Rapport sur le respect des droits des usagers

Version approuvée lors
de la plénière du 20 mars 2014

Sommaire

Synthèse des recommandations de la CRSA Rhône-Alpes 5

Conditions de réalisation du rapport 9

Le mot du président de la commission spécialisée droits des usagers 10

Première partie : suivi du respect des droits des usagers selon l'arrêté du 5 avril 2012 relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA 11

Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers 11

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers 11
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers 14
3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance 28
4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur 30
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 31
6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical 33
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté 34
8. Droits des personnes détenues – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical 37
9. Santé mentale et soins des personnes en souffrance psychique 38

Orientation 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous 40

1. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux 40
2. Assurer financièrement l'accès aux soins 42
3. Assurer l'accès aux structures de prévention 42

Orientation 3 : Conforter la représentation des usagers du système de santé 45

1. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé 45

Orientation 4 : Renforcer la démocratie sanitaire 46

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 46

Deuxième partie : Prise en charge des personnes âgées 50

I. Etat des lieux 50

1. Données démographiques régionales (source STATISS 2012) 50
2. Situation quantitative de l'offre existante 51
3. Dispositifs régionaux existants … ou réponses apportées 51

II. Quelques problèmes identifiés par la CRSA 53

1. À domicile 53

1. En établissement 54
III. Quelques initiatives locales à valoriser 55
1. Expérience de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Lyon en vue de faciliter les démarches des usagers 55
2. Initiatives de 2 communes du département de l'AIN facilitant l'accès aux lieux de vie et services pour les personnes à mobilité réduite 56

Annexes 58

Définition des sigles et acronymes 70

Synthèse des recommandations de la CRSA Rhône-Alpes

Première partie : suivi du respect des droits des usagers selon les indicateurs de l'arrêté du 5 avril 2012 relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA

RELATIVES A L'ORIENTATION 1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

- **sur la formation des professionnels de santé**

La CRSA tient à valoriser l'initiative de développement d'une université de la démocratie en santé (UDS) portée par le CISS Rhône Alpes et financée dans le cadre de l'appel à projets « Démocratie sanitaire » de l'ARS-RA, lancée au cours de l'été 2013. Elle se félicite que ce projet fasse l'objet de nombreux partenariats dont la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération Hospitalière Privée, les URPS, le CEPPRAL, ...

La CRSA formule le souhait que :

- toutes les fédérations fassent de même : l'offre pédagogique serait ainsi largement proposée aux personnels des établissements de santé.
- cette action, destinée notamment à former tous les professionnels de santé aux droits des usagers, soit relayée dans les autres régions.

Elle souhaite également que des formations transversales multi professionnelles soient développées dans la perspective du développement de la coordination le long des parcours, permettant ainsi le décloisonnement des secteurs et des publics.

- **sur le processus d'évaluation du respect des droits des usagers**
  - Dans le domaine sanitaire

La CRSA souhaite que l'entretien entre l'expert visiteur et le patient, prévu dans le cadre de la V 2014 de la HAS, soit réalisé dans tous les cas où cela s'avère possible

La CRSA demande à l'ARS d'affiner le sujet de la formation des RU dans le cadre du questionnaire CRUQPC. Il y a lieu de savoir si les représentants des usagers ont suivi une formation (qu'elle soit ou non proposée par l'établissement).
Par ailleurs, la CRSA souhaite qu'un plus grand nombre d'établissements organisent des formations sur le thème des droits des usagers à destination de leurs professionnels. .

La CRSA incite les établissements qui ont réalisé une médiation à présenter, sous réserve de l'accord du patient ou de l'ayant droit, les conclusions du rapport aux membres de la CRUQPC soumis au respect de la confidentialité et à envoyer systématiquement le rapport de médiation au réclamant. Il s'agit en effet d'une obligation de la part des établissements de santé et d'un droit pour les patients.
La CRSA demande à l'ARS de faire un rappel en ce sens aux établissements et d'organiser une réunion de médiateurs de la région au cours de laquelle ces principes seront rappelés.

- **Sur le droit au respect de la dignité de la personne : Promotion de la bientraitance**
  - Dans le domaine médico-social

La CRSA demande à l'ARS et aux conseils généraux de rappeler aux MAS et FAM le respect de la réglementation et la nécessité d'intégrer des usagers au CVS.

Elle demande aux établissements de tout mettre en œuvre pour permettre la participation à la vie sociale et citoyenne des usagers et de s'ouvrir d'avantage sur l'extérieur.

Des progrès doivent être réalisés dans le fonctionnement du CVS, notamment pour la préparation des réunions avec les usagers et leur restitution.
Pour l'élaboration du projet personnalisé (PP), les établissements doivent recueillir systématiquement les attentes du résident ou de son représentant si le résident n'est pas en mesure de s'exprimer.

En complément, la CRSA demande à l'ARS de s'assurer de la mise en œuvre du PP lors du renouvellement des CPOM.

- **Sur le droit au respect de la dignité de la personne : conditions des fin de vie**
  - Dans le secteur sanitaire ambulatoire

Au regard des constats formulés dans le rapport ONFV, l'accompagnement à la fin de vie ne s'improvise pas, et les compétences nécessaires doivent être acquises.
Aussi, la CRSA préconise la mise en place d'un dispositif de formation ambitieux, tant à l'attention des aidants que des professionnels de santé et en tout premier lieu, les médecins généralistes.

  - Dans le secteur sanitaire hospitalier

La CRSA constate que si l'information sur les directives anticipées semble être relativement connue du personnel, elle l'est beaucoup moins des usagers.
Aussi elle préconise que les établissements fassent figurer un encart pédagogique sur les directives anticipées dans le livret d'accueil des établissements de santé.

- **Sur le droit à l'information**
  - Dans le domaine médico-social concernant la désignation des personnes qualifiées

Face à la lenteur de la mise en œuvre du dispositif de désignation des personnes qualifiées, la CRSA demande aux instances concernées d'accélérer le processus.

Elle engage le ministère à résoudre le problème de la non prise en charge par l'ARS des frais de mission engagés par les personnes qualifiées.

La CRSA insiste pour la mise en place d'une formation des personnes qualifiées incluant une participation des usagers, afin qu'elles soient réellement à l'écoute de ceux-ci.

La CRSA souhaite également être destinataire d'un rapport d'activité annuel des personnes qualifiées.

- **Sur la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté**

La CRSA demande que l'outil statistique SIPAPH soit rapidement opérationnel.
Par ailleurs, la CRSA souhaite que la CNSA accentue son rôle à l'égard des MDPH afin que soient :

- systématisée l'utilisation objective et bienveillante du volet scolaire du GEVA (guide d'évaluation et d'aide à la décision pour les MDPH), sans qu'il vienne se substituer à l'évaluation.
- respectée la loi en proposant à chaque élève en situation de handicap un projet personnalisé de scolarisation,
- harmonisées les pratiques entre les différents départements,
- élargies les prescriptions d'accompagnement au-delà des seuls temps d'apprentissage.

- **Sur le droit des personnes détenues – confidentialité et accès aux dossiers médicaux**

La CRSA demande à l'administration pénitentiaire de veiller à ce que l'accès de tous les détenus aux démarches de prévention et d'amélioration de la santé soit assuré.

En ce qui concerne les droits des détenus, la CRSA sera surtout attentive à la mise en place du plan télémédecine et des actions inscrites au projet régional de santé de l'ARS.

ELATIVES A L'ORIENTATION 2 : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE

- **Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux**

En ce qui concerne l'accès aux médecins libéraux, la CRSA demande à l'ARS de se fixer des objectifs plus ambitieux et de se rapprocher de la moyenne nationale de 5,8%.

Elle demande également aux partenaires (ARS, Assurance Maladie, URPS) de davantage se concerter sur les lieux d'installation des jeunes médecins afin de maintenir une couverture médicale de proximité. Le maintien d'équipes médicales autour des hôpitaux locaux serait une bonne manière de répondre aux risques d'isolement et d'épuisement des professionnels.

Par ailleurs, compte tenu des départs prévisibles à la retraite des médecins, non totalement compensés par l'arrivée de nouveaux professionnels, la CRSA demande au gouvernement de suivre étroitement les résultats du pacte territoire santé, afin de prendre, si nécessaire, des mesures complémentaires visant à éviter une pénurie future, dont les conséquences sur la qualité des soins pourraient être dommageables.

La CRSA déplore une fois de plus que les données relatives au pourcentage d'offre en tarifs opposables, par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins disponibles au sein des caisses primaires d'assurance maladie ne soient pas mises à la disposition de tous pour améliorer la connaissance des situations et permettre l'orientation des politiques publiques ainsi que leur évaluation.
La CRSA demande l'ouverture de ces données, et la réalisation d'un tableau de bord territorialisé de l'offre de soins en tarifs opposables.

- **Assurer financièrement l'accès aux soins**

La CRSA demande à l'assurance maladie de mettre à disposition de l'ARS et de la CRSA les éléments régionaux de suivi de l'application de l'accord[1] signé en octobre 2012 entre l'assurance maladie et plusieurs syndicats de médecins. Ainsi, les problèmes d'accès aux soins pour certaines spécialités pourront être objectivement analysées et des solutions recherchées

RELATIVES A L'ORIENTATION 4 : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

- **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**

A l'approche du renouvellement des membres de la CRSA (juillet 2014), cette dernière rappelle l'exigence de transparence du processus de désignation des représentants des usagers (RU).

Elle renouvelle la recommandation formulée en 2011, à savoir une amélioration des dispositifs d'appel à candidatures et de nomination des représentants des usagers. En effet, les modalités de propositions des candidatures par les CODERPA et CDCPH s'étant montrées complexes et peu efficaces, la CRSA demande à l'ARS de veiller à ce que les personnes désignées par ces instances soient bien des usagers et par ailleurs, elle propose en cas d'absence de proposition par les CODERPA et CDCPH, que l'ARS se tourne vers le comité régional d'entente pour les PH et vers les associations agréées pour les PA.

La CRSA appelle par ailleurs à une modification des dispositions réglementaires pour les modalités de nomination de ces représentants des usagers.

[1] Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012. Les praticiens qui le souhaitent peuvent signer un *« contrat d'accès aux soins »*, par lequel ils s'engagent à geler leurs tarifs pendant trois ans. En contrepartie, ils bénéficieront d'un allégement de leurs cotisations sociales. Et la base de remboursement de leurs actes sera relevée, ce qui signifie que le remboursement par la Sécurité sociale sera amélioré. Leurs patients verront donc la somme qui reste à leur charge réduite.

2ème partie libre : prise en charge des personnes âgées

- **Concernant l'accessibilité des personnes à mobilité réduite aux cabinets des professionnels de santé**

La CRSA demande que les autorités concernées par l'accessibilité mettent tout en œuvre pour faire appliquer la loi. A minima, la CRSA suggère que le guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, soit distribué à tous les cabinets des professionnels de santé accompagné d'un courrier de l'ARS et/ ou CROM incitant à l'application de la loi.

La CRSA demande que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) indique sur le site AMELI direct, l'information relative à l'accessibilité des locaux des professionnels de santé (PS) aux personnes à mobilité réduite.

- **Concernant la liberté de choix du médecin traitant pour les personnes hébergées en EHPAD**

La CRSA demande aux établissements d'assurer à chaque résident le libre choix de son médecin traitant et à ce dernier, la totale liberté de son activité auprès de son malade.

- **Concernant globalement la prise en charge des personnes âgées**

La CRSA demande que le travail interministériel engagé pour l'élaboration du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prenne en compte le problème des personnes âgées présentant des troubles du comportement et développe, à leur intention, des modalités d'accueil adaptées dotées de personnels formés en nombre suffisant.

La CRSA demande à l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap, de respecter les horaires de vie en évitant les repas du soir à 17h30 ou 18h, destinés à programmer, pour des raisons d'organisation interne, notamment le manque de personnel, des couchers précoces avec comme conséquence des plages de nuits trop longues pour les usagers.

Quelques initiatives à suivre

L'initiative des points Visio-publics de la CPAM de Lyon montre, qu'en l'absence de service de proximité, la technologie permet de rapprocher les usagers des institutions, tout en conservant une bonne qualité du service rendu.

La CRSA met en exergue deux exemples de réalisations facilitant l'accès aux lieux de vie et services pour les personnes à mobilité réduite, dont la conception est déjà ancienne, mais qui sont bien en phase avec les orientations nationales actuelles.
Ces réalisations peuvent faire des émules en ce sens qu'elles répondent bien à la notion de service aux personnes quelle que soit leur situation de perte d'autonomie ou de handicap, en confortant les relations sociales essentielles à un fonctionnement harmonieux des espaces. Cet aspect étant aussi nécessaire que le médical ou le médicosocial pour le maintien à domicile.

Conditions de réalisation du rapport

Comme pour le précédent exercice, le rapport de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers a été réalisé, d'une part, en fonction des 4 orientations fixées par l'arrêté du 5 avril 2012 (JORF du 10 mai 2012).

- promouvoir et faire respecter les droits des usagers
- renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous
- conforter la représentation des usagers du système de santé
- renforcer la démocratie sanitaire

et d'autre part, à partir d'auditions de professionnels ou bénévoles, en vue de recueillir des témoignages sur les thématiques abordées par la commission spécialisée « droits des uagers » (CSDU).

Audtions

La commission tient à remercier pour leur disponibilité les professionnels du secteur de la santé qu'elle a invités, à savoir :

- M. Denis LEGROS de la fédération entraide protestante et ancien directeur du centre d'hébergement et de réinsertion géré par la Fondation de l'Armée du Salut sur le fonctionnement des conseils de vie sociale (CVS) dans le secteur social,

- M. Michel VERMOREL, directeur par intérim de Handicap et grand âge à l'ARS sur le thème des filières gérontologiques

- Mme Marie Noëlle BOUGERE, déléguée régionale de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier(ANFH) sur la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux et paramédicaux

- Mme SANTA-MARIA, attachée d'administration hospitalière au Centre Hospitalier de FIRMINY sur le financement des établissements des personnes âgées.

Analyse des données

La CSDU s'est réunie 9 fois en séance plenière entre avril 2013 et février 2014 et 2 fois en « comité de rédaction ». La majorité du temps des réunions a été consacré à l'analyse des données recueillies et transmises par les professionnels de l'ARS et plus particulièrement Anne-Virgine COHEN SALMON, Naïma ATOUI et Denise JANIN.

La rédaction de ce rapport a été possible grace à l'implication des membres de la commision, à savoir : Claude ALBERT, Annie PSZENICA, Christian BRUN, Georges COLAS, Gilles-André CUCHET, Gérard GOULETTE, Dr Georges GRANET et Dr MAZENOD, Monique GUILHAUDIS, Denis LEGROS, Christine VIGNE, Ghislaine SOFFER et Daniel JACQUIER, et leur suppléant, sans oublier la participation des membres des autres commissions spécialisées de la CRSA.

Examen des demandes de label « droits des usagers de la santé »

Outre les auditions et l'analyse des données, la commission a examiné, conjointement avec la mission relations avec les usagers (MRU) 13 projets soumis à la labellisation « droits des usagers de la santé ».

La CSDU et la MRU constatent, qu'après un démarrage très satisfaisant en 2011 (41 projets reçus), le dispositif tend à s'essouffler progressivement. 19 projets reçus en 2012 et 13 projets reçus au 31 décembre 2013, et ce, malgré une relance générale et une mobilisation des associations, notamment par l'intermédiaire des CODERPA et CDCPH.

Par ailleurs, nous constatons une dérive du dispositif. En effet, l'objectif du label est de promouvoir les droits des patients individuels et collectifs et donc la participation des usagers aux décisions qui les concernent. Or, les projets déposés concernent de plus en plus les professionnels ou partenaires dans l'objectif d'améliorer leurs pratiques, ce qui est tout à fait positif mais ils sont souvent conçus sans associer les usagers à la démarche. Ce constat a aboutit au rejet de plus de la moitié des demandes déposées.

Ainsi, sur 13 projets reçus, la CSDU a émis 7 avis défavorables et 6 avis favorables. (Voir synthèse en annexe 1)

Le mot du président de la commission spécialisée droits des usagers

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST confirme et renforce la démocratie sanitaire au travers notamment de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), instance consultative placée auprès de l'ARS.
La commission droits des usagers de la CRSA, que j'ai l'honneur de présider depuis le 7 juillet 2010 évalue les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé.
He bien oui droits des usagers, un vaste sujet !

Depuis sa mise en place, la commission constituée de 12 membres dont 6 représentants des usagers, s'est réunie tous les mois, hors période estivale, avec une participation moyenne de 52% des membres.
Nous avons auditionné un grand nombre de personnes qualifiées dans les domaines sanitaire, médico-social et social et nous tenons à les remercier pour leurs témoignages.
La commission a en charge entre autres, d'examiner et de donner son avis sur les demandes de LABELS « usagers du système de santé », ainsi que de produire un rapport annuel constitué d'une partie obligatoire fixée par arrêté du ministère de la santé, et d'une seconde partie libre, laissée à l'initiative de la CDU.
La rédaction du rapport reste un exercice fastidieux en raison du nombre important de thèmes à examiner. Ce travail est réparti entre les membres volontaires de la commission suivant leur spécialisation, et avec l'aide et la coordination des personnels de l'ARS que je me dois ici de remercier pour leur incontestable professionnalisme, leur réactivité tout au long du mandat.
Et puis, bien évidement, une mention spéciale à tous les membres de la commission pour leur disponibilité, leur sympathie et leur bonne humeur…Je suis fier d'avoir présidé cette instance durant 4 années.

En début de mandat nous avons poursuivi le travail primitivement entamé par la commission de la Conférence régionale de santé (CRS) qui nous avait précédés. Chaque année, notre première réunion a consisté à fixer les thèmes, les objectifs, les intervenants au regard de nos préoccupations ou des sujets du moment, afin de construire notre rapport avec un planning le plus rigoureux possible. Le respect du planning nous a permis d'être ponctuels pour la présentation annuelle de ce rapport à la CRSA, avant transmission à la Conférence Nationale de Santé (CNS) et au ministère de la santé.
Comme l'on peut s'en douter, tout n'est pas terminé bien évidemment. La tâche est rude, ne serait ce très humblement, la réalisation des seules assignations que nous nous sommes imposées tout au long du mandat.
«Ce n'est point parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles» Virgile
«La vie n'est pas un problème à résoudre mais une réalité à expérimenter» Bouddha

Claude ALBERT

Première partie : suivi du respect des droits des usagers selon les indicateurs de l'arrêté du 5 avril 2012 relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA

Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

Les professions sanitaires et sociales sont essentielles pour la cohésion sociale et le bien-être des Rhônalpins. Avec plus de 270 000 postes, ce secteur regroupe 13 % de l'emploi régional. Et les besoins vont encore augmenter, en raison du vieillissement de la population. En effet, selon l'INSEE, la part des 65 ans et plus représentera près d'¼ de la population de Rhône-Alpes en 2040, impactant les besoins en professionnels dans le secteur de la dépendance.
En ce qui concerne les formations initiales c'est la Région[2] qui attribue les bourses de formations sanitaires et sociales.
Quelques chiffres

- 124 instituts de formations sanitaires et sociales en Rhône-Alpes.
- 24 diplômes d'Etat préparés pour lesquels la région Rhône-Alpes est le financeur à titre principal des coûts de formation
- **13 %** de l'emploi régional dans ces secteurs, représentant 270 000 emplois.

En ce qui concerne la formation continue, levier important pour aborder les évolutions que connaissent les structures en matière de ressources humaines, l'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé, instaurée par la loi HPST, est en cours de déploiement.
L'objectif du DPC est de permettre à tout professionnel de santé d'actualiser ses connaissances et d'analyser ses pratiques via des programmes de formations cohérents, traçables et validés scientifiquement.

Au regard de ce qui est demandé dans le cahier des charges relatif au rapport de la CRSA, il a été examiné les avancées de la mise en place du DPC dans le secteur ambulatoire et hospitalier privé, dans les secteurs sanitaires et médico-social public et privé non lucratif.

Dans le domaine ambulatoire et hospitalier privé :

Le DPC est une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins réunissant la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.
Le professionnel satisfait son obligation de DPC en participant chaque année à un programme de DPC présentiel ou non.
Ce DPC doit :

- être conforme aux orientations nationales arrêtées chaque année par le ministre de la santé
- être conforme aux méthodes validées par la Haute Autorité de Santé (HAS),
- être proposé par un organisme qui est enregistré auprès de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) auquel chaque professionnel de santé doit s'inscrire.

La gestion des fonds affectés au DPC est assurée par l'OGDPC : gestion financière et indemnisation des professionnels de santé (PS)

- pour les Professionnels de Santé (PS) libéraux et travailleurs en centres de santé, le financement provient de l'assurance maladie et d'une partie de la taxe prélevée sur l'industrie des produits de santé

[2] Données recueillies sur le site de la région http://www.rhonealpes.fr/

- pour les PS hospitaliers et autres salariés, le financement provient de l'employeur ou d'un organisme collecteur agréé, complété par la taxe sur l'industrie.

En ce qui concerne les établissements de santé privés, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) a réalisé un guide[3] visant à présenter le dispositif et à éclairer les établissements quant aux nouvelles obligations qui vont êtres placées à leur charge et celles qui vont êtres placées sous la responsabilité directe des professionnels de santé.

La réalité de l'effort de DPC pour les médecins sera contrôlée tous les cinq ans sur la base de la déclaration des organismes de DPC. En cas de non réalisation, le conseil départemental de l'ordre des médecins pourra statuer d'une éventuelle insuffisance professionnelle et imposer une formation. Toutefois, le décret sur l'insuffisance professionnelle n'est toujours pas paru à la date de rédaction du rapport.

Au niveau régional, la partie du DPC qui pourrait être dévolue aux ARS n'est toujours pas définie. Elle devrait compléter les orientations nationales par des thèmes régionaux spécifiques.

Remarque : La CRSA constate que le dispositif se met en place progressivement et que des décrets sont encore à paraitre. En 2012, l'OGDPC procédait à l'enregistrement des organismes de formations chargés de mettre en œuvre le DPC dans la région. Par conséquent, le recensement des programmes de DPC collectif annuel ou pluriannuel sera possible uniquement en 2014 sur les données 2013.

Pour autant, de nombreux médecins libéraux ont amorcé leur démarche de DPC sur des dossiers déposés dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle (FPC).
Par ailleurs, nombre de formations dans le cadre de la FPC ont bien été proposées aux médecins en 2012, telles celles de l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC) (liste des formations 2012 OGC en annexe 2)
Il en ressort que les formations proposées sont majoritairement techniques. Toutefois, celles relatives aux les droits des usagers, telles que l'éducation thérapeutique, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs etc.. sont bien inscrites dans les programmes de formation continue

Dans le domaine hospitalier et médico-social

La formation professionnelle se concrétise, dans les établissements, par l'élaboration d'un plan de formation qui regroupe l'ensemble des actions de formation que l'employeur décide de mettre en œuvre pour ses salariés. C'est le cadre privilégié pour développer leurs compétences et leurs qualifications en relation avec le projet de l'établissement. Pour leur mise en œuvre, les organismes collecteurs et gestionnaires de fonds tels l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier **(**ANFH) ou l'UNIFAF apportent un appui en terme de financement, d'organisation, de conseil et d'ingénierie de formations spécifiques.

*Dans le domaine hospitalier et médico-social **public** :*

Ce thème est analysé, comme le propose le ministère, au travers de l'examen de l'offre de formation proposée par l'**Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier** (l'ANFH) à ses adhérents (établissements du secteur public), qui s'articule autour d'actions de formation nationales (AFN), fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'actions de formation régionales (AFR) bâties par les délégations régionales ANFH.

Pour rappel, la CRSA avait, dans son précédent rapport, en vue de répondre à l'objectif relatif à la formation des professionnels de santé en faveur des droits des usagers, étudié le rapport d'activité 2011 de l'ANFH en Rhône-Alpes.
Elle avait conclu que de nombreuses formations régionales répondaient au besoin d'accompagnement des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et avait suggéré, selon des modalités

[3] http://www.fhp.fr/fichiers/20120305122913_Guide_DPC_site_.pdf

à définir avec les organismes de formations, que ces dernières soient proposées aux établissements médico-sociaux et aux professionnels de santé libéraux.
Parallèlement, en 2013, la réglementation a étendu le champ d'activité de l'ANFH, jusqu'ici réservé aux professionnels paramédicaux, à la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux.
Compte tenu de ces évolutions, la CRSA a souhaité auditionné la représentante de l'ANFH en région pour connaitre plus précisément le fonctionnement le l'ANFH et pour envisager des pistes de travail avec les partenaires (ARS, Conseils des ordres, établissements médico-sociaux etc.…).

L'ANFH, organisme collecteur et gestionnaire de fonds consacrés au financement de la formation, propose ses services aux établissements et agents de la fonction publique hospitalière, qu'ils appartiennent au secteur sanitaire, médico-social ou social.
En Rhône-Alpes, en plus du financement des actions de formations régionales (AFR) a été développé depuis de nombreuses années, un plan de formations inter-établissements (PIE) qui connait un franc succès. En effet, les formations sont conçues pour répondre aux besoins spécifiques et locaux des établissements sur un territoire et sont dispensées localement. Elles ont l'avantage de réunir les publics des différents établissements et de favoriser ainsi le décloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux et aussi quelquefois, entre personnel public et privé.

En ce qui concerne plus précisément le DPC, l'ANFH accompagne les établissements, soit collectivement par des journées de sensibilisation et de formation en vue de construire le programme de DPC pour le personnel médical comme paramédical, soit individuellement en allant présenter le dispositif DPC devant les Commissions médicales d'établissement (CME).

Les chiffres en Rhône-Alpes

Le rapport d'activité 2012 de l'ANFH en région n'étant pas disponible à la date de rédaction du rapport, il n'a pas été possible de présenter des éléments aussi précis que dans le précédent rapport.

- Actions de formations régionales (AFR) : non connu
- Actions coordonnées régionales (ACR) : non connu
- Plan inter-établissements (PIE)[4]
  Nombre de thèmes traités : 47
  Nombre de groupes réalisés : 259

En 2012, l'offre de formation directement en lien avec les droits des usagers ont concerné les thèmes suivants :

- Soins palliatifs : accompagnement de personnes en fin de vie
- Prise en charge de la douleur
- Secret médical
- Dossier médical et dossier de soins
- Bientraitance des personnes accueillies
- Vie associative : être bénévole auprès des personnes âgées dépendantes »

Remarque : Comme pour le secteur ambulatoire, il est prématuré de mesurer l'impact du DPC sur l'amélioration de la qualité de prise en charge dans la mesure où il se met en place progressivement en 2013.
Toutefois, la réflexion sur le DPC a des effets positifs. En effet, elle a permis d'envisager des formations communes au personnel médical et paramédical et aussi des formations communes avec les libéraux salariés qui contribueront à améliorer la continuité des pratiques des professionnels de santé. Ainsi, le DPC peut être perçu comme un outil de décloisonnement.

En ce qui concerne les partenariats à envisager,

- l'ARS souhaite d'ores et déjà travailler avec l'ANFH en vue de vérifier la cohérence des thèmes proposés dans le cadre des formations initiales sanitaires et/ou médico-sociales avec ceux de la formation continue.

[4] Le PIE consiste à mettre en commun des potentiels de formation que les établissements de petites e moyennes dimensions ne pourraient pas mettre en place

- L'ANFH est tout à fait favorable pour échanger avec les ordres professionnels et les professionnels des établissements médico-sociaux qui en formuleraient la demande en vue de co-construire régionalement des standards de formations, notamment celles relatives aux droits des usagers.

Dans le domaine hospitalier et médico-social **privé non lucratif :**

L'offre de formation est structurée comme dans le public mais l'organisme collecteur est l'UNIFAF, fonds d'assurance formation de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale composé de 22 délégations régionales.
Les adhérents bénéficient d'informations et de conseils personnalisés sur la formation professionnelle tout au long de la vie, ses mécanismes, ses dispositifs, ses règles d'utilisation.
Comme l'ANFH, l'UNIFAF prend en compte les besoins émergents en proposant des formations et des financements spécifiques. Ces actions collectives de formations sont centrées sur l'accompagnement des personnes accueillies, le management, le développement des compétences et aussi le soutien à la professionnalisation en établissements et services d'aide par le travail (ESAT).
En ce qui concerne le DPC, l'UNIFAF contribue à l'appropriation du nouveau dispositif par les établissements en leur présentant les principales caractéristiques du DPC pour les aider à élaborer et mettre en œuvre leur plan de DPC.

Globalement, dans le domaine médico-social, le ministère a engagé une démarche nationale pour tenter de recueillir les informations à ce niveau.
Aussi, la CRSA est en attente de ces résultats.

Compte tenu de la mise en place progressive du DPC visant à améliorer la qualité de la prise en charge des usagers, il est encore trop tôt pour en mesurer les impacts sur l'application des droits des usagers.

Recommandation générale sur la formation des professionnels de santé sur les droits des usagers

La CRSA tient à valoriser l'initiative de développement d'une université de la démocratie sanitaire (UDS) portée par le CISS Rhône Alpes et financée dans le cadre de l'appel à projets « Démocratie sanitaire » de l'ARS-RA, lancé au cours de l'été 2013. Elle se félicite que ce projetfasse l'objet de nombreux partenariats dont la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération Hospitalière Privée, les URPS, le CEPPRAL, ...

La CRSA formule le souhait que :
- toutes les fédérations fassent de même : l'offre pédagogique serait ainsi largement proposée aux personnels des établissements de santé.
- cette action, destinée à former tous les professionnels de santé aux droits des usagers, soit relayée dans les autres régions.

Elle souhaite également que des formations transversales multi professionnelles soient développées dans la perspective du développement de la coordination le long des parcours, permettant ainsi le décloisonnement des secteurs et des publics.

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

Dans le domaine ambulatoire :

La DGOS a saisi les ordres nationaux des professions de santé pour savoir s'ils disposaient d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales, et en particulier sur les thématiques suivantes :
- maltraitance (objectif 3 du cahier des charges),
- accès au dossier médical (objectif 6),
- refus de soins pour prestataires CMU-AME (objectif 11).

En l'attente de la réponse des ordres au niveau national, la CSDU a recensé des informations concernant les plaintes auprès des différents ordres (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue) qui ont la faculté d'exercer des poursuites disciplinaires contre leurs membres en cas de manquements aux règles professionnelles et/ou déontologiques.

5 conseils régionaux ont répondu :

- Le conseil régional de l'ordre des podologues qui n'a reçu aucune plainte en 2012
- Le conseil régional de l'ordre des pharmaciens.
- Le conseil régional de l'ordre des sages-femmes
- Le conseil des masseurs kinésithérapeutes
- Le conseil régional de l'ordre des médecins

qui ont fourni les informations retracées ci-dessous.

Le nombre de plaintes est peu important au regard du nombre de professionnels de santé exerçant en région, retracé dans le tableau ci-dessous, extrait des données STATISS.

Professionnels de santé (1)

Exerçant à titre libéral ou salarié au 1.01.2012 (2)

Sources : D.R.E.E.S. - ARS - ADELI - FINESS - ASIP-RPPS, traitements DREES

Professions	RHÔNE - ALPES	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	France
Médecins généralistes	**9 984**	691	421	737	1959	1228	3072	749	1127	**99 226**
Sages femmes	**2 256**	146	95	160	429	265	731	148	282	**18 609**
Masseurs kinésithérapeutes	**8 360**	508	328	606	1852	819	2536	660	1051	**72 870**
Pédicures-podologues	**1 003**	73	43	74	186	107	319	58	143	**11 911**
Pharmaciens	**7 528**	538	355	562	1418	761	2601	489	804	**71 189**
dont titulaires d'officine	**2 615**	198	126	213	502	332	749	205	290	**27 662**

Plaintes 2012 concernant l'offre de soins de ville parvenant aux conseils départementaux et celles transmises à la chambre disciplinaire de première instance (CDPI) placée auprès du régional de l'ordre des :

Podologues : aucune plainte en 2012

Pharmaciens

	01	07	26	38	42	69	73	74	TOTAL
Nombre de plaintes reçues		1 (patient)	3 (confrères)	1 (confrère)					5
Nombre de conciliations effectuées		1	3	1					5
Nombre de plaintes retirées suite aux conciliations		1	3	1					5
Nombre de plaintes transmises à la CDPI									0
Cas particulier									

Il s'agit des plaintes de patients ou de confrères.
Les plaintes de l'ARS ou du Président du Conseil de l'Ordre concernant le respect de la réglementation ne sont pas comptabilisées dans ce tableau. Elles partent automatiquement en chambre de discipline.

Motifs de plaintes

Mésentente entre confrères, entre associés, plainte suite à détournement de clientèle, à publicités abusives et contraires à la dignité dans les vitrines etc…)

Sages-femmes

	01	07	26	38	42	69	73	74	TOTAL
Nombre de plaintes reçues	0	1	1	0	0	2	0	0	4
Nombre de conciliations effectuées	0	1	1	0	0	2	0	0	4
Nombre de plaintes retirées suite aux conciliations	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Nombre de plaintes transmises à la CDPI	0	1 >averti	1	0	0	1 > Rejet	0	0	3
Cas particulier	0	0	*	0	0	*	0	0	2

*Dpt 69 : 1 médiation pour une sage-femme du service public >plainte usager non recevable.
Dpt 26 : copie d'un dépôt de plainte au commissariat contre 1 sage-femme concernant une attestation écrite par un cadre à la demande de sa hiérarchie. Le CDO n'a pas donné suite.

Masseurs kinésithérapeutes

	01	07	26	38	42	69	73	74	TOTAL
Nombre de plaintes reçues	1	0	1	1	1	1	1	3	9
Nombre de conciliations effectuées	1	0	1	1	1	1	1	3	9
Nombre de plaintes retirées suite aux conciliations	-	0	-	1	1	1	-	3	6
Nombre de plaintes transmises à la CDPI	1	0	1	-	-	-	1	-	3
Cas particulier	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Motifs des plaintes

Comportement envers le patient
Mœurs
Manque d'explication quant à la décision de ne pas poursuivre les soins à domicile
Relationnel entre le MK et le patient
Erreur de facturation
2 dépassements honoraires
2 soins inadaptés

Etat de lieu des 3 plaintes en CDPI au 31 12 2013 :
Décisions prises par le CDPI : Relaxe : 2 (plainte rejetée)
CDO 26 : affaire jugée en décembre 2013

Médecins (CROM)

	01	07	26	38	42	69	73	74	TOTAL
Nombre de plaintes reçues	6	4	13	18	51	52	9	15	168
Nombre de conciliations effectuées	5	3	11	10	51	50	7	13	150
Nombre de plaintes retirées suite aux conciliations	3	2	8	6	44	26	6	10	105
Nombre de plaintes transmises à la CDPI	2	2	3	4	7	20	3	3	44
Cas particulier	*					*	*	*	11

*Dpt 01 : 1 plainte a été retirée avant la réunion de conciliation.
Dpt 69 : 5 plaintes n'ont pas été transmises à la CDPI (Article L.4124-2 du CSP : le CDOM n'a pas porté plainte contre les médecins concernés). 1 plainte irrecevable.
Dpt 73 : 2 plaintes ont été transmises à la CDPI sans conciliation
Dpt 74 : 2 plaignants ont retiré leur plainte avant la conciliation

Remarque : La CSDU constate que sur 150 soumises à conciliation, 105 ont été retirées suite à la procédure (soit 70%) d'où un nombre de plaintes transmises au CDPI en 2012 (44) inférieur à celui de 2011 (100). Il serait nécessaire de connaitre les motifs des plaintes afin de pouvoir analyser le rôle joué par la conciliation.

Pour avoir une vision plus complète du secteur ambulatoire, la CRSA envisage, dans son prochain rapport, d'interroger et d'intégrer le nombre et les motifs de plaintes reçues par l'ordre des infirmiers.

Pour le secteur ambulatoire, la CSDU a estimé qu'il était intéressant d'insérer les plaintes reçues par la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

Plaintes concernant l'offre de soins de ville parvenant à la direction régionale du service médical (DRSM)
Pour rappel, les ordres et la DRSM procèdent à une instruction des plaintes relatives à leurs pairs pouvant aboutir à une sanction disciplinaire ou financière du professionnel concerné.
Avant de présenter les résultats, il est nécessaire d'apporter des précisions sur les termes retenus par la DRSM

- Signalement : Courrier d'information adressé à un échelon local du service du contrôle médical ou à la DRSM. (Instruction et action éventuelle si les faits le justifient).

- Réclamation: Demande écrite et clairement identifiée qui consiste à revendiquer, à protester ou à exprimer une insatisfaction, un mécontentement. (Instruction et action éventuelle si les faits le justifient).

- Plaintes : Courrier dans lequel un assuré, pour lui-même ou pour son ayant droit, s'estime victime d'une mauvaise prise en charge ou d'un acte thérapeutique non conforme aux données acquises de la science ayant entrainé un préjudice. L'assuré formule une demande de réparation du préjudice.

Tableau annuel de synthèse des réclamations concernant la médecine de ville, parvenues à la DRSM Rhône-Alpes. Année 2012

Nombre de signalements, réclamations et plaintes reçus et traités par la DRSM : **119.**

Ce nombre de dossiers est en baisse de 11% par rapport à celui de l'année 2011 (134 dossiers traités en 2011).

Spécialités des professionnels de santé mis en cause

Spécialités	Nombre	Fréquence	Nb total de praticiens 2012	Ratio nb plaintes / nb praticiens
Chirurgiens-dentistes	83	70 %%	4025	2%
Spécialistes en ODF	1	0,8 %	-	
Médecine générale (hors MEP)	2	2 %	9984	0,02
Médecins spécialistes	25	21 %	11272	0,2
Ophtalmologues	*3*	*2 %*	-	
Radiologues	*6*	*5 %*	-	
Chirurgiens orthopédiques	*3*	*2 %*	-	
Chirurgiens urologiques	*3*	*2 %*	-	
Stomatologues	*3*	*2 %*	-	
Masseurs-kinésithérapeutes	4	3 %	8360	0,05
Infirmiers	2	2 %	57283	0
Fournisseurs	1	0,8 %	-	
Autres professionnels de santé	1	0,8 %	-	

Le nombre de dossiers de signalements, réclamations ou plaintes, relatifs à la chirurgie dentaire est toujours le plus élevé, 70 % en 2012 contre 67 % en 2011.

Quand l'information était disponible (source STATISS 2012)[5], la CSDU a rapporté le nombre de plaintes au nombre de praticiens exerçant en 2012 en vue d'en déduire un pourcentage. Ces deniers sont inférieurs à 1%, à l'exception des chirurgiens dentistes.

Origine de la plainte

Origine	Nombre	Fréquence
Réclamations	110	92 %
Signalements	7	6 %
Plaintes	2	2 %

Les réclamations représentent l'essentiel des dossiers traités (92 %) en 2012 tout comme en 2011 (92 %) et 2010 (82,7 %).
Le nombre des signalements a augmenté, 6 % en 2012 contre 3 % en 2011.
le nombre des plaintes est stable (2 % en 2012 et 3 % en 2011).

Nature des constats

Anomalies	Nombre	Fréquence
Cotations en infraction avec la réglementation	*12*	
Procédure non conforme aux référentiels	*0*	

[5] Accessible http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Bilans-statistiques-STATISS.140799.0.html

Non-respect des obligations conventionnelles	*4*	
Total défauts de régularités	**16**	**13%**
Défaut de qualité de l'exécution des soins	*37*	
Total défauts de qualité de l'exécution des soins	**37**	**31%**
Soins non conformes aux données acquises	*5*	
Total défauts d'opportunité	**5**	**4%**
Prescription non conforme	*1*	
Total défaut de la régularité de la prescription	**1**	**1%**
Prescription dispendieuse	*1*	
Total défaut d'opportunité de la prescription	**1**	**1%**
Autres anomalies	**6**	**5%**
Absence d'anomalie	**46**	**38%**

La principale anomalie relevée dans ces dossiers de signalements, réclamations ou plaintes concernait un défaut de qualité dans l'exécution de l'acte ou de la prestation (31 %).
L'instruction des dossiers a abouti, dans 38 % des dossiers traités, à une absence de constat de dysfonctionnement (47 % en 2011).

Suites données

Les suites données après instruction des dossiers relevaient dans 48,2 % des cas d'une action réglementaire et dans 51,8 % des dossiers d'une information des professionnels de santé concernés qu'il y ait eu ou non un constat de dysfonctionnement.

Dans le domaine hospitalier :

Données issues de la HAS
Pour l'année 2012 et suivantes, les données de la Haute Autorité de santé (HAS) concernant les résultats de certification V2010 pour les établissements de santé suite à leur visite initiale ou leur modalité de suivi pour les critères :

- 9b du manuel de certification de la HAS (évaluation de la satisfaction des usagers)
- 10a du manuel (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance)
- 12a du manuel (prise en charge de la douleur)
- 13a du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie)
- 14b du manuel (prise en charge et droit des patients en fin de vie

seront recueillies et analysées directement par le ministère et la CNS.

En ce qui concerne le suivi des items cités, la CRSA note que dans le cadre de la procédure V2014 de la HAS, la méthode du « patient traceur » prévoit que l'expert-visiteur puisse s'entretenir avec le patient sur des sujets tels que le respect de son intimité, la qualité des informations qui lui sont données, la prise en charge de sa douleur, les conseils de bonne observance de son traitement ou les risques éventuels d'effets secondaires. Cette modalité d'investigation par recueil direct de la parole de l'usager est nouvelle et mérite d'être valorisée.

Recommandation
La CRSA souhaite que l'entretien entre l'expert visiteur et le patient, prévu dans le cadre de la V 2014 de la HAS, soit réalisé dans tous les cas où cela s'avère possible

Par ailleurs, en ce qui concerne le droit à l'information, le législateur, dans la loi de financement de la sécurité sociale 2012[6], a confié à la HAS la mission de « coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé, à destination des usagers et de leurs représentants ». La Haute Autorité de Santé a piloté ce projet en

[6] *Article 161-37 | 21 novembre 2011*

partenariat avec la DGOS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et conçu Scope Santé[7], qui adopte une approche centrée sur l'utilisateur. Il s'agit d'un réel effort de sélection, de mise en forme et de vulgarisation des informations mises à la disposition du public.

Données issues de la synthèse des rapports CRUQPC[8]

Le fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge est analysé au travers des rapports des CRUQPC des établissements sanitaires.

Globalement, l'Agence régionale de santé chargée d'analyser le contenu des rapports pour rédiger la synthèse régionale[9] confirme l'intensité de l'activité des Commissions. Elles sont, dans l'ensemble, productives, formulent des propositions d'amélioration pertinentes et assurent le suivi de leur réalisation.

Toutefois, l'Agence reste particulièrement vigilante sur la désignation et l'accompagnement des représentants des usagers, socle de la démocratie sanitaire, ainsi que sur l'utilisation du dossier médical commun partagé et les procédures de confidentialité des données qui l'entourent.

Pour satisfaire le cahier des charges du ministère, sont retracés ci-dessous les éléments demandés extraits de la synthèse régionale des rapports CRUQPC 2012.

Nombre d'ETS sollicités (disposant potentiellement d'une CRUQPC)	Nombre d'ETS répondants	en %	Nombre moyen de réunion par an
253	**243**	**96**	**3,2**

- Composition et qualité des membres de la CRUQPCPC

Membres obligatoires de la CRUQPC	**Effectifs 2012**	**%**
Représentant légal de l'établissement ou personne désignée titulaire	242	100
Représentant légal de l'établissement ou personne désignée suppléant	138	57
Médiateur médical titulaire	240	99
Médiateur médical suppléant	192	79
Médiateur non médical titulaire	235	97
Médiateur non médical suppléant	204	84
Représentant d'usager titulaire	237	98
Représentant d'usager suppléant	152	63
Représentant d'usager titulaire	184	76
Représentant d'usager suppléant	97	40

Pourcentage calculé sur le nombre d'établissements répondants

Il faut noter que 58 établissements soit 24% des établissements répondants n'ont qu'un seul représentant des usagers titulaires. Il y a encore à progresser pour garantir la présence de deux représentants d'usagers aux réunions de CRUQPCPC.

- Existence de formations pour les membres de la CRUQPCPC

30% des établissements répondants dispensent des formations aux membres de la CRUQPC, tant aux représentants de l'établissement qu'aux représentants des usagers.

Les formations concernent dans l'ordre décroissant :

[7] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/dossier_presse_scopesante_20131128.pdf
[8] http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Commissions-des-relations-avec.136416.0.html
[9] **http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Usagers-grand-public.85419.0.html**

Les droits des patients en fin de vie (9)
Médiation en santé (7)
Prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance. (7)
Lutte contre la douleur morale, physique (5)
Don d'organes, Ethique (3)
Droits des patients (3)
Démarche qualité (3)
Rôle des RU au sein des CRUQPC (2)
Guide du représentant des usagers 2011 (2)
Évaluation des Pratiques Professionnelles
Journée d'information sur les systèmes d'information
Place et missions des RU en conseil de vie sociale
Plusieurs formations dans le domaine de la sécurité des soins (prévention des infections nosocomiales (IN) et hygiène des mains, sécurité au bloc opératoire…

- Existence de formations relatives aux droits des usagers à l'attention du personnel

En 2012, 1/3 des établissements proposent aux professionnels des formations sur le thème des droits des usagers.

Recommandation
La CRSA demande à l'ARS d'affiner le sujet de la formation des RU dans le cadre du questionnaire CRUQPC. Il y a lieu de savoir si les représentants des usagers ont suivi une formation (qu'elle soit ou non proposée par l'établissement).
Par ailleurs, la CRSA souhaite qu'un plus grand nombre d'établissements organisent des formations sur le thème des droits des usagers à destination de leurs professionnels.

- Recensement des réclamations

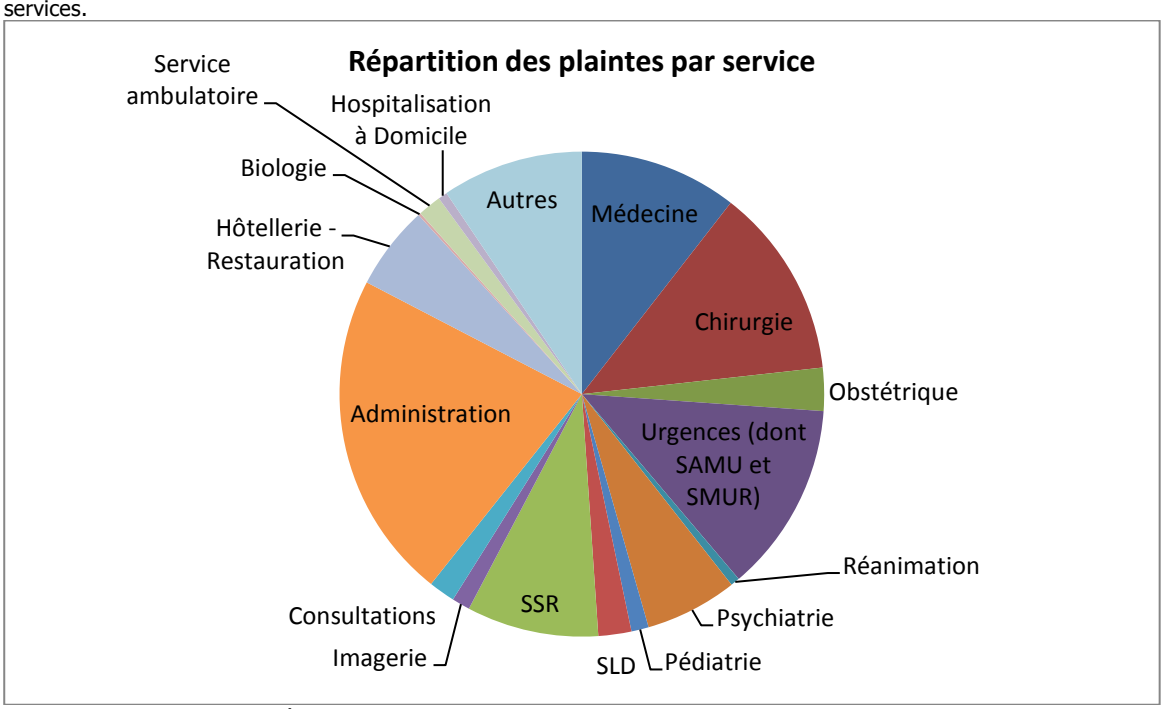
	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Nombre de réclamations recensées	4 108	5 327	6 494	7 142	6 567	6957	8605
Nombre d'entrées totales + passages aux urgences ou Nombre total de personnes prises en charge sur l'année	2 647 465	2 865 588	3 154 297	3 274 790	3 445 880	3 500 600	4 837 865
Nombre de réclamations pour 10 000 entrées	15,52	18,59	20,59	21,81	19,06	19,87	17,79

- Répartition des réclamations et réclamations par service

	Nombre de réclamations	**%**
Médecine	957	11
Chirurgie	1 157	13
Obstétrique	261	3
Urgences (dont SAMU et SMUR)	1 153	13
Réanimation	55	1
Psychiatrie	560	6
Pédiatrie	105	1
SLD	200	2
SSR	800	9
Imagerie	110	1
Consultations	160	2
Administration	1 995	22
Hôtellerie - Restauration	510	6
Biologie	15	0
Service ambulatoire	142	2
Hospitalisation à Domicile	55	1

Autres	858	9
TOTAL	**9 093***	**100**

*le nombre de réclamations par service est supérieur au nombre de réclamations recensées car certaines concernent plusieurs services.



Les services les plus concernés sont administration, chirurgie, urgences.

Le recensement des réclamations tant écrites qu'orales est organisé dans plus de 95% des établissements.

Le pourcentage de réclamations soumises à la médiation avoisine les 12%, Bien que toutes les réclamations ne nécessitent pas une médiation pour être résolues, ce chiffre semble particulièrement faible.

- A quel moment la médiation est-elle proposée ?

En nombre d'établissements	**Effectifs 2010**	**Effectifs 2011**	**Effectifs 2012**
systématique, à la réception de la plainte	36	44	44
à la demande du plaignant	25	147	165
dans le courrier lors de la réponse écrite	15	118	118
si le patient n'est pas satisfait de la réponse apportée	16	143	148
lorsqu'il s'agit de réclamation à caractère médical ou paramédical bien identifié.	11	100	120
selon le degré de gravité, le motif de la réclamation	12	120	135
quand la CRUQPC est saisie directement	3	90	114
oralement lors d'un entretien	8	107	114
à la demande du directeur	13	122	126
après analyse des faits en commission, décision collégiale des membres de la CRUQPC	3	91	101
à la demande du médiateur	0	91	111

Les établissements avaient la possibilité de compléter plusieurs réponses.

- Le rapport de médiation est-il présenté à la CRUQPC ?

	Effectif	**Pourcentage**
Sans réponse	19	8
Jamais	11	5

Non concerné	84	35
Occasionnellement	20	8
Systématiquement	109	45
TOTAL	243	100

- Pourquoi le rapport de médiation est il présenté occasionnellement à la CRUQPC ?

(sur la base des 20 établissements répondants)	**Effectifs**
Sans réponse	7
Rapport présenté si le médiateur le juge utile	3
Selon la nature de la plainte ou réclamation	3
Seul le résumé est présenté à la CRUQPC	2
Le médiateur explique le déroulement de l'entretien et son impression sans présenter le rapport	1
Selon la problématique soulevée et selon la nécessité d'une discussion collégiale sur le thème concerné	1
Uniquement lorsque le plaignant fait référence à la CRUQPCPEC	1
Pas suffisamment de réunions CRUQPC	2
TOTAL	**20**

- Pourquoi le rapport de médiation n'est il jamais présenté la CRUQPC ?

(sur la base des 11 établissements répondants)	**Effectifs**
Sans réponse	5
Confidentialité des informations médicales	1
Réclamations traitées par la direction et le médecin coordonnateur	1
Faiblesse du nombre de médiation concernée	1
Pas de médiations en 2012	3
TOTAL	**11**

- Est-il envoyé au plaignant ?

	Effectif	**Pourcentage**
Sans réponse	25	10
Jamais	23	9
Non concerné	87	36
Occasionnellement	25	10
Systématiquement	83	34
TOTAL	243	100

- Pourquoi le rapport de médiation est il envoyé occasionnellement au plaignant ?

	Effectifs
Sans réponse	6
Le rapport est envoyé sur simple demande orale ou écrite du patient, exprimée avant, pendant ou après la réunion de médiation.	11
Courrier de médiation pour les seules réclamations écrites	2
Envoyé pour les réclamations écrites mais pas pour les réclamations orales	1
Lorsque la plainte n'est pas close après la médiation	1
Mise en place systématique fin 2012.	2
Pour attester des points traités en médiation.	1
Une réponse inclut des éléments du rapport, parfois tous, selon la teneur.	1
TOTAL	**25**

- Pourquoi le rapport de médiation n'est il jamais envoyé au plaignant ?

	Effectifs
Sans réponse	7

Confidentialité	2
Un compte rendu est conservé dans le dossier	2
Envoi d'un courrier de synthèse mais pas de rapport	2
La commission prend connaissance en séance du rapport de médiation et en reprend si elle le souhaite, les éléments clés dans sa réponse au plaignant.	1
Problème d'information sur cette obligation	1
Petit établissement, donc bonne communication	1
Un courrier du directeur est envoyé au plaignant	1
Synthèse de l'entretien oral	1
Pas de médiation en 2012	5
TOTAL	**23**

La médiation est davantage proposée qu'elle ne l'était en 2010. Toutefois, quand elle est réalisée, les rapports de médiation ne sont pas systématiquement présentés à la CRUQPC et envoyés aux patients concernés, bien que les informations soient tenues à la disposition des patients qui en font la demande.

Recommandation
La CRSA incite les établissements qui ont réalisé une médiation à présenter, sous réserve de l'accord du patient ou de l'ayant droit, les conclusions du rapport aux membres de la CRUQPC soumis au respect de la confidentialité et à envoyer systématiquement le rapport de médiation au réclamant. Il s'agit en effet d'une obligation de la part des établissements de santé et d'un droit pour les patients.
La CRSA demande à l'ARS de faire un rappel en ce sens aux établissements et d'organiser une réunion de médiateurs de la région au cours de laquelle ces principes seront rappelés.

Données issues d' I-SATIS

Dans la mesure où l'indicateur de satisfaction des usagers (I-SATIS) est en cours de déploiement et que les données ne seront accessibles qu'à partir de 2013, l'ARS a inséré dans son questionnaire CRUQPC des questions relatives à l'utilisation de la mesure I-SATIS par les établissements.
Il apparait que seulement 12 % des établissements répondants ont utilisé la grille de mesure de satisfaction I-SATIS (ex SAPHORA) en 2012 ; plusieurs raisons sont avancées : soit ils considèrent qu'ils n'étaient pas concernés, soit par alignement sur la position de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) qui a décidé de ne pas participer à l'enquête I-SATIS.
Pour les établissements qui ont conduit l'enquête, les difficultés rencontrées concernent principalement :

- le recueil du consentement des patients qui ne comprennent pas et/ou n'adhèrent pas au dispositif et refusent d'être appelés à domicile
- la charge de travail des soignants pour informer, accompagner et inciter les patients à répondre au formulaire de recueil du consentement express des patients.

Il convient de noter que 14% des établissements ont associé ou envisagent d'associer la CRUQPC à la sélection de l'institut de sondage extérieur devant conduire les enquêtes.

Par ailleurs, 'en 2014, la DGOS va transférer à la HAS les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales et l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS). Dès 2015, les données seront facilement accessibles pour le grand public sur le site « Scope santé » cité précédemment.

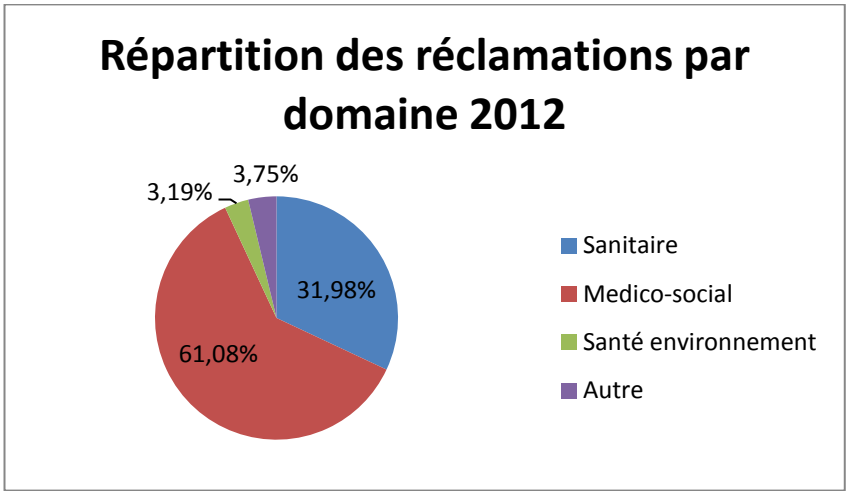
Afin de compléter l'analyse du processus d'évaluation du respect des droits des usagers au travers des les réclamations, la CSDU a souhaité insérer celles reçues par l'ARS dans la mesure où elle instruit les réclamations mettant en cause un établissement ou une structure accueillant du public dans les domaines sanitaire, santé-environnement et médico-social.

Réclamations concernant tous les domaines, parvenant à l'ARS siège et délégations territoriales départementales

Le recueil des réclamations réceptionnées par l'Agence est possible grâce à l'alimentation des données dans l'applicatif « RECLAMATIONS», ce qui permet la production de statistiques régionales. Toutefois, il convient de noter que pour l'année 2012, notamment en raison de problèmes techniques, l'enregistrement n'a pas toujours été exhaustif dans une des huit délégations territoriales.

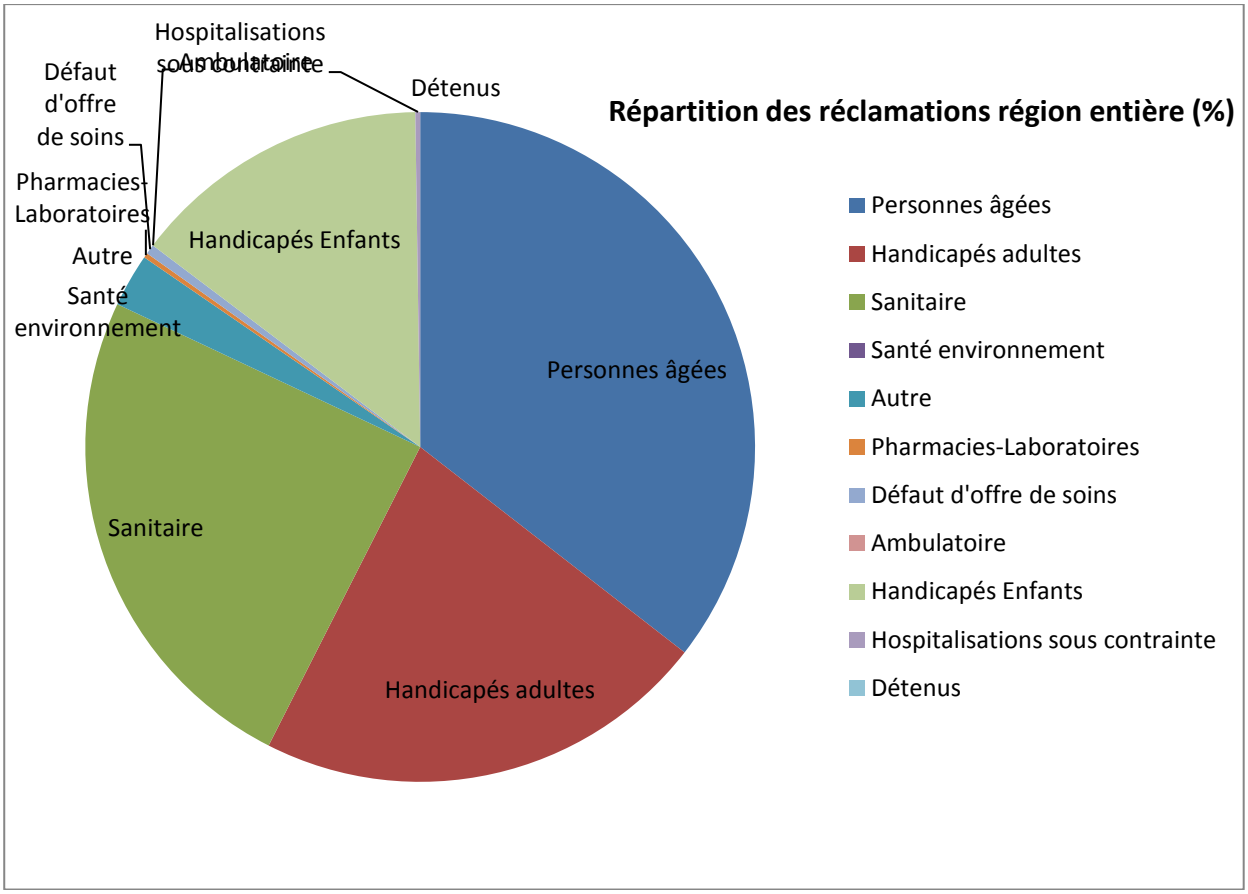
L'ARS, siège et délégations départementales, a réceptionné 1254 réclamations en 2012, présentées ci-dessous par domaine, par publics ou secteurs et par motifs de l'Inspection **Générale des Affaires Sociales (**IGAS).

- Répartition des réclamations par domaine 2012



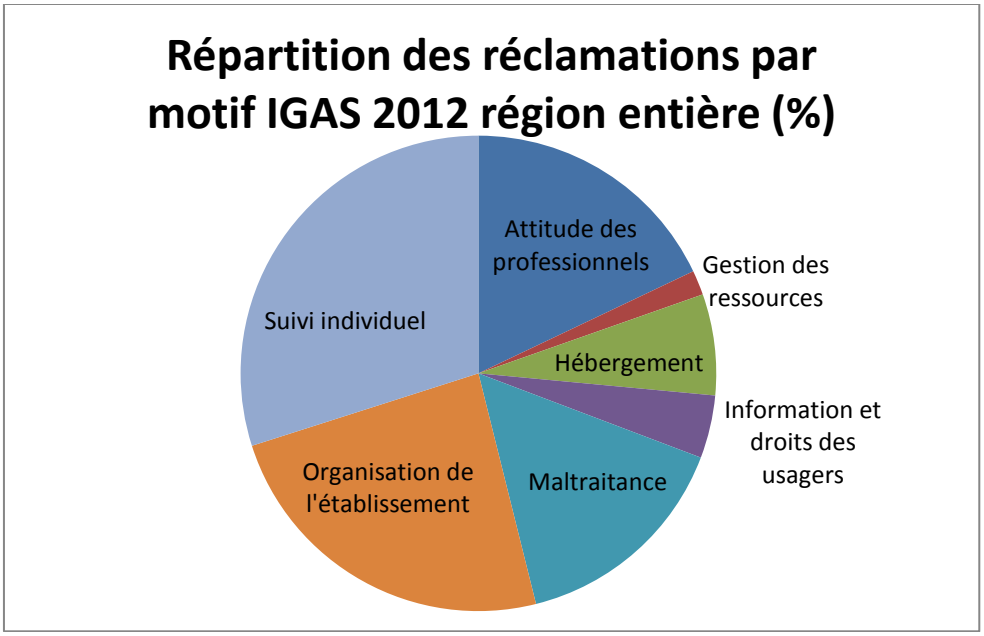
Commentaire : Les réclamations ESMS sont plus importantes en nombre et en pourcentage que les réclamations sanitaires.

- Répartition des réclamations par publics ou secteurs



Commentaire **:** Le plus grand nombre des réclamations concerne les personnes âgées (PA) dans le domaine médico-social**.**

- Répartition des réclamations par motifs IGAS



Remarque : Certaines réclamations ne sont liées à aucun motif IGAS et d'autres à plusieurs ce qui complique l'interprétation des résultats.

Plaintes parvenant à la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI)

Activité de la CRCI Lyon du 01/01/2012 au 31/12/2012

CCI		Demandes d'indemnisation déposées	dossiers rejetés avant expertise	pré expertises	expertises au fond	rejets	avis positifs	autres issues	demandes de conciliations	nombre de réunions des commissions
						après expertises				
Lyon	Nord	721	202	0	533	270	240	59	24	43
	Sud	646	187	0	552	354	197	90	59	37

Les données détaillées relatives aux plaintes traitées en 2012 par la CRCI sont accessibles sur le site de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)[10] à l'adresse suivante : http://www.oniam.fr/infos-et-documents/rapports-d-activite/

[10] L'ONIAM est un Établissement public administratif placé sous la tutelle du Ministère chargé de la santé. Créé en 2002, l'ONIAM est chargé, en application de l'article L.1142-22 du code de la santé publique et sous certaines conditions, de l'indemnisation de certains risques médicaux. Les dispositifs d'indemnisation confiés à l'ONIAM sont des dispositifs de règlement amiable

Remarque générale
A l'issue de l'examen des multiples données permettant d'appréhender le processus d'évaluation du respect des droits des usagers en région, la CRSA se félicite de la reconduction de l'action d'observation mise en place par l'ARH en 2005. Le dispositif d'observation a été inscrit dans le projet régional de santé (PRS) dans le volet « droits des usagers ».
Il prendra la forme d'une présentation conjointe de la synthèse CRUQPC, des réclamations reçues par les institutions ARS, DRSM, CROM (si accord de ces derniers) et des premiers travaux relatifs à la bientraitance conduits en région lors d'une séance élargie de la CSDU (regroupant les fédérations, un échantillon d'établissements sanitaires et médico-sociaux, les URPS, conseils généraux représentés à la CRSA).

Dans le domaine médico-social :

Pour mesurer le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social, le ministère invite les CRSA à exploiter les résultats des enquêtes spécifiques conduites en région, permettant de mesurer le fonctionnement effectif des conseils de vie sociale.
La CRSA n'a pas traité ce thème cette année dans la mesure où l'enquête conjointe CRSA/ARS[11], adressée aux établissements et services médicosociaux (**ESMS) en 2011** n'a pas été reconduite en 2012 et 2013. Elle le sera sans doute en 2014 après une phase d'actualisation du questionnaire associant des membres des commissions médico-sociale et droits des usagers de la CRSA.

Dans le domaine social :
En complément, la CSDU a souhaité connaitre le fonctionnement d'un conseil de vie sociale dans le secteur social et à cet effet, elle a recueilli le témoignage d'un représentant d'un centre d'hébergement et de réinsertion géré par la Fondation de l'Armée du Salut, dans lequel a été engagée dès 2002 une démarche démocratique concrétisée par la mise en place d'un Conseil de vie sociale (CVS) prévu par la loi 2002-2.
Il en ressort que la prise en compte de la parole des usagers a bouleversé les habitudes de fonctionnement interne de l'établissement. Ainsi, après une phase d'acceptation et de reconnaissance mutuelle, un nouveau mode de régulation, à l'équilibre fragile s'est mis en place progressivement. Les représentants des usagers au sein du CVS ont été reconnus par leurs pairs et par le personnel. A partir de là, la participation du CVS aux projets de l'établissement tels que la réhabilitation du bâtiment s'est instaurée, des initiatives des usagers, comme l'organisation d'un week-end « camping », ont émergé. Ensuite l'instance est entrée dans une phase de stabilisation.

Parallèlement, l'installation du CVS a été une expérience humainement riche pour les membres usagers. Elle a révélé des qualités telles l'écoute, le tact, le respect et la confiance en soi. Les situations vécues, quelquefois conflictuelles, ont abouti à un approfondissement de la connaissance de soi et à une meilleure compréhension et prise en compte des attentes de « l'autre ». Ainsi, les solutions concertées avec la direction sont plus adaptées aux situations, voire plus justes.

Ce retour d'expérience n'est pas représentatif du fonctionnement des CVS dans le secteur social mais il apporte un éclairage sur les effets bénéfiques de cette instance sur le fonctionnement des structures, quel que soit leur domaine d'appartenance.

Au delà de la mise en place des instances réglementaires, la CRSA souligne les travaux engagés par le secteur social et notamment la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) sur l'articulation des secteurs sanitaires et social dans l'objectif de favoriser l'accès aux droits communs des personnes en précarité.
La FNARS réfléchit également à un projet de développement d' « ambassadeurs de la santé ». Il s'agit de personnes hébergées dans le secteur social, formées et chargées de sensibiliser les personnes précaires aux problèmes de santé.

[11] Etat des lieux de la loi 2002-2 http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Etat-des-lieux-de-la-mise-en-o.160246.0.html

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

Dans le domaine ambulatoire :
Comme l'année passée, la CRSA est en attente des réponses aux courriers envoyés par le ministère aux ordres professionnels.
En ce qui concerne le nombre de formations relatives à la bientraitance, se référer au §1 page 3

Dans le domaine hospitalier :

Données issues de la synthèse des rapports CRUQPC

Conformément au souhait du ministère, le questionnaire CRUQPC 2012 a intégré des questions relatives au respect de la dignité de la personne analysé au travers des items « bientraitance, prise en charge de la douleur et accompagnement de la fin de vie.
Comme précisé ci après, il en ressort que le respect de la dignité fait l'objet d'une attention croissante de la part des établissements tant par l'existence de dispositifs relatifs à ce thème que par la dispensation de formations aux professionnels.
Toutefois, il subsiste des marges de progression, confirmées par les recommandations formulées par la HAS sur le thème du droit à la dignité aux établissements visités en 2012. En effet, sur les 28 établissements ayant eu des réserves ou recommandations relatives aux droits des usagers, 16 concernaient le droit à la dignité et la bientraitance.

Promotion de la bientraitance
Dans ¾ des établissements, un dispositif de promotion de la bientraitance existe et plus de 60% des établissements dispensent des formations à leur personnel.

Prise en charge de la douleur
Dans plus de 80% des établissements, une structure d'étude et de traitement de la douleur existe et des formations sont dispensées au personnel, majoritairement, le personnel soignant.

Accompagnement de la fin de vie
Au delà de la stricte application des « directives fin de vie » pour laquelle l'information est largement dispensée au personnel des établissements, l'ARS a souhaité recenser les dispositifs de soins palliatifs existants au sein de ces derniers et a cherché à identifier les difficultés rencontrées pour accompagner les patients en fin de vie.

Ainsi, environ 1/3 des établissements disposent d'une structure palliative reconnue (lits identifiés ou unité de soins palliatifs) et presque autant ont mis en place une organisation non encore reconnue (lits dédiés). Par ailleurs, tous les établissements qui ont passé une convention peuvent recourir à une unité mobile de soins palliatifs.
Les difficultés rencontrées sont liées aux moyens (nombre de lits, effectif, disponibilité des équipes) et/ou au manque de coordination entre les partenaires mais également à la difficulté d'appréhender la fin de vie, tant par les patients et les proches que par le personnel dans les services concernés.
Pourtant, 2/3 des établissements dispensent des formations sur ce thème à leur personnel.

Par ailleurs, il convient de noter que ces 3 thèmes feront l'objet de formations spécifiques dans le cadre du développement des compétences des personnels des établissements de santé publics comme le précise la circulaire DGOS/RH4/2013295 du 19 juillet 2013.

Données issues de la HAS : s'agissant de la cotation des établissements de santé, les données sont recueillies par le ministère et mises à disposition des régions. Elles n'ont pas pu être exploitées par la CSDU car à la date de rédaction du rapport, elles n'étaient toujours pas accessibles.

Dans le domaine médico-social :

Pour obtenir la proportion d'établissements médico-sociaux où un dispositif de promotion de la bientraitance existe, le ministère invite les CRSA à consulter l'enquête « annuelle » de l'ANESM sur la bientraitance dans les EHPAD. Or contrairement à ce qui est indiqué, cette dernière n'est pas annuelle et la dernière datant de 2010 a déjà exploitée.

Dans le domaine du handicap, une enquête nationale ANESM sur le thème de la bientraitance des personnes accueillies dans les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en Foyers d'accueil médicalisé (FAM) a été conduite entre le 1er octobre et le 9 décembre 2012, en partenariat avec les ARS, chargée de la diffusion en région.
Cette enquête avait pour objectif de :

- Dresser un état des lieux national des pratiques de bientraitance au sein des MAS et des FAM.
- Servir pour chaque établissement et ses équipes, de base de réflexion, de valorisation des actions et pratiques mises en œuvre, ainsi que de définition d'axes de progrès.

L'analyse des résultats nationaux est consultable sur le site internet de l'ANESM :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article728&var_mode=calcul

Données régionales
La synthèse régionale de l'enquête (annexe 3) présentant une comparaison entre les principaux résultats nationaux et ceux de Rhône-Alpes montrent :

- Le taux de retour en région Rhône-Alpes s'élève à 84 % (117 établissements répondants sur 139 sollicités) contre 77% au niveau national.
- L'accueil et l'évaluation font l'objet d'une attention importante. Cependant les pratiques relatives au recueil des attentes des personnes sont moins mises en œuvre en région (69% en région au lieu de 75%).
- 84 % des établissements régionaux formalisent, pour l'ensemble de leurs usagers, des projets élaborés en équipe pluridisciplinaire qui intègrent toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, vie quotidienne, vie sociale etc.) contre 85% au niveau national. Toutefois, les projets ne sont pas toujours élaborés avec les usagers, notamment en MAS.
- La mise en œuvre de pratiques de suivi et d'évaluation des projets personnalisés est plus fréquemment réalisée en région. Ainsi, 81% des établissements rhônalpins mettent systématiquement en place une évaluation régulière du projet personnalisé contre 73% au niveau national.
- La proportion d'établissements proposant une chambre et une salle de bains individuelles est moins importante en région qu'au niveau national et plus particulièrement dans les MAS, tout comme la mise en place d'outils pour aider les usagers à se repérer dans le temps et l'espace. Cette situation préjudiciable pour les rhonalpins mériterait d'être améliorée.

Les résultats concernant l'expression collective analysée au travers du fonctionnement des CVS sont intégralement restitués.
93% des établissements de la région Rhône-Alpes ont mis en place un CVS (idem moyenne nationale).
47% des CVS des MAS et 84% des CVS des FAM de la région Rhône-Alpes comptent au moins un usager. Pour comparaison, la moyenne nationale est respectivement de 65% et 88%. L'écart est conséquent pour les MAS qui accueillent une majorité de personnes polyhandicapées ainsi que des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED).

59% des MAS et 73% des FAM de la région Rhône-Alpes (disposant d'un CVS) déclarent que leur CVS permet toujours l'expression et la prise en compte de la parole des usagers. Pour comparaison, la moyenne nationale est respectivement de 57% et 72%.

Démarches systématiquement entreprises par les établissements :

		Préparations des réunions du CVS avec les usagers en %	Restitutions adaptées des réunions de CVS auprès des usagers en %	Mise en place de formes de participation alternatives au CVS en %	Analyse et prise en compte des suggestions et plaintes des usagers en %
MAS	Rhône-Alpes	26%	18%	62%	81%
	National	43%	20%	63%	70%
FAM	Rhône-Alpes	60%	23%	88%	68%
	National	62%	32%	85%	63%

64% des d'établissements rhônalpins proposent régulièrement des initiatives pour s'ouvrir à et sur l'extérieur contre 65% au niveau national. Ces taux sensiblement identiques paraissent faibles et ne permettent pas le développement suffisant des liens sociaux des usagers.

Remarques sur l'enquête MAS FAM
Les taux relatifs au recueil des attentes (69%) et projet personnalisé (84%) sont surprenants, ils devraient avoisiner 100 %. En effet, le projet individualisé est élaboré notamment en fonction des besoins, attentes et compétences de la personne. Pour le mettre en œuvre, il est nécessaire de recueillir, à minima, les attentes de la personne ou de son représentant.
Plus étonnant, l'actualisation du projet personnalisé lorsque la personne et l'établissement ont fait le constat que la situation le justifiait n'est mise en œuvre systématiquement[12] que dans 75% des établissements.

Recommandations :
La CRSA demande à l'ARS et aux conseils généraux de rappeler aux MAS et FAM le respect de la réglementation et la nécessité d'intégrer des usagers au CVS.
Elle demande aux établissements de tout mettre en œuvre pour permettre la participation à la vie sociale et citoyenne des usagers et de s'ouvrir d'avantage sur l'extérieur.
Des progrès doivent être réalisés dans le fonctionnement du CVS, notamment pour la préparation des réunions avec les usagers et leur restitution.
Pour l'élaboration du projet personnalisé (PP), les établissements doivent recueillir systématiquement les attentes du résident ou son représentant.
En complément, la CRSA demande à l'ARS de s'assurer de la mise en œuvre du PP lors du renouvellement des CPOM.

En complément de l'enquête MAS FAM, la CSDU signale une enquête nationale 2013 ANESM[13] relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile a été lancée au mois d'avril. Elle concerne les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAD-SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).
Les résultats de ces enquêtes seront à exploiter dans le prochain rapport.

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

Dans le domaine ambulatoire :

En ce qui concerne le nombre de formations dispensées aux professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur, se référer au §1 page 3

Dans le domaine hospitalier :

Données issues de la synthèse des rapports CRUQPC (rappel du § précédent)
Dans plus de 80% des établissements, une structure d'étude et de traitement de la douleur existe et des formations sont dispensées au personnel, majoritairement, les personnels soignants.

Données issues d' I-SATIS[14] : L'indicateur du taux de satisfaction des usagers n'est pas à renseigner cette année car les données ne seront disponibles qu'à partir de 2014 sur les données 2013.
Les données 2012 ont été complétées uniquement par les établissements de santé volontaires et n'ont pas fait l'objet d'une diffusion publique des résultats individuels.

[12] Systématiquement : 90% au moins des usagers concernés
[13] ANESM http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article793&var_mode=calcul

[14] http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-mesure-de-satisfaction-i-satis,1319.html

Données issues de la HAS : S'agissant de la cotation des établissements de santé, les données sont recueillies par ministère

Dans le domaine médico-social :

Pour aborder cette thématique, le ministère suggère de recenser le pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé dans la région.
Or l'ARS précise que cette information n'est pas facilement accessible car il n'existe pas de recueil systématisé du contenu des conventions. La charge de travail pour analyser les 700 conventions signées en région est disproportionnée par rapport à l'information recherchée.
L'ARS indique que sur la thématique du respect de la dignité de la personne (objectif 3, 4 et 5), l'évaluation du programme national Mobiqual, dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées, semble beaucoup plus approprié.
En effet, Mobiqual propose des outils sur les thématiques suivantes.

- Douleur
- Douleur Domicile
- Soins Palliatifs
- Bientraitance
- Dépression
- Nutrition
- Maladie d'Alzheimer

Ces outils visent à sensibiliser régulièrement les acteurs sur le sens de leur mission, à actualiser les connaissances, à constituer une aide à la pratique et à développer une culture de l'évaluation. Le bilan 2007 2010[15] montrait que la région Rhône-Alpes faisait partie des 3 régions les plus réceptives aux outils proposés. Une cartographie nationale, régionale et départementale sera prochainement disponible sur le site et permettra de suivre l'évolution de l'utilisation de la démarche.

5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Dans le domaine ambulatoire :

En ce qui concerne le nombre de formations dispensées aux professionnels de santé sur les soins palliatifs, se référer au §1 page 3.

A défaut de pouvoir recenser les formations dispensées dans le secteur ambulatoire, la CSDU a regardé le rapport sur la fin de vie à domicile publié en mars 2013 par l'Observatoire National de la Fin de Vie[16] (ONFV).
Il en ressort que :

- l'entourage, pivot du maintien à domicile n'est pas suffisamment aidé et que les structures de répit sont insuffisantes.
- les médecins généralistes, interface entre l'hôpital et le patient, occupent une place privilégiée pour accompagner la fin de vie. Nombre d'entre eux ont suivi des formations d'accompagnement à la fin de vie mais seulement 2,5% d'entre eux ont été formés aux soins palliatifs. Ils se sentent souvent isolés et demandent une aide pour organiser et coordonner les soins de fin de vie.
- Le maintien à domicile ne sera pas une réalité sans un véritable effort de formation : « accompagné la fin de vie suppose de réelles compétences … qui s'apprennent »

[15] http://www.mobiqual.org/wp-content/uploads/2011/09/0-MOBIQUAL_PRESENTATION

[16] https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/rapport/rapport-2012

Recommandation
Au regard des constats formulés dans le rapport ONFV, l'accompagnement à la fin de vie ne s'improvise pas, et les compétences nécessaires doivent être acquises.
Aussi, la CRSA préconise la mise en place d'un dispositif de formation ambitieux, tant à l'attention des aidants que des professionnels de santé et en tout premier lieu, les médecins généralistes.

Dans le domaine hospitalier :

Données issues de la synthèse des rapports CRUQPC
79% des établissements ont dispensé une information sur les directives anticipées à destination des médecins et des soignants.
55% des établissements ont dispensé une information sur les directives anticipées à destination des autres personnels.
Par ailleurs, une procédure est mise en place pour recueillir l'identité de la personne de confiance dans 93% des établissements
Une procédure est mise en place pour recueillir l'existence des directives anticipées dans 69% des établissements.

Recommandation
La CRSA constate que si l'information sur les directives anticipées semble être relativement connue du personnel, elle l'est beaucoup moins des usagers.
Aussi elle préconise que les établissements fassent figurer un encart pédagogique sur les directives anticipées dans le livret d'accueil des établissements de santé.

Données issues de la HAS : S'agissant de la cotation des établissements de santé, les données sont recueillies par ministère

Dans le domaine médico-social :

Bien que dépassant le sujet de la fin de vie et des directives anticipées, le ministère invite les CRSA a analyser l'enquête[17] quadriennale de la direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), diffusée en octobre 2013 ? Cette dernière appréhende la vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Il en ressort que l''état de santé de la personne âgée est, de loin, la principale raison d'entrée dans ces établissements.
Le choix de l'établissement est d'abord motivé par sa situation géographique, bien avant l'adaptation de ce lieu de résidence à l'état de santé de la personne âgée, le délai d'attente ou le coût de l'hébergement.
La majorité des résidents (hors USLD), disposent d'une chambre individuelle. Ils sont entourés par leurs proches et nouent des relations avec les autres résidents.
Le principal motif d'insatisfaction recensé a trait aux possibilités de sortie de l'établissement - pour aller faire une course ou aller chez le coiffeur par exemple - limitées pour des raisons organisationnelles ou médicales. Ainsi quatre résidents sur dix formulent le souhait de sortir, ou de sortir plus souvent.
La CRSA se félicite que le droit d'aller et venir soit introduit dans la loi « adaptation de la société française au vieillissement »

Dans la mesure où les résultats de cette enquête sont nationaux et ne sont pas déclinés par région, la CRSA ne formule par de recommandation et suggère que la CNS s'en empare.

En complément de cette enquête, la CRSA tient à citer l'enquête de l'observatoire national fin de vie[18] sur la thématique « *Vieillissement et fin de vie* » en EHPAD conduite en 2013. Pour la première fois, 6000 EHPAD français ainsi que les services de court-séjour gériatrique ont été interrogés sur leur réalité quotidienne face à la fin de vie. L'intérêt de cette enquête est la présentation de résultats

[17] http://www.drees.sante.gouv.fr/vivre-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-a,11211.html
[18] www.onfv.org

régionaux. Dans la mesure où ils concernent l'année 2013, les résultats seront examinés l'année prochaine.

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

Dans le domaine ambulatoire :

Le recueil des informations est organisé au niveau du ministère qui a adressé un courrier aux ordres. La CRSA est en attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.
Toutefois, d'après les informations recueillies auprès du CROM, la CRSA constate que l'accès au dossier médical dans le secteur ambulatoire est très rarement mentionné tant pour les plaintes reçues par l'ordre. Il en est de même pour les réclamations reçues par l'Agence.

Par contre, la CRSA indique qu'il peut exister un problème lors du décès ou lors de la cessation d'activité « brutale » du médecin qui n'aurait pas pris les dispositions nécessaires pour le transfert des dossiers médicaux à son successeur ou associé[19]. Dans cette hypothèse, les ayants droits doivent en principe conserver les dossiers ou les confier au conseil de l'ordre. Il devient alors difficile, pour le patient qui en ferait la demande, de récupérer son dossier médical.

Dans le domaine hospitalier :

Données issues de la synthèse des rapports CRUQPC
En 2012, les établissements hospitaliers ont reçu 16 361 demandes d'accès au dossier médical soit une hausse de 8% par rapport à l'exercice précédent :
12 954 émanaient du patient lui-même
3 407 de ses ayants droits ou d'un tiers habilité :

15 082 des demandes ont été traitées (92%) dans un délai moyen de 7 jours.

Le nombre de plaintes relatif à cet item (extrait tableau synthèse CRUQPC p 22)
Nb de demandes reçues : 431 (en baisse de 30%par rapport à l'exercice précédent)
Nb de demandes traitées : 419 (soit 3% des demandes d'accès traitées).

Données issues de la HAS : S'agissant de la cotation des établissements de santé, les données sont recueillies par ministère

Dans le domaine médico-social :

Dans le secteur médico-social, le droit à l'information est analysé au travers de la mise en place des personnes qualifiées au titre de la loi 2002-2.

La CRSA constate qu'il y a eu peu d'évolution depuis le précédent rapport. En effet, le recueil des candidatures amorcé fin 2011 a malheureusement été interrompu en raison de la non résolution du problème de la prise en charge par l'ARS des frais de mission engagés par les personnes qualifiées.

C'est seulement en 2013 que le dispositif de désignation de personnes qualifiées a enfin été réactivé. Des personnes qualifiées ont été désignées dans les départements de l'Ain, de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère et de la Haute Savoie. Les réunions d'installation des personnes qualifiées ont été organisées dans l'Ain et la Drome en début d'année 2014 et pour ces départements, les listes ont été communiquées aux établissements pour diffusion.

La CRSA sera attentive à la poursuite de la démarche dans les autres départements de la région.

[19] Dans le cas d'une cessation d'activité programmée, (retraite par exemple) le praticien doit s'assurer du devenir des dossiers de ses patients, dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

Recommandation
Face à la lenteur de la mise en œuvre, la CRSA demande aux instances concernées d'accélérer le processus.
Elle engage le ministère à résoudre le problème de la non prise en charge par l'ARS des frais de mission engagés par les personnes qualifiées.
La CRSA insiste pour la mise en place d'une formation des personnes qualifiées, incluant une participation des usagers, afin qu'elles soient réellement à l'écoute de ceux ci.
La CRSA souhaite également être destinataire d'un rapport d'activité annuel des personnes qualifiées.

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

Rappel : La loi du 11 février 2005 fixe pour objectif de « proposer à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire ».

Pour cet item, le ministère et la CNS souhaitent recueillir les données régionales pour établir un état des lieux annuel sur le taux d'enfants scolarisés en milieu ordinaire et/ou adapté, par rapport aux demandes de scolarisation.

Comme pour le précédent rapport, la CSDU a contacté dans un premier temps la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) afin de recueillir les données remontées par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Mais le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) alimenté par les systèmes d'information des MDPH est toujours en cours d'alimentation.
A terme, le SIPAPH proposera une vue globale de la problématique du handicap, mais pour l'instant les données relatives à la scolarisation doivent être recherchées auprès de l'éducation nationale qui a la particularité en Rhône-Alpes d'être constitué de 2 académies : Grenoble (pour les départements de l'Ardèche, Drome, Isère, Savoie et Haute Savoie) et Lyon (pour les départements de l'Ain, Loire et Rhône Isère et Rhône)

Académie de Lyon :
Les chiffres relatifs à la scolarité en milieu ordinaire sont en hausse de 3% pour la scolarité individuelle et de 7 % pour la scolarité collective par rapport à l'année scolaire 2010-2011

Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap en 2011-2012

	2011-2012				
Niveau d'enseignement (1)	**Scolarité en milieu ordinaire**		**Établissements hospitaliers**	**Établissements médicaux et sociaux (2)**	**Commentaires**
	Individuelle	**Collective**			
Premier degré	**4 987**	**2 161**	**211**	**2 692**	répartition par cycle I, II, III dans enq 32
Préélémentaire	1 294	244			
Elémentaire	3 693	1 917			
Second degré	**3 028**	**1 417**	**307**	**1 308**	
Premier cycle	2 403	933	171	512	
Second cycle	614	185	63	97	
Indifférencié (3)	11	299	73	699	
Total	**8 015**	**3 578**	**518**	**4 000**	

(1) : niveau d'enseignement estimé pour la scolarisation collective et la scolarisation en établissements hospitaliers et médico-sociaux.
(2) : hors jeunes accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.
(3) : les élèves fréquentant un établissement de second degré ordinaire sans avoir nécessairement le niveau sont comptabilisés dans le total ; à l'inverse, les élèves scolarisés dans un établissement spécialisé dont le niveau est difficile à déterminer ne sont pas pris en compte dans le total.

Pour l'année scolaire 2012 2013, le ministère de l'éducation nationale nous a fait parvenir les résultats régionaux de l'enquête qui récence les enfants scolarisés dans les établissements scolaires et médico-sociaux pour l'année 2012. Il sera intéressant dans les années à venir de mesurer l'évolution des effectifs et leur répartition.

La scolarisation des élèves handicapés dans la région Rhône-Alpes au cours de l'année scolaire 2012-2013

	Milieu ordinaire			Etablissements médico-sociaux et hospitaliers				
Département	1er degré	2nd degré	Total	Total établissements médico-sociaux (ESMS)	dont élèves bénéficiant d'une scolarité partagée avec l'éducation nationale	Total établissements hospitaliers	dont élèves bénéficiant d'une scolarité partagée avec l'éducation nationale	Somme ESMS et hospitaliers
001	1 296	806	2 102	888	22	172		1 060
007	620	418	1 038	263	17			263
026	1 364	877	2 241	583	12	34	6	617
038	2 757	1 522	4 279	1 296	22	149	46	1 445
042	1 772	966	2 738	994	150	48	17	1 042
069	4 514	2 937	7 451	1 922	190	73	17	1 995
073	927	637	1 564	484	25			484
074	1 543	807	2 350	820	38	18	13	838
Total	14 793	8 970	23 763	7 250	476	494	99	7 744

Source : ministère de l'éducation nationale /DEPP enquêtes 3 et 12 relatives à la scolarisation des élèves handicapés dans le premier et le second degré,
enquête 32 relative à la scolarisation des élèves handicapés dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux

Pour l'année scolaire 2012-2013, l'académie a scolarisé 12 291 élèves (8494 en scolarisation ordinaire et 3797 en CLIS ou ULIS). La proportion d'élèves handicapés pris en charge (97,6%) est sensiblement supérieure à la moyenne nationale (92,8%)

Au delà des éléments chiffrés, la CSDU a jugé important de citer le projet de l'académie de Lyon pour la période 2013 – 2017 dans la mesure où il confirme la politique particulièrement volontariste en faveur des élèves à besoins éducatifs particuliers (EABEP) et qu'il porte un effort particulier sur l'inclusion des élèves et leur réussite.

Ainsi, tous les objectifs visent à garantir un espace de socialisation et d'apprentissage où chacun puisse se sentir reconnu en égale dignité et traité en égalité de droits.

- Améliorer la scolarisation, l'inclusion et la réussite des publics fragilisés
- Sensibiliser les personnels d'enseignement, d'éducation et d'encadrement.
- Reconnaître, valoriser et mobiliser les compétences des titulaires de la Certification complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (2CA-SH et CAPA SH) dans les écoles et les établissements. Informer les personnels de ces dispositifs ;
- Assurer un suivi de cohortes, de l'accueil dans le système scolaire jusqu'à la sortie et l'obtention d'un diplôme.
- Situer, attester et valoriser le niveau de maîtrise des compétences du socle commun chez les élèves les plus fragiles ;
- Assurer une plus grande diffusion des travaux et ressources des groupes ou équipes ressources.
- Développer et renforcer les relations partenariales : associations, parents, collectivités territoriales ;
- Développer les actions du centre académique pour la scolarisation des élèves nouvellement arrivés et des enfants du voyage en faveur des allophones

Académie de Grenoble :
Les chiffres relatifs à la scolarité en milieu ordinaire sont en hausse de 11% pour la scolarité individuelle et de 23% pour la scolarité collective par rapport à l'année scolaire 2010-2011

Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap en 2011-2012					
	2011-2012				
Niveau d'enseignement (1)	Scolarité en milieu ordinaire		Établissements hospitaliers	Établissements médicaux et sociaux (2)	Commentaires
	Individuelle	Collective			
Premier degré	**4 567**	**2 175**			
Préélémentaire					
Elémentaire					
Second degré	**2 816**	**935**			
Premier cycle	2 227				
Second cycle	542				
Indifférencié (3)					
Total	**7 383**	**3 110**			

(1) : niveau d'enseignement estimé pour la scolarisation collective et la scolarisation en établissements hospitaliers et médico-sociaux.

(2) : hors jeunes accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.

(3) : les élèves fréquentant un établissement de second degré ordinaire sans avoir nécessairement le niveau sont comptabilisés dans le total ; à l'inverse, les élèves scolarisés dans un établissement spécialisé dont le niveau est difficile à déterminer ne sont pas pris en compte dans le total.

Pour l'année 2012 -2013, l'académie a scolarisé en milieu ordinaire 11 472 élèves en situation de handicap, soit un millier de plus que lors de la précédente rentrée. Elle a mis en place des dispositifs collectifs de scolarisation renforcés (ouverture de 7 CLIS et 10 nouvelles ULIS) ainsi que des pratiques pédagogiques adaptées, visant l'inclusion scolaire. Ainsi, le partenariat avec le secteur médico-social et son réseau de professionnels se renforce progressivement. De nouvelles formes de scolarité apparaissent telles les classes externalisées des établissements spécialisés ou les scolarités partagées entre les secteurs scolaires et médicaux. Par ailleurs, un effort particulier de formation des enseignants est engagé.

Venant conforter les efforts entrepris régionalement, les mesures annoncées par le premier ministre le 22 aout 2013[20], concernant la titularisation progressive des **auxiliaire de vie scolaire** (AVS) en fonction et leur professionnalisation et la mise en œuvre de l'aide mutualisée[21] devraient permettre d'améliorer les conditions de l'accompagnement des élèves à l'école.

Ainsi, la CRSA constate des actions convergentes de la part du gouvernement, des inspections académiques et de l'ARS au travers notamment de l'axe 3 du PSRS, qui devraient concourir à une amélioration de la qualité de la scolarisation des enfants en milieu ordinaire.
La CRSA constate que l'absence d'outil statistique permettant de chiffrer précisément le nombre d'enfants handicapés scolarisables est un frein à l'information et à la prise en charge des enfants. Dans ces conditions, comment identifier le nombre d'enfants handicapés sans solution de scolarisation et surtout, comment apporter une solution ?

La CRSA souligne également que les associations du secteur du handicap sont informées de personnes qui, du fait de la complexité de leur situation, renoncent même à faire valoir leurs droits par la MDPH. Par conséquent, ces situations de renoncement échappent au système et sont totalement ignorées.

[20] Voir le rapport de Pénélope Komitès sur la professionnalisation des accompagnants d'enfants et d'adolescents en situation de handicap
[21] Décret du 2 juillet 2012

Recommandation
La CRSA demande que l'outil statistique SIPAPH soit rapidement opérationnel.
Par ailleurs, la CRSA souhaite que la CNSA accentue son rôle à l'égard des MDPH afin que soient :

- systématisée l'utilisation objective et bienveillante du volet scolaire du GEVA (guide d'évaluation et d'aide à la décision pour les MDPH), sans qu'il vienne se substituer à l'évaluation.
- Respectée la loi en proposant à chaque élève en situation de handicap un projet personnalisé de scolarisation,
- harmonisées les pratiques entre les différents départements,
- élargies les prescriptions d'accompagnement au-delà des seuls temps d'apprentissage.

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

Ce thème a été retenu par le ministère et la CNS dans l'objectif d'établir un état des lieux annuel sur l'accès des personnes sous main de justice à leur dossier médical.

Or, ce sujet a été largement traité dans le précédent rapport et il est apparu qu'en Rhône-Alpes, l'accès au dossier médical semble, au vu des informations disponibles, s'opérer sans difficulté majeure bien qu'il soit encore trop rarement informatisé. Le dossier médical suit la personne détenue tout au long de sa détention et le(a) détenu(e) peut accéder à son dossier, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné par la personne elle-même.

Par contre la CSDU avait pointé des difficultés quant au respect de l'intimité et la dignité de la personne lors des « extractions » pour consultations pouvant conduire les détenus à renoncer à des soins.
Aussi, elle a souhaité connaitre les chiffres relatifs aux extractions pour consultations ou examens médicaux ainsi que les motifs d'annulation.

Motifs d'extractions	**demandées**	**réalisées**	**différentiel**	**Taux de réalisation en %**
Nb d'extractions en urgences	790	790	0	100
Nb d'extractions pour consultations et examens demandées	5894	4382	1512	74
Nb total d'hospitalisations	787	717	70	91
TOTAL	**7471**	**5889**	**1582**	**21%**

Motifs d'annulation	**effectif**	**Taux en %**
Nb d'extractions non réalisées du fait de la personne détenue	436	28
Nb d'extractions non réalisées du fait de l'administration pénitentiaire ou de la police	761	48
Nb d'extractions non réalisées du fait de la Préfecture	27	2
Nb d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé	244	15
Sans réponse	**114**	7
TOTAL	**1582**	100

La différence de 114 entre les extractions non réalisées et le total des motifs d'annulation (1582 – 1468 = 114) s'explique par le fait que les motifs d'annulation n'ont pas été fournis à 100% par les unités.

Les extractions en urgences sont toutes réalisées alors que celles pour consultations et examens les sont qu'au ¾.
L'administration et la police sont à l'origine de plus de 50% des motifs d'annulation, et la personne détenue, dans 1/3 des cas.

La CRSA a également constaté, à partir des conclusions du rapport INPES de juin 2012 *« Etat des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire » enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire* que les contraintes carcérales peuvent générer des difficultés d'accès aux différentes consultations médico-psycho-sociales proposées au sein des centres pénitentiaires.

- **Concernant les soins apportés aux détenus présentant des troubles psychiatriques**.

Le CH du Vinatier de Lyon-Bron a ouvert en 2010 une Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA); **cette unité de soins psychiatriques carcérale** a été la première du genre mise en place en France. Il s'agit d'une unité bicéphale, à la fois pénitentiaire et sanitaire. Les détenus des régions Rhône-Alpes, Auvergne, sud Bourgogne et Franche-Comté, atteints de troubles mentaux y sont hospitalisés dans des conditions de vie et de soins respectueuses de leurs droits. Sept USHA ont été ouvertes depuis en France.

- **Concernant les détenus dits « irresponsables pénalement » pouvant être interdits de séjours dans leur département de résidence.**

Une organisation spécifique a été mise en place en Rhône-Alpes, dans le cadre d'un **protocole ARS/préfectures** afin de transférer l'ancien détenu concerné dans un autre département de la région.

Il est regrettable cependant que la possibilité de "grâce médicale pour raison psychiatrique" bien que prévue dans les textes ne soit pas réellement utilisée.

Enfin, la CRSA pointe 2 problèmes spécifiques :

- La question de la surpopulation carcérale (la population pénale peut dépasser le nombre de places réservées jusqu'à 120%) ayant pour conséquence :
  a. Une promiscuité qui ne permet pas de respecter les conditions d'intimité minimale
  b. Une prise en charge insuffisante des détenus en raison de l'absence de moyens supplémentaires en personnel.

- Les conditions d'hygiène, puisque la possibilité d'accéder aux douches de manière journalière n'est pas garantie dans tous les établissements.

Recommandation
La CRSA demande à l'administration pénitentiaire de veiller à ce que l'accès de tous les détenus aux démarches de prévention et d'amélioration de la santé soit assuré.
En ce qui concerne les droits des détenus, la CRSA sera surtout attentive à la mise en place du plan télémédecine et des actions inscrites au projet régional de santé de l'ARS

9. Santé mentale et soins des personnes en souffrance psychique

Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques

Rappel : Les soins psychiatriques sans consentement concernent les patients qui n'ont pas conscience de leur état pathologique et refusent les soins libres. Ils se traduisent par une mesure de privation de liberté, qui peut être prise :
- soit sur demande d'un tiers, le plus souvent la famille,
- soit pour des raisons d'ordre public sur demande du représentant de l'état, avec comme conséquence une hospitalisation, puis une mesure d'obligation de soins en ambulatoire.

Entrée en vigueur le 1er août 2011, la loi qui renforce les droits des patients et offre la possibilité d'une prise en charge ambulatoire, nécessite un travail partenarial important pour sa mise en œuvre pratique.

Le ministère et la CNS souhaitent vérifier le fonctionnement effectif des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP), en mesurant la proportion de rapports transmis à l'ARS par chacune de ces commissions.

Tous les départements ont transmis à l'Agence les statistiques d'activité 2012 des CDSP selon la trame fixée par l'arrêté ministériel du 26 juin 2012.
Globalement, les données font apparaitre, après 2 ans de mise en œuvre de la loi, une diminution des hospitalisations à la demande d'un représentant de l'Etat mais une augmentation de celles à la demande d'un tiers.
Les informations très détaillées contenues dans les rapports d'activité sont difficilement exploitables pour des non initiés au secteur psychiatrique et notamment en ce qui concerne les mesures d'obligation de soins sous contrainte.
Aussi, le fonctionnement des commissions a été analysé au travers du nombre de réunions, de visites et de plaintes, en précisant que toutes les CDSP de la région sont composées conformément à la réglementation, c'est-à-dire 6 membres : 2 médecins psychiatres, 1 magistrat, 1 représentant d'une association de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, 1 représentant d'une association de personnes malades, 1 médecin généraliste.

Fonctionnement des CDSP

	Nombre de réunions		**Nombre de visites Etablissements**		**Nombre de réclamations**	
DT /Années	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
DT 01	3	3	3	2	30	14
DT 07	3	7	0	4	0	7
DT 26	5	7	5	4	23	7
DT 38	11	10	10	9	6	6
DT 42	7	11	4	10	15	7
DT 69	11	11	3	3	25	25
DT 73	5	5	2	2	10	6
DT 74	6	7	6	5	10	23
TOTAL	**51**	**61**	**33**	**39**	**119**	**95**

En Rhône-Alpes, un protocole entre les 8 préfectures et l'ARS a été signé en 2012 afin d'harmoniser les pratiques dans tous les départements de la région, ce qui constitue une réelle avancée dans l'organisation des soins sans consentement en région.

Il faut rappeler pour mémoire, l'ouverture en décembre 2011, dans le cadre d'un plan national, de l'Unité pour malades difficiles Rhône-Alpes (UMD.RA) au Centre hospitalier du Vinatier à Lyon-Bron**.** Cette unité permet de soigner des patients considérés comme dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, en les hospitalisant à proximité de leurs familles, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Cette proximité facilite le travail de lien avec les équipes soignantes d'origine permettant de mieux préparer le retour en établissements et la sortie. Cette unité, sécurisée, demande une organisation particulière des soins et de la vie sociale. Actuellement, il existe 8 UMD en France.

Mettre en œuvre une politique innovante dans le domaine de la psychiatrie :

a. Rhône Alpes est la région qui a mis en place le plus grand nombre de Conseils Locaux de Santé Mentale. L'ARS.RA a décidé une politique volontariste afin d'étendre à l'ensemble des territoires ces structures de concertation entre les acteurs concernés par la prise en charge et l'accompagnement social des personnes souffrant de pathologie mentale ou en situation de handicap psychique.

b. Une priorité a été accordée au déploiement d'Equipes Mobiles dédiées notamment aux populations en situation d'exclusion afin d'une part, de favoriser l'accès aux soins psychiatriques et d'autre part, de faire un travail de prévention destiné à intervenir avant la crise afin de réduire le recours à l'hospitalisation en urgence.
c. La création dans le département du Rhône d'un service expérimental d'hospitalisation à domicile (HAD) géré par l'association « Santé mentale et communauté » pour patients nécessitant des soins aigus en post-urgence est à saluer comme une initiative innovante d'alternative à l'hospitalisation.
d. Enfin, la création d'un Centre ressource régional de Réhabilitation psychosociale adossé sur 3 pôles (Lyon – Grenoble – Saint Etienne) représente une innovation exemplaire dans la prise en charge des pathologies psychiatriques chroniques et la réinsertion sociale des personnes qui en souffrent. Cette innovation inspire d'autres régions.

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

Comme pour le précédent rapport, l'orientation relative au renforcement et préservation de l'accès à la santé pour tous a été analysée au travers des indicateurs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu entre l'ARS et l'Etat.

1. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

En ce qui concerne la démographie médicale en Rhône-Alpes, la CSDU invite le lecteur qui souhaiterait aller plus loin sur le sujet, à se référer à l'atlas par région, du conseil national de l'ordre des médecins[22] qui présente, pour l'année 2011, les données très détaillées par département, tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes. Il peut être utile de consulter également l'atlas national de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2013.
D'autres informations relatives à la démographie médicale (sur les données 2012) sont accessibles sur le site de l'union régionale de Professionnels de Santé médecins[23] (URPS) présentées sous forme de cartes interactives.

Les actions engagées pour répondre à ce thème relèvent de la priorité régionale visant à assurer une réponse de premier recours en tenant compte d'un territoire vaste et aux contraintes géographiques marquées. Elles sont analysées au travers des indicateurs 4.1 et 6.7

- 4.1 : part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale.

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2008	7,4%		7,7%	7,7%	7,7%	7,4%	7,7%	6,7%	6,7%	6.7%	[24]

Concernant la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale, l'indicateur s'améliore en passant de 7,7% de la population en 2010 à 6,7% de la population en 2011. Il est supérieur à la moyenne nationale (5,8%) mais la cible de 7,7% est atteinte.
Remarque. La CRSA souligne qu'il s'agit d'une moyenne qui masque les disparités d'accès à la santé, susceptibles de pénaliser les usagers. En effet, l'évolution de la démographie médicale est aggravée en région par la configuration géographique (zone montagneuse, éloignement géographique) qui conduit,

[22] [22] http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Rhone_Alpes_2011.pdf

[23] http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/index.php
[24] Couleur vert : objectif atteint. Couleur orangée : objectif non atteint

au delà du nombre de médecins généralistes, à leur inégale répartition sur le territoire. Ceci remet en cause le principe de l'égal accès aux soins pour tous.

L'accès aux soins assuré en partie par les infirmiers libéraux

La CRSA tient à souligner l'exemplarité de la régulation des installations en soins infirmiers en Rhône-Alpes. En effet, dès 2008 la profession a signé un avenant à la convention infirmière dans l'objectif de rééquilibrer l'offre de soins entre les zones dites « sur dotées » et les zones dite « sous dotées » dans un contexte de baisse de la démographie médicale.

Le bilan à 5 ans montre que les zones de « déserts infirmiers » ont quasiment disparu. Le maillage de la profession couvre l'ensemble des territoires rhônalpins, 7 jours sur 7, pour l'ensemble de la population, particulièrement les personnes âgées et/ou les personnes en situation de handicap.

Recommandations
En ce qui concerne l'accès aux médecins libéraux, la CRSA demande à l'ARS de se fixer des objectifs plus ambitieux et de se rapprocher de la moyenne nationale de 5,8%.

Elle demande également aux partenaires (ARS, Assurance Maladie, URPS) de se concerter sur les lieux d'installation des jeunes médecins afin de maintenir une couverture médicale de proximité. Le maintien d'équipes médicales autour des hôpitaux locaux serait une bonne manière de répondre aux risques d'isolement et d'épuisement des professionnels.

Par ailleurs, compte tenu des départs prévisibles à la retraite des médecins, non totalement compensés par l'arrivée de nouveaux professionnels, la CRSA demande au gouvernement de suivre étroitement les résultats du pacte territoire santé, afin de prendre, si nécessaire, des mesures complémentaires visant à éviter une pénurie future, dont les conséquences sur la qualité des soins pourraient être dommageables.

- 6.7 : Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé).

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2010	213		223	228	233		213	223	258	265	

L'ARS a finalisé ses bassins de vie et mis en ligne sur le site de la Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) les différents contacts au niveau des partenaires susceptibles d'apporter des conseils et des réponses pour chaque problématique soulevée par les porteurs de projet. Un espace dédié (SharePoint) pour les partenaires PAPS intégrant les supports de suivi des projets (tableau global, fiches individuelles…) est en cours de développement.

En 2012, l'ARS s'est appuyée sur les actions en faveur du développement des structures d'exercice coordonné pour maintenir la densité médicale de médecins généralistes sur ses territoires de santé. La mise en œuvre des projets vise en effet à empêcher la désertification en donnant des perceptives d'avenir aux médecins déjà en place et est susceptible d'attirer de nouveaux praticiens dans des zones peu ou pas attrayantes. L'ARS précise cependant qu'il n'y a pas d'appétence des étudiants pour aller travailler dans des lieux isolés (les sites avec de nombreux praticiens sont plus rassurants pour les étudiants)
Concernant les contrats d'engagement de service public (CESP) l'ARS a prévu de les développer en 2013 et n'a pas pu communiquer le nombre précis de CESP signés. L'ARS souligne que le problème à résoudre porte sur la méconnaissance du dispositif par les étudiants.

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

Recommandation
La CRSA déplore une fois de plus que les données relatives au pourcentage d'offre en tarifs opposables, par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins disponibles au sein des caisses primaires d'assurance maladie ne soient pas mises à la disposition de tous pour améliorer la connaissance des situations et permettre l'orientation des politiques publiques ainsi que leur évaluation.
La CRSA demande l'ouverture de ces données, et la réalisation d'un tableau de bord territorialisé de l'offre de soins en tarifs opposables

2. Assurer financièrement l'accès aux soins

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, la CSDU renvoie à l'artiche Les Echos 27 juin 2013 qui indique en substance que le montant des dépassements de tarifs marquent légèrement le pas en 2012 « Selon les données dévoilées le 26 juin 2013 par la CNAMTS, et relayées par Les Echos, il devient difficile, voire impossible, pour certaines spécialités d'être soigné par un médecin libéral qui respecte le tarif conventionnel. Près de 56 % des ophtalmologues pratiquent des dépassements, 59 % des ORL, 65 % des gynécologues obstétriciens et plus de 79 % des chirurgiens. Ce qui est nouveau, c'est que l'importance de ces dépassements tarifaires a tendance à se stabiliser, après trente ans d'augmentation quasi continue. Le taux moyen de dépassement s'est établi à 55,9 % en 2012, contre 56,1 % en 2011 et 55 % en 2010, rapporte le quotidien économique. Le très léger recul est néanmoins plus marqué chez les praticiens hospitaliers qui ont une activité libérale. Leur taux de dépassement a baissé en deux ans de près de 76 % à moins de 68 %. Mais la moyenne cache d'impressionnantes disparités aussi bien entre spécialités que sur le territoire. Les dépassements restent particulièrement élevés - avec un taux moyen de plus de 80 % - en Ile-de-France, dans la région lyonnaise ou encore en Alsace.
Ce constat est confirmé par l'UFC-Que Choisir Rhône-Alpes qui a rendu publique dans un communiqué de presse du 25 septembre 2013[25], l'évolution régionale des honoraires des médecins spécialistes - ophtalmologistes, gynécologues et pédiatres - entre juillet 2012 et juin 2013. Il apparait que dans notre région, une visite chez un spécialiste de secteur 2, qui pratique des dépassements d'honoraires, en 2013 revient en moyenne à 49,80 €, ce qui fait de Rhône-Alpes la 3ème région la plus chère de France.

Recommandation
La CRSA demande à l'assurance maladie de mettre à disposition de l'ARS et de la CRSA les éléments régionaux de suivi de l'application de l'accord[26] signé en octobre 2012 entre l'assurance maladie et plusieurs syndicats de médecins. Ainsi, les problèmes d'accès aux soins pour certaines spécialités pourront être objectivement analysées et des solutions recherchées

3. Assurer l'accès aux structures de prévention

Les actions engagées pour répondre à cette priorité relèvent des objectifs du CPOM visant à développer la promotion de la santé et la prévention des maladies et notamment les quatre indicateurs 2.1 ; 2.3 ; 2.4 ; 2.5.

- 2.1 : prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle parmi les enfants en grande section de maternelle.

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2006	1,9%	1,9%	1,9%	1,8%	1,8%			-	-		

Commentaire ARS :

[25] http://www.ufc-rhonealpes.org/honoraires-des-medecins-specialistes-en-2013-en-rhone-alpes-les-bornes-sont-depassees/
[26] Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012. Les praticiens qui le souhaitent peuvent signer un *« contrat d'accès aux soins »*, par lequel ils s'engagent à geler leurs tarifs pendant trois ans. En contrepartie, ils bénéficieront d'un allégement de leurs cotisations sociales. Et la base de remboursement de leurs actes sera relevée, ce qui signifie que le remboursement par la Sécurité sociale sera amélioré. Leurs patients verront donc la somme qui reste à leur charge réduite.

Il n'y a pas de résultat annuel chiffré pour cet indicateur à long terme dans la mesure où les actions retenues visent avant tout la mobilisation et la coordination des acteurs et des financements. De plus, l'indicateur chiffré est issu d'une enquête triennale, et à ce jour les données ne sont pas encore disponibles.

Actions prévues Le plan d'actions pluriannuel proposé correspond aux objectifs du 3ème volet du PNNS (plan national nutrition santé) et du Plan Obésité parus pendant l'été 2011. Les actions 2011 ont été reconduites en 2012.

- 2.3 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans.

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
		35,0%	36,0%	37,0%	38,0%		34,8%	33,5%	-		

Commentaire ARS : Sur les deux actions prévues en 2012 à l'appui de la campagne de dépistage du cancer colorectal, l'une a été mise en œuvre et les objectifs relatifs aux visites sur site et à la constitution d'un groupe d'échange ont été atteints en matière d'accompagnement à la démarche qualité des structures de gestion. Cette action ne sera donc pas reconduite en 2013.

La seconde action, concernant la communication en direction de la population cible, ne sera mis en œuvre qu'en 2013.

- 2.4 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	53,7%	55,0%	56,0%	57,0%	58,0%		53,3%	54,0%	-		

Actions prévues : Reconduction des actions 2 et 3 programmées en 2012

Identifier les territoires et les populations les moins participatives en lien avec la CIRE et la Direction de la Stratégie et des Projets pour la réalisation de cartes sur 2013.

Dans le cadre du groupe d'échanges de pratiques entre les structures, organiser des rencontres sur les initiatives départementales innovantes.

En ce qui concerne l'organisation des structures de dépistage du cancer (*indicateurs CPOM 2.3, 2.4 sur les dépistages organisés des cancers)*

Commentaire ARS Les taux de dépistage organisé (DO) des cancers sont supérieurs à la moyenne nationale (colorectal : 33,5% vs 32.1%, sein : 54% vs 52.3%) bien qu'en dessous des cibles établies (colorectal 37%, sein 57%). Ces résultats cachent de fortes différences entre départements.
L'ARS souhaite améliorer le repérage des populations et territoires (niveau communal envisagé) sous-dépistés afin de cibler les actions (rapport CIRE sur le DO cancer du sein). Priorité du PRS, des actions envers les populations éloignées dont les populations précaires et les personnes handicapées (dépistage du cancer du sein) doivent être menées via les ateliers santé ville et CLS (intégration de mesure d'impact dans les CLS), et la mise à contribution d'autres acteurs de prévention et l'échange de bonnes pratiques.
A Grenoble, l'initiative de « femmes relais » pour inciter au dépistage dans une démarche communautaire pourrait être étendue à d'autres territoires. Le renforcement du DO passe aussi par une meilleure formation des personnels des structures de gestion (SG) et l'harmonisation de leurs pratiques. Un groupe d'échanges a été constitué abordant aussi les possibilités de mutualisation (procédures d'achats en commun), et s'appuyant sur des visites des sites (démarche qualité).

- 2.5 : Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Valeurs Initiales		Valeurs Cibles				Valeurs Réalisées					
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	Tendance
2009	83,0%	85,0%	87,0%	89,0%	91,0%						

Aucun résultat chiffré sur la couverture vaccinale si ce n'est la valeur initiale 2009 de 83% de vaccination ROR des enfants de 24 mois avec des valeurs cibles fixées à 89% en 2012 et 91% en 2013.

Les initiatives en vue de favoriser la vaccination *(indicateur CPOM 2.5 sur la vaccination ROR)*

Commentaire ARS : La couverture vaccinale est aussi marquée par de fortes inégalités au sein de la région. L'ARS rapporte les réticences du public comme des médecins vis-à-vis de la vaccination. Un groupe de travail sur le taux de couverture vaccinale des 0-2 ans a été établi afin d'obtenir une cartographie fine de la couverture et cibler les actions. Les Conseils généraux (CG) ont été rappelés à leur obligation de transmettre les certificats de santé 24 mois dans ce cadre. La DGS a exprimé son intérêt pour une transmission des travaux réalisés concernant les inégalités d'accès.

Un comité régional vaccination a été mis en place pour coordonner les actions, associant les usagers et les URPS. Les orientations vont vers le rattrapage vaccinal dont ROR (sensibilisations lors des Journée défense citoyenneté, cadre de la SEV), impulsion de vaccinations « hors les murs » (gens du voyage) des centres de vaccination. Un groupe de travail « santé précarité » avec les CG aborde les actions de vaccination ciblées. Il s'agit d'assurer une meilleure coordination entre services de PMI et centres de vaccination recentralisés. La vaccination a été associée à la thématique « gestion du risque » pour des actions avec l'Assurance Maladie de sensibilisation des médecins, des assistantes maternelles et des rappels aux parents (carte d'anniversaire de 2 ans).

Alertée sur le sujet de la vaccination des professionnels de santé exerçant au sein des établissements sanitaires et médicosociaux, la CRSA regrette que seule une minorité de professionnels médicaux et paramédicaux acceptent de se faire vacciner contre la grippe, alors que cette possibilité est organisée gratuitement chaque année, sur le temps de travail, par les services de médecine du travail des centres hospitaliers et des EHPAD.
Ce phénomène, s'il devait se confirmer dans de nombreux établissements, est regrettable vis à vis des personnes malades âgées très fragiles hébergées ou hospitalisées pendant les périodes épidémiques : cela constitue une prise de risque pour ces personnes, qui ne peuvent pas systématiquement être vaccinés compte tenu de leur pathologie.

Recommandation
La CRSA souligne la nécessité d'un discours officiel plus affirmé autour des vaccinations.
Elle invite le ministère à organiser une campagne de communication à l'attention des professionnels de santé les encourageant à se faire vacciner pour limiter le risque potentiel envers les patients.

Remarque générale
En ce qui concerne le thème de la prévention, la CRSA invite le lecteur à se référer à l'avis[27] qu'elle a formulé le 17 février 2014 sur la feuille de route de la stratégie nationale de santé et qui invite, par différentes recommandations, à développer une véritable culture de promotion de la santé.

La CRSA souligne également qu'une politique de promotion de la santé doit aussi s'intéresser au phénomène de non recours dont on sait qu'il est en augmentation constante. Elle invite les pouvoirs publics à s'inspirer des travaux de l'Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services (ODENORE).

[27] Avis de la CRSA accessible sur le site http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/La-Conference-regionale-de-la.136046.0.html

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

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

En ce qui concerne la formation des représentants des usagers, l'ARS s'appuie principalement sur le collectif inter associatif sur la santé Rhône-Alpes (CISS-RA) dans le cadre d'un conventionnement. Les formations qu'il propose sont destinées à tous les RU qu'ils soient ou non membres d'associations adhérentes du CISS.

- **Les formations organisées par le CISS-RA en 2012**

Le nombre de formations
En 2012, comme en 2011, 14 sessions de formation ont été organisées. Une grande majorité d'entre elles (9) étaient territoriales. L'objectif pour le CISS RA de se rapprocher du lieu d'exercice des RU est donc atteint.
Le programme était axé sur les formations générales, et l'approche pédagogique résolument pratique et participative.
Le CISS RA a concrétisé son approche transversale de la santé en proposant aux usagers du secteur médico-social, à leurs familles et aux professionnels une formation dédiée à l'instance de démocratie de santé au sein de leurs établissements : le conseil de la vie sociale. Le succès des multiples sessions organisées dans toute la région confirme le grand besoin de formation et d'accompagnement des usagers de ce secteur.

Les thématiques traitées
Comprendre le parcours de l'usager : voyage à travers le système sanitaire et médico-social :
La démarche qualité en établissement et la certification
Com-mu-ni-quez !
Santé et Développement Durable
Connaitre la place et les missions du représentant des usagers en CRUQPC-PC :
Connaitre la place et les missions des représentants des usagers et/ou de leurs familles en CVS :

Le contenu des formations
En 2012, le CISS RA a entrepris la refonte de son offre de formation pour apporter plus de lisibilité et d'efficacité aux participants. Deux types de formations ont été organisés :

- Des formations générales, qui abordent des aspects transversaux du système de santé. Les formations « historiques » sur le système de santé ou le fonctionnement d'une CRUQPC-PC restent au programme.

Une nouvelle formation consacrée au fonctionnement des Conseils de la Vie Sociale (CVS) et destinée aux usagers du secteur médico-social a été mise en place.

- Des formations spécifiques, qui viennent compléter les connaissances des représentants des usagers sur des sujets précis (démarche qualité, développement durable).

Le nombre de participants : 301 soit une hausse de 6% par rapport à l'exercice précédent.

- **Les formations organisées par d'autres associations**

A titre d'exemple, sont indiquées ci-dessous, les formations à destination des représentants des usagers proposées en 2012 par l'Association Interdépartementale des Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) Rhône Alpes.

Formation des l'AI UDAF
Les formations sont dispensées en Rhône-Alpes par un formateur de l'Unafor, l'organisme de formation de l'Unaf.
3 sessions regroupant une quarantaine de personnes ont été organisées en 2012 dont 1 concerne les représentants des usagers : Administrateurs, représentants, communiquer au nom de l'UDAF

Orientation 4 : Renforcer la démocratie 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 Données relatives à la CRSA

- **Réunions des plénières des commissions en 2012**

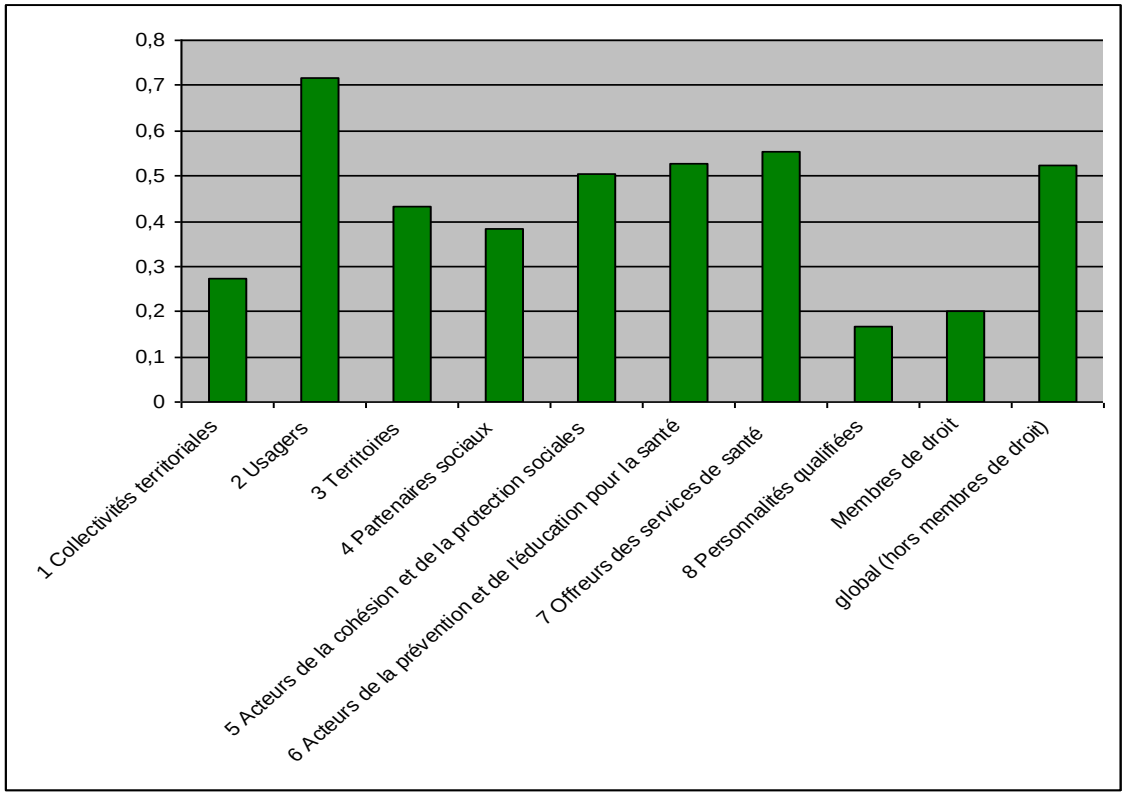
Les travaux de la CRSA ont mobilisé ses membres au cours de 49 réunions réparties comme suit :

	Nb de réunions
plénières	6
CP	9
CSDU	9
CSMS	11
CSOS	7
CSP	7
Total	**49**

- **La participation des membres**, précisée par collège et par commission

	Assemblée plénière	**Commissions spécialisées**				
Collèges		**Permanente**	**Droits des usagers**	**Médico-social**	**Org de soins**	**Prévention**
1 Collectivités territoriales	33 %	28 %	0 %	5 %	71 %	0 %
2 Usagers	74 %	86 %	76 %	77 %	68 %	43 %
3 Conf. de Territoires	63 %		33 %	18 %	71 %	0 %
4 Partenaires sociaux	42 %	33 %	67 %	11 %	65 %	21 %
5 Acteurs cohésion et protection sociales	56 %	50 %	0%	18 %	64 %	79 %
6 Acteurs prévention et éducation pour la santé	57 %	56 %	33 %		71 %	36 %
7 Offreurs des services de santé	49 %	59 %	67 %	58 %	62 %	43 %
8 Personnalités qualifiées	17 %					
Total CRSA	51 %	57 %	55 %	48 %	64 %	40 %
Membres de droit	20%					
Nombre de réunions	6	9	9	11	7	7

figure 1 – – taux global de participation des collèges en 2012



Remarque : Les représentants des usagers sont les plus présents dans l'instance. La faible participation des collectivités territoriales témoigne sans doute de leur difficulté à se libérer (ce sont les élus qui sont membres de la CRSA) et aussi de la nécessité de trouver les voies d'une meilleure collaboration.

Globalement, l'existence de titulaires et suppléants permet d'améliorer la participation à la vie des instances en comparaison de ce qui était observé dans le cadre des CRS. Néanmoins, les binômes, organisés sur la base de la diversité (titulaires et suppléants n'appartiennent pas à la même organisation), ne fonctionnent pas très bien ; nombreux sont les titulaires qui oublient de prévenir leur suppléant, considérant sans doute que cela relève du secrétariat de la CRSA, ce qui n'a pas été prévu ainsi. Des rappels ont été faits pour améliorer le taux de participation et ainsi le fonctionnement de la CRSA.

1.2 Données relatives aux conférences de territoires

Les conférences de territoire, présentes dans chacun des 5 territoires de santé définis en Rhône-Alpes, contribuent à mettre en cohérence les projets de santé de territoire avec le Projet régional de santé et les programmes nationaux de santé.

Composition des conférences de territoire

Elles sont composées de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

Chacune comprend 50 membres au plus ayant voix délibérative. Ces membres sont répartis dans plusieurs collèges permettant la représentation des catégories suivantes :

1. les établissements de santé ;
2. les personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux ;
3. les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité ;

4. les professionnels de santé libéraux ;
5. les centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé;
6. les établissements assurant des activités de soins à domicile ;
7. les services de santé au travail ;
8. les usagers ;
9. les collectivités territoriales ;
10. l'ordre des médecins ;
11. les personnalités qualifiées choisies à raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines de compétence de la conférence de territoire

Taux de participation des membres de la Conférence de Territoire Nord

Conférence de Territoire NORD	Taux de participation %											
	Global %	Collège 1	Collège 2	Collège 3	Collège 4	Collège 5	Collège 6	Collège 7	Collège 8	Collège 9	Collège 10	Collège 11
CT du 8 mars 2012	59,6	70	87,5	50	50	0	100	100	85,7	57,1	100	50
CT du 30 mai 2012	65,8	70	62,5	50	0	50	0	100	87,5	75	100	100

Observations sur le fonctionnement : bon fonctionnement, bon taux de participation, richesse des débats avec la salle

Taux de participation des membres de la Conférence de Territoire de l'Arc Alpin ou Est

Conférence de Territoire ARC ALPIN	Taux de participation %											
	Global %	Collège 1	Collège 2	Collège 3	Collège 4	Collège 5	Collège 6	Collège 7	Collège 8	Collège 9	Collège 10	Collège 11
CT du 1 février 2012	61	60	87,5	100	50	0	0	0	85,7	57,1	100	50
CT du 2 mai 2012	68	60	62,5	66,6	50	50	100	0	100	57,1	100	100

Observations sur le fonctionnement de la Conférence :
La conférence a connu en 2012 un changement de présidente[28] et le départ de certains membres, d'où parfois des difficultés à réunir le quorum et assurer la représentation de certains collèges, et ce malgré des relances par messagerie et téléphone.

Concernant les usagers :
2 membres (titulaire et suppléant) ont quitté, courant 2013, la Conférence et le bureau qui fonctionne actuellement avec 3 membres (+ 3 suppléants) au lieu de 4.
Les représentants des usagers sont toujours représentés lors des conférences et des bureaux - pas de problème particulier lors de prises de parole.
1 membre des représentants des usagers de la conférence est également membre du comité territorial de psychiatrie et de santé mentale du territoire Est.

Taux moyen de participation des membres de la Conférence de Territoire Sud qui a organisé 4 réunions

[28] Madame Laclais, première présidente, maire de Chambéry et vice présidente du Conseil Régional, a été élue députée en juin 2012 et a démissionné de ses fonctions au Conseil Régional (pour lesquelles elle était membre de la Conférence de Territoire) fin juillet 2012. Mme Rozenn Hars, vice présidente du Conseil Général de Savoie a été élue lors de la dernière conférence de territoire le 7 juin 2013.

Conférence de Territoire SUD	Taux de participation %											
	Global %	Collège 1	Collège 2	Collège 3	Collège 4	Collège 5	Collège 6	Collège 7	Collège 8	Collège 9	Collège 10	Collège 11
Taux moyen pour les 4 réunions	47	62	87	41	50	25	75	0	59	39	75	0

Observation sur le fonctionnement de la conférence Sud :

- L'élaboration et la mise en place en 2012 du PRS/PTS, a conduit la conférence de territoire sud à se réunir à de nombreuses reprises ainsi que le bureau (3 réunions du bureau)
- Il y a également eu des rencontres entre membres de la conférence de territoire sud au travers de groupes de travail
- Enfin au sein des délégations de la Drôme et de l'Ardèche les membres de la conférence de territoire ont participé à des rencontres avec les cadres des deux délégations pour l'élaboration du Plan Territorial Sud (PTS).

Les représentants des usagers se sont mobilisés et impliqués fortement au sein de cette instance.

Taux de participation des membres de la Conférence de Territoire Ouest

Conférence de Territoire OUEST	Taux de participation %											
	Global %	Collège 1	Collège 2	Collège 3	Collège 4	Collège 5	Collège 6	Collège 7	Collège 8	Collège 9	Collège 10	Collège 11
CT du 7 fév. 2012	37	53	40	16	25	25	50	50	50	50	50	0
CT du 4 mai 2012	25	53	33	33	37	0	0	50	56	10	0	0

Le taux de participation est plus faible que dans les autres conférences, le collège des usagers est les plus assidu. Pas d'observation particulière sur le mode de fonctionnement.

Conférence de Territoire CENTRE	Taux de participation
	Global 70 %

La conférence de territoire Centre n'a pas été en mesure de transmettre la participation par collège. Elle a programmé 2 réunions en 2012, le taux de participation moyen est d'environ 70% avec une participation des usagers importante. La CT a installé un bureau qui s'est réuni 4 fois en 2012.

Recommandation

A l'approche du renouvellement des membres de la CRSA (juillet 2014), cette dernière rappelle l'exigence de transparence du processus de désignation des représentants des usagers (RU).

Elle renouvelle la recommandation formulée en 2011, à savoir une amélioration des dispositifs d'appel à candidatures et de nomination des représentants des usagers. En effet, les modalités de propositions des candidatures par les CODERPA et CDCPH s'étant montrées complexes et peu efficaces, la CRSA demande à l'ARS de veiller à ce que les personnes désignées par ces instances soient bien des usagers et par ailleurs, elle suggère, en cas d'absence de proposition par les CODERPA et CDCPH, que l'ARS se tourne vers le comité régional d'entente pour les PH et vers les associations agréées pour les PA.

La CRSA appelle par ailleurs à une modification des dispositions réglementaires pour les modalités de nomination de ces représentants des usagers.

Deuxième partie libre : Prise en charge des personnes âgées

L'adaptation de la société au vieillissement est un défi pour notre société. En 2035, un tiers des Français auront plus de 60 ans et la population des plus de 80 ans aura doublé à cet horizon. Ces évolutions représentent un formidable progrès en terme de durée de vie qui nécessite que notre société s'adapte dès à présent, pour permettre à tous de profiter des meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires.
Aussi, le Gouvernement a engagé un travail interministériel pour l'élaboration du projet de loi décliné en trois volets : anticipation du vieillissement, adaptation de la société et accompagnement de la perte d'autonomie, à partir des rapports BROUSSY, AQUINO et PINVILLE dont la CRSA salue la qualité.
En attendant les effets de la future loi, la CSDU a souhaité poursuivre la réflexion engagée en 2012 sur la prise la prise en charge des personnes âgées, en identifiant cette année les problèmes susceptibles de survenir dans le parcours de la personne âgée malgré l'existence de dispositifs et aides visant à les éviter.

I. Etat des lieux

1. Données démographiques régionales (source STATISS 2012)

La région Rhône-Alpes, divisée en 5 territoires de santé, compte 6 222 045 habitants[29] dont 1 788 012 personnes âgées de 65 ans et plus. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus s'élève à 788 942 soit 12% de la population totale (en augmentation de 3,8% par rapport aux données 2009).

Structure par âge de la population

Effectifs par classe d'âge au 1er janvier 2010 Source : Estimations de population INSEE

Classes d'âge	RHÔNE - ALPES	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	France
0 - 4 ans	**399 933**	39 950	17 444	29 920	79 522	45 462	115 756	24 773	47 106	**3 862 380**
5 - 9 ans	**397 220**	41 347	19 131	31 328	79 490	45 817	106 288	25 972	47 847	**3 873 475**
10 - 14 ans	**389 512**	40 776	19 040	31 113	77 365	44 639	103 124	25 899	47 556	**3 797 785**
15 - 19 ans	**395 018**	36 162	17 301	29 211	79 280	46 403	117 937	24 350	44 374	**3 844 895**
20 - 24 ans	**400 374**	31 268	13 916	25 765	81 012	44 568	140 148	23 571	40 126	**3 951 524**
25 - 54 ans	**2 490 975**	246 260	119 221	188 002	484 755	279 298	689 927	168 051	315 461	**25 003 707**
55 - 59 ans	**387 063**	37 821	22 313	32 326	74 423	49 945	97 256	26 983	45 996	**4 106 328**
60 - 64 ans	**362 880**	34 017	22 255	31 248	67 798	48 912	91 713	24 887	42 050	**3 799 898**
65 - 74 ans	**481 556**	43 312	30 148	42 920	90 237	64 963	123 279	33 557	53 140	**4 967 491**
75 - 84 ans	**372 718**	31 935	24 520	32 429	67 705	55 408	98 192	25 549	36 980	**4 013 277**
85 ans et +	**144 796**	12 688	10 306	12 746	24 788	21 800	38 379	10 157	13 932	**1 570 253**
Ensemble	**6 222 045**	595 536	315 595	487 008	1 206 375	747 215	1 721 999	413 749	734 568	**62 791 013**
Femmes âgées de 15 ans à 49 ans	**1 442 172**	135 397	63 932	105 459	281 147	160 337	430 176	92 204	173 520	**14 349 124**
Femmes âgées de 15 ans et plus	**2 610 936**	241 376	134 825	205 214	498 063	320 609	734 300	173 030	303 519	**26 749 095**
Jeunes de moins de 20 ans	**1 581 683**	158 235	72 916	121 572	315 657	182 321	443 105	100 994	186 883	**15 378 535**
Jeunes de moins de 25 ans	**1 982 057**	189 503	86 832	147 337	396 669	226 889	583 253	124 565	227 009	**19 330 059**
Adultes de 25 à 64 ans	**3 240 918**	318 098	163 789	251 576	626 976	378 155	878 896	219 921	403 507	**32 909 933**
Personnes âgées de 65 ans et plus	**999 070**	87 935	64 974	88 095	182 730	142 171	259 850	69 263	104 052	**10 551 021**
Personnes âgées de 75 ans et plus	**517 514**	44 623	34 826	45 175	92 493	77 208	136 571	35 706	50 912	**5 583 530**
Personnes âgées de plus de 80 ans	**271 428**	23 556	19 002	23 663	47 501	41 000	71 416	18 817	26 473	**2 932 585**
Total personnes de + de 65 ans	**1 788 012**	**156 114**	**118 802**	**156 933**	**322 724**	**260 379**	**467 837**	**123 786**	**181 437**	**19 067 136**

[29] (source STATISS 2012 sur les estimation INSEE 2010)

2. Situation quantitative de l'offre existante

En matière d'équipement en établissements d'hébergement complet pour personnes âgées, la région Rhône-Alpes présente un niveau d'offre supérieur au niveau national (respectivement 135,9 et 126,6 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus), avec de grandes disparités entre les départements (de 112 à 183)
A l'inverse les places en services et soins à domicile destinés aux personnes âgées sont proportionnellement moins nombreuses sur la région (17,7) par rapport à la France (19,9).

Accueil des personnes âgées (1)

Etablissements et services, lits ou places installés au 1.01.2012 publics ou privés
Sources : DREES - ARS - FINESS - Données SAE 2011 déclarées par les établissements

Types d'accueil	RHÔNE - ALPES	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	France
Hébergement permanent Maison de retraite										
Nombre d'établissements	**712**	73	67	67	97	114	173	55	66	**7 271**
Nombre de lits	**53 858**	5 961	5 781	4 162	7 453	9 583	12 671	3 388	4 859	**540 268**
Logement-foyer										
Nombre d'établissements	**275**	34	14	22	50	31	85	24	15	**2 540**
Nombre de logements	**12 821**	889	459	854	2 348	1 813	4 697	1 054	707	**125 781**
EHPAD (en maisons de retraite ou logements foyers)										
Nombre d'établissements	**685**	66	66	59	99	111	164	55	65	**7 057**
Nombre de lits et de logements	**54 561**	5 916	5 806	4 346	7 831	9 695	12 424	3 476	5 067	**544 815**
Hébergement temporaire : nombre de lits	**588**	54	10	81	82	89	135	47	90	**8 674**
Accueil de jour : nombre de places	**1 054**	86	45	117	150	159	297	82	118	**10 938**
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)										
Nombre de services	**215**	20	21	19	34	33	47	23	18	**2 079**
Nombre de places	**9 135**	791	669	815	1 619	1 347	2 245	681	968	**111 264**
Soins de longue durée (USLD) - nombre de lits (2)	**3 057**	245	135	201	550	569	902	150	305	**32 137**

(1) Rupture de série suite à l'actualisation des requêtes
(2) Par rapport aux années précédentes, la diminution éventuelle du nombre de places en USLD provient de la transformation d'USLD en EHPAD. Les places sont requalifiées en "maison de retraite" au sens des catégories FINESS. Le nombre de maisons de retraite - EHPAD et de lits a augmenté d'autant

Accueil des personnes âgées

Taux d'équipement au 1.01.2012 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
Sources : DREES - ARS - FINESS

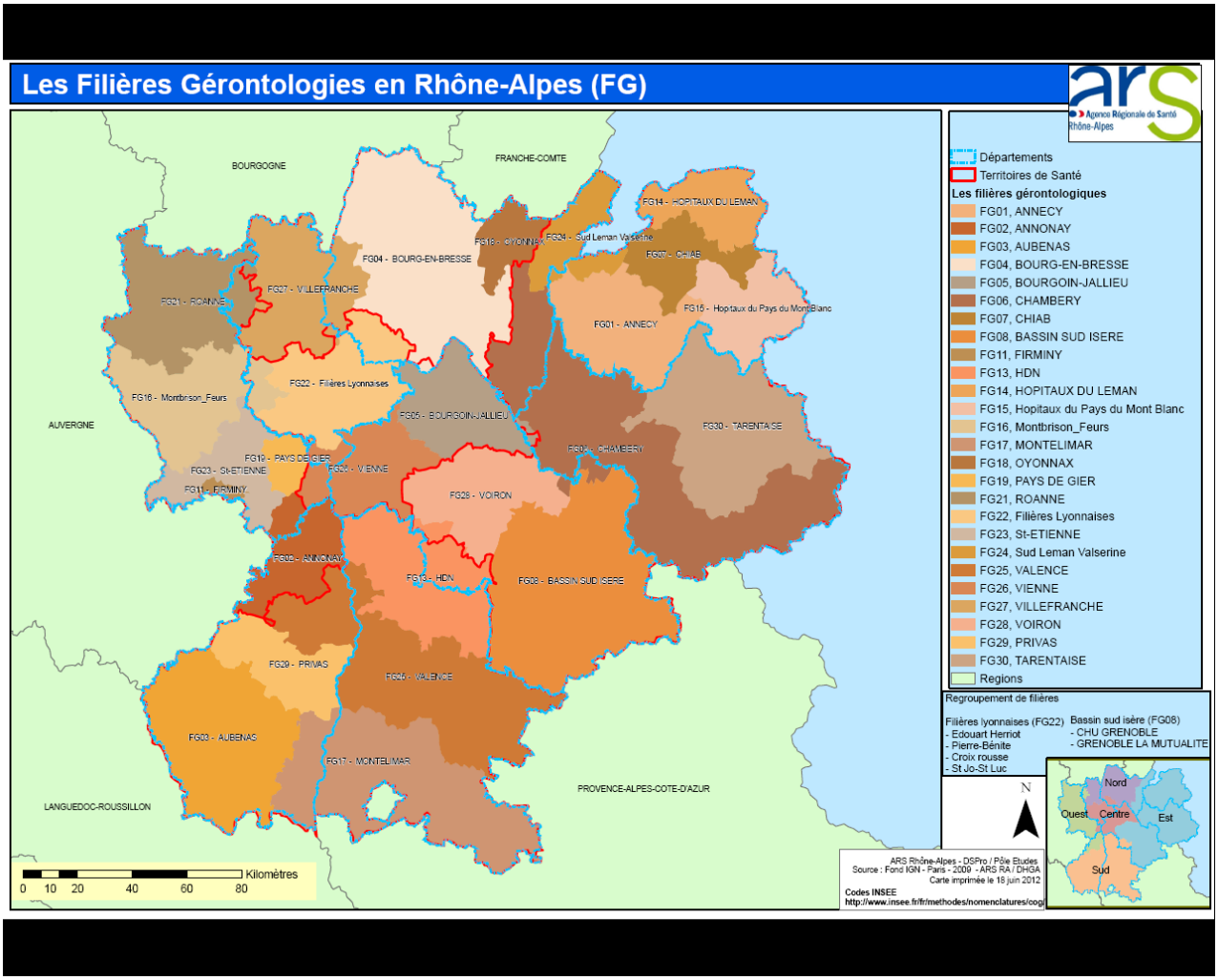
Equipement	RHÔNE - ALPES	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire, lits USLD)	**135,9**	160,2	183,3	117,3	112,8	156,1	134,8	129,9	117,1	**126,6**
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	**17,7**	17,7	19,2	18,0	17,5	17,4	16,4	19,1	19,0	**19,9**
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)	**111,3**	138,1	170,6	100,7	90,6	132,9	97,6	101,6	105,5	**103,3**

3. Dispositifs régionaux existants ... ou réponses apportées ....

Fort de ce constat, le Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS a pour objectif de réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement, et de développer les structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire) et les services, pour répondre au souhait des personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile.

Par ailleurs, l'ARS a créé des filières gérontologiques dans l'objectif d'assurer une meilleure cohérence du parcours de santé et une prise en charge globale des personnes âgées. L'enjeu étant d'éviter une rupture du parcours et d'assurer une prise en charge fluide, graduée et de qualité. La filière est structurée à partir d'une charte qui prévoit les modalités concrètes des relations entre les différents

maillons : accès aux expertises, recours aux EHPAD et plateaux techniques, conditions de retour à domicile ou dans les structures d'hébergement.
La filière associe sur son territoire, défini à partir des flux des patients et de l'offre de soins existante, l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux concourant à la prise en charge des personnes.
Initiées dès 2008 en concertation avec les présidents des conseils généraux, les filières, se sont largement développées (30) pour répondre aux besoins de la population âgée (450000 personnes de + de 75 ans en région).



Par ailleurs, l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, via la contractualisation du Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes (CRPCS) [30], promeut une démarche régionale de prévention des conduites suicidaires et du suicide. Elle a confié au CRPCS une mission régionale de mise en réseau de l'ensemble des acteurs gérontologiques impliqués, qu'ils soient usagers, familles, bénévoles ou professionnels, car en termes de prévention du suicide des personnes âgées, la mobilisation de tous les acteurs du champ gérontologique s'impose.
A titre d'exemple, le Département du Rhône, dont les EHPAD ont enregistré de septembre 2011 à juin 2012, 12 décès par suicide et 5 tentatives de suicide caractérisées, s'est mobilisé et propose des actions de formation et de sensibilisation pour lutter contre ce phénomène dramatique.
L'ARS a également engagé une action intitulée « Prévenir le suicide en EHPAD » afin de lutter contre les conduites suicidaires des personnes âgées en établissement.
A l'issue de la mise en place des actions, une évaluation est prévue. Si elle s'avère positive, les dispositifs ont vocation à être déployés en région.

[30] Données issues du Bulletin d'Actualités de la Prévention des Conduites Suicidaires en Rhône-Alpes http://www.acjb.org/files/downloads/crpcs_bulletin_2_juil_2013.pdf

II. Quelques problèmes identifiés par la CRSA

Sans reprendre les sujets abordés par les 3 rapports des missions ministérielles et ceux déjà identifiés par l'ARS et qui font l'objet d'un traitement dans le cadre du PRS notamment, la CSDU souhaite dégager des problématiques régionales ou locales qui viendront compléter le diagnostic et alimenter la réflexion.

1. À domicile

Compte tenu de problèmes de mobilité, le maintien à domicile nécessite souvent des aménagements du logement et un recours accru aux services à la personne.
Tout ce qui concerne l'aménagement du domicile, le développement de la télémédecine et de la télé assistance est abordé dans le projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement et ne sera pas abordé dans ce rapport. Par ailleurs, l'adaptation des logements à l'autonomie des personnes âgées a fait l'objet d'un rapport de l'Agence NAtionale de l'Habitat (ANAH) et de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) fin 2013.
Par contre, la CRSA a identifié des difficultés pour les personnes qui ne peuvent se mouvoir facilement ou qui ont des besoins spécifiques, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins dans le secteur libéral.

Bien que les principaux textes réglementaires[31] concernant l'accessibilité de la ville aux personnes handicapées prévoient des dispositions pour rendre accessible la chaîne du déplacement aux personnes à mobilité réduite pour 2015, l'accessibilité de tous les établissements accueillant du public y compris pour les locaux des professionnels de santé est loin d'être effective.

Il convient de noter que les annonces du gouvernement en matière d'accessibilité du 28 février 2014[32] visent à :

- Conforter la loi de 2005 et permettre à ceux qui ne seront pas au rendez-vous de se mettre en accessibilité,
- Réaffirmer l'inéluctabilité de la date du 1er janvier 2015 et de son dispositif de sanction pour les manquements à son application

Ainsi, il a été décidé :

- Le maintien du droit commun (échéance du 1er janvier 2015 avec son dispositif de sanctions pénales) et la mise en place d'un dispositif d'exception, les Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) qui permettront aux acteurs publics et privés, qui ne seraient pas en conformité avec les règles d'accessibilité au 1er janvier 2015, de s'engager sur un calendrier précis et resserré de travaux d'accessibilité (document validé et suivi par le préfet).
- L'évolution d'un certain nombre de normes relatives à l'accessibilité pour tenir davantage compte de la qualité d'usage et permettre à la fois de simplifier et d'actualiser de nombreuses normes et dispositions règlementaires, ainsi que de les compléter pour mieux prendre en compte l'ensemble des formes de handicap.

- **Accessibilité des personnes à mobilité réduite aux cabinets des professionnels de santé**

En 2011, la CRSA s'était félicité de la réflexion engagée par le conseil régional de l'ordre des médecins sur les solutions à mettre en œuvre pour 2015 et demandait aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) de lui communiquer les plans d'aménagement envisagés.

[31] Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
Décrets 2006-1657 et 2006-1658 du 21 décembre 2006 relatifs à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics
Arrêté d'application du 15 janvier 2007, modifié le 18 septembre 2012, relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics
Décret n° 78-1167 du 9 décembre 1978 relatif à l'accessibilité des installations ouvertes au public existantes et à l'adaptation des services de transport public (art. 4 et titre III maintenus par le décret n° 2006-1657 du 21 décembre 2006)
[32] http://www.developpement-durable.gouv.fr/Les-fondamentaux-et-les-axes-forts.html

Elle suggérait également à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) d'indiquer sur le site AMELI direct, l'information relative à l'accessibilité des locaux des professionnels de santé (PS) aux personnes à mobilité réduite.

Or, fin 2012, force est de constater que si les cabinets de professionnels de santé installés dans des locaux nouvellement construits répondent aux normes d'accessibilité, un certain nombre de cabinets existants risque de ne pas être accessible en 2015, comme le prévoit la loi.
Face à ce constat, la délégation ministérielle à l'accessibilité avec l'appui de la direction générale de l'offre de soins, de la direction générale de la cohésion sociale et avec le concours des ordres professionnels et des représentations de professionnels de santé, a élaboré un guide[33] « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité»
S'adressant aux professionnels, ce guide s'attache à développer les principales règles retenues pour faciliter les déplacements des personnes handicapées et leur accès aux prestations. Il traite également des conditions d'obtention d'une dérogation aux règles décrites. Ces dérogations prévues par la loi peuvent être accordées par le préfet pour 3 motifs :

- Impossibilité technique lié à l'environnement ou à la structure du bâtiment,
- Préservation du patrimoine architectural,
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences.

En Rhône-Alpes, l'accès des cabinets des professionnels de santé libéraux aux personnes à mobilité réduite a fait l'objet d'une réunion du Comité de Liaison Inter Ordres des professionnels de santé Rhône-Alpes, au cours de laquelle il a été clarifié les demandes administratives à faire auprès des préfectures.
Concernant les médecins, une information a été diffusée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et par les Conseils départementaux.
Si les adaptations des cabinets sont envisageables en milieu rural ou en périphérie des grandes villes, la situation est beaucoup plus complexe en ce qui concerne les cabinets situés en centre-ville qui seraient souvent en condition de demander des dérogations.

La CRSA constate des avancées sur les conduites à tenir pour permettre l'accessibilité des personnes à mobilité réduite aux cabinets des professionnels de santé. Elle déplore toutefois que la mise en œuvre, tout comme pour l'accessibilité aux établissements accueillant du public, tarde à être réalisée.

Recommandation
La CRSA demande que les autorités concernées par l'accessibilité mettent tout en œuvre pour faire appliquer la loi.
A minima, la CRSA suggère que le guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité» (note27), soit distribué à tous les cabinets des professionnels de santé accompagné d'un courrier de l'ARS et/ ou CROM incitant à l'application de la loi.
A terme, la CRSA demande que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) indique sur le site AMELI direct, l'information relative à l'accessibilité des locaux des professionnels de santé (PS) aux personnes à mobilité réduite.

1. En établissement

Le contrat de séjour fixe les règles entre l'établissement et le résident. Il précise entre autre, les motifs de rupture, les délais de préavis, les organes de médiation et éventuellement le recours au médecin traitant.

Il a été signalé des dérives consistant à inclure dans le contrat, le recours au médecin coordonnateur de l'établissement, théoriquement non prescripteur, sauf en cas de situation d'urgence. Par conséquent, la CRSA constate que la liberté de choix du médecin traitant pour les personnes hébergées en EHPAD ne semble pas totalement respectée.

En effet si la disposition « médecin traitant » n'est pas contestée, force est de constater que dans la pratique organisationnelle des établissements d'hébergement, les relations entre le « résident-assuré social » et son médecin traitant sont très encadrées, et trop souvent réduites.

[33] http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Reussir_accessibilite_0.pdf

Ainsi majoritairement les contacts avec le médecin traitant sont assurés par le personnel médical ou soignant de l'établissement, parfois par la famille. Cela concerne toute à la fois les consultations et/ou visites, les prescriptions pharmaceutiques, les examens de laboratoire mais aussi le suivi de son dossier médical (cabinet médecin traitant et service infirmier de l'établissement). En en un mot, c'est toute la relation singulière existant entre le médecin traitant et son malade qui est ainsi concernée.

De manière subséquente, des situations diverses, sujettes à interrogations, perdurent. Elles concernent notamment les relations « médecin traitant » et établissement (contrat, liste pharmaceutique préférentielle, commission de coordination gérontologique) et l'articulation pour un même médecin d'assurer conjointement une quotité de temps de médecin coordonnateur avec son activité libérale de médecin traitant.

Toutes ces pratiques, découlant d'une logique organisationnelle voire financière, ont tendance à « dessaisir » les « résidents-assurés sociaux » de leur médecin traitant au bénéfice, en premier lieu, de l'équipe « soignants/médecin coordonnateur » salariés d'un établissement puis de la famille. Donc à réduire l'expression de leur citoyenneté dans la prise en charge et l'accompagnement de leur santé.

Ceci est particulièrement vérifiable dans les EHPAD rattachés à un établissement sanitaire ou le suivi de l'état de santé du résident est placé sous la responsabilité du médecin coordonnateur et de son équipe soignante (règlement intérieur, contrat de séjour). Le résident est alors considéré comme un « malade hospitalisé » et donc « privé » du libre choix de son médecin traitant.

Recommandation
Compte tenu de ces situations, la CRSA demande aux établissements d'assurer à chaque résident le libre choix de son médecin traitant et à ce dernier, la totale liberté de son activité auprès de son malade.

Recommandation globale sur la thématique de la prise en charge des personnes âgées

La CRSA demande que le travail interministériel engagé pour l'élaboration du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prenne en compte le problème des personnes âgées présentant des troubles du comportement et crée, à leur intention, des modalités d'accueil adaptées dotées de personnels formés en nombre suffisant.

La CRSA demande à l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap, de respecter les horaires de vie en évitant les repas du soir à 17h30 ou 18h, destinés à programmer, pour des raisons d'organisation interne, notamment le manque de personnel, des couchers précoces avec comme conséquence des plages de nuits trop longues pour les usagers.

III. Quelques initiatives locales à valoriser

1. Expérience de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Lyon en vue de faciliter les démarches des usagers

Le Point Visio Public permet aux assurés de la CPAM de Lyon de communiquer simultanément avec les agents de la sécurité sociale en direct de la Maison des Services. L'usage de l'outil est très simple puisqu'il suffit de toucher l'écran pour être mis en relation immédiate avec un professionnel de la CPAM.

Cette opération lancée en 2010 est réalisée dans le cadre du Dispositif Emploi Formation Innovation Solidarité (DEFIS) et de la Labellisation du Pôle d'Excellence Rurale de notre Communauté de Communes.
Les premiers utilisateurs du Point Visio Public sur le canton de Saint Laurent de Chamousset livrent leur première impression qui reste unanime : approbation de l'installation qui évite des déplacements coûteux et une logistique compliquée, pour celles et ceux qui ne possèdent ni permis, ni véhicule.

Les caractéristiques les plus appréciées par ordre d'importance :
- une réponse adaptée à leur demande

- l'orientation et l'accompagnement sur place
- les conditions d'échange avec nos services
- la possibilité de voir un interlocuteur

Bien que très appréciée du public, il faudrait être attentif que l'utilisation de la technologie reste un outil et ne remplace pas les missions de service public.

D'après les informations recueillies en 2013 auprès de la CPAM de Lyon, (voir résultats étude en annexe 4) il apparait que la moyenne d'âge des assurés fréquentant les Visio publics est supérieure à 50 ans.

Pour l'instant, le système est utilisé uniquement par la CPAM, mais à terme, il pourrait être étendu à d'autres services publics.

Recommandation d'exemple à suivre
Cette initiative montre, qu'en l'absence de service de proximité, la technologie permet de rapprocher les usagers des institutions, tout en conservant une bonne qualité du service rendu.

2. Initiatives de 2 communes du département de l'AIN facilitant l'accès aux lieux de vie et services pour les personnes à mobilité réduite

Ces deux cas ne sont que des exemples d'initiative en proximité géographique car sur Rhône-Alpes, entre autre région, plusieurs communes ou communautés de communes ont mis en place des solutions identiques ou différentes, pour un meilleur service pour leur population.

Développer les moyens d'un maintien assuré à domicile passe aussi par un développement conjoint de l'accessibilité aux lieux de vie et à des services adaptés pour toutes les personnes à mobilité réduite du fait de l'âge, du handicap ou d'autres facteurs.
Actuellement on voit les centres villes se désertifier en commerces de proximité de bouche. Ceux-ci étant très souvent remplacés par des succursales banquières ou des agences immobilières, et ceux qui veulent maintenir leurs commerces se voient contraints par pression économique d'aller s'implanter dans les zones de chalandise en périphérie des agglomérations.
Cette situation ne laisse pas de poser des problèmes aux personnes fragiles, peu mobiles, pour garder les relations sociales fortes nécessaires avec leur voisinage.
Comme le signale le rapport de Monsieur Luc BROUSSY, de la Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, « pas de maintien à domicile possible sans une ville accessible et des transports permettant un minimum de mobilité ».
Nombre d'élus en charge d'un commune ou d'une communauté réfléchissent à ces problèmes depuis plusieurs années, émettent des prospectives et, pour certains, ont déjà concrétisé une réalisation sur le terrain. Afin d'illustrer notre propos et de permettre une réflexion collective sur la créativité de nos responsables locaux face à ces problèmes cruciaux pour notre avenir, car nous sommes tous des personnes âgées en devenir, nous avons cherché des exemples à vous proposer et avons choisi deux réalisations. Il y en a certainement beaucoup d'autres mais celles-ci avaient l'avantage d'être à proximité de Lyon.
Pour le premier, dans une commune d'un peu plus de 4000 habitants (recensement 2012) possédant une résidence pour personnes âgées mais pas, ou peu, de commerces de proximité, la municipalité précédente avait réfléchi à la création d'un transport spécifique destiné à emmener ces personnes faire leurs emplettes dans les moyennes surfaces proches situées en périphérie. Ce service, par extension servant aussi à desservir les diverses manifestations communales, tel le repas des anciens ou des manifestations à la salle des fêtes communale.
La réalisation de ce projet, qui a été reprise et maintenu par la nouvelle équipe municipale, consiste en l'utilisation d'un minibus ancien de 8 places, conduit a minima 1 fois par semaine par un chauffeur bénévole –ils se relaient à 3 dont un Adjoint au Maire_ qui fait la navette. Ce transport fonctionne depuis 8 ans ! Le coût de ce service, gratuit pour les utilisateurs est minime pour la commune (entretien de base, assurance et carburant). Ajoutons, pour ceux que cette expérience intéresserait, que ce type de transport pourrait actuellement aussi être pris en charge par la publicité. Pour plus de renseignement contactez la Mairie de Dagneux dans l'AIN.

Le deuxième exemple est plus complexe en ce sens qu'il sert des intérêts collectifs multiples – entreprises, scolaires, population de la communauté dont bien entendu les personnes fragiles incluses dans cette population- et ce depuis 1 an même si la réflexion date de 2009.
La Communauté de Commune de Miribel et du Plateau a, ni plus ni moins, créé de toutes pièces un réseau de transports en commun COLIBRI (COtière LIBerté Réseau Intercommunal). L'idée de base était de pouvoir réduire les nuisances dues aux véhicules privés en heures de pointe. Cela en permettant une fluidification des flux pour les personnels d'entreprises, nombreuses, et des scolaires dans une zone très proche de Lyon et la COURLY. Ensuite l'autre idée était de répondre à l'irrigation en transport en commun des 6 communes, dont une plus excentrée. De nombreuse réunions ont été nécessaires avec les chefs d'entreprises et un schéma d'aménagement à été bâti ainsi qu'une création de partenariat avec une grosse entreprise de transport en commun qui est aussi le prestataire du Conseil Général.
A l'origine étaient prévues 2 lignes et 2500 voyageurs/mois. Un an après, ce sont 4 lignes qui fonctionnent et transportent 5200 voyageurs/mois hors lignes du Conseil Général soit 9200 avec puisque le titre de transport Colibri fonctionne aussi avec. Toutes les gares, la piscine du canton, le collège, les lieux de chalandise, les écarts et les communes éloignées sont desservies toutes les ½ heures en HP et toutes les H. en HC entre 6.30 et 19.30. Par décision des élus communautaire le prix du ticket a été fixé symboliquement à 1 € quelque soit le trajet. Des tarifs et abonnement très avantageux existent. La population a tout de suite adhéré à cette réalisation exemplaire.

Recommandation d'exemple à suivre.
Voilà deux exemples de réalisations, dont la conception est déjà ancienne, bien en phase avec les orientations nationales actuelles. Réalisations qui peuvent faire des émules en ce sens qu'elles répondent bien à la notion de service aux personnes quelle que soit leur situation de perte d'autonomie ou de handicap en confortant les relations sociales essentielles à un fonctionnement harmonieux des espaces. Cet aspect étant aussi nécessaire que le médical ou le médicosocial pour le maintien à domicile.

Annexes

1. Synthèse des projets « labels droits des usagers de la santé» reçus au 31 décembre 2013
2. Liste des formations 2012 OGC
3. ANESM synthèse régionale 2012 enquête bientraitance MAS /FAM
4. Résultats étude de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Lyon sur les Points Visio Public

LABEL 2013 « Droits des usagers de la santé »

Synthèse de l'ensemble des projets reçus au 31 décembre 2013

5 avis favorables …

« Réunion d'expression des usagers » projet du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
Le projet organise la participation directe des usagers à la vie de l'établissement en proposant des réunions d'expression aux usagers volontaires ayant séjourné dans la structure.
Dans la mesure où cette démarche dépasse la réglementation, fait l'objet d'une revue régulière en CRUQ et apporte à l'usager la possibilité de s'exprimer librement sur la perception de son séjour en vue d'une amélioration de la prise en charge, le projet a reçu un avis favorable.

« Accès priorisé à la greffe rénale, un droit fondamental pour le dialysé », projet de CALYDIAL Vienne
Le projet consistant à favoriser l'accès à l'offre de transplantation grâce à une évaluation rapide et systématique des patients arrivant en dialyse a été conçu en association avec la CRUQ. Par ailleurs, la parole des patients sera recueillie au moment de l'évaluation. Aussi, cette démarche facilement transférable à d'autres établissements de dialyse répond aux principaux critères du label.

« Gazette des patients » projet de l'AURAL
Il s'agit d'un outil de communication visant à développer l'information sur les droits des patients. Dans la mesure où les RU de la CRUQ, l'assistant social et les usagers ont été associés au lancement du projet et sont tous acteurs de la conception de la Gazette, le projet a reçu un avis favorable.

« L'analgésie à domicile par cathéter (KT) périnerveux continus de longue durée » : projet de la Clinique du grand large à Décines Charpieux.
Ce projet vise à améliorer la prise en charge des douleurs aigues ou chroniques des usagers et faciliter leur retour à domicile grâce à la pose de KT, assortie d'un suivi en partenariat avec un prestataire de soins infirmiers à domicile.
Ce projet expérimental, est inscrit dans le contrat d'objectifs et de moyens 2013-2018 signé avec l'ARS et respecte le critère d'innovation nécessaire à l''attribution du label

… dont 2 sont proposés à la labellisation nationale

« 2 espaces pour une maison des usagers personnalisée » projet du CHS de Savoie (Bassens)
Le projet prévoit d'adosser à l'espace "associations" traditionnel de la MDU un espace "familles" permettant, par un accueil hors unités de soins, de maintenir le lien familial pendant la période d'hospitalisation. Les représentants des usagers ont été associés aux différentes étapes du projet et la coordination des 2 espaces par du personnel de l'hôpital est organisée. De plus, au moment de l'évaluation, un bilan annuel sera présenté à la CRUQ.
Ce projet a reçu un avis favorable car il est innovant, associe les usagers et peut facilement être transférable.

La méthode "Shadowing", projet de la Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-Alpes (CEPPRAL)
Le projet vise à évaluer, par une personne nommée le "shadower », le ressenti du patient et de l'entourage sur un segment du parcours de soins en vue d'améliorer la qualité de prise en charge. L'objectif étant d'identifier des points cibles qui pourront être améliorés rapidement par des modifications simples.
Dans la mesure où le projet a été expérimenté dans 15 établissements et est facilement transférable puisque le CEPPRAL propose des formations, un kit outil et un accompagnement de la démarche, le projet a reçu un avis favorable.

7 avis défavorables

« Labellisation LABELIX des Centres d'Imagerie Médicale » projet de l'union régionale des médecins radiologues de Rhône-Alpes

Le label LABELIX, très professionnel, prend en compte le patient dans un contexte de gestes très techniques et a pour objectif d'assurer une meilleure prise en charge, plus sécurisée, des patients.
LABELIX est un label professionnel, fait par des professionnels, pour des professionnels.
Ce label, de qualité, ne relève cependant pas du label «droits des patients».

'"Les soins sans consentement en un clic", projet du Centre psychothérapique Nord Dauphiné (CPND)

La politique de communication autour de la législation relative aux hospitalisations restrictives de liberté a été conçue pour les professionnels susceptibles d'intervenir dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte. En raison du défaut de module à destination des usagers, le projet n'a pas été retenu.

« Mise en place d'une charte périnatale » projet des hôpitaux du Mont Blanc

La mise en place de la charte est une initiative de l'établissement dans objectif de fédérer l'équipe obstétricale autour de pratiques respectueuses des attentes et souhaits des couples au moment de l'accouchement. Bien que répondant aux attentes de « démédicalisation » de l'accouchement formulées par certains couples, il ne répond pas au critère de participation des usagers ou leurs représentants à la conception et / ou mise en œuvre du projet.

« Maison des usagers « revitalisée » projet du CHU de Saint-Etienne

Ce projet de "réactivation" de la maison des usagers créée en mai 2009 ne répond pas au critère d'innovation exigé par le label, lequel n'a pas vocation à valoriser les actions répondant à la stricte application de la réglementation.

« Les familles font partie de la solution : Une action d'aide aux aidants » présentée par la Délégation du Rhône de l'UNAFAM.

Ce projet visant à sensibiliser les différentes équipes du CHS Saint Jean de Dieu sur les services proposés par l'UNAFAM en vue d'accompagner les familles des patients ne parait pas suffisamment abouti pour l'octroi de la labellisation.
C'est un projet intéressant qui mériterait d'être élargi à plusieurs établissements spécialisés et gagnerait à être inter associatif. Un contact sera pris avec le promoteur pour lui proposer de représenter un projet rénové en 2014.

« Tout savoir sur les directives anticipées », projet présenté par le Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL)

Le centre hospitalier a créé des outils et organisé des rencontres pour communiquer sur les directives anticipées, tant auprès des professionnels que des usagers (conférences, plaquettes, ateliers ,,,)
Ce projet très intéressant, n'a toutefois pas été retenu car le critère de la participation des usagers ou de leurs représentants à la conception et/ou suivi du projet n'était pas rempli.

« Centre d'information médicale individualisée (CIMI) » projet de l'association PasserElles buissonnière à Lyon.

Le projet propose aux patients sortant de l'hôpital de trouver une information médicale personnalisée, relative aux questions qu'ils se posent suite à son hospitalisation, sur sa pathologie, les soins reçus et la suite des soins. Le projet vise à rendre le patient autonome et responsable vis-à-vis de ses soins, décoder avec lui le langage médical parfois difficile, faire le lien avec le médecin hospitaliser et le médecin traitant. Cette initiative met en relief le manque d'information médicale des patients à la sortie de leur hospitalisation et tente de combler cette lacune.
Toutefois, elle ne répond pas au critère de participation des usagers ou leurs représentants à la conception et / ou mise en œuvre, et pour cette raison, elle n'a pas été retenue.

Annexe 2

OGC Programmes FPC / DPC financés par l'OGC pour l'année 2012 par thèmes		
Accompagnement les professionnels dans leurs projets d'organisation professionnelle	Pathologie du coeur et des vaisseaux - HTA	Prescription des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne
Accompagnement des professionnels en projets de regroupement à tous les stades	Pathologies de l'appareil digestif, hépatologie	Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons
Addictions et toxicomanies	Pathologies de l'appareil neurologique	Prescription des lits médicalisés
Aide à la gestion de parcours professionnel, et parcours de formation adaptés aux besoins	Pathologies de l'appareil urinaire, néphrologie, urologie	Prescription des médicaments génériques
Analyse de parcours et /ou de pratique professionnels, en vue de la définition de problématiques et de besoins	Pathologies de l'oeil et de ses annexes	Prescription des statines
Assurer la coordination des soins ambulatoires des pathologies chroniques entre professionnels de santé	Pathologies de la peau et des phanères	Prescription des transports sanitaires
Autisme de l'enfant et de l'adulte	Pathologies de la plèvre et des poumons	Prévention de l'obésité et des autres troubles de conduites alimentaires chez les jeunes
AVC	Pathologies de la sexualité	Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées
Bon usage des actes d'imagerie	Pathologies de la sphère ORL	Prévention des facteurs de risque chez la femme enceinte
Bon usage des anti-coagulants	Pathologies en Allergologie	Prévention des risques cardiovasculaires, notamment chez le patient diabétique
Bon usage des dispositifs médicaux	Pathologies en Hématologie	Prévention et dépistage du cancer du colon
CCAM et T2A	Pathologies en Stomatologie	Prévention et dépistage du cancer du sein
Diabète et pathologies endocriniennes	Pathologies gynécologiques – obstétrique	Prévention et/ou vaccinations
Favoriser le développement de l'anesthésie / chirurgie ambulatoire en optimisant la coordination des soins	Pathologies Infectieuses et parasitaires	Prise en charge de la dépression
Formation à la lecture critique	Pathologies orthopédique et rhumatologique	Prise en charge de la douleur
Formation à la relation médecin – patient	Pathologies psychiatriques	Prise en charge des violences conjugales
Formation à l'éducation thérapeutique	Patient en situation de soins non programmés	Prise en charge du risque professionnel par le médecin traitant, prévention, suivi, réparation, connaissance de la législation
Formation des intervenants du dispositif FPC (et à son adaptation)	Plan Cancer	Programmes d'études cliniques et épidémiologiques visant à évaluer des pratiques et à actualiser et/ou compléter des recommandations de bonne pratique clinique
Formation des maîtres de stage	Pratique de la coloscopie après polypectomie	Réalisation d'imagerie diagnostique et interventionnelle, radioprotection
La contraception et/ou les I.S.T	Pratique de la vidéo capsule endoscopique	Respect de réglementation des affections de longue durée

Mieux prescrire les actes réalisés par les paramédicaux	Prescription des anti-agrégants plaquettaires	Sécurité des soins, gestion des risques, iatrogénie
Mieux prescrire les examens biologiques	Prescription des antibiotiques	Soins palliatifs et fin de vie
Mise en œuvre des protocoles de soins de la HAS dans le cadre des ALD	Prescription des anti-hypertenseurs (IEC/ sartans,…)	Suivi de l'enfant, du nourrisson et de l'adolescent
Mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention / gestion des crises sanitaires	Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques	Suivi de la personne âgée et/ou dépendante
Oncologie (notamment les nouvelles chimiothérapies)	Prescription des arrêts de travail	Système d'information et dossier médical

SYNTHESE REGIONALE 2012
RHÔNE-ALPES

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

Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé

Octobre 2013

Sur 139 structures de la région Rhône-Alpes sollicitées, 117 ont retourné un questionnaire exploitable dont :

- **38 MAS**
- **75 FAM**
- **4 structures de type inconnu (non réponse à la question)**

Au niveau national, ces 117 établissements représentent 11% des établissements répondants.

Afin de pouvoir être comparés aux résultats nationaux, les résultats régionaux sont présentés en pourcentages. Ces pourcentages ont été calculés par rapport au nombre d'établissements répondants (si un établissement n'a pas répondu à une question, il est exclu du calcul des pourcentages pour cette question).

Accueil et évaluation initiale

Pratiques mises en œuvre lors de la phase d'accueil :

		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Visite de l'établissement	**Rhône-Alpes**	**0%**	**1%**	**3%**	**96%**
	National	*0%*	*1%*	*5%*	*94%*
Recueil des habitudes, centres d'intérêts, histoires de vie	**Rhône-Alpes**	**1%**	**1%**	**3%**	**95%**
	National	*0%*	*1%*	*5%*	*94%*
Evaluation des besoins de soins	**Rhône-Alpes**	**0%**	**2%**	**7%**	**91%**
	National	*1%*	*1%*	*6%*	*92%*
Evaluation des potentialités	**Rhône-Alpes**	**0%**	**2%**	**10%**	**89%**
	National	*1%*	*3%*	*11%*	*85%*
Information des personnes / Recherche de leur accord sur le séjour	**Rhône-Alpes**	**1%**	**3%**	**10%**	**85%**
	National	*1%*	*5%*	*10%*	*84%*
Recueil des attentes de la personne	**Rhône-Alpes**	**0%**	**11%**	**20%**	**69%**
	National	*2%*	*9%*	*14%*	*75%*

Lire ainsi : 96% des établissements de la région Rhône-Alpes déclarent toujours réaliser une visite de l'établissement lors de la phase d'accueil de l'usager. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 94%.

Elaboration et mise en œuvre des projets personnalisés

84% des établissements de la région Rhône-Alpes élaborent systématiquement en équipe pluridisciplinaire des projets personnalisés qui intègrent toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, vie quotidienne, vie sociale etc.). Au niveau national, la proportion est de 85%.

Elaboration avec les personnes accueillies des projets personnalisés

		Rare*	Partielle	Fréquente	Systématique
MAS	**Rhône-Alpes**	**37%**	**11%**	**14%**	**37%**
	National	*37%*	*17%*	*9%*	*37%*
FAM	**Rhône-Alpes**	**10%**	**5%**	**19%**	**66%**
	National	*13%*	*11%*	*16%*	*60%*

Lire ainsi : 37% des MAS de la région Rhône-Alpes élaborent systématiquement un projet personnalisé avec la personne accueillie. Pour comparaison la moyenne nationale est de 37%.

Evaluation des projets personnalisés

Mise en œuvre de pratiques de suivi et d'évaluation des projets personnalisés :

		Rare*	Partielle	Fréquente	Systématique
Une évaluation régulière du projet personnalisé	**Rhône-Alpes**	**6%**	**8%**	**5%**	**81%**
	National	*9%*	*9%*	*9%*	*73%*
Une actualisation du projet en cas de constat partagé de modification de la situation de la personne	**Rhône-Alpes**	**6%**	**12%**	**7%**	**75%**
	National	*11%*	*6%*	*10%*	*73%*
Une analyse de la pertinence et de l'impact des actions réalisées	**Rhône-Alpes**	**8%**	**13%**	**7%**	**72%**
	National	*10%*	*12%*	*13%*	*65%*
L'appréciation du projet par la personne et par son entourage	**Rhône-Alpes**	**8%**	**17%**	**12%**	**63%**
	National	*11%*	*15%*	*16%*	*58%*

Lire ainsi : 81% des établissements de la région Rhône-Alpes mettent systématiquement en place une évaluation régulière du projet personnalisé. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 73%.

* Rare : entre 0% et 20% des usagers concernés au sein de l'établissement répondant, Partielle : entre 30% et 50% des usagers concernés, Fréquente : entre 60% et 80% des usagers concernés, Systématique : 90% ou plus des usagers concernés.

Vie en collectivité et accompagnement personnalisé

Proportion d'établissements proposant à tous ses résidents :

		Une chambre individuelle	Une salle de bain individuelle adaptée
MAS	**Rhône-Alpes**	**50%**	**23%**
	National	*54%*	*34%*
FAM	**Rhône-Alpes**	**71%**	**49%**
	National	*74%*	*61%*

Lire ainsi : 50% des MAS de la région Rhône-Alpes mettent à disposition une chambre individuelle à l'ensemble de leurs résidents. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 54%.

Mise en place de dispositifs et outils pour aider les usagers à se repérer dans le temps :

		Non ou très partiellement	Oui globalement, mais avec des problèmes de mise en œuvre	Oui
MAS	**Rhône-Alpes**	**34%**	**47%**	**18%**
	National	*25%*	*43%*	*32%*
FAM	**Rhône-Alpes**	**8%**	**43%**	**49%**
	National	*7%*	*46%*	*47%*

Lire ainsi : 18% des MAS de la région Rhône-Alpes mettent en place (sans difficulté) des dispositifs et des outils pour aider les usagers à se repérer dans le temps. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 32%.

Mise en place de dispositifs et outils pour aider les usagers à se repérer dans l'espace :

		Non ou très partiellement	Oui globalement, mais avec des problèmes de mise en œuvre	Oui
MAS	**Rhône-Alpes**	**29%**	**47%**	**24%**
	National	*22%*	*44%*	*34%*
FAM	**Rhône-Alpes**	**11%**	**44%**	**45%**
	National	*12%*	*39%*	*49%*

Lire ainsi : 24% des MAS de la région Rhône-Alpes mettent en place (sans difficulté) des dispositifs et des outils pour aider les usagers à se repérer dans l'espace. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 34%.

Vie en collectivité et accompagnement personnalisé

Proportion d'établissements proposant à tous ses résidents :

		Une chambre individuelle	Une salle de bain individuelle adaptée
MAS	**Rhône-Alpes**	**50%**	**23%**
	National	*54%*	*34%*
FAM	**Rhône-Alpes**	**71%**	**49%**
	National	*74%*	*61%*

Lire ainsi : 50% des MAS de la région Rhône-Alpes mettent à disposition une chambre individuelle à l'ensemble de leurs résidents. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 54%.

Mise en place de dispositifs et outils pour aider les usagers à se repérer dans le temps :

		Non ou très partiellement	Oui globalement, mais avec des problèmes de mise en œuvre	Oui
MAS	**Rhône-Alpes**	**34%**	**47%**	**18%**
	National	*25%*	*43%*	*32%*
FAM	**Rhône-Alpes**	**8%**	**43%**	**49%**
	National	*7%*	*46%*	*47%*

Lire ainsi : 18% des MAS de la région Rhône-Alpes mettent en place (sans difficulté) des dispositifs et des outils pour aider les usagers à se repérer dans le temps. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 32%.

Mise en place de dispositifs et outils pour aider les usagers à se repérer dans l'espace :

		Non ou très partiellement	Oui globalement, mais avec des problèmes de mise en œuvre	Oui
MAS	**Rhône-Alpes**	**29%**	**47%**	**24%**
	National	*22%*	*44%*	*34%*
FAM	**Rhône-Alpes**	**11%**	**44%**	**45%**
	National	*12%*	*39%*	*49%*

Lire ainsi : 24% des MAS de la région Rhône-Alpes mettent en place (sans difficulté) des dispositifs et des outils pour aider les usagers à se repérer dans l'espace. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 34%.

Ouverture des établissements à et sur l'extérieur

Pourcentage moyen par établissement de résidents socialement isolés (n'ayant eu aucun contact avec des proches, ni direct, ni à distance, au cours des 6 derniers mois) :

Rhône-Alpes	**12%**
National	*16%*

Proportion d'établissements proposant régulièrement des initiatives pour ouvrir l'établissement à et sur l'extérieur :

Rhône-Alpes	**64%**
National	*65%*

Liberté d'aller et venir

Pourcentage moyen d'usagers par établissement bénéficiant de la liberté d'aller et venir :

A l'intérieur de l'établissement	**Rhône-Alpes**	**87%**
	National	*86%*
A l'extérieur de l'établissement	**Rhône-Alpes**	**48%**
	National	*48%*

Lire ainsi : Les établissements de la région Rhône-Alpes comptent en moyenne 87% d'usagers bénéficiant de la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement.

Continuité des soins

Proportion d'établissements assurant sans difficulté la continuité des soins :

Le jour	**Rhône-Alpes**	**85%**
	National	*93%*
La nuit	**Rhône-Alpes**	**58%**
	National	*70%*

Lire ainsi : 85% des établissements de la région Rhône-Alpes déclarent assurer sans difficulté la continuité des soins le jour. Pour comparaison, la moyenne nationale est de 93%.

Annexe 4

CPAM LYON : Service Visio public

Etude de janvier à mai 2010

Conduite auprès des utilisateurs du service visio public installé à St Laurent de Chamousset et St Symphorien sur Coise sur la période de janvier à mai 2010

Parmi les utilisateurs, tous les âges sont représentés selon la répartition ci après :
- moins de 30 ans : 9.6
- de 30 à 60 ans : 60
- plus de 60 ans : 3

L'appréciation portée par les utilisateurs sur ce service : 71 très satisfait et 28 satisfait

Etude sur les données 2013

Moyenne d'âge des assurés qui fréquentent les visiopublics
- Amplepluis : 53 ans
- *Beaujeu : 62 ans*
- *St Laurent de Chamousset: 51 ans*
- *St Sym*phorien sur Coise : 52 ans

Répartition affinée par tranche d'âge

Amplepluis :
- Plus de 60 ans : 25%
- Entre 45 et 60 ans : 35%
- Entre 30 et 45 ans : 28%
- Moins de 30 ans : 12%

Beaujeu :
- Plus de 60 ans : 75%
- Entre 45 et 60 ans : 12%
- Entre 30 et 45 ans : 13%
- Moins de 30 ans : -

St Laurent de Chamousset :
- Plus de 60 ans : 25%
- Entre 45 et 60 ans : 35%
- Entre 30 et 45 ans : 28%
- Moins de 30 ans : 12

St Symphorien sur Coise :
- Plus de 60 ans : 35%
- Entre 45 et 60 ans : 36%
- Entre 30 et 45 ans : 16%
- Moins de 30 ans : 13

Définition des sigles et acronymes

ACR	Actions Coordonnées Régionales
AFR	Actions de Formations Régionales
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANESM	L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
APA	Allocation Personnalisée de l'Autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
AVS	auxiliaire de vie scolaire
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDPI	chambre disciplinaire de première instance
CDSP	Commission départementale de soins psychiatriques
CESP	contrat d'engagement de service public
CIRE	Cellules de l'Institut de veille sanitaire en région
CISS	Collectif Inter associatif Sur la Santé
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
CODERPA	comité départemental des retraités et des personnes âgées
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CRA	centre de ressources autisme
CROM	Conseil régional de l'ordre des médecins
CRP	centre de rééducation professionnelle
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQ PC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CSDU	Commission Spécialisée Droits des Usagers
CT	Conférence de Territoire
CVS	Conseil de vie sociale
DD	Délégation Départementale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ministère)
DO	Dépistage organisé
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESAT	établissement et service d'aide par le travail
ESMS	établissement social et médicosocial
ETS	établissement de santé
FAM	foyer d'accueil médicalisé
FemasRA	Fédération Régionale des Maisons de Santé en Rhône-Alpes
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FPC	formation professionnelle conventionnelle
GMP	GIR moyen pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
HT	hébergement temporaire
IA	Inspection académique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IME	institut médico éducatif
I-SATIS	Indicateur de mesure de la SATISfaction des patients hospitalisés
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique
MAS	maisons d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementales des personnes handicapées
ODENORE	Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services
OGC	Organisme Gestionnaire Conventionnel
PA	Personne âgée
PAPS	Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé
PIE	Plan formations Inter-Etablissements
PP	Projet personnalisé
PRAPS	Programme régional d'accès
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement
PS	Professionnels de Santé
ROR	répertoire opérationnel des ressources
RU	Représentant des usagers
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés
SESSAD	service d'éducation spéciale et d'accompagnement à domicile
SIPAPH	Système d'information partagée pour l'autonomie des personnes handicapées
SROMS	Schéma régional d'organisation médicosocial
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRP	Schéma régional de prévention
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
UCSA	unité de consultation et de soins ambulatoires
UDAF	Union départementale des associations familiales
UDS	université de la démocratie sanitaire
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
ULIS	Unités Pédagogiques d'Intégration Scolaires
UMD	Unité pou malades difficiles
URPS	Union Régionale des Professionnels de santé