

BOURGOGNE

Année 2014



RAPPORT SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Table des matières

Introduction.....	Erreur ! Signet non défini.
A. Droits des usagers du système de santé : recueil des indicateurs selon l'arrêté du 5 avril 2012... 5	
I. Promouvoir et faire respecter le droit des Usagers	6
1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs) [objectif 1]	6
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers [objectif 2].....	8
3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance [objectif 3] ...	13
4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur [objectif 4]..	14
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 [objectif 5]	15
6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical [objectif 6]	15
7. Assurer la scolarisation des enfants en milieu ordinaire [objectif 7].....	16
8. Droits des personnes détenues – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical [objectif 8]	19
9. Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques [objectif 9].....	19
II. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous.....	20
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux [objectif 10].....	20
11. Assurer financièrement l'accès aux soins [objectif 11]	20
12. Assurer l'accès aux structures de prévention [objectif 12].....	20
13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires [objectif 13].....	20
III. Conforter la représentation des usagers du système de santé	23
14. Former les représentants des usagers dans les instances du système de santé [objectif 14]	23
IV. Renforcer la démocratie sanitaire.....	29
15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire [objectif 15]	29
B. Rapport d'activité 2013 des CRUQPC.....	31

C.	Bilan du guichet unique des réclamations de l'ARS Bourgogne.....	31
D.	Travaux de la commission spécialisée Droits des Usagers.....	34
E.	Recommandations.....	37
I.	Suivi des recommandations	37
II.	Recommandations du présent rapport.....	47
F.	Conclusion	48
G.	Siglaire	49

« Transformer la qualité du papier en qualité de terrain



D'années en année, les rapports Droits des Usagers se succèdent et nous donnent à chaque fois l'occasion d'en savoir plus sur les procédures mises en places par les établissements, ainsi que sur un certain nombre de données chiffrées, tant dans le domaine sanitaire via la synthèse annuelle des rapports de commissions de relations aux usagers et à la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé, que médico-social, grâce notamment à une enquête bi-annuelle que la commission a lancée il y a 5 ans. Reste à renseigner par contre un certain nombre d'indicateurs demandés mais que les instances responsables ne sont pas toujours promptes à nous communiquer, ainsi que d'investiguer plus avant le domaine de la médecine dite « de ville ».

Dans quelques domaines que nous soyons, le respect des droits des usagers est toujours présenté de manière idéale sur le papier, et certains points que nous avons à renseigner dans notre rapport, s'ils nous donnent quelques indicateurs, font surtout état de l'existence d'une procédure sans en vérifier son bon fonctionnement. C'est là que nous devrions mieux creuser à l'avenir dans l'élaboration du rapport, de façon à mettre en évidence les problèmes de fonctionnements sur lesquels des réflexions devraient être portées.

Les recommandations faites ne mettent pas le point sur des manquements, mais sur des points à améliorer, et c'est cette vision qu'il faut avoir si l'on souhaite avoir des remontées plus renseignées lorsque nous élaborons le rapport annuel, ceci de manière à mieux travailler sur les dispositions à prendre pour améliorer la prise en charge du patient dans le respect de ses droits.

Je tiens particulièrement à remercier l'ensemble des membres de la commission pour leurs participations et leurs contributions, ainsi que le soutien logistique de l'ARS, et en particulier Emilie Guillemin et Sophie Leblanc qui nous accompagnent toute l'année pour la qualité de leur travail. >>

Yann LECOMTE

Président de la Commission Spécialisée
Droits des Usagers du Système de Santé

A. DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE : RECUEIL DES INDICATEURS SELON L'ARRETE DU 05 AVRIL 2012

La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé est chargée, en collaboration avec les autres commissions spécialisées de la CRSA, de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social (article D.1432-42 du Code de la Santé Publique)

Ce rapport, rédigé annuellement, repose sur un cahier des charges contenu dans l'arrêté du 5 avril 2012 (*annexe 1*).

Cinq grands thèmes sont prévus dans le cahier des charges :

- Promouvoir et faire respecter les droits des usagers
- Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous
- Conforter la représentation des usagers
- Renforcer la démocratie sanitaire
- Faire converger les droits des usagers entre les secteurs sanitaire hospitalier ou ambulatoire, médico-social, « domicile »

Les quatre premiers thèmes sont traduits sous forme d'orientations, tandis que le cinquième thème, relatif à la convergence des droits des usagers, est transversal.

Le renseignement des indicateurs figurant dans le cahier des charges n'est pas exhaustif. Certains chiffres s'avèrent difficiles à obtenir ; dans certains cas, les données n'existent pas, car leur recueil n'est pas annuel mais à une fréquence moindre, ou alors ne sont pas recensées, ou les sollicitations effectuées par l'ARS n'ont pas obtenu de suites.

Les deux principales sources de données pour le secteur sanitaire sont constituées des rapports des Commissions Relations Usagers et Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), ainsi que les résultats de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS). (Pour rappel, les notes émises dans le cadre de la certification HAS s'échelonnent de A à D, A étant la meilleure note, et D la note la plus médiocre.)

Les données concernant le secteur médico-social sont issues de l'enquête réalisée par l'ARS auprès des établissements et services médico-sociaux; elles sont issues d'un questionnaire diffusé à 390 établissements médico-sociaux par le biais du logiciel Solen, au printemps 2014. Les résultats détaillés de l'enquête tiennent compte des spécificités de chaque secteur, notamment en distinguant les données relatives aux établissements accueillant des personnes âgées de celles issues des établissements accueillant des personnes handicapées. Ils sont disponibles en annexe.

Il existe un certain nombre de dispositifs, même s'ils sont nationaux et pas toujours déclinés localement ou avec des extractions régionales, permettant toutefois d'avoir une évaluation sur des données à intégrer au présent rapport. Quelques-uns d'entre eux sont expliqués à travers le présent document, pour les porter à la connaissance des lecteurs.

OGDPC

Indicateur I-Satis

Il faut enfin noter que le présent rapport 2014 contient les données de l'année 2013, sauf signalement contraire quand des données plus récentes étaient disponibles.

I. Promouvoir et faire respecter le droit des Usagers

1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs) [objectif 1]

Secteur ambulatoire

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



Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu : OGDPC

Créé depuis le 1er juillet 2012, l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) constitué paritairement de l'Etat (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé) et de l'Assurance Maladie (UNCAM).

L'OGDPC émane de l'article n°59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'OGDPC et ses instances décisionnaires assurent le pilotage du Développement Professionnel Continu (DPC) dans sa globalité pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en France.

L'OGDPC gère la partie financière du dispositif du DPC pour près de 500 000 professionnels de santé et plus de 2 000 organismes de DPC en 2013, sur toute la France.

Ces 500 000 professionnels de santé sont :

- les libéraux (chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes) ;
- les professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés ;

- les médecins hospitaliers éligibles au versement d'une fraction de la contribution prévue à l'article L.245-6 du code de la sécurité sociale.

En tant qu'organisme gestionnaire, l'OGDPC a pour principales missions* d'assurer la gestion financière et la coordination du DPC des professionnels de santé libéraux et des salariés exerçant en centres de santé conventionnés, la promotion du DPC pour l'ensemble des praticiens ainsi que le contrôle des programmes de DPC.

Début Avril, l'OGDPC recensait près de 7 400 sessions créées comptabilisant au total près de 65 000 inscriptions, soit plus de 52 000 professionnels de santé différents, dont :

- plus de 4 600 chirurgiens-dentistes ;
- plus de 12 600 infirmiers ;
- plus de 5 000 masseurs-kinésithérapeutes ;
- plus de 18 000 médecins ;
- près de 2 000 orthophonistes ;
- près de 700 orthoptistes ;
- plus de 800 pédicures-podologues ;
- plus de 7 000 pharmaciens ;
- plus de 800 sages-femmes.

L'OGDPC a été interrogé pour obtenir des données régionales. Aucune réponse n'a été transmise à ce jour. Néanmoins, on peut observer que 74 organismes de DPC habilités à dispenser des programmes de DPC sont recensés en Bourgogne (personnels médicaux et para-médicaux).

Secteur hospitalier

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a saisi les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) sur le plan national, mais à ce jour, aucune donnée n'a été communiquée.

L'ANFH (Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier) a été interrogée pour obtenir des données régionales. Aucune réponse n'a été transmise à ce jour.

La synthèse des rapports CRUQPC (s'y reporter, partie 3. Droits des Usagers) fait apparaître que les établissements proposent des formations à leur personnel sur différents thèmes. Le thème prépondérant est la prise en charge de la douleur (70% en moyenne régionale. Viennent ensuite les formations relatives au respect de la dignité, de la vie privée, des croyances, de l'intimité du patient : en moyenne 54,9% des établissements de la région. Les formations sur la rédaction des directives anticipées sont organisées pour 31,7% des structures régionales. Le sujet de la désignation de la personne de confiance concerne 24,4% des établissements régionaux. Enfin l'accès au dossier médical du patient n'est pas un sujet de formation réellement organisé : seulement 13,4% régionalement.

Secteur médico-social

Source : enquête ARS 2014 Respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux

Se reporter aux paragraphes infra.

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

Secteur ambulatoire

Contrairement aux années précédentes, les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins n'ont pas été en mesure de communiquer les chiffres relatifs aux doléances enregistrées. Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) a fait savoir qu'en raison de nouvelles dispositions, les informations sont désormais centralisées au niveau du Conseil National qui rédige les documents à transmettre aux ARS, via les CROM. A ce jour, l'ARS Bourgogne n'en a pas été destinataire.

La DGOS a sollicité les ordres nationaux des professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) pour qu'ils fournissent aux ARS des données régionales. A ce jour, l'ARS Bourgogne ne dispose pas de ces éléments.

Il est à noter que l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins en Bourgogne ne traite pas de plaintes. Si elle en est destinataire, elle les ré-oriente vers les Ordres.

Le guichet unique des plaintes mis en place par l'ARS n'a reçu en 2013 aucune réclamation portant sur le secteur ambulatoire (2012 : 0 ; 2011 : 1 réclamation) – voir la partie C. Bilan du guichet unique des plaintes dans le présent rapport.

Secteur hospitalier

Source : <http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-i-satis,11357.html>

Indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS



L'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, I-SATIS, mis en place en 2011 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS, Ministère chargé de la Santé), est le premier indicateur de résultat généralisé mesurant la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge. Depuis 2014, tous les établissements de santé exerçant une activité MCO recueillent cet indicateur et les résultats nationaux sont publiés le site du ministère chargé de la santé. Il n'y a pas de diffusion publique des résultats individuels des établissements de santé.

La mesure de cet indicateur permet de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge, en lui donnant la parole sur son ressenti. Il peut également servir aux établissements de santé pour mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près des attentes des patients.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé : elle répond à l'objectif d'une politique de transparence, de qualité et de sécurité des soins mise progressivement en œuvre par le ministère chargé de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) pour répondre à la demande – légitime – des patients et des usagers dans ce domaine. Elle favorise aussi, pour les équipes

hospitalières ou cadres de santé, l'accès à l'opinion des patients sur la qualité de la prise en charge dans votre établissement de santé.

Soutenue par de nombreuses parties prenantes – représentants d'usagers via le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS), pouvoirs publics, décideurs hospitaliers et représentants de professionnels –, cette implication collective contribue indéniablement à renforcer la confiance des patients et des usagers dans le système de soins hospitalier. Elle permet également aux établissements de santé de mieux cibler leurs actions d'amélioration et d'adapter au mieux leur prise en charge à la demande des patients.

Concrètement, il s'agit de recueillir l'avis des patients sur différents domaines de la prise en charge : établissement par établissement, les résultats sont ensuite pris en compte dans la démarche d'amélioration continue de la prise en charge.

Principe de recueil d'I-SATIS

À partir d'un questionnaire national, une enquête téléphonique est menée 4 semaines environ après la sortie auprès d'un panel de 120 patients tirés au sort : ceux-ci doivent avoir au préalable fait part de leur consentement exprès. Les entretiens téléphoniques sont réalisés par un institut de sondage indépendant, choisi par l'établissement de santé.

L'institut de sondage dépose les résultats anonymisés des entretiens téléphoniques sur la plateforme appelée « i-satisfaction » mise en place par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Cette plateforme permet également aux établissements de santé de disposer de leurs résultats calculés par l'ATIH.

Les scores de satisfaction

Les réponses au questionnaire national permettent de construire des indicateurs de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés sur le plan national et par établissement de santé.

Un score de satisfaction globale et 6 scores thématiques mesurant la satisfaction en matière :

- I1 : Prise en charge globale du patient
- I2 : Information du patient
- I3 : Communication du patient avec les professionnels de santé
- I4 : Attitude des professionnels de santé
- I5 : Restauration hospitalière
- I6 : Commodité de la chambre

Enquête 2014

- Les enquêtes de satisfaction sont devenues obligatoires pour les établissements MCO, après une phase expérimentale basée sur la participation d'établissements volontaires
- Cas particulier : liste des établissements de santé pour lesquels les enquêtes sont facultatives. Elle correspond aux établissements de santé ne répondant pas à l'activité minimum pour obtenir le nombre suffisant de patients (60 séjours environ pour obtenir 30 entretiens téléphoniques). Cette liste a été élaborée sur la base du nombre de séjours MCO 2013 (correspondant aux critères d'inclusion) pour la période de recueil précisée dans l'instruction du 7 mars 2014.

Résultats des établissements de santé ayant participé en 2011, 2012, 2013 et 2014

*ES : établissements de santé

Scores thématiques	Résultats			
	2011 : 213 ES*	2012 : 124 ES	2013 : 151 ES	2014 : 877 ES – 59 900 patients 29 en Bourgogne
Prise en charge globale du patient	75.9/100	76.4/100	77.3/100	76,5/100
Attitude des professionnels de santé	91.1/100	90.8/100	92.3/100	92,4/100
Communication du patient avec les professionnels de santé	76.9/100	78.6/100	79.5/100	80,7/100
Information du patient	91.1/100	60.7/100	61.7/100	63.4/100
Restauration hospitalière	65.6/100	55.1/100	54.9/100	54.3/100
Commodité de la chambre	55.2/100	64.8/100	74.7/100	74.7 /100
Score global de satisfaction	72.4/100	72.1/100	74.9/100	75.4 /100

Evolution de l'indicateur I-SATIS : vers un questionnaire en ligne pour mesurer la satisfaction des patients hospitalisés

Confié depuis le 1er janvier à la Haute Autorité de Santé (HAS), l'indicateur I-SATIS va évoluer en 2015. Dispositif de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique), I-SATIS sera désormais recueilli de façon continue et auprès de tous les patients concernés grâce à un questionnaire en ligne.

Expérimenté de 2011 à 2013 et généralisé à tous les établissements en 2014 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la mesure d'I-SATIS se consolide en 2015 suite à un processus de concertation avec les différentes parties prenantes, à une collaboration avec un groupe de travail expert de la mesure de la satisfaction, et à une analyse des expériences acquises et des données I-SATIS 2014 (67 000 questionnaires patient).

Un questionnaire en ligne pour le recueil en continu de la parole des patients

En 2015, les enquêtes téléphoniques évolueront au profit d'un questionnaire auto-administré par les patients. Un lien d'accès à ce questionnaire disponible sur la plateforme I-Satisfaction de l'ATIH leur sera envoyé par courriel quelques semaines après leur hospitalisation. Autre nouveauté, le recueil effectué en continu concernera tous les patients hospitalisés plus de 48h dans un établissement MCO. Pour 2015, les données de juin à septembre seront prises en compte pour la diffusion publique sur le site Scope santé. Un indicateur issu de la campagne nationale 2015 devrait être diffusé publiquement en novembre 2015, après validation par l'ensemble des parties prenantes.

La HAS invite les établissements de santé à recueillir dès à présent les adresses électroniques de leurs patients et ce dès leur admission. Les autres modalités techniques seront finalisées dans les prochaines semaines. *Mis en ligne le 26 févr. 2015*

En 2013, 96,7% des établissements ont fourni un rapport, un taux en légère augmentation par rapport à l'année précédente (95%) – se reporter à la synthèse des rapports CRUQPC.

En moyenne, les CRUQPC se réunissent 3,3 fois par an (2012 : 3,3/an) dans les établissements de la région. 42 établissements (sur les 82 rapports réceptionnés soit un peu plus de 51 %) réunissent la CRUQPC de 4 à 5 fois par an, respectant l'obligation légale de se réunir au moins une fois par trimestre. 40 établissements (près de 49%) la réunissent moins de quatre fois par an. La fréquence s'échelonne donc de 0 réunion (1 établissement) à 5 réunions (7 établissements).

Le critère 9b du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) porte sur l'évaluation de la satisfaction des usagers. A fin d'année 2013, pour les 66 établissements évalués par la HAS, les données sont les suivantes, en précisant que les notes vont de A à D, A étant la meilleure note, D la note la plus médiocre :

	Note A	Note B	Note C	Note D
Nbre d'établissements	45	21	0	0
<i>Données 2012 (47 éts)</i>	29	18	0	0
<i>Données 2011 (19 éts)</i>	12	7	0	0

Secteur médico-social

Source : enquête ARS 2014 Respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux

90 % (74 % en 2012) des établissements ayant répondu ont des représentants des usagers élus, au sein d'un Conseil de la Vie Sociale, mis en place dans 94 % des établissements (85% en 2012). En moyenne, ces CVS ont été réunis 3 fois par an (minimum : 1 fois / maximum : 6 fois).

Composition des CVS

Qualité des membres	Nombre de membres (total)
Représentant des usagers	664 (38%)
Représentant des familles ou représentant légal	511 (29%)
Représentant du personnel	324 (19%)
Représentant de l'organisme gestionnaire	242 (14%)
TOTAL	1 741

Formation des membres des CVS

194 membres de CVS ont été formés dans 26 établissements sur 175 répondants (14,8%). En 2013, on dénombre 32 formations au total.

FORMATEURS	THEMES DE FORMATION
Interne (direction, éducateurs...) UNIFAF	« Définition, fonctionnement, objectif et animation Mission et rôle / Rôle du représentant des usagers » « Etre représentant au conseil de la vie social »
APF Formation	« Fonctionnement du CVS, droits des usagers »
CAC formation	« Le rôle de chacun au sein du CVS »
URIOPSS Bourgogne	« Le fonctionnement des établissements médico-sociaux – les modes de gouvernance »
Format vert	« Etre représentant au CVS »
PAZZAPA	« Rôle et statut du délégué au CVS »
APAJH	« Comment être délégué et comment s'exprimer en public »

Rapport annuel des CVS

27 établissements sur 184 répondants ont établi un rapport annuel de leur CVS.

Autres instances dédiées aux usagers, aux familles, ...

122 établissements ont mis en place d'autres instances de participation, ce qui représente 72% des répondants (65 % en 2012). Par rapport à 2012, les mêmes instances sont répertoriées :

- ✓ Commission menu,
- ✓ Réunion des familles,
- ✓ Commission restauration,
- ✓ Commission animation,
- ✓ Enquête de satisfaction,
- ✓ Réunion des résidents, réunion d'atelier
- ✓ Groupes de parole...

Mise en place un système de gestion des réclamations

89 % des établissements répondants déclarent recenser et suivre les réclamations, à l'aide de différents outils : fiche d'évènements indésirables, registre des plaintes, boîte à idée, circuit de recueil et de traitement du CH, autres (humeuroscope, cercle de qualité...)

3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance [objectif 3]

Secteur ambulatoire

En raison de la non-mise à disposition cette année de données par les Conseils de l'Ordre des Médecins, il n'y a pas de résultats.

Secteur hospitalier

Les recommandations concernant la bientraitance représentent 8% du total de recommandations émises par les établissements dans leur rapport CRUQPC 2013 (5% en 2012), soit un total de 26. Se reporter à la synthèse des rapports CRUQPC.

Le critère 10a du manuel de certification de la HAS porte sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance (en italique, données 2011 et 2012, portant sur 19 et 47 établissements respectivement). En 2013, la notation est disponible pour 66 établissements.

	Note A	Note B	Note C	Note D
Court Séjour	5	30	1	0
	4	21	1	0
	3	6	0	0
HAD	2	8	0	0
	2	6	0	0
		4	0	0
Santé Mentale	2	9	1	0
	2	9	1	0
			0	0
Soins de longue durée	7	5	0	0
	5	2	0	0
	2	1	0	0
SSR	11	28	2	0
	8	17	2	0
	3	8	1	0

Secteur médico-social

Source : enquête ARS 2014 Respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux

L'enquête 2014 démontre que 77% des établissements (65 % en 2012) ont rédigé une procédure maltraitance, mise à disposition des usagers dans 42 % des cas (21 % en 2012).

Les établissements justifient la non-mise en place de leur procédure maltraitance auprès des usagers :

- ✓ Autre document mis en place (2 établissements)
- ✓ Mise en place pour le personnel mais pas pour les usagers (12 établissements)
- ✓ Signalement fait à l'oral ou sur demande d'un entretien (8 établissements)
- ✓ Réflexion en cours (5 établissements)

Quand elle n'est pas mise à disposition des usagers, les directions évoquent la capacité des usagers à la comprendre (7 établissements) ou précisent qu'elle est disponible sur demande (2 établissements).

Dans 94 % des établissements (92 % en 2012), les personnels ont été formés sur la bientraitance.

4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur [objectif 4]

Secteur ambulatoire

Voir le point A-1 sur la formation des professionnels. : pas de données spécifiques.

Secteur hospitalier

Le critère 12a du manuel de certification de la HAS porte sur la prise en charge de la douleur (en italique, données 2011 et 2012, portant sur 19 et 47 établissements respectivement). En 2013, la notation est disponible pour 66 établissements.

	Note A	Note B	Note C	Note D
Court Séjour	12	15	11	0
	7	11	8	0
	3	4	2	0
HAD	5	4	1	0
	5	2	1	0
	3	1	0	0
Santé Mentale	4	4	5	1
	4	5	5	1
	0	1	2	1
Soins de longue durée	3	5	4	0
	2	4	1	0
	1	2	0	0
SSR	14	18	10	1
	9	11	7	1
	4	6	2	0

Secteur médico-social

Source : enquête ARS 2014 Respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux

116 établissements sur 184 répondants indiquent disposer d'une convention avec un établissement de santé, et dans 47 % des cas, ces conventions comportent un axe « douleur ».

43 % des établissements ont prévu une formation portant sur la douleur et sa prise en compte.

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 [objectif 5]

Secteur ambulatoire

Voir paragraphe I-1, il n'y a pas eu de formations sur la fin de vie proposées dans le cadre du DPC.

Secteur hospitalier

Selon les informations collectées dans les rapports CRUQPC des établissements, 59% d'entre eux ont mis en place un dispositif de recueil des directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie (résultats identiques en 2012).

Le critère 13a du manuel de certification de la HAS porte sur la prise en charge et droits des patients en fin de vie (en italique, données 2011 et 2012, portant sur 19 et 47 établissements respectivement). En 2013, la notation est disponible pour 66 établissements.

	Note A	Note B	Note C	Note D
Court Séjour	14	17	7	1
	<i>11</i>	<i>10</i>	<i>6</i>	<i>0</i>
	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>0</i>
HAD	7	3	1	0
	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
Santé Mentale	1	6	1	0
	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
Soins de longue durée	5	5	3	0
	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
SSR	12	16	4	1
	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>3</i>	<i>0</i>
	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>0</i>

Secteur médico-social

Source : enquête ARS 2014 Respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux

52 % des établissements déclarent avoir formé son personnel sur la fin de vie, 92% d'entre eux étant des établissements accueillant des personnes âgées.

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

Secteur ambulatoire

En raison de la non-mise à disposition cette année de données par les Conseils de l'Ordre des Médecins, il n'y a pas de résultats.

Secteur hospitalier

La synthèse des rapports CRUQPC relève un total de 104 réclamations relatives à la communication du dossier médical (*contre 94 en 2012*) pour l'ensemble des établissements Bourguignons. Cela représente 6,8% du nombre de plaintes d'ordre médical, ou bien 1,4 % sur le nombre total de réclamations enregistrées par les établissements. Se reporter à la synthèse des rapports CRUQPC pour de plus amples détails.

Le critère 14b du manuel de certification de la HAS porte sur l'accès du patient à son dossier (en italique, données 2011 et 2012, portant sur 19 et 47 établissements respectivement). En 2013, la notation est disponible pour 66 établissements.

	Note A	Note B	Note C	Note D
Court Séjour	31	4	1	0
	<i>21</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>7</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
HAD	9	1	0	0
	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Santé Mentale	9	2	1	0
	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Soins de longue durée	11	1	0	0
	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
SSR	33	7	1	0
	<i>20</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>9</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Secteur médico-social

Ces données ne sont pas disponibles.

7. Assurer la scolarisation des enfants en milieu ordinaire [objectif 7]

Source : Repères pour l'analyse de gestion - Direction générale de l'enseignement scolaire –
Scolarisation des élèves en situation de handicap- Tableau de bord académique-Académie de Dijon –
Année 2013-2014

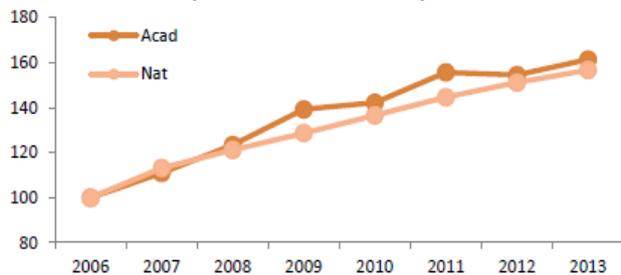
LES ELEVES

PRESENTATION GENERALE

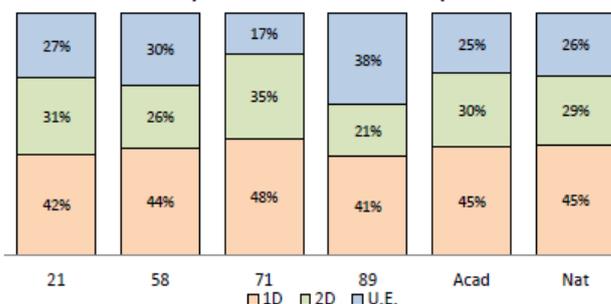
		PUBLIC										PRIVE			
		21	%	58	%	71	%	89	%	Acad	%	Evolution 2006-2013	TCAM (*) depuis 2006	Effectifs	Part du privé
Milieu ordinaire	Maternelle	258	14%	138	13%	409	12%	121	8%	926	12%			35	3,6%
	Elémentaire	505	28%	336	31%	1 215	36%	464	33%	2 520	33%			192	7,1%
	Total 1er degré	763	42%	474	44%	1 624	48%	585	41%	3 446	45%	+ 1 311	+ 7,1%	227	6,2%
	Collège	261	14%	182	17%	725	21%	200	14%	1 368	18%			202	12,9%
	SEGPA	185	10%	52	5%	275	8%	35	2%	547	7%			12	2,1%
	Lycée	31	2%	16	1%	65	2%	8	1%	120	2%			27	18,4%
	Lycée Pro	64	4%	32	3%	80	2%	34	2%	210	3%			46	18,0%
	Post-bac	3	0%	2	0%	4	0%	2	0%	11	0%			3	21,4%
	EREA	29	2%	0	0%	39	1%	21	1%	89	1%				
	Total 2nd degré	573	31%	284	26%	1 188	35%	300	21%	2 345	30%	+ 1 638	+ 18,7%	290	11,0%
Total milieu ordinaire	1 336	73%	758	70%	2 812	83%	885	62%	5 791	75%	+ 2 949	+ 10,7%	517	8,2%	
U.Ens	Etab. médico-soc	452	25%	320	30%	568	17%	511	36%	1 851	24%	+ 75	+ 0,6%		
	Etab. hospitalier	39	2%	1	0%	6	0%	30	2%	76	1%	- 24	- 3,8%		
	Total Unité d'enseignement	491	27%	321	30%	574	17%	541	38%	1 928	25%	+ 51	+ 0,4%		
TOTAL GENERAL	1 827		1 079		3 386		1 426		7 719		+ 3 000	+ 7,3%			

(*) Taux de croissance annuel moyen

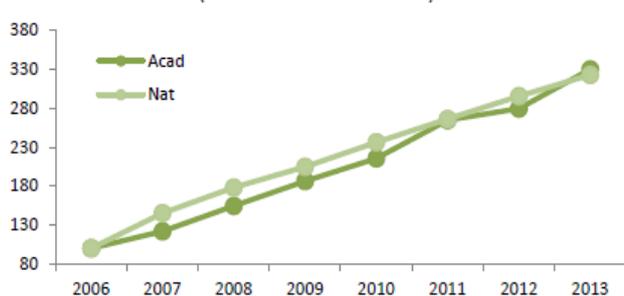
Evolution du nombre d'élèves scolarisés dans le 1er degré (sur une base 100 en 2006)



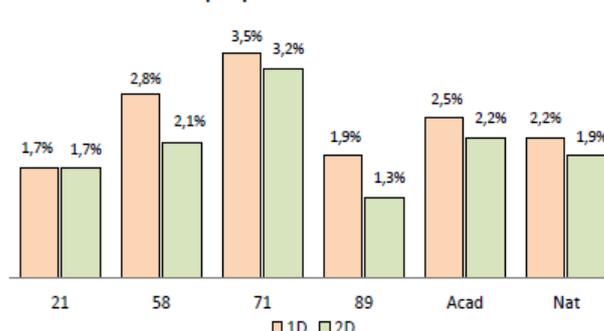
Répartition des élèves handicapés



Evolution du nombre d'élèves scolarisés dans le 2nd degré (sur une base 100 en 2006)



% d'élèves handicapés parmi l'ensemble des élèves scolarisés



% d'élèves par type de troubles

Troubles	21	58	71	89	Acad	Nat
Cognitifs	50%	55%	31%	51%	41%	41%
Psychiques	22%	14%	26%	13%	22%	19%
Langage	4%	7%	18%	13%	13%	16%
Moteurs	11%	8%	10%	9%	10%	9%
Sensoriels	7%	4%	3%	4%	4%	5%
Autres	5%	11%	12%	9%	10%	10%



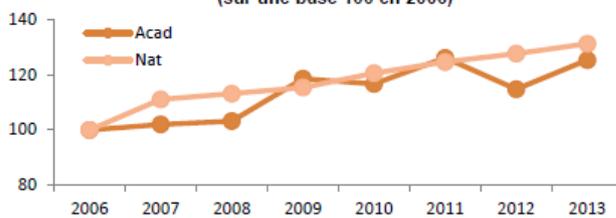
LES ELEVES ET LES DISPOSITIFS

REPARTITION DES ELEVES SCOLARISES EN MILIEU ORDINAIRE

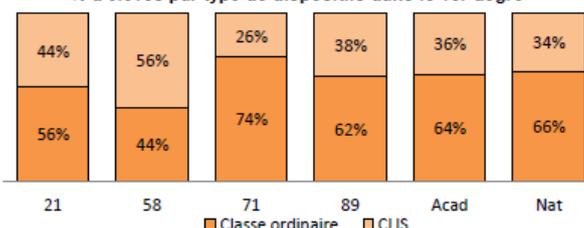
	PUBLIC							PRIVE	
	21	58	71	89	Acad	Evolution 2006-2013	TCAM (*) depuis 2006	Effectifs	
Milieu ordinaire	CLIS	337	265	424	221	1 247	+ 252	+ 3,3%	34
	Classe ordinaire	426	209	1 200	364	2 199	+ 1 059	+ 9,8%	193
	Total 1er degré	763	474	1 624	585	3 446	+ 1 311	+ 7,1%	227
	ULIS	140	134	217	129	620	+ 411	+ 16,8%	53
	Classe ordinaire	433	150	971	171	1 725	+ 1 227	+ 19,4%	237
	Total 2nd degré	573	284	1 188	300	2 345	+ 1 638	+ 18,7%	290
Total milieu ordinaire	1 336	758	2 812	885	5 791	+ 2 949	+ 10,7%	517	

(*) Taux de croissance annuel moyen

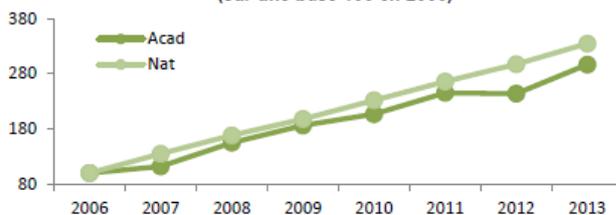
Evolution du nombre d'élèves scolarisés en CLIS (sur une base 100 en 2006)



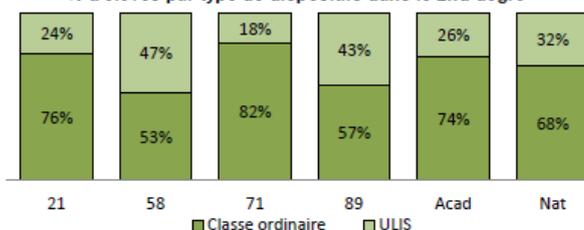
% d'élèves par type de dispositifs dans le 1er degré



Evolution du nombre d'élèves scolarisés en ULIS (sur une base 100 en 2006)



% d'élèves par type de dispositifs dans le 2nd degré



LES DISPOSITIFS

	21	58	71	89	Acad	Nat	
1er degré	Nbre de CLIS	33	26	49	19	127	4 162
	Nbre de CLIS pour 1000 élèves	43,3	54,9	30,2	32,5	36,9	32,7
	Nbre d'élèves par CLIS	10,2	10,2	8,7	11,6	9,8	10,6
2nd degré	Nbre d'ULIS	16	15	20	13	64	2 498
	<i>dont en lycées</i>	3	3	5	2	13	413
	Nbre d'ULIS pour 1000 élèves	28,1	53,2	16,9	43,6	27,4	30,5
	<i>dont en lycées</i>	30,3	47,6	29,8	48,8	35,0	28,0
	Nbre d'élèves par ULIS	8,8	8,9	10,9	9,9	9,7	10,4
	<i>dont en lycées</i>	6,7	8,0	9,0	6,0	7,8	8,2

ADEQUATION OFFRE / BESOIN

	21	58	71	89	Acad	Nat	
1er degré	Nombre et % d'élèves en attente d'affectation en CLIS	39	11	65	26	141	3 416
		11%	4%	14%	11%	11%	8%
	Nombre et % d'élèves en CLIS en attente d'affectation dans une autre structure	23	2	20	2	47	1 437
	7%	1%	5%	1%	4%	3%	
2nd degré	Nombre et % d'élèves en attente d'affectation en ULIS	41	5	25	7	78	2 868
		25%	4%	13%	5%	13%	10%
	Nombre et % d'élèves en ULIS en attente d'affectation dans une autre structure	17	0	22	0	39	816
	12%	0%	10%	0%	6%	3%	

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

L'indicateur porte sur la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermant à clef).

Le code de procédure pénale (CPP) stipule, dans l'article D. 375, que « le service médical doit bénéficier de locaux sécurisés, les dossiers n'étant accessibles qu'aux seuls soignants ».

Il n'a pas été possible de recueillir des données précises pour compléter cet indicateur, néanmoins, les médecins intervenant en milieu pénitentiaire interrogés sur ce sujet nous avaient indiqué en 2013 que cette obligation était respectée dans les structures dans lesquelles ils consultent.

9. Santé mentale – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques [objectif 9]

Les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) sont composées de deux psychiatres, d'un magistrat, d'un médecin généraliste et de deux représentants d'usagers.

Tableau : Bilan d'activité des CDSP par département en 2013 et en 2014

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Nombre de réunions				
2014	3	5	5	3
2013	5	5	3	ND
<i>Données 2012</i>	<i>1¹</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
Nbre d'usagers prévus	1	1	1	1
Taux de participation des usagers (%)				
2014	0	0	100	100
2013	100	0	100	ND
Nbre de représentants des familles prévus	1	1	1	1
Taux de participation des représentants des familles (%)				
2014	100	100	100	100
2013	100	100	100	ND

Chaque CDSP élabore annuellement un rapport.

II. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux [objectif 10]

En Bourgogne, en 2013, 21 bassins de vie (28 en 2011 et 22 en 2012) se caractérisent par une densité médicale de médecins généralistes inférieure de 30 % à la moyenne nationale. Ces derniers représentent 18,6 % de la population bourguignonne (14,28 % de en 2011 et 15,23 % en 2012). Pour comparaison, l'indicateur national est à 6,32% (France métropolitaine), la région Bourgogne est la dernière du classement. Cependant, le découpage géographique en bassin de vie a été modifié par l'INSEE en 2014. Selon le nouveau découpage, l'indicateur pour la Bourgogne est alors à 14,08%.

Valeur de l'indicateur pour la France métropolitaine (%) au 31 décembre 2012 = 6.04 %

Pour mieux appréhender ces données, il est rappelé que la densité en France métropolitaine s'élève à 83,36 médecins généralistes pour 100 000 habitants au 31 décembre 2012.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins [objectif 11]

Après avoir saisi les Caisses d'Assurance Maladie sur ce sujet, nous sommes en attente de leur retour.

12. Assurer l'accès aux structures de prévention [objectif 12]

Les quatre indicateurs d'accès aux structures de prévention à renseigner sont les suivants :

- Taux de participation au dépistage organisée du cancer colorectal chez les 50-74 ans : 39,7 %
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : 57,1 %
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : 91 % en 2012
- Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle : 13 % en 2012

Ces indicateurs n'étant pas toujours annuels, sont indiquées les données les plus récentes.

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

Le Code de santé publique (art. L. 1434-17) prévoit que le projet régional de santé puisse être mis en œuvre à travers des contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social, dans un objectif de recherche de transversalité.

Au 31 décembre 2014, 10 contrats locaux de santé (CLS) étaient signés en Bourgogne.

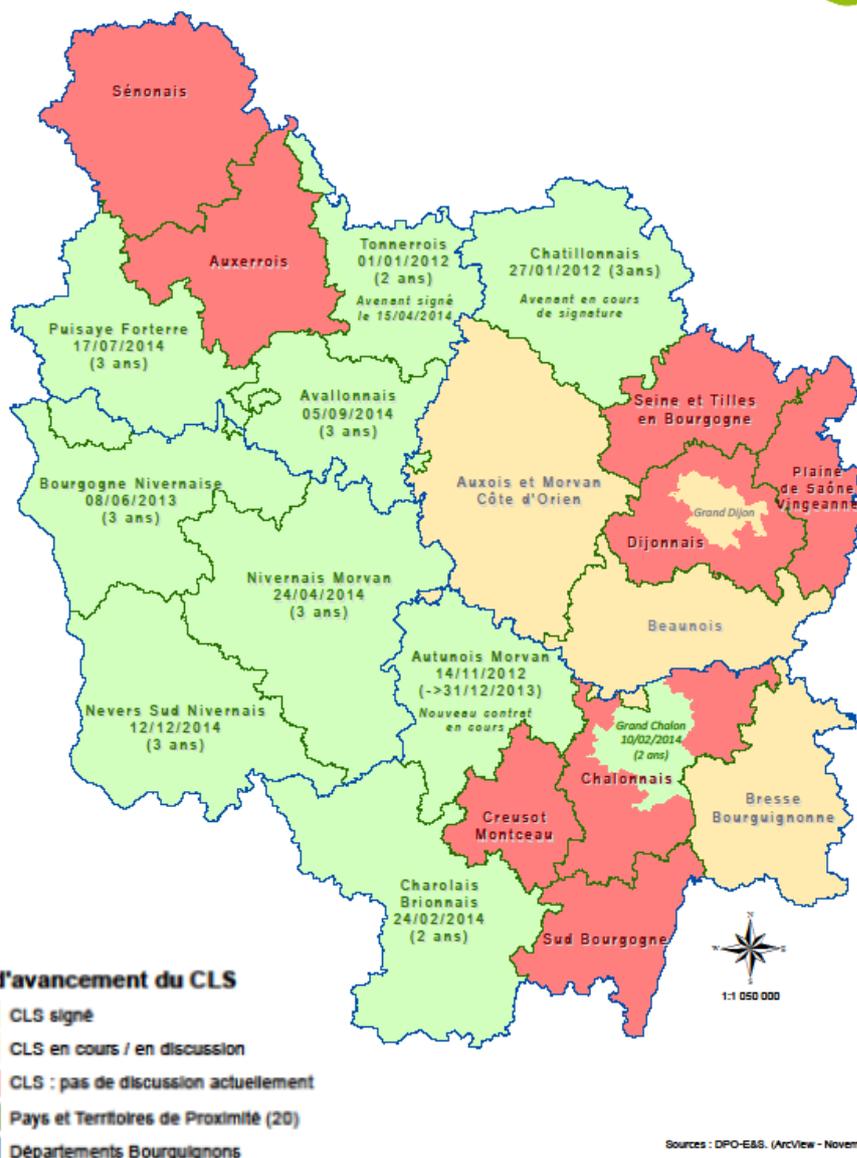
Les CLS sont structurés de manière homogène afin de rendre lisibles les objectifs de l'ARS :

- soins de proximité,
- parcours,
- santé environnementale,
- prise en charge médico sociale,

Une adaptation possible dans le cadre de la négociation et des enjeux locaux : addictologie/santé mentale/autres actions des partenaires....



Les Contrats Locaux de Santé (CLS) en Bourgogne



Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance-maladie rapportée à la population-cible sont, pour l'année 2014, de 5,1 % pour une cible à 6 % (*en 2011 : 7,7 % pour une cible à 7%, et en 2013, 6,6 % pour une cible à 6,5 %*) dans le secteur des personnes handicapées de 0 à 59 ans et de 17,3 % pour une cible à 24,5 % (*en 2011 : 21,9 % pour une cible à 25 %, en 2013, 21,7 % pour une cible à 24%*) dans le secteur des personnes âgées supérieures à 75 ans.

En 2013, 42 logements (*149 en 2011 et 71 en 2012*) ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique. La cible 2013 était fixée à 80 (80 en 2011 et 2012).

La tendance est à une légère baisse. Les Comités Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne, dont le travail en amont des procédures est de plus en plus précis, permettent une orientation plus optimale des dossiers qui aboutissent moins systématiquement sur des procédures d'insalubrité.

III. Conforter la représentation des usagers du système de santé

14. Former les représentants des usagers dans les instances du système de santé [objectif 14]

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2012 a créé un fonds d'intervention régional (FIR) dont une des missions est d'améliorer la démocratie sanitaire, à travers notamment des actions de formation de représentants d'usagers, organisation de débats publics, actions de communication en faveur de la démocratie sanitaire.

Le directeur général de l'ARS a associé la CRSA pour le choix de l'utilisation de ces crédits. Cela s'est traduit par le lancement d'un appel à projets co-porté adressé à toutes les associations d'usagers agréées régionales et nationales présentes en région, ainsi qu'aux organismes, structures et bureaux d'études impliqués dans le domaine de la santé publique et de la démocratie sanitaire.

BILAN DES ACTIONS FINANÇÉES SUR LE FIR DÉMOCRATIE SANITAIRE DANS LE CADRE DE L'APPEL À PROJETS 2013



*Dotation FIR
(Fonds d'Intervention Régional)
pour la démocratie sanitaire*

Enveloppe de 5 M€ pour l'ensemble des régions

*Appel à Projets
3 orientations*

Assurer la formation des représentants des usagers

Définir les modalités de la mobilisation du public sur les thématiques de santé et du secteur médico-social

Promouvoir la démocratie sanitaire par la communication

Sanitaire, médico-social, prévention

24

Actions financées

12

Promoteurs



Pour un montant de 134 720 €

Les chiffres clés

815

participations aux différents débats, rencontres citoyennes

330

participations aux 36 journées de formation / formation-action / ateliers (sur inscription)





Actions de formation ou rencontres citoyennes FIR 2013



Partenaires

et

Promoteurs



RÉALISÉ PAR L'ARS BOURGOGNE ET L'IREPS BOURGOGNE

Contact : EmilieGuillemin, Chargée de mission Démocratie sanitaire - Mail : ARS-BOURGOGNE-DEMOCRATIE-SANITAIRE@ars.sante.fr

A l'aide de ce fonds dédié à la démocratie sanitaire, l'ARS a choisi un promoteur, l'IREPS Bourgogne, dans le cadre de l'appel à projets, pour concevoir, développer et actualiser un site internet dédié à la démocratie sanitaire.

Ce site, intitulé Ma Santé en Bourgogne, a vu le jour et a été lancé le 11 septembre 2014, lors de l'installation de la nouvelle CRSA. Il répond à 3 grands objectifs :

- aider les acteurs à se coordonner
- créer du lien au sein des instances
- permettre aux citoyens d'être partie prenante dans les orientations de la politique de santé.

Un comité de pilotage a été créé avec plusieurs associations locales.

Il avait pour mission d'identifier les attentes et les besoins des acteurs, de construire l'arborescence du site et de décider des thématiques qui seront traitées, tout en proposant un site accessible à tous, par des contenus simples et pédagogiques.

Le site comporte deux volets : l'espace usagers à destination du grand public et l'espace instances à destination des membres des instances mais aussi du grand public.

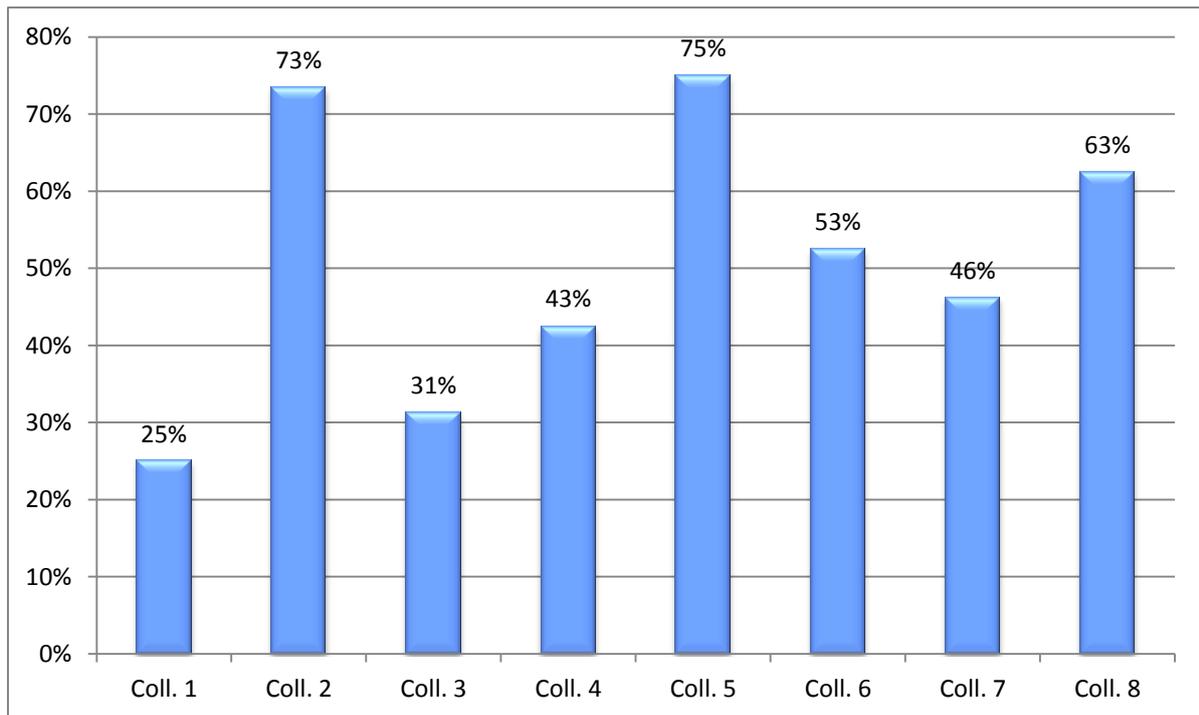
Le site propose également un espace de travail, réservé aux membres désignés dans les instances de démocratie sanitaire, qui peuvent télécharger les documents relatifs aux réunions, groupes de travail, ...



IV. Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire [objectif 15]

	Nombre de réunions 2014 2013 2012	Nombre de membres titulaires (effectif) théorique	Taux de participation globale 2014 2013 2012	Taux de participation des représentants des usagers 2014 2013 2012
CRSA	5 4 3	96	50% 49 % 52%	80% 74% 73 %
Conférence de territoire 21	3 3 2	50	29% 36 % 41 %	54% 59% 75%
Conférence de territoire 58	2 2 1	50	39% 47 % 46 %	81% 75 % 62,5%
Conférence de territoire 71	2 2 2	50	ND 35 % 57 %	ND 63% 75 %
Conférence de territoire 89	1 2 1	50	42% 35 % 40 %	75% 69% 63%



Taux de participation à la CRSA (année 2013)

Composition de la CRSA (article D.1432-28 du Code de la Santé Publique) :

- Collège 1 : Collectivités territoriales - 13 membres
- Collège 2 : Usagers de service de santé et médico-sociaux - 16 membres
- Collège 3 : Conférences de territoire - 4 membres
- Collège 4 : Partenaires sociaux - 10 membres
- Collège 5 : Acteurs de la cohésion et de la protection sociale - 6 membres
- Collège 6 : Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé - 10 membres
- Collège 7 : Offreurs de services de santé - 32 membres
- Collège 8 : Personnalités qualifiées – 2



La CRSA a été renouvelée et installée le 11 septembre 2014.



2010-2014

Juste avant le renouvellement, l'ARS et la CRSA ont rédigé le bilan du 1^{er} mandat de la CRSA.

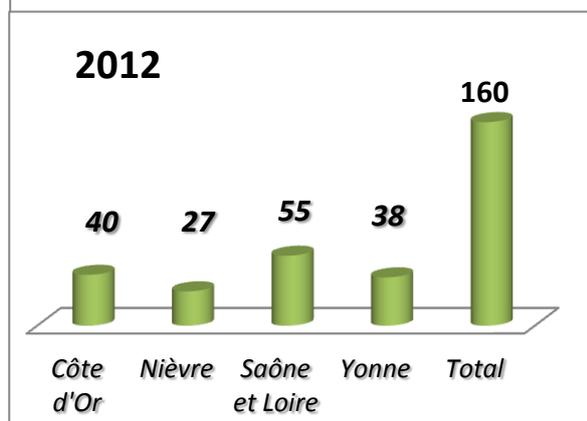
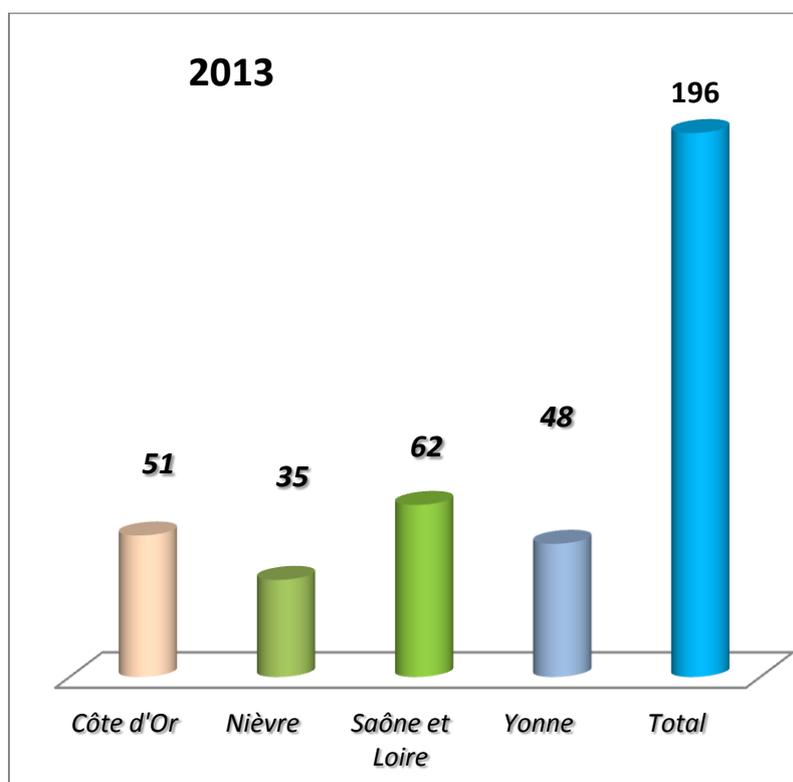
Un appel à candidatures a été lancé auprès des associations agréées, comme le prévoit le Code de la Santé Publique, puis M. le Directeur Général de l'ARS a sélectionné et procédé à la désignation des représentants d'usagers siégeant dans le collège 2, sous-collège a).

B. RAPPORT D'ACTIVITE DES CRUQPC

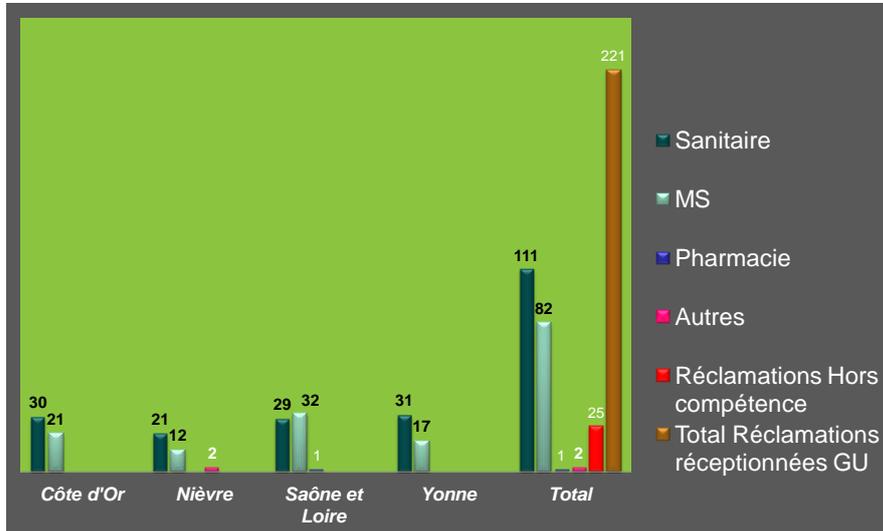
Se reporter au document « Rapport d'activité des CRUQPC de Bourgogne 2014 », détaché du présent rapport.

C. BILAN DU GUICHET UNIQUE DES RECLAMATIONS DE L'ARS BOURGOGNE

Répartition des réclamations enregistrées en Bourgogne

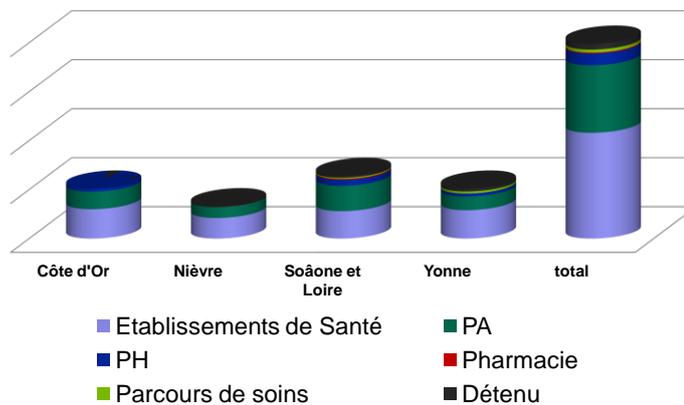


Répartition des réclamations par secteur

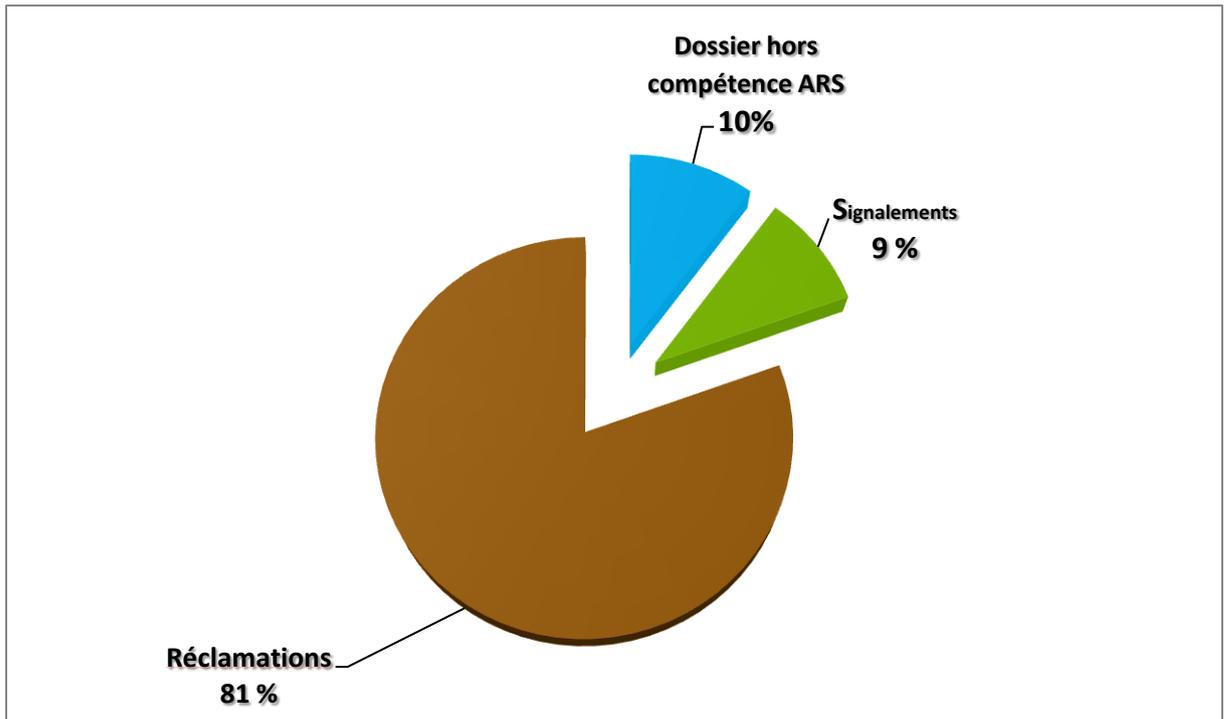


3

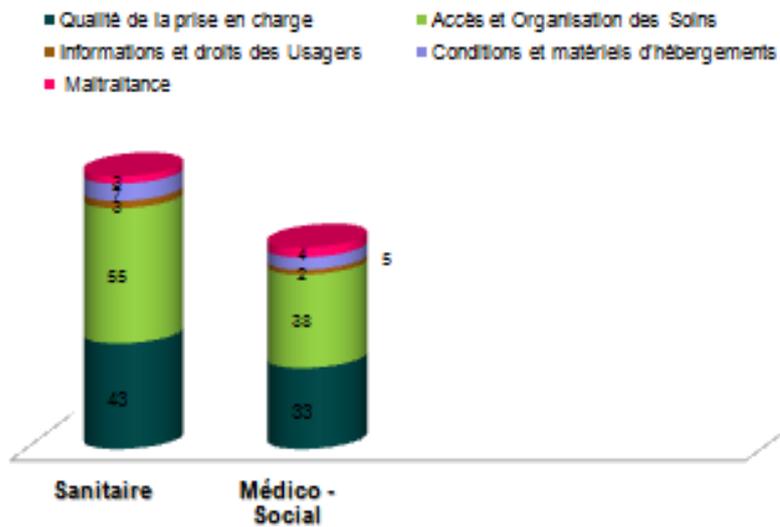
Réclamations enregistrées par domaine



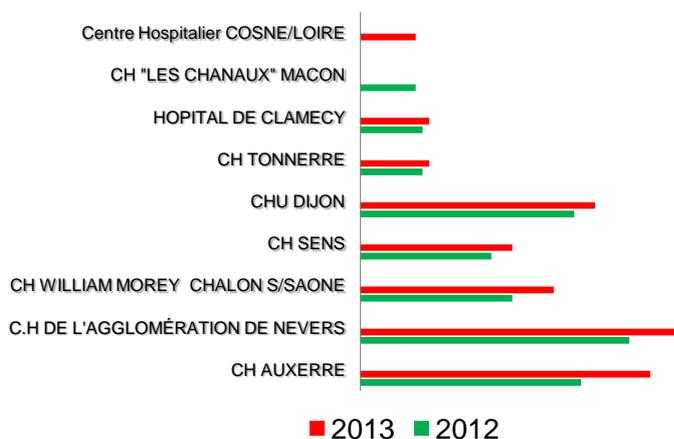
4



Répartition des réclamations Sanitaire et médico - sociaux par motifs en Bourgogne



— Top 10 des Etablissements : Données SIRCE 2013 et 2012



8

D. TRAVAUX DE LA COMMISSION SPECIALISEE DROITS DES USAGERS

La Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers du système de santé, réunit 12 membres, dont 6 membres issus du collège 2 (représentants d'usagers), comme le prévoit le Code de la Santé Publique.

A l'instar de la CRSA, la commission a été renouvelée en 2014. M. Yann Lecomte a été ré-élu Président et la vice-présidente de la Commission est Mme Annick Giraudet.

La Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers du système de santé s'est réunie cinq fois en 2013 et autant en 2014.

Elle se dote d'un programme de travail annuel, et invite régulièrement des experts, sur les thématiques de son choix, pour améliorer leurs connaissances et échanger avec eux (directeur d'établissements du secteur médico-social, médecin exerçant en milieu pénitentiaire, membres d'une équipe de soins palliatifs, ...).

Date	Thèmes /ordre du Jour	Taux de participation globale (%)
05/02/13	Rapport Droits des Usagers 2012 : analyse des résultats et expression des recommandations, suivi des recommandations des années précédentes Enrichissement des pages CSU sur le site internet de l'ARS	69 %
02/04/13	Connaissance du secteur médico-social : rencontre avec des personnalités issues du secteur médico-social et échanges sur les droits des usagers Enrichissement des pages Commission Spécialisées des droits des usagers sur le site internet de l'ARS	75 %
14/05/13	Présentation de l'organisation de la permanence des soins en Bourgogne : rencontre avec des acteurs-clés ((représentant du SAMU 21, du Conseil de l'Ordre 21, de l'ARS) Labellisation Droits des Usagers : communication sur le concours 2013 Rapport Droits des Usagers 2013 : début des travaux	75%
15/10/13	Réflexion sur le dispositif Labellisation Droits des Usagers : comment communiquer et mobiliser les acteurs? Présentation des résultats de l'appel à projets Démocratie Sanitaire sur l'orientation n°1 "Formation des RU" et des dossiers retenus Intervention sur le sujet Santé des détenus / connaissance des droits des personnes détenues, qui s'inscrit dans le cadre de la recommandation n°2 du rapport Droits des Usagers 2012 Présentation d'un courrier de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) Médecins Suivi du rapport Droits des Usagers	67 %
03/12/13	Réflexion et élaboration du programme de travail et de l'agenda de la commission pour le 1er semestre 2014 Suivi du rapport Droits des Usagers : présentation de la synthèse 2013 des rapports CRUQPC et présentation d'un document de synthèse à destination des établissements Présentation du projet de l'annuaire des représentants d'usagers conçu par l'ARS Réflexion sur les thèmes de démocratie sanitaire que nous aimerions voir traiter dans le cadre de l'appel a projet remporté par Santé et Droits des Patients Elaboration de l'enquête 2014 sur le respect des Droits des Usagers dans les établissements et services médico-sociaux	83 %

27/02/14	<p>Rapport Droits des Usagers 2012 : analyse des résultats, suivi des recommandations, préparation de la présentation du rapport aux acteurs opérationnels</p> <p>Conception d'un site internet dédié aux droits des usagers et à la démocratie sanitaire par un prestataire</p>	92 %
27/03/14	<p>Présentation du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)</p> <p>Rapport Droits des Usagers 2012 : validation du rapport final avant présentation aux instances</p> <p>Label Droits des Usagers 2014 : communication</p>	58 %
24/06/14	<p>Dispositions de fin de vie : rencontre avec des intervenants extérieurs (membre de l'association JALMALV, responsable des soins palliatifs au centre hospitalier de Chalon sur Saône, membre de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU/la Mirandière)</p> <p>Présentation des résultats de l'enquête 2014 Droits des Usagers dans le secteur médico-social</p> <p>Questions diverses : Label Droits des Usagers, Appel à projets 2014 FIR Démocratie sanitaire</p>	83 %
07/10/14	<p>Présentation de la nouvelle commission et échanges sur les activités de la commission</p> <p>Label Droits des Usagers 2014 : examen et sélection des dossiers</p> <p>Réflexion sur le programme de travail 2014-2015 et calendrier des réunions</p> <p>Renouvellement des représentants d'usagers en CRUQPC</p>	83 %
27/11/14	<p>Présentation des nouveaux outils de communication de la démocratie sanitaire en Bourgogne et échange sur leurs contenus</p> <p>Présentation de l'étude d'évaluation de la permanence des soins ambulatoires en Bourgogne (étude de septembre 2014)</p>	90 %

E. RECOMMANDATIONS

I. Suivi des recommandations

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
<p><u>2011-n°1</u> et <u>2012-n°3</u> : Souhait de faire en sorte que l'hospitalisation de personnes âgées, notamment prises en charge en institution, ne soit pas systématique. Prévoir à cet effet l'organisation des relations entre les professionnels ambulatoires, l'hôpital, l'établissement de santé et les structures et services médico-sociaux</p>	<p>PRS Parcours de vie des personnes âgées MAPAS Direction de l'Autonomie</p>	<p>Structuration du parcours Personnes Agées en interne ARS et lancement des expérimentations de l'article 70 LFSS (2 sites sélectionnés)</p>	<p>Mise en place d'un parcours Personnes Agées dans le cadre du PRS, piloté par le Dr Menu, dont le plan d'actions intègre la recommandation.</p> <p>4 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la prévention à domicile et en institution - Déployer les actions amont /aval de l'hospitalisation sur les 12 sites expérimentateurs prévus par le dispositif de l'article 70 - Structurer les filières gériatriques - Mobiliser les réseaux gérant de MSP pour les actions du parcours 	<p>1-Travaux d'analyse de la filière gériatrique et présentation du rapport du Dr Sylvie Rossignol à l'ARS et aux structures / professionnels de santé.</p> <p>2-Poursuite des expérimentations « Art 70 » avec inclusion d'un 11^{ème} site « régional ».</p> <p>La Bourgogne est retenue pour l'expérimentation « Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) de l'art 48 de la LFSS 2013, sur le pays de Bourgogne nivernaise et le canton de St Amand en Puisaye, permettant d'expérimenter de nouvelles modalités de prises en charge et notamment de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation pour en réduire les délais.</p> <p>Le déploiement des MAIA et la prise en charge des cas complexes participent à une meilleure coordination des acteurs de proximité.</p>	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
	<p>Suivi de l'étude du Pôle de Gériatrie Inter-régional de Bourgogne Franche-Comté sur les hospitalisations évitables <i>Direction de l'Autonomie</i></p>	<p><u>étude n° 1</u> : dépôt d'un protocole de recherche par les soins de la DRCI du CHU auprès du CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé) = étude quantitative qui s'adresse aux soignants hospitaliers et de l'EHPAD. <u>étude n° 2</u> : une étude qualitative limitée à 30 inclusions à partir du service des urgences du CHU. Aborde plus le côté qualitatif du ressenti humain et sociologique et donne la parole aux personnes âgées qui ne sont pas personnellement prise en compte dans l'étude n°1.</p>		<p>L'étude a pris un important retard. Sa présentation officielle est prévue le 10 juin 2015. Les conclusions seront transmises en commissions spécialisées.</p>	<p>Pas encore d'évaluation</p>
	<p>Dispositions conventionnelles hôpitaux et EHPAD <i>Direction de l'Autonomie</i></p>	<p>Relève en principe des plans bleus rendus obligatoires dans le cadre des plans canicules</p>	<p>96 % des EHPAD dépendant d'un établissement de santé ont signé une convention</p>	<p>Idem 2013</p>	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
	Mise en œuvre du SROMS (volet personnes âgées) <i>Direction de l'Autonomie</i>	Mise en œuvre effective, fortement impactée par la démarche parcours	Idem 2012 Domaines ciblés comme le développement de l'hébergement temporaire ou les dispositifs du plan Alzheimer	Actions PAERPA (36) et art 70 (intervention en amont ou en aval du séjour hospitalier): prévention de l'hospitalisation, et de la ré hospitalisation.	Evaluation en cours
2011-n°2 : Pour le rapport des CRUQPC, prévoir un paragraphe qui indique les moyens mis à disposition des représentants des usagers (consultation du contenu des divers courriers de plaintes et réclamations, ainsi que des réponses faites par l'établissement) et des fiches d'événements indésirables. Etablir une fiche procédure reprenant la mise à disposition, le mode de transmission et le délai de ces informations.	Exploitation des rapports CRUQPC <i>Direction de la Stratégie</i>	Moyens utilisés par les établissements pour communiquer sur le fonctionnement de la CRUQPC auprès des usagers - Affiches (67 % des établissements) - Livret d'accueil (90 %) - Réunions (35 %) - Internet (27 %)	Idem 2012 - Affiches (70 % des établissements) - Livret d'accueil (90 %) - Réunions (50 %) - Internet (51 %)	- Se reporter dans le présent rapport à la synthèse des rapports CRUQPC, partie Sources d'informations de la CRUQPC L'outil CRUQPC pour le rapport 2015 contient une question précise sur le sujet « Toutes les réclamations sont-elles communiquées à la CRUQPC ? »	
	Objectifs négociés dans le cadre des CPOM ARS/établissements <i>DOS -Performance</i>	Inscriptions des indicateurs suivants dans les annexes des CPOM hospitaliers - Nombre de réunions de la CRUQPC (4) - Taux de présence aux réunions de la CRUQPC (80%) - Nb de personnels formés au droit des usagers	Idem 2012	Idem 2012	Evaluation en cours

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
2011-n°3 : Faciliter la libre expression des représentants des usagers dans le secteur médico-social, dans le cadre de formations et en impliquant les conseils de vie sociale dans la procédure des réclamations des usagers	Dispositifs de formation mis en place <i>Direction de la Stratégie</i>	Dispositif Bientraitance	Campagne budgétaire FIR – Appel à projets à destination notamment des associations, l'une des orientations étant la formation des représentants d'usagers, y compris dans le secteur médico-social 3 actions financées sur le FIR Démocratie Sanitaire 2013	4 actions financées sur le FIR Démocratie Sanitaire 2014	
	Questionnaires auprès des Conseils de Vie Sociale (CVS) <i>Direction de la Stratégie</i>	Enquête 2012 sur le respect des droits des usagers dans le secteur médico-social, réalisée par l'ARS à la Commission Spécialisée Usagers	Enquête 1 / 2 ans → sera reconduite en 2014, au titre de l'année 2013	Enquête 2014 sur le respect des droits des usagers dans le secteur médico-social, réalisée par l'ARS à la Commission Spécialisée Usagers : 89 % des établissements répondants ont mis en place un système de gestion des réclamations : fiche d'évènements indésirables, registre des plaintes, boîte à idée, circuit de recueil et de traitement du CH, autres (humeuroscope, cercle de qualité...)	
	<i>Direction de la Stratégie / MRCA</i>	Réception des réclamations relatives au secteur médico-social par le guichet unique de l'ARS 64 en 2011 pour la Bourgogne	Réception des réclamations relatives au secteur médico-social par le guichet unique de l'ARS 56 en 2012 pour la Bourgogne	Réception des réclamations relatives au secteur médico-social par le guichet unique de l'ARS 82 en 2013 pour la Bourgogne (sur 221)	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
<p>2012-n°1a et 2013-n°3: Faire connaître les dispositifs relatifs au respect de la dignité des personnes et aux conditions de leur fin de vie (respect de la dignité de la personne en fin de vie, mandat de protection future, désignation de la personne de confiance, rédaction des directives anticipées, ...) aux représentants d'usagers, par une information en commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers, relayée en CRSA.</p>	<p><i>Direction de la Stratégie</i></p>		<p>Rencontres citoyennes sur les questions de fin de vie, organisées en nov-déc 2013 par l'Espace Ethique Régional Bourgogne Franche-Comté, en association avec l'ARS</p>	<p>Réunion CSDU du 24/06/2014, rencontre avec des intervenants extérieurs (membre de l'association JALMALV, responsable des soins palliatifs au centre hospitalier de Chalon sur Saône, membre de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU/la Mirandière) Organisation journée régionale des soins palliatifs oct 2014 Financement campagne JALMAV FIR Démocratie sanitaire</p>	
<p>2012-n°1b : Proposer une formation sur les dispositifs relatifs au respect de la dignité des personnes et aux conditions de leur fin de vie aux représentants d'usagers de la région intervenant dans les instances des établissements de la région.</p>	<p><i>Direction de la Stratégie</i></p>		<p>Campagne budgétaire FIR – Appel à projets à destination notamment des associations, portant sur 3 axes (formation, communication sur la démocratie sanitaire et organisation de débats publics) : financement de soirées-débats sur la fin de vie, ouvertes au grand public, -organisées par l'association JALMALV</p>	<p>Financement campagne JALMAV FIR DMS</p>	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
2012-n°2a : Faire un état des lieux des instances ou dispositifs existants sur la santé en milieu pénitentiaire (convention santé/justice, comités de suivi des maisons d'arrêt, ...), et le lien avec le volet Soins aux détenus du Schéma Régional d'Organisation des Soins (volet 4 du SROS – Projet Régional de Santé).	<i>Direction de la Stratégie</i>		La CSDU a invité le Dr JF Canard, médecin intervenant à la maison d'arrêt de Dijon, qui a présenté l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus et P. Avezou, référent soins des détenus à l'ARS, qui a expliqué l'organisation sanitaire en milieu carcéral, à l'appui du volet Soins aux détenus du SROS Réunion du 15 octobre 2013	/	
2012-n°2b : Associer des représentants d'utilisateurs à une ou plusieurs des instances ou dispositifs existants sur la santé en milieu pénitentiaire	<i>Direction de la Stratégie</i>		Suite à la réunion du 15/10/2013, il est apparu que l'organisation actuelle ne permet pas l'intégration de RU aux instances en place, en partie en raison du caractère sensible du contenu des réunions de l'administration pénitentiaire (la santé n'étant pas le seul sujet de ces réunions)	/	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
<p>2013-n°1a : Faciliter l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap : Objectif 7 du SROMS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale)</p> <p>*en sensibilisant les professionnels de santé à travers leurs formations et des aides au financement pour garantir l'accessibilité aux lieux de consultation et aux matériels d'examen</p> <p>*en proposant de modifier la loi du 11 février 2005 pour permettre des aménagements d'accessibilité de coût moindre</p> <p>*en développant les actions de prévention inscrites dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signés avec les établissements et services: actions de prévention sur l'hygiène bucco dentaire, vie sexuelle, .</p> <p>*en développant les actions portées par les maisons d'accueil spécialisées (MAS) : camion itinérant, convention avec les centres hospitaliers ...</p> <p>*orientations pour les réseaux de santé et les maisons de santé pluri-professionnels (MSP)</p> <p>en travaillant en lien avec la commission spécialisée Prise en charge et accompagnement médico-sociaux</p>	<p><i>Direction de l'Autonomie</i></p>			<p>Signés avec les établissements et services médico-sociaux</p>	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
<p>2013-n°1b : Dresser un état des lieux relatif à la scolarisation des enfants en situation de handicap, thématique retenue par le comité de pilotage d'Evaluation du PRS ARS/CRSA, portant sur 2 axes pour 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux des Unités d'enseignement en milieu ordinaire (dont les freins et éléments facilitateurs). • Critères d'attribution des Auxiliaires de Vie Scolaire pour le soutien de la scolarité en milieu ordinaire. 	<p><i>Direction de l'Autonomie</i> <i>Direction de la Stratégie</i></p>			<p>Résultats de l'évaluation intermédiaire du PRS attendus pour septembre 2015</p> <p>L'étude porte sur 3 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation de la 1^{ère} scolarisation • Diversification des modes de scolarisation (dont les freins et éléments facilitateurs). • Articulation des projets personnalisés de scolarisation (PPS) et des projets individualisés d'accompagnement (PIA) 	

Recommandations	Indicateurs / Données de suivi <i>Responsable de l'action</i>	Actions réalisées			Résultats
		2012	2013	2014	
<p>2013-n°2a : Améliorer le rapport CRUQPC et l'optimiser, en renforçant notamment la coordination (établissement / usagers / ARS). Cette coordination pourrait être l'objet d'un réseau de référents à constituer, en faisant participer les établissements, les services ARS en charge de la gestion des réclamations, de la démocratie sanitaire, la commission spécialisée Droits des Usagers (CSDU) ...</p>	<p><i>Direction de la Stratégie Direction de la Santé Publique</i></p>			<p>2014 / 2015 : Mise en place d'un réseau régional et de 2 réseaux départementaux (58 et 21) se réunissant 2 fois/an - à l'initiative de la mission "Qualité et Sécurité des Soins" Séminaire sur la nouvelle certification HAS</p>	
<p>2013-n°2b : Enrichir le rapport Droits des Usagers avec des données sur le secteur médico-social à recueillir auprès des personnes qualifiées ou des Conseils Généraux qui les désignent.</p>	<p><i>Direction de la Stratégie</i></p>			<p>Reporté au prochain rapport</p>	

II. Recommandations du présent rapport

Lors de sa réunion du 16 juin 2015, la commission spécialisée dans le domaine du droit des usagers du système de santé a émis le souhait **que soit mieux prise en compte la représentation des usagers dans les différentes instances** :

- En poursuivant la dynamique engagée
- En étant attentif au développement des instances territoriales
- En respectant la future loi de santé

La recommandation 1 traduit opérationnellement ce vœu :

- Recommandation n°1

↳ **2014-1a - Faire évoluer l’outil pour la rédaction des rapports CRUQPC, en y associant des représentants des usagers (RU) et des référents qualité d’établissement**

↳ **2014-1b - Promouvoir le rôle des RU au sein des établissements, notamment en améliorant l’information sur les RU, tant auprès du personnel que des usagers**

↳ **2014-1c - Rendre accessible à tous la liste des RU en CRUQPC**

↳ **2014-1d - Améliorer la connaissance sur la Commission Départementale des Soins Psychiatriques**

- Recommandation n°2

La recommandation 2013-2b [Enrichir le rapport Droits des Usagers avec des données sur le secteur médico-social à recueillir auprès des personnes qualifiées ou des Conseils Généraux qui les désignent] n’a fait l’objet d’aucune mise en œuvre depuis son émission, aussi la CSDU choisit de l’afficher de nouveau comme recommandation prioritaire dans le présent rapport :

↳ **2014-2 - Enrichir le rapport Droits des Usagers avec des données sur le secteur médico-social à recueillir auprès des personnes qualifiées ou des Conseils Départementaux qui les désignent.**

La mise en œuvre de ces recommandations relève de l’ARS (répartition entre différentes directions), mais pour la première fois, la commission a souhaité démontrer son engagement et son implication en formulant une recommandation dont elle aura la responsabilité ; il s’agit de la recommandation relative à la promotion du rôle des représentants des usagers en établissements (2014-1b).

F. Conclusion

« Se donner des moyens d’agir

Une courte conclusion pour expliquer le souhait de la commission relatif aux recommandations du rapport.

La commission désire pouvoir s’investir dans son rôle de référent sur les droits des Usagers en région, et ceci particulièrement par la recommandation de promouvoir le représentant d’usagers, son rôle, mais également les instances auxquelles le patient est sensé pouvoir faire appel lorsqu’il rencontre un problème. Ces dernières sont parfois difficiles à contacter, méconnues du patient, mais aussi des professionnels, et nous pouvons dire la même chose en ce qui concerne le représentant d’usager.

Le patient doit pouvoir faire directement appel au représentant d’usager en toute liberté, sans passer par un filtre professionnel, mais pour cela il faut qu’il en connaisse l’existence.

Cette recommandation va donc entraîner un investissement supplémentaire des membres de la commission qui vont envisager des moyens d’agir , mais aussi faire agir la commission directement dans le cadre de l’amélioration de la prise en charge du patient dans le respect de ses droits, sur le papier, mais surtout dans la vie réelle.

La commission a également repris d’anciennes recommandations de façon à continuer le focus sur celles-ci.

Nous ne pouvons non plus ignorer l’actualité de la restructuration régionale, aussi la commission reste dans l’expectative des changements qui auront lieu lors de la création de la région Bourgogne Franche Comté. »

Yann LECOMTE



Président de la Commission Spécialisée
Droits des Usagers du Système de Santé

G. Siglaire

ANFH	Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Assistante de Vie Scolaire
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDSP	Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CLS	Contrat Local de Santé
CNS	Conférence Nationale de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes & d'Actions sur les handicaps et les inadaptations
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CRUQPC	Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS	Commission Spécialisée
CSU	Commission Spécialisée Droits des Usagers
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
CVS	Conseil de Vie Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Personnel Continu
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FPC	Formation Professionnelle Continue
GU	Guichet Unique des réclamations (ARS de Bourgogne)
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoire (loi)
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MSP	Maison de Santé Pluri-disciplinaire
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PRS	Projet Régional de Santé
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
RU	Représentant des Usagers
SDC	Structure d'études et de traitement de la Douleur Chronique
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSR	Soins de Suite & de Réadaptation
UE	Unité d'Enseignement
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ZEP	Zone d'Education Prioritaire