi ces plaintes, nombre concernant le dossier médical	21

- Les thèmes de plaintes et réclamations

Les thèmes des plaintes et réclamations portent pour 21% des cas sur l'hôtellerie, notamment la qualité de la restauration et le retard ou la perte du linge. C'était déjà le motif de plainte le plus fréquent en 2013.

En dehors de l'hôtellerie, on note une différence avec les thèmes de plaintes les plus fréquents relevés en 2013. En effet, si la vie quotidienne, les horaires de passage et l'animation constituaient les principaux motifs d'insatisfaction en 2013, ce n'est plus le cas en 2014. Ce sont le vol ou la perte d'objets et la prise en charge de la personne accueillie ou accompagnée qui font le plus souvent l'objet de plaintes en 2014.



5) La promotion de la bientraitance

82% des ESMS PA indiquent avoir mis en place un dispositif de promotion de la bientraitance dans leur établissement. Pour 9%, il est en cours.

6) Les directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie sont prises en compte

74 % déclarent prendre en compte les droits des usagers en fin de vie dans leur projet d'établissement.

Total de résidents ou de personnes accompagnées, ayant rédigé des directives anticipées	2 588 (+5% par rapport à l'année précédente)
Moyenne de résidents/personnes accompagnées dans la région Paca ayant rédigé des directives anticipées	12,6

Il existe cependant de grosses disparités selon les établissements : ainsi, sur les accueils de jours, seul 1 déclare des directives anticipées rédigées par les personnes qu'il accompagne.

Dans les EHPAD, la part de personnes ayant rédigé ces directives varient de 5 à 93% selon les établissements. La moyenne pour les EHPAD, au niveau régional, est de 17,5%

Enfin, sur les 114 SSIAD répondants, 15 seulement déclarent que des personnes accompagnées ont rédigé ces directives.

7) L'accès aux soins et aux données de santé

- L'accès aux professionnels de santé

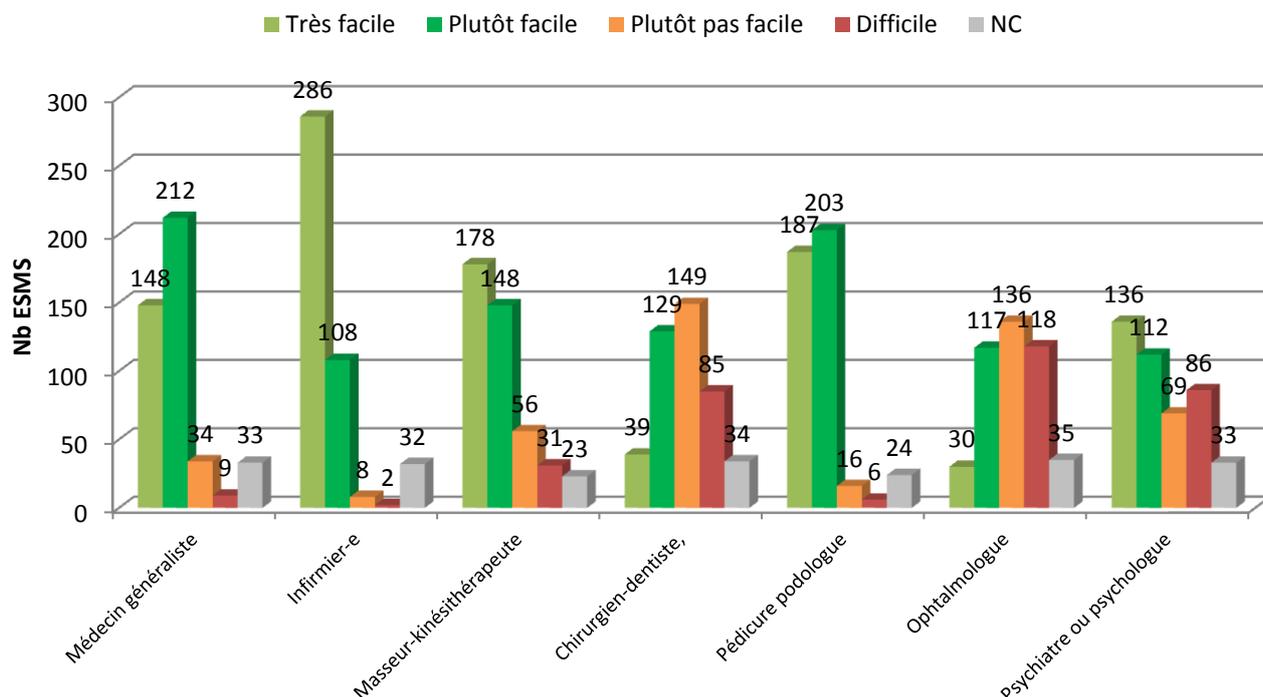
Les chiffres sont stables par rapport à l'année précédente.

82% jugent l'accès au médecin généraliste facile ou très facile. Cet accès est également jugé facile ou très facile pour l'infirmier et le pédicure-podologue (90% des ESMS) et le masseur-kinésithérapeute (75%).

En revanche, ils sont 58% d'ESMS à juger difficile ou très difficile l'accès à un chirurgien dentiste ou un ophtalmologue.

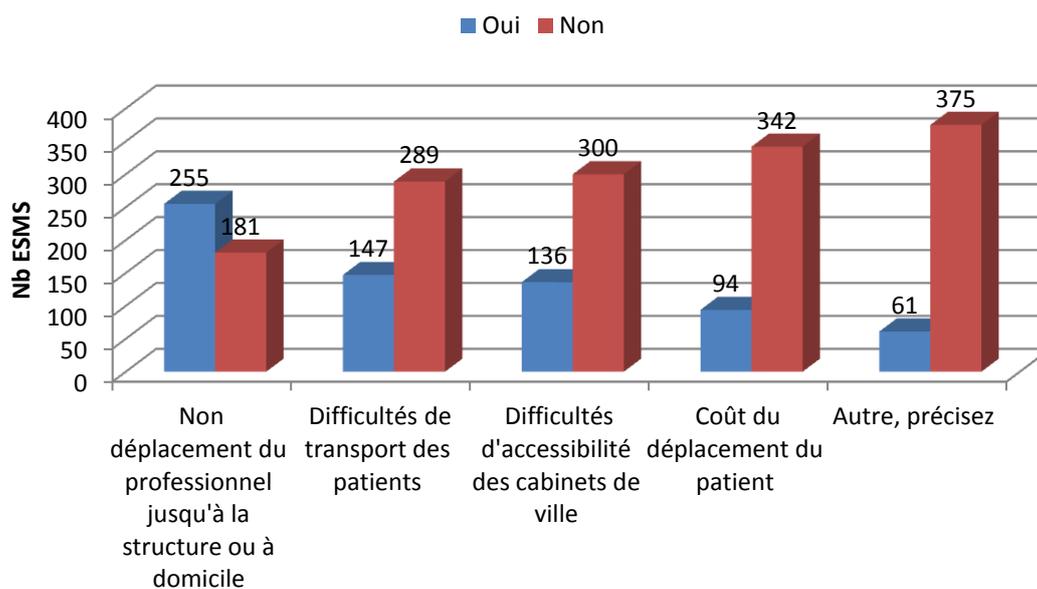
En ce qui concerne l'accès à un psychiatre ou psychologue, les résultats sont partagés puisque 56% des ESMS le juge facile ou très facile.

Appréciation de l'accès aux professionnels de santé



Le non déplacement des professionnels de santé à domicile apparaît comme la raison majeure pour expliquer le difficile accès aux professionnels de santé.

Motifs évoqués concernant la difficulté d'accès aux professionnels de santé

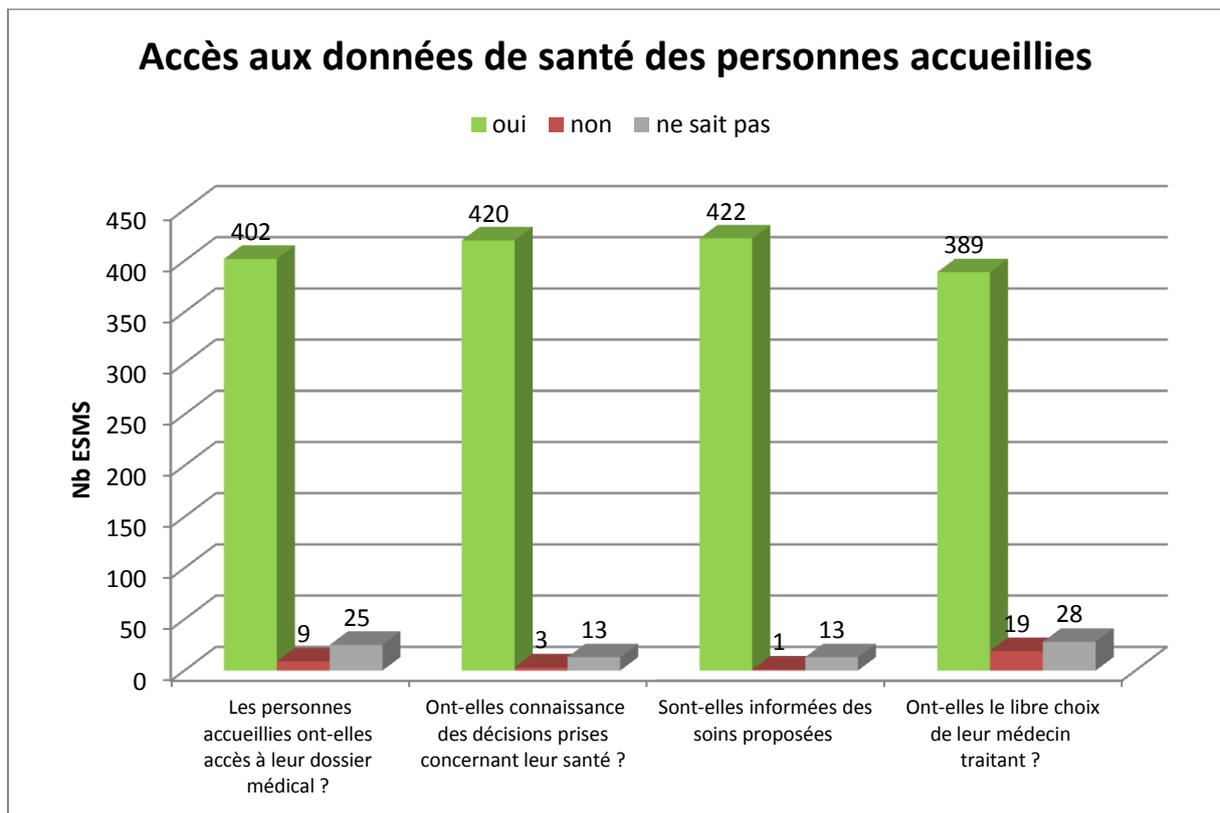


Hormis pour le non déplacement du professionnel, les chiffres ne sont pas significatifs et il est donc difficile de connaître les vraies raisons expliquant les difficultés d'accès. Dans « Autres », les ESMS évoquent :

- Les délais d'attente ;
- Le manque de disponibilité des professionnels ;
- La pénurie de professionnels ;
- Le manque de formation des professionnels aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées.

- *L'accès aux données de santé des personnes accueillies*

Cet accès est jugé effectif par les ESMS PA interrogés. En moyenne, 93% des ESMS interrogés déclarent que les personnes accueillies ont accès à leur dossier médical, qu'elles ont connaissance des décisions prises concernant leur santé, qu'elles sont informées des soins proposés et qu'elles disposent du libre choix du médecin traitant.

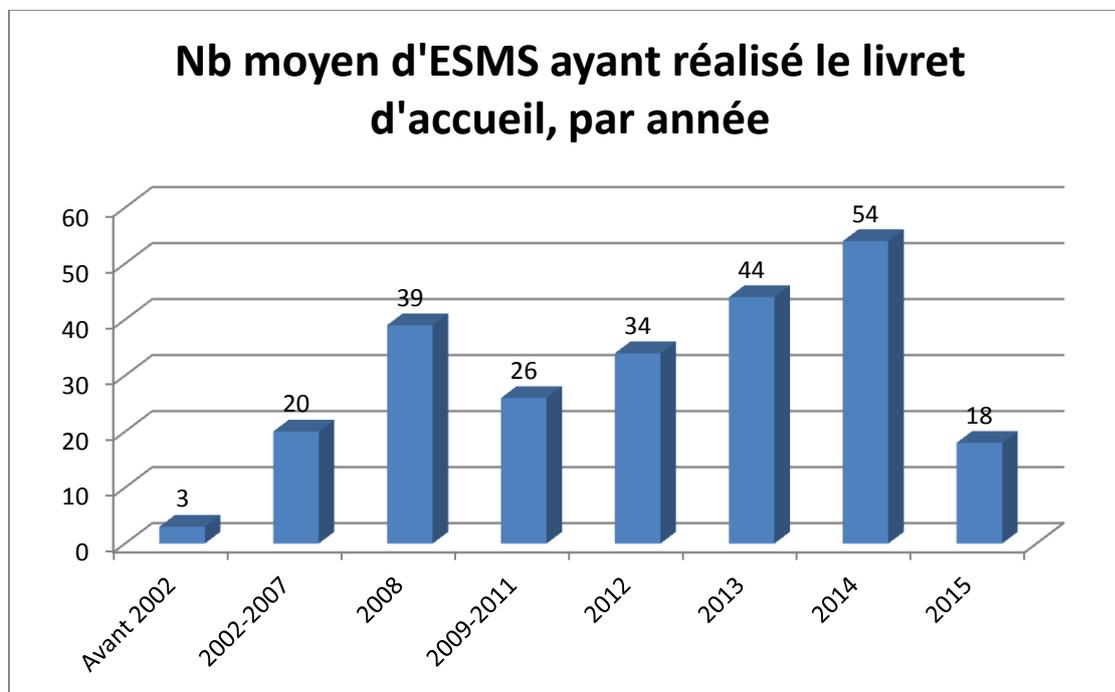


8) Le livret d'accueil

- *Existence du livret d'accueil*

98% des ESMS PA interrogés disposent d'un livret d'accueil alors qu'ils étaient seulement 43% en 2013. Il a principalement été mis en place depuis la loi de 2002 le rendant obligatoire. On observe un pic de réalisation en 2008 et en 2014.

Seuls 24 ESMS indiquent avoir rencontré des difficultés pour la mise en place de ce livret (coût de fabrication élevé ; rarement lu par les personnes accueillies et leurs familles).



Pour les 7 ESMS n'ayant pas mis en place de livret :

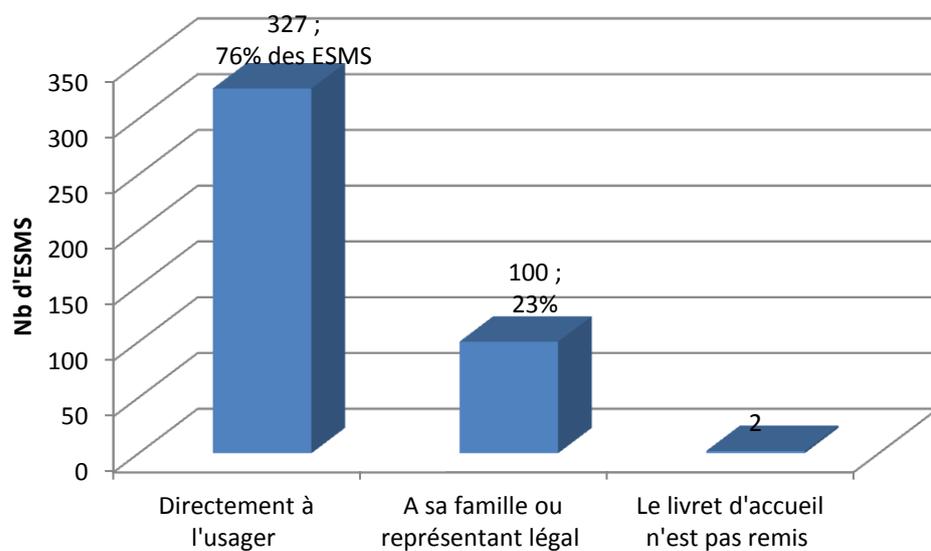
- Le livret d'accueil est en cours d'élaboration ou validation dans 3 d'entre eux ;
 - le livret est en cours de validation / impression dans 2 d'entre eux ;
 - Pour les 2 ESMS restants (il s'agit de SSIAD) il existe soit une plaquette d'information sur le service, soit un livret d'accueil pour l'établissement auquel appartient le SSIAD.
- *Remise du livret d'accueil*

Dans 76% des cas, il est remis à l'utilisateur et dans 23% des cas à sa famille ou au représentant légal.

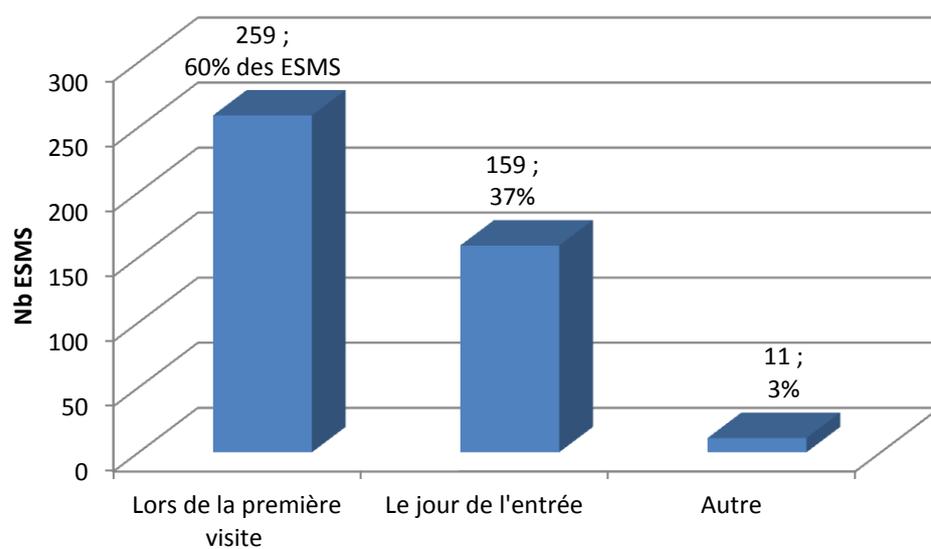
Dans 60% des cas, il est remis lors de la première visite, et dans 37% des cas le jour de l'entrée dans la structure.

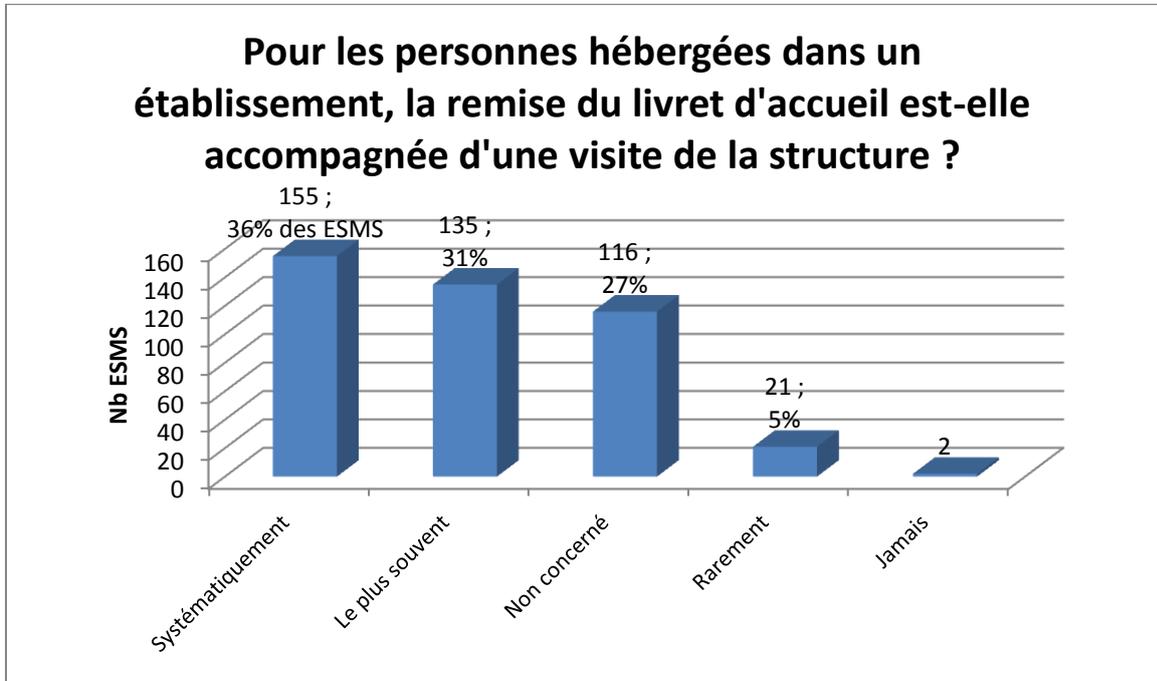
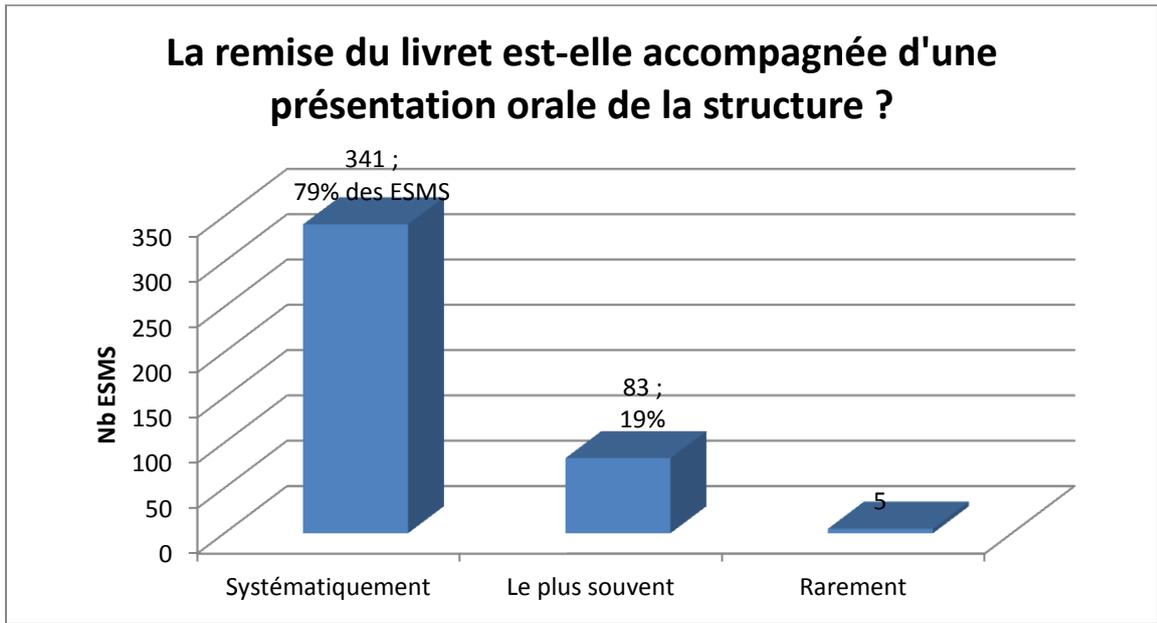
Dans 99% des cas, la remise du livret est accompagnée d'une présentation orale de la structure et 68% des cas, elle est accompagnée d'une visite de la structure.

A qui le livret d'accueil est-il remis ?



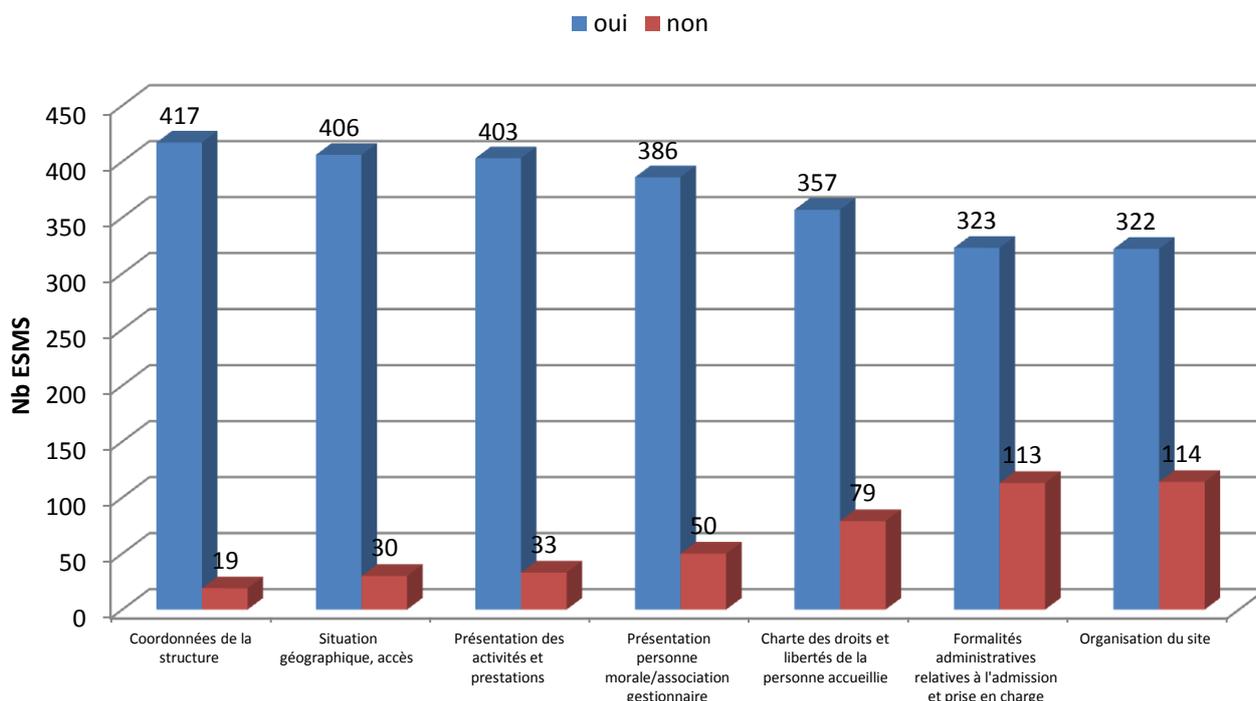
A quel moment le livret d'accueil est-il remis ?



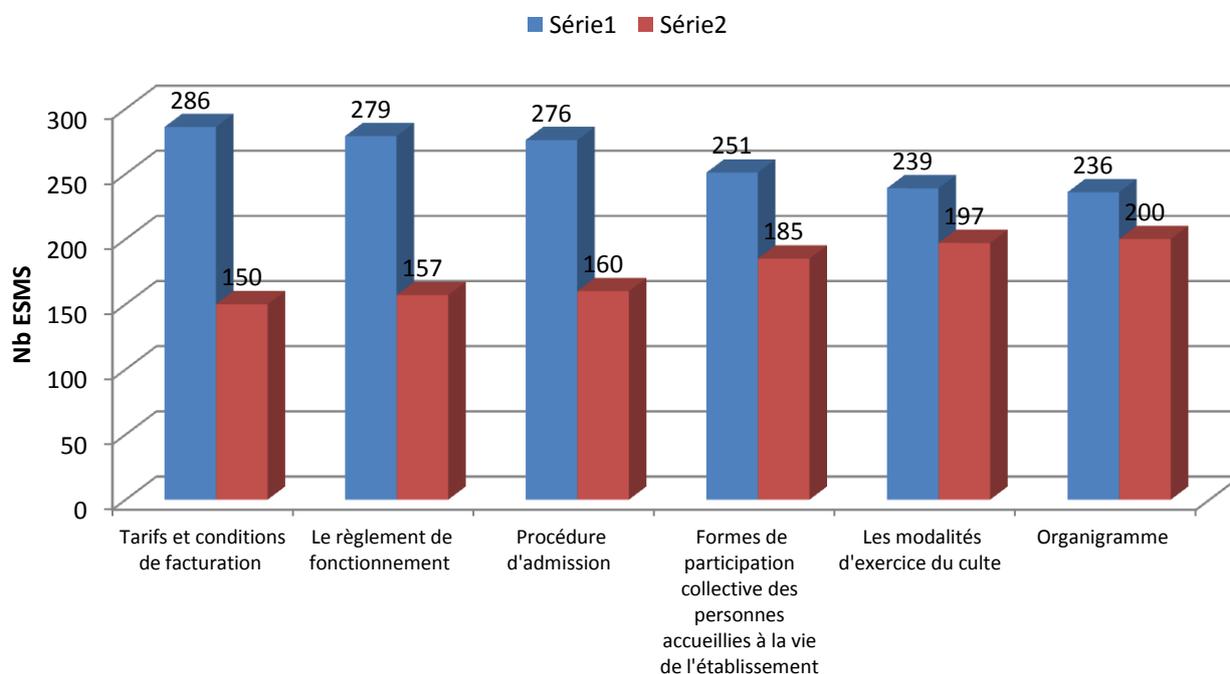


On trouve un grand nombre d'information dans les livrets d'accueil :

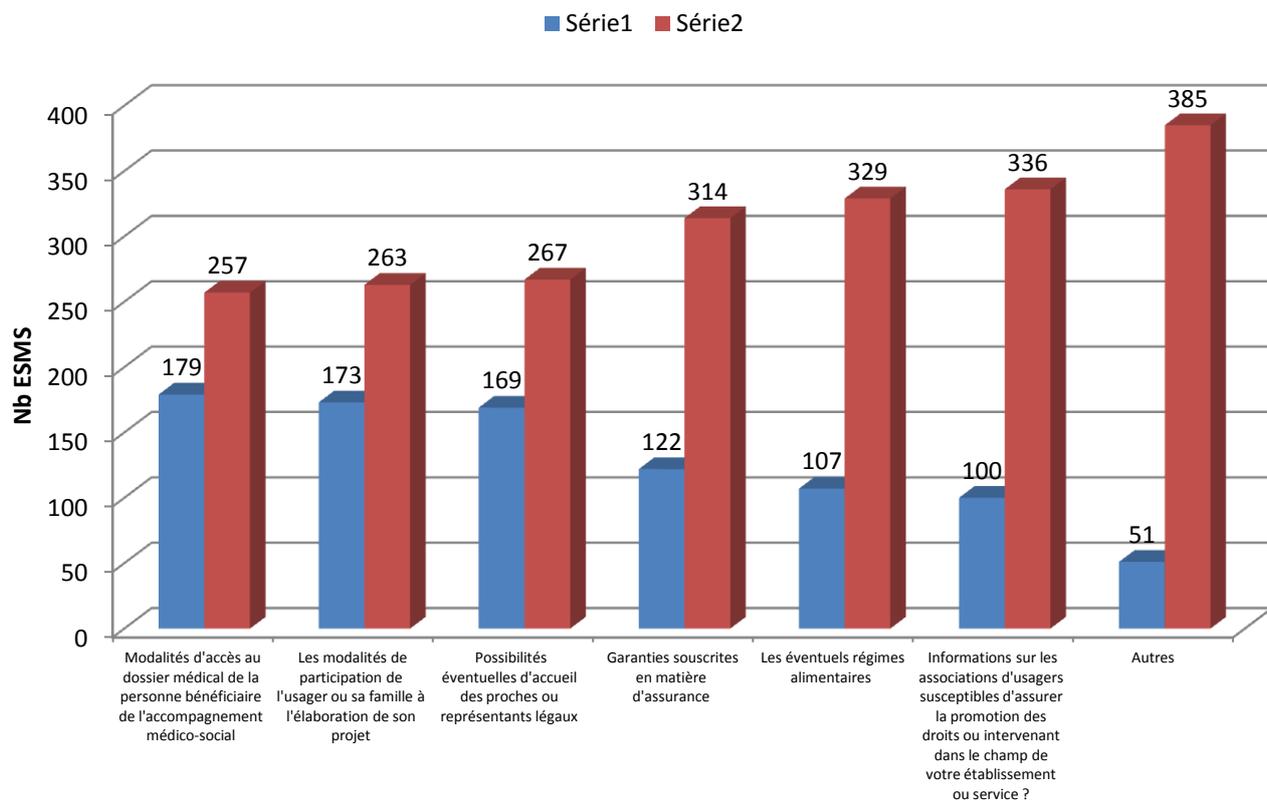
Elements d'information figurant dans le livret d'accueil (1/3)



Elements d'information figurant dans le livret d'accueil (2/3)



Elements d'information figurant dans le livret d'accueil (3/3)



9) Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge)

Article L. 331-4 du Code de l'action sociale et des familles : « *Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal.* »

Cette question a fait l'objet de plusieurs commentaires des ESMS qui demandent une reformulation de la question. Pour plusieurs d'entre eux, il y a en effet confusion entre le contrat de séjour, le document individuel de prise en charge et le projet de vie individualisé.

Pour rappel, l'article D311 du Code de l'action sociale et des familles précise que :

« *V.-Le contrat de séjour comporte :*

1° La définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;

2° La mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat dans l'attente de l'avenant mentionné au septième alinéa du présent article ;

3° La description des conditions de séjour et d'accueil ;

4° Selon la catégorie de prise en charge concernée, les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;

5° Pour l'admission en centre d'hébergement et de réinsertion, les conditions de l'application de l'article L. 111-3-1 ;

6° La mention de l'obligation, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R. 313-30-1.

La liste des professionnels ayant conclu un contrat est mise à jour et tenue, à titre d'information, à la disposition des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux. Toute personne accueillie dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peut demander que cette liste soit complétée par la mention d'un professionnel de santé appelé par elle à intervenir dans l'établissement et ayant signé le contrat prévu ci-dessus.

Un avenant précise dans le délai maximum de six mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne. Chaque année, la définition des objectifs et des prestations est réactualisée.

Le contrat est établi, le cas échéant, en tenant compte des mesures et décisions administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, préalablement ordonnées, adoptées ou arrêtées par les instances ou autorités compétentes. Dans ce cas, les termes du contrat mentionnent ces mesures ou décisions.

Le contrat porte sur les points mentionnés aux 1° à 5° et ne relevant pas de ces décisions ou de ces mesures.

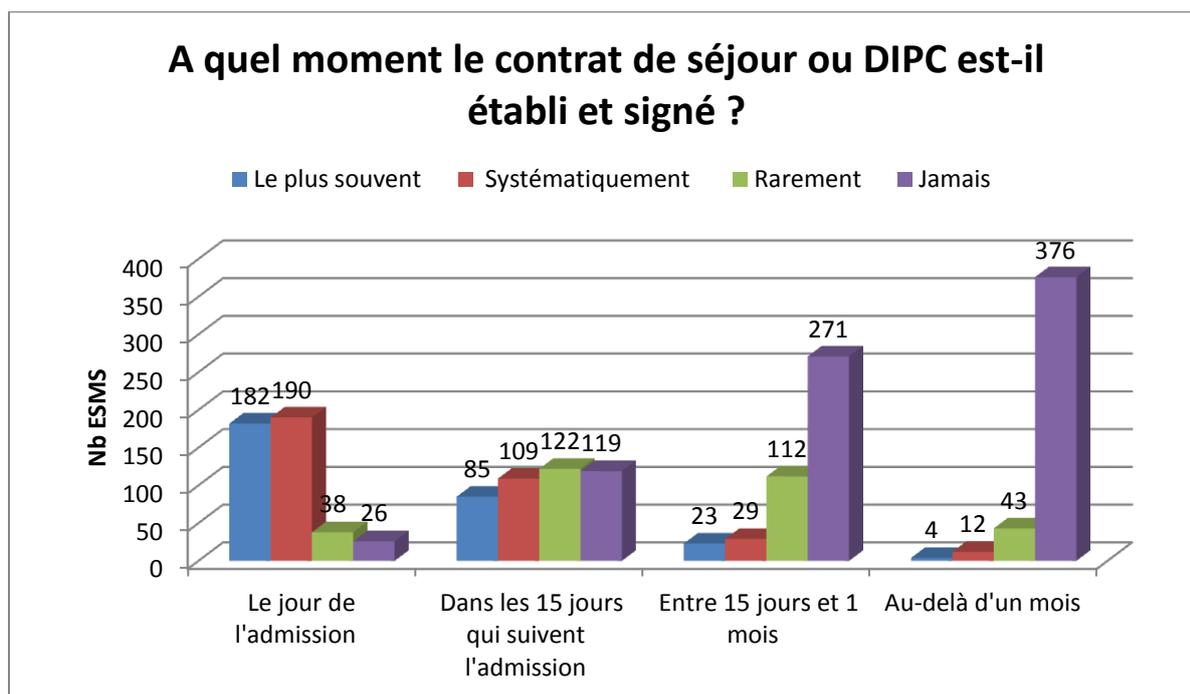
VI.-Le document individuel de prise en charge comporte l'énoncé des prestations mentionnées aux 1° et 2° et, en tant que de besoin, les éléments mentionnés aux 4° et 5° du V. Il peut contenir les éléments prévus au 3° de ce même V.

Il est fait application à ce document individuel de prise en charge des trois derniers alinéas du V. »

- *Elaboration du contrat de séjour*

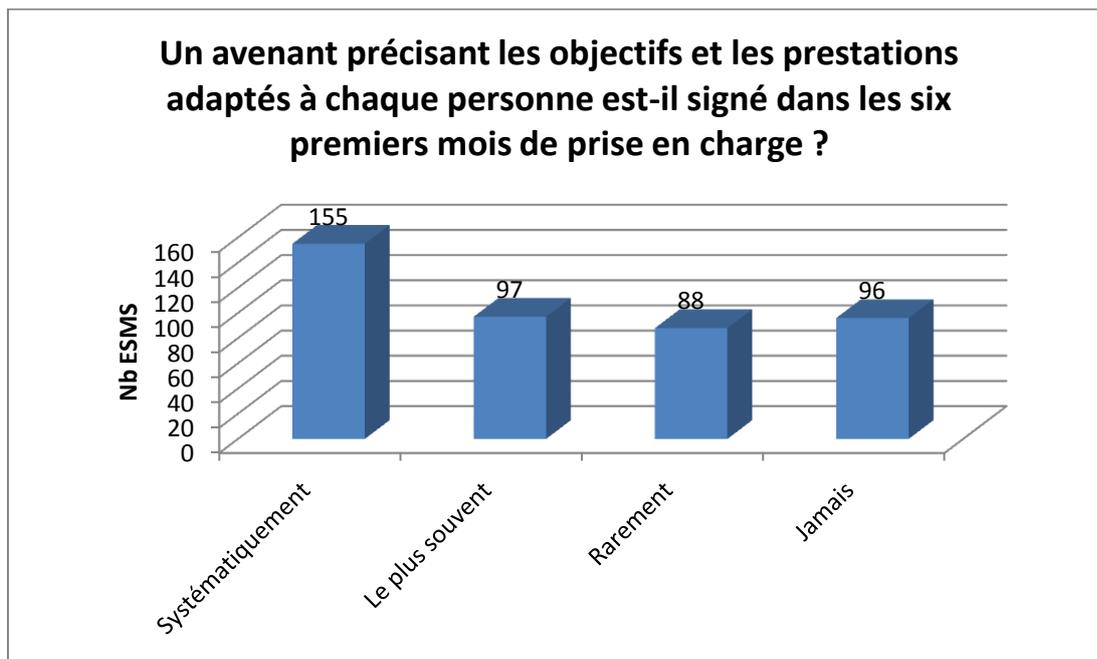
85% des ESMS PA déclarent que le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge est établi et signé le jour de l'admission.

45% déclarent qu'il l'est dans les 15 jours qui suivent. 15% indiquent qu'il est établi et signé au-delà de 15 jours.



- *L'avenant précisant les objectifs et prestations spécifiques à la personne*

58% indiquent signer un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptés à chaque personne dans les six premiers mois de la prise en charge.



Pour ceux qui ne le font pas, la raison principale évoquée est le fait **que les ESMS ont mis en place un projet de vie individualisé/projet d'accompagnement individualisé, indépendamment du contrat de séjour ou DIPC**. C'est ce document qui est remis à jour régulièrement.

- *Participation de la personne accueillie à l'élaboration du contrat ou DIPC*

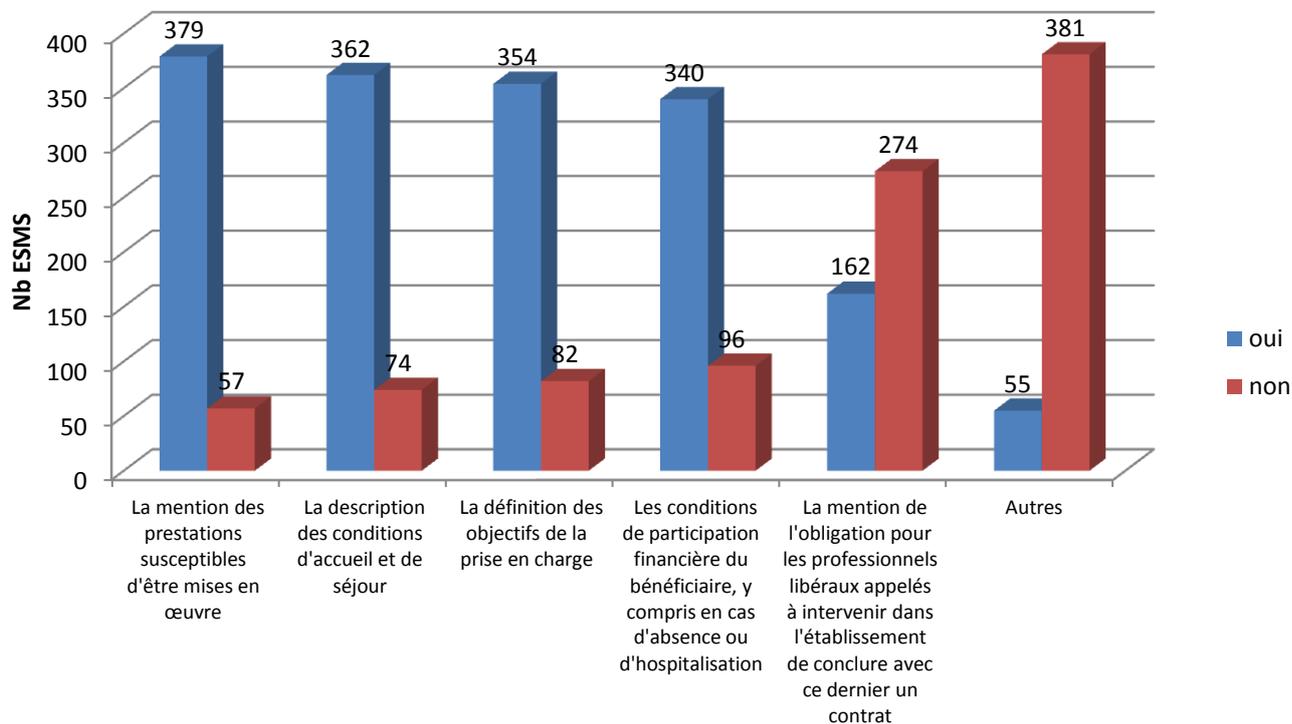
54% des ESMS PA interrogés déclarent que l'avis de la personne accueillie est sollicité et pris en compte dans l'élaboration du contrat de séjour ou DIPC. 31% déclarent que la personne accueillie est au moins présente lors de l'élaboration du contrat de séjour ou DIPC.

- *Informations contenues dans le contrat de séjour ou DIPC*

Les clauses du contrat de séjour / DIPC qui font le plus souvent l'objet d'une modification sont :

- Les horaires et jours de passage / intervention de l'équipe soignante ;
- Le changement de chambre ou de prestation ;
- Les tarifs ;
- Les objectifs de prise en charge.

Le contrat de séjour ou DIPC comporte des informations sur :



Dans la catégorie « autres », on retrouve principalement les modalités de résiliation du contrat.

10) Le règlement de fonctionnement

Article L.311-7 du CASF : « *Le règlement de fonctionnement définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.* »

- Existence et remise du règlement de fonctionnement

Ce règlement existe dans 97% des ESMS PA interrogés.

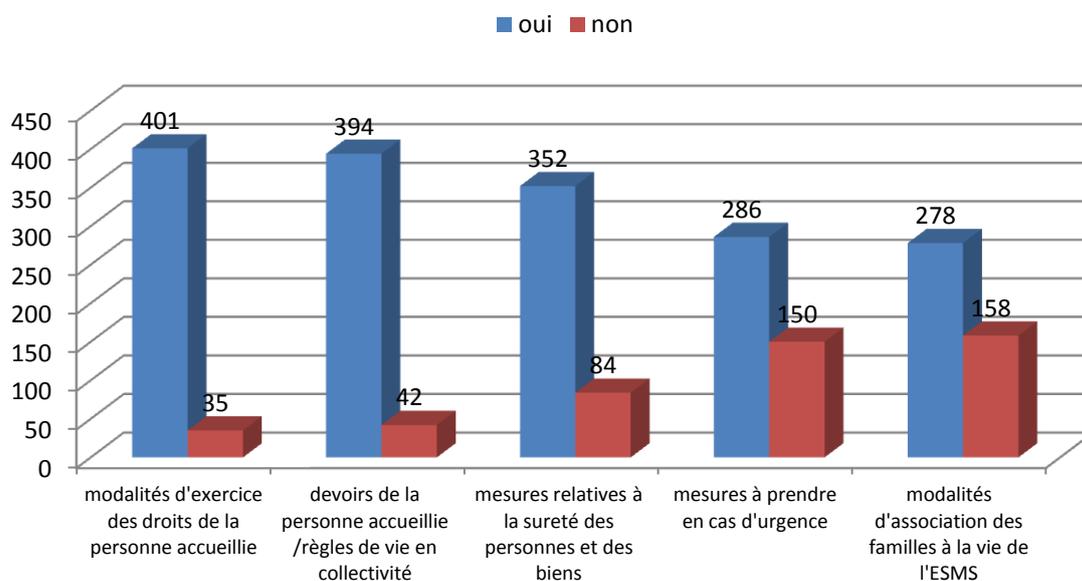
94% indiquent remettre ce règlement à la personne accueillie lors de son admission, 68% indiquent l'afficher dans les locaux et 55% le remettent au personnel ou aux bénévoles.

- Contenu du règlement de fonctionnement

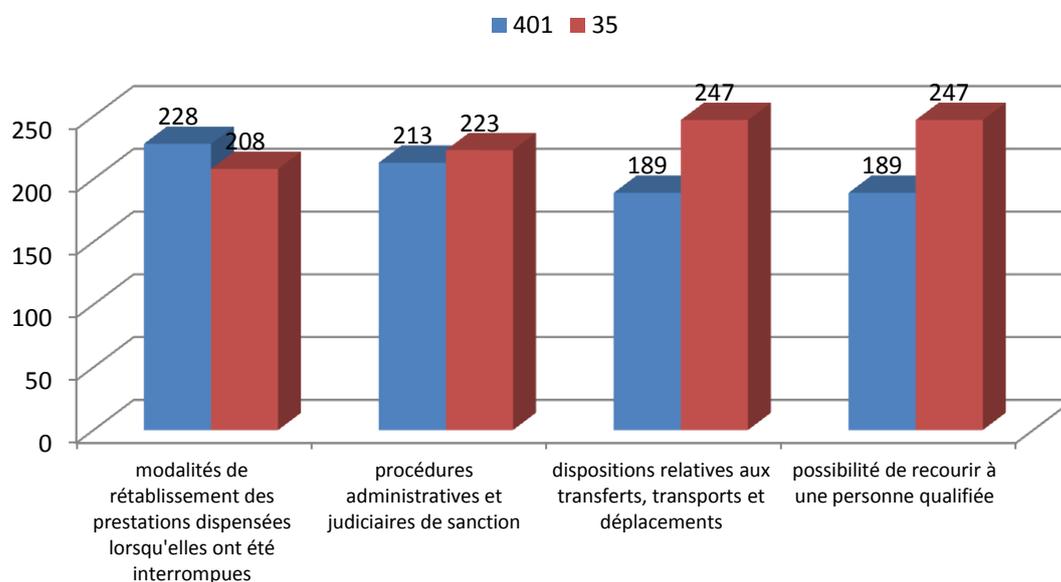
Dans la très grande majorité des cas, le règlement de fonctionnement porte sur les droits et les devoirs de la personne accueillie ou prise en charge.

Les ESMS regrettent le fait que les personnes accueillies, et leurs familles, ne le lisent pas. Ils déplorent également l'absence d'un modèle qui pourrait être facilement adapté.

Le règlement de fonctionnement évoque (1/2)



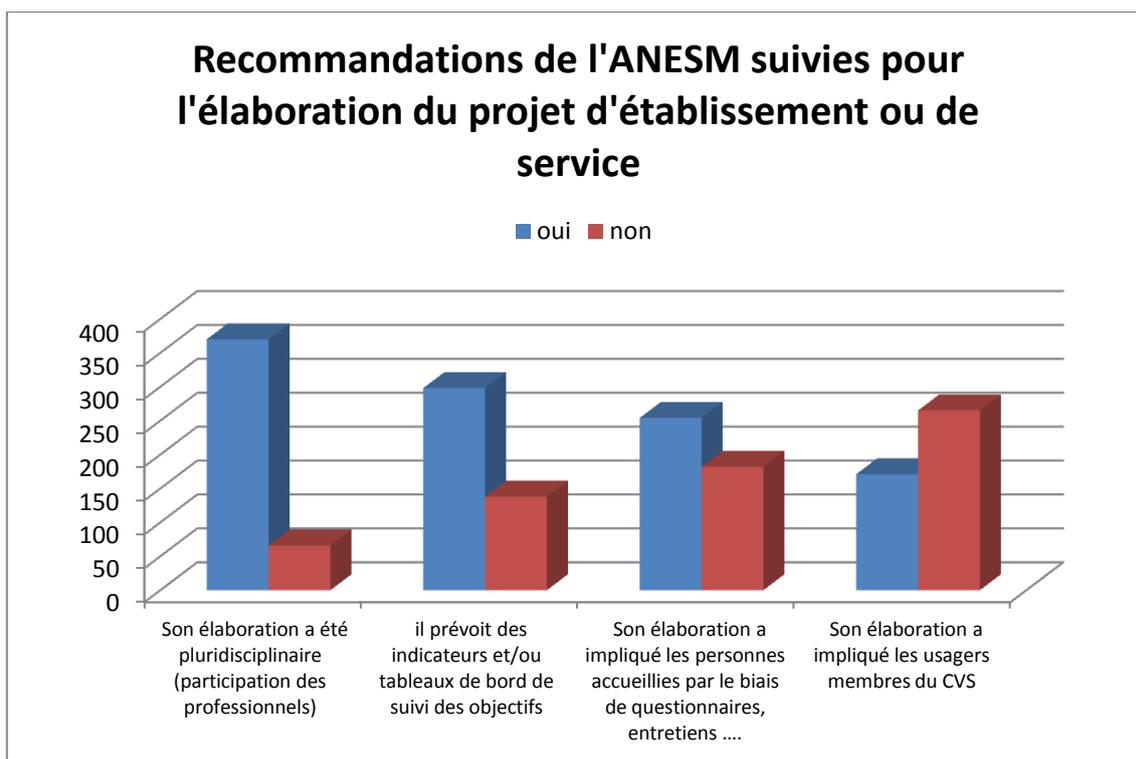
Le règlement de fonctionnement évoque (2/2)



11) Le projet d'établissement

- *Elaboration du projet d'établissement en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM*

91% déclarent qu'il existe un projet d'établissement et **94% indiquent qu'il a été élaboré en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).**



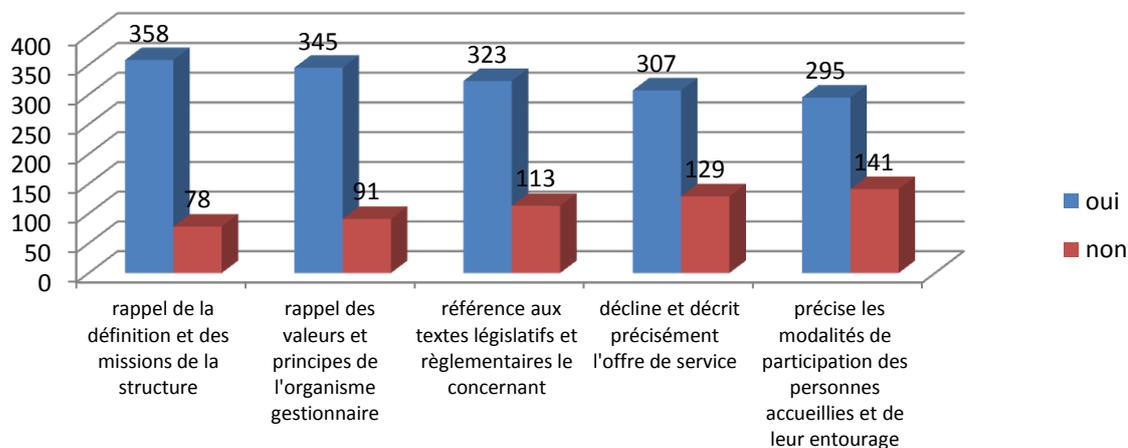
Cependant, **30% des ESMS interrogés déclarent avoir rencontré des difficultés dans son élaboration.** Parmi les raisons invoquées, on retrouve majoritairement :

- « L'élaboration chronophage » ;
- « Document fastidieux sur lequel il est difficile de mobiliser l'équipe d'encadrement et les soignants » ;
- *Contenu du projet d'établissement en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM*

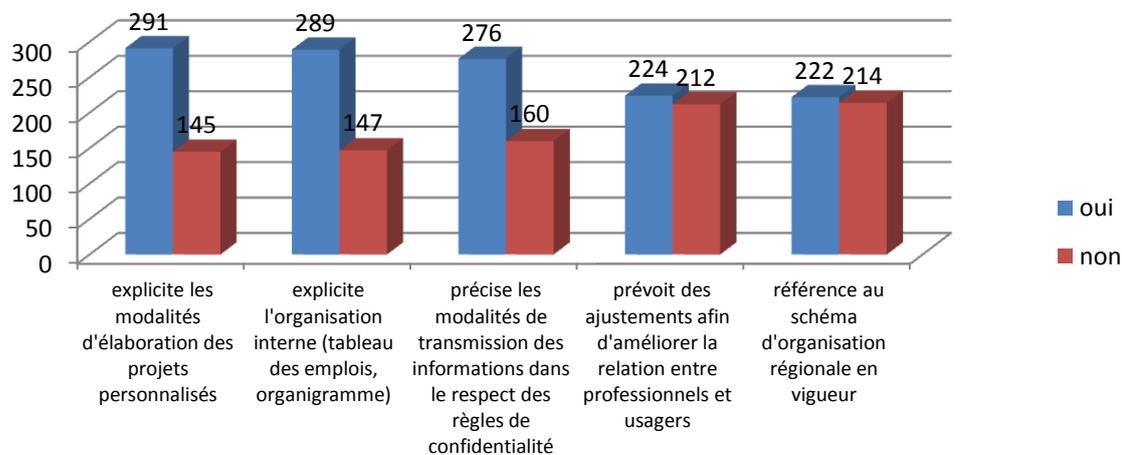
89% déclarent que le contenu du projet d'établissement est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Lorsque le projet d'établissement ou de service a un contenu conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, celles qui ont été suivies sont les suivantes :

**Lorsque le contenu du projet est conformes, quelles recommandations de bonnes pratiques ont été suivies ?
(1/2)**



**Lorsque le contenu du projet est conformes, quelles recommandations de bonnes pratiques ont été suivies ?
(2/2)**



Par ailleurs, 56% des ESMS déclarent qu'un comité de suivi de la mise en place du projet d'établissement existe.

12) Les évaluations

91% déclarent que des évaluations internes ont été réalisées dans l'établissement. Pour 85%, ces évaluations se sont tenues entre 2012 et 2015. 87% déclarent avoir communiqué les résultats à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

81% des ESMS (+18% par rapport à l'année précédente) déclarent que des évaluations externes ont été réalisées dans l'établissement. Pour 80% d'entre eux, cette évaluation externe s'est tenue entre 2012 et 2015. **79% des ESMS (+56% par rapport à l'année précédente) déclarent que les résultats ont été communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.**

28% des ESMS ont rencontré des difficultés dans la mise en place des évaluations. Parmi les raisons invoquées, on retrouve majoritairement :

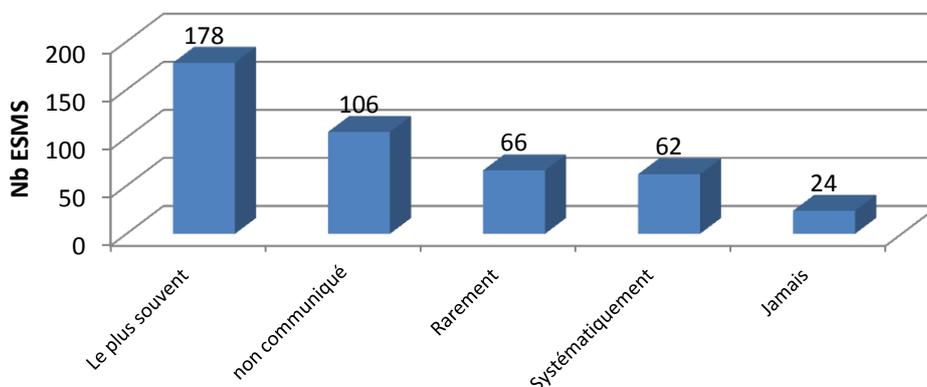
- Le manque de temps / le temps pris pour réaliser ces évaluations ;
- La mise en œuvre compliquée pour des petites structures qui n'en ont pas les moyens ;
- La difficulté de programmer des réunions de travail ;
- Le suivi des thèmes, très contraignant en terme d'organisation ;
- Les résultats des évaluations internes, qui n'ont pas été à la hauteur de l'investissement des équipes ;
- Des évaluations (internes / externes) qui sont trop proches.

Pour les ESMS n'ayant pas eu d'évaluation interne, ou externe, il s'agit principalement d'établissements ou services récemment ouverts pour lesquels une évaluation est prévue dans les années à venir.

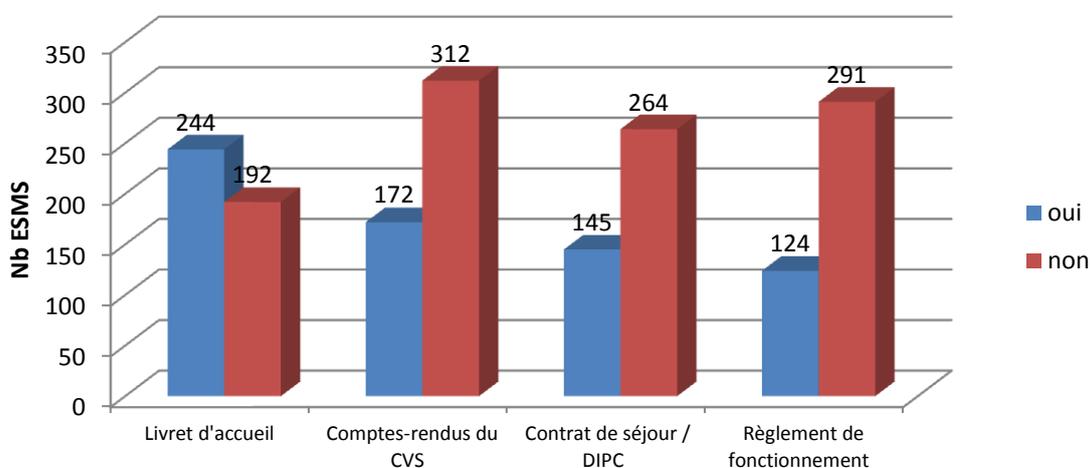
13) Adaptabilité des outils aux spécificités/déficiences des publics accompagnés

55% des ESMS interrogés estiment que les documents à destination des publics accompagnés sont adaptés à leurs spécificités/déficiences. Le livret d'accueil apparaît comme l'outil le plus adapté.

Adaptation des documents aux spécificités/déficiences des publics accompagnés



Quel document est le mieux adapté aux spécificités/déficiences des publics accompagnés ?



Conclusion :

Pour une deuxième année de mise en ligne de ce questionnaire sur le ROR, le taux de retour de 54% (+14% par rapport à l'année précédente) est un bon résultat.

L'analyse des données 2014 rend compte :

- **d'une conformité à la loi de la majorité des ESMS PA quant à la mise en place des outils et instances** issus de la loi de 2002 ;
- **de l'intérêt du CVS pour l'expression des usagers sans toutefois qu'il ne permette d'assurer une défense effective de leurs droits ;**
- d'une lacune persistante en ce qui concerne la mise en place et le fonctionnement des personnes qualifiées ;
- **de gros efforts réalisés sur le livret d'accueil**, qui existe désormais dans 98% des ESMS interrogés, et qui est le document le plus mis à jour et le plus adapté aux différents publics accueillis ;
- **du manque de formation des personnels sur les droits individuels et collectifs des usagers.**



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 2015 – Données 2014



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 l'occasion de plusieurs réunions, 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 le 24 février 2016, après présentation 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 l'année précédente, 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 2016.

1. Communication sur l'annuaire des représentants des usagers

Sur la demande de la CRSA, un annuaire des représentants des usagers, listant notamment les mandats pour chaque représentant, a été mis en place fin 2015 par l'ARS Paca. La CRSA remercie grandement le service démocratie sanitaire de l'ARS Paca pour son investissement qui a permis la mise en place de cet outil.

Il s'agit désormais de communiquer largement sur cet annuaire aux acteurs de santé de la région (notamment aux établissements de santé et associations de représentants des usagers) et de faciliter son utilisation.

A ce jour, les instances dans lesquels siègent les représentants des usagers, ou les organisations qui souhaitent leur participation, peinent à recruter des représentants légitimes (c'est-à-dire issus d'associations de santé agréées pour représenter les usagers). D'autre part, les représentants des usagers n'ont pas connaissance des postes vacants. La publication d'un annuaire des représentants d'usagers est donc un des moyens contribuant à favoriser la démocratie sanitaire dans le système de santé.



2. 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 a peine à être mise en œuvre. Existante dans cinq départements de la région Paca, les personnes qualifiées ne sont toujours pas désignées dans le département des Bouches-du-Rhône. Par ailleurs, l'analyse des questionnaires ESMS montre que, même dans les départements où cette liste existe depuis 2014, le recours à la personne qualifiée est très peu utilisé.

Pour les départements où la liste existe, la CRSA demande à l'ARS d'informer largement les ESMS sur l'existence et le fonctionnement de ce dispositif, et de procéder ensuite, en lien avec la commission droits des usagers, à son évaluation.

Pour les Bouches-du-Rhône, la commission « droits des usagers » (CSDU) a déjà interpellé le directeur général de l'ARS, qui lui a répondu, ainsi que le Conseil départemental et la Préfecture de département. **En fonction des réponses qui lui seront apportées, la CSDU pourra mettre en place de nouvelles actions afin d'aboutir à la désignation des personnes qualifiées dans ce département.**

3. Utilisation des rapports d'évaluation externe :

La CRSA réitère sa demande de l'année précédente et souhaite que l'ARS utilise les rapports d'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux, transmis avant le 31 décembre 2014 à l'ARS pour alimenter le prochain rapport « droits des usagers » - secteur médico-social.



Remarques générales :

➤ **Rappels concernant la représentation des usagers au sein des établissements de santé :**

La CRSA rappelle que la présence de deux représentants des usagers au sein des **Conseils de surveillance des établissements publics de santé est obligatoire** (article R. 6143-2 du Code de la santé publique). Or, l'analyse des rapports CRUQPC montre que 37% des établissements publics de santé n'ont pas de représentants des usagers siégeant dans leur conseil de surveillance

Par ailleurs la CRSA regrette l'absence totale de représentants des usagers dans les CRUQPC de 4 établissements de santé de la région, ainsi que potentiellement dans les 7 établissements n'ayant pas répondu au questionnaire, et rappelle que la CRUQPC ne peut pas se réunir en l'absence de représentants des usagers.