



Rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé 2012

Adopté par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie lors de
sa séance du 26 mars 2013

Remerciements

La réalisation de ce Rapport doit beaucoup à la participation active aux travaux de :

- **Georgette SIMEONI**, Présidente de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU),
- **Déborah MORACCHINI**, Démocratie sanitaire, Agence régionale de santé de Corse (ARS de Corse),
- **Dominique ANDREANI**, Union nationale de familles ou amis de personnes malades et handicapées psychiques (UNAFAM),
- **Docteur Alain CHARLES**, Président de la Commission spécialisée de l'organisation des soins,
- **Pierre-Jean RUBINI**, Président de la Commission spécialisée de prévention,
- **Nonce GIACOMONI**, Président de la Commission spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux,
- **Robert COHEN**, Membre de la CSDU,
- **Danièle FRANCESCHI**, Association A SALVIA,
- **Michel ORSONI**, Membre de la CSDU,
- **Pierre-Louis ALESSANDRI**, Association des paralysés de France,
- **Josette RISTERRUCCI**, Présidente de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Qu'ils en soient vivement remerciés.

La réalisation de ce Rapport a été rendue possible grâce à la précieuse contribution des institutions et des acteurs du système de santé auditionnés, ainsi qu'à leur disponibilité:

- **Fabien MARCANGELI**, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation Territoriale Corse du sud de l'ARS de Corse,
- **Laurence LAITANG PERRET**, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation Territoriale Haute Corse de l'ARS de Corse
- **Marie Josée CRISTOFARI**, Service médico-social, secteur personnes handicapées, Délégation Territoriale Corse du sud de l'ARS de Corse,
- **Léonie CIABRINI**, chargée du suivi budgétaire des établissements personnes handicapées Haute Corse, ARS de Corse
- **Jean Louis FERRY**, Responsable système d'information de santé, ARS de Corse,
- **Catherine VIVARELLI-DUBREUCQ**, Déléguée régionale AGEFOS PME Corse,
- **Axel GUY**, Enseignant du premier degré chargé de mission du pôle enfance de la maison départementale des personnes handicapées de Haute Corse,
- **Cécile NEUMAN**, Commission santé justice,

- **Docteur Yves FANTON**, Responsable de l'unité de consultation et de soins ambulatoires du Centre hospitalier d'Ajaccio,
- **Marie-Christine CASTILLO**, Attachée d'administration hospitalière principale au Centre hospitalier d'Ajaccio,
- **Joël PALMA**, Directeur adjoint du Centre hospitalier de Bastia,
- **Audrey MAINETTI**, Secrétaire du Collectif inter associatif sur la santé de Corse,
- **Frédérique GAY**, Caisse primaire d'assurance maladie de Corse du Sud.

Merci pour leur aide précieuse.

Liste des principales abréviations

AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico- sociaux.
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
Al.	Alinéa
Art.	Article
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CLS	Contrat local de santé
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CNS	Conférence nationale de santé
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la santé publique
CVS	Conseil de vie sociale
DM	Dossier médical
DPC	Développement professionnel continu
EI	Evènements indésirables
ERI	Espace de rencontre et d'information
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PCH	Prestation de compensation du handicap
RI	Règlement intérieur
SMPR	Service médico-psychologique régional
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UIGS	Union interrégionale du Grand sud
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Introduction

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

Cette définition de la démarche qualité telle qu'elle a été formulée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1987 permet d'attester que la recherche de la satisfaction du patient fait partie intégrante de la qualité de la prise en charge.

A l'heure actuelle, la mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans un contexte global de montée en puissance de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé, comme le traduisent les évolutions réglementaires, en particulier l'ordonnance du 24 avril 1996, la loi du 4 mars 2002,² et plus récemment la loi du 21 juillet 2009.³

Nous assistons en effet à une montée en puissance des associations d'utilisateurs et des démarches qualité au sein desquelles le service rendu au patient, et donc son appréciation tiennent une place centrale.⁴

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

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

La CSDU de la CRSA contribue particulièrement à l'effectivité de la démocratie sanitaire en région en élaborant chaque année un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du

¹ OMS, 1987.

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

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

⁴ Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Rapport « Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé », Rapport N°RM2007-045P, mars 2007.

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-social⁵.

L'instruction ministérielle en date du 24 octobre 2011 identifie les quatre principales orientations devant être traitées *a minima* dans le Rapport sur les droits des usagers du système de santé au titre de l'année 2011⁶ et l'arrêté du 5 avril 2012 y présente les orientations spécifiques déclinées en objectifs.⁷

Il convient de souligner le caractère novateur de la rédaction du Rapport au titre de l'année 2011, désormais enrichi par l'analyse du domaine médico-social.

Afin de tenir compte de cette exigence supplémentaire qui contribue de manière générale à étendre le champ de l'évaluation du respect des droits des usagers, la CRSA de la région Corse a choisi d'adopter pour son rapport une structuration qui soit la plus claire et la plus pertinente possible.

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

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

Enfin, les recommandations formulées par la CRSA pour l'année 2012 seront classées par thématiques dans une troisième partie. ([Partie III](#))

⁵ CSP, art. D. 1432-42.

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

⁷ Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique (CSP).

Propos liminaires

Avant de découvrir le contenu du rapport, la CRSA s'est attachée à rappeler brièvement et à titre préliminaire, certaines notions rattachées aux droits reconnus aux usagers du système de la santé dans son ensemble.

[Le droit au respect de la dignité de la personne](#)

Le respect des droits relatifs au respect de l'intégrité, de la dignité de la personne⁸ et de la confidentialité des informations le concernant⁹ est tout d'abord conditionné par la mise en œuvre d'une démarche de promotion de la bientraitance, véritable culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service visant à promouvoir le bien être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance.¹⁰

Le respect de ces droits est également conditionné par la nécessaire prise en charge de la douleur à travers la reconnaissance par la loi du 4 mars 2002 du droit fondamental de toute personne au soulagement de sa douleur.¹¹

[L'expression des usagers](#)

Le Rapport sur les droits des usagers présente et analyse les différents moyens dont disposent les usagers pour faire entendre leur voix.

L'article L. 1111-11 du code de la santé publique garantit spécifiquement l'expression de la volonté des malades en fin de vie par le droit offert à toute personne majeure de rédiger une déclaration écrite, appelée directive anticipée, pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Révocables à tout moment, ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt des traitements.

⁸ CSP, art. L. 1110-1 et L. 1110-2,

⁹ CSP, art. L. 1110-4, CASF, art. L. 311-3 4°).

¹⁰ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », août 2008, page 14.

¹¹ CSP, art. L. 1110-5.

Le droit à l'information

Essence même de la rédaction du Rapport sur les droits des usagers du système de santé, le droit à l'information est reconnu par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique qui dispose que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels et les établissements de santé. Le code de l'action sociale et des familles garantit également à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'accès à toute information ou tout document relatif à sa prise en charge.¹²

L'obligation de formation des professionnels de santé

Une évaluation de la formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers est réalisée dans le cadre du Rapport sur les droits des usagers du système de santé.

Il convient alors de rappeler que depuis la loi du 21 juillet 2009, le développement professionnel continu (DPC) constitue une obligation individuelle s'inscrivant dans une démarche permanente qui s'impose aux médecins qu'ils soient ou non¹³ soumis à l'obligation d'inscription au tableau de l'ordre.

Le DPC comporte l'analyse par les médecins de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences.¹⁴

Le médecin satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC et comportant une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce programme doit être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré.

De part ses objectifs d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la prise en compte des priorités de santé publique,¹⁵ le respect de l'obligation de DPC constitue un objectif ayant un impact sur le respect des droits des usagers.

En effet, une formation efficiente des professionnels de santé sur les droits des usagers participe de leur respect.

Dans le cadre de la loi du 16 juillet 1971 relative à la formation professionnelle continue,¹⁶ l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) Association nationale pour

¹² CASF, art. L. 311-3 5°)

¹³ CSP, art. L. 4112-6.

¹⁴ CSP, art. R. 4133-1 issu du décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins.

¹⁵ CSP, art. L. 4133-1.

la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a été institué en qualité d'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) par le Ministère de la santé pour collecter et gérer les fonds consacrés au financement du plan de formation des professionnels dans les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Elle propose également à ses adhérents établissements du secteur public, un ensemble de services visant à les accompagner dans la gestion de la formation et des compétences.

En vertu de l'accord relatif à la gestion par l'OPCA –ANFH des fonds consacrés par les établissements publics de santé et médico-sociaux au DPC du personnel médical, odontologique et pharmaceutique du 18 juin 2012, les parties signataires¹⁷ ont décidées de confier à l'OPCA ANFH la collecte, la gestion et la mutualisation de sommes affectées au DPC du personnel médical, odontologique et pharmaceutique exerçant dans les établissements publics de santé et médico-sociaux, et versées par les CHU et les autres établissements publics de santé et médico-sociaux adhérents.

L'offre de formation proposée par l'ANFH à ses adhérents s'articule autour des actions de formation nationales (AFN), fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins, et des actions de formations régionales (AFR) bâties par les délégations régionales ANFH.

¹⁶ L. n°71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

¹⁷ L'ANFH, la fédération hospitalière de France, la confédération médicale hospitalière, la coordination médicale hospitalière, l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers, le syndicat national des médecins, chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics, la conférence nationale des directeurs généraux de centre hospitalier régionaux universitaires(CHRU), la conférence nationale des Présidents de commissions médicales d'établissements (CME) de centres hospitaliers universitaires (CHU), la conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers, la conférence nationale des présidents de CME de CHE, l'association des établissements gérant des secteurs de santé mentale et la conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés (CHS).

Partie I :

L'évaluation du respect des droits des usagers

1. DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL

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

1) La promotion de la bientraitance

Le code de l'action sociale et des familles garantit à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.¹⁸

L'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) mène tous les ans une enquête sur la bientraitance dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).¹⁹

La réalisation de cette enquête permet la production d'un état des lieux national des pratiques de bientraitance, afin que les établissements concernés puissent se positionner périodiquement sur quelques éléments clefs favorisant la qualité de vie, le respect des personnes et la prévention des risques de maltraitance en leur sein.

En 2010, la région Corse fait partie des régions de France dans lesquelles le taux de participation des EHPAD à l'enquête est le plus élevé.²⁰

Par conséquent, les conclusions de l'enquête ANESM sur la bientraitance en 2010²¹ correspondent en grande partie à la réalité des pratiques rencontrées dans les établissements de la région.

Tous les établissements de santé médicaux-sociaux (ESMS) de la région ont à ce jour signé le protocole relatif aux signalements d'évènements indésirables (EI).

¹⁸ CASF, art. L. 311-3 1°)

¹⁹ En 2010, le taux de réponse à l'enquête ANESM sur la bientraitance dans les EHPAD est de 87%.

²⁰ Le taux de participation régional des établissements de Corse se situe entre 90 et 96 % ; pour un taux de participation national de 76%.

²¹ ANESM, Bientraitance, Analyse nationale 2010, Déploiement des pratiques professionnelles en établissements pour personnes âgées dépendantes, octobre 2011, disponible sur <http://www.anesm.sante.gouv.fr>.

Par conséquent, en application de ce protocole, l'ARS de Corse doit être alertée par les établissements dès qu'un évènement de nature à compromettre la prise en charge des résidents d'un établissement survient.

a) Les résultats nationaux de l'enquête ANESM 2010 sur l'évaluation des risques de troubles psychologiques et comportementaux

Les résultats de l'enquête font état d'**une amélioration** de l'évaluation des risques de troubles psychologiques ou comportementaux, dont le risque suicidaire, qui dépend du respect par les établissements concernés d'un certain nombre de préconisations. Parmi ces préconisations, figurent le respect d'un temps d'observation pour définir le projet personnalisé et pour procéder à sa réévaluation, le recueil des attentes du résident lors de l'évaluation initiale, ainsi que l'évaluation des besoins de soins et le recueil des habitudes et centres d'intérêts du patient au cours de cette même évaluation.

L'enquête démontre que cette évaluation s'est particulièrement améliorée au sein des établissements de statut privé à but non lucratif et au sein des établissements dont la capacité est inférieure à 100 places.

b) Les résultats nationaux de l'enquête ANESM 2010 sur le projet personnalisé des établissements

Bien qu'il reste encore peu élaboré en concertation avec le résident et son entourage de manière systématique, **la mise en œuvre du projet personnalisé²² résulte d'une bonne articulation et coordination des professionnels autour du projet.** Les professionnels expliquent ces résultats en mettant en avant l'existence d'un recueil informatisé des informations, d'une formation des équipes, de la création de référents soignants pour les résidents, de l'existence de personnel dédié à la coordination, de la tenue régulière de réunions pluridisciplinaires et de la formalisation de la procédure.

²² L'élaboration d'un projet personnalisé est une obligation incombant aux EHPAD de par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

c) Les résultats nationaux de l'enquête ANESM 2010 sur la liberté de circulation au sein des établissements

La mise en œuvre de la liberté de circulation est favorisée par **la formation des professionnels à la bientraitance, la possibilité d'activités collectives dans le cadre du projet personnalisé**, la capacité de l'établissement lorsqu'elle est inférieure à 100 places et par l'âge moyen des personnes au sein de l'établissement lorsqu'il est inférieur d'un an à la moyenne nationale.²³

Les solutions mises en avant au niveau collectif pour favoriser la liberté de circulation au sein des établissements sont l'existence de locaux adaptés, l'existence d'un accompagnement personnalisé par les professionnels, une mise à disposition de moyens de locomotion et l'organisation de sorties de groupe.

Au niveau individuel, la mise en place d'un système anti-fugue, une adaptation des lieux à la motricité des résidents et un accompagnement individuel par un bénévole sont érigés en solutions visant à favoriser la liberté de circulation.

d) Les résultats nationaux de l'enquête ANESM 2010 sur la participation collective à la bientraitance

93% des établissements répondant à l'enquête ont instauré un conseil de vie sociale (CVS) en leur sein et ce, même s'il n'est considéré comme opérationnel que pour 85% d'entre eux.

Dans 53% des cas, le président du CVS est un résident, et dans 47% des cas, il s'agit d'un représentant des familles.

Les plaintes et les suggestions des résidents sont recueillies systématiquement dans 82% des EHPAD, marquant ainsi une nette progression puisqu'en 2009, ce taux était de 74%.

En revanche, la participation de l'entourage est en baisse (elle était fréquente dans 64% des cas en 2009 contre 58 % en 2010).

La sollicitation des résidents ayant des difficultés sévères d'expression et de communication est faible (seuls 18% des EHPAD déclarent la réaliser de manière systématique).

²³ La moyenne nationale en 2010 est de 85,2 ans.

e) Les résultats nationaux de l'enquête ANESM 2010 sur la gestion des ressources humaines et l'ouverture des établissements vers l'extérieur

Le fait que les professionnels soient **correctement formés à la bientraitance** améliore significativement le recueil des données lors de l'accueil du résident, la prise en compte de ses attentes dans le projet personnalisé, la réévaluation de ses attentes, mais également l'évaluation de ses besoins.

L'enquête souligne que la formation du personnel, l'évaluation de l'impact de cette dernière et la réactualisation permanente des connaissances constituent des outils majeurs visant à améliorer les pratiques professionnelles, la qualité de vie des résidents en structure, comme en atteste la nette amélioration des pratiques lorsque le personnel est formé aux spécificités des publics pris en charge.

f) Les résultats nationaux de l'enquête ANESM 2010 sur l'organisation de l'établissement

Le partage, la transmission des informations, le temps d'écoute, l'identification et l'accompagnement des nouveaux professionnels sont pratiqués moins systématiquement pour 61% des établissements déclarants ayant une proportion de contrats à durée déterminée ou de vacataires supérieure à 33%.

2) La prise en charge de la douleur

Dans chacun des départements de la région, 25% des conventions signées entre les ESMS et les ES font état d'un axe « douleur ».

Ce pourcentage est à prendre avec précaution car à ce jour, les services de l'ARS ne disposent pas de toutes les conventions passées entre ESMS et ES.

B) La scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire

La loi du 11 février 2005²⁴ a renforcé les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés en affirmant le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile et à un parcours scolaire continu et adapté. Dans le cadre de cette loi, afin d'offrir un accès unique à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation, à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services et en vue de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été créées.²⁵

Les MDPH associent toutes les compétences impliquées actuellement dans l'accompagnement des personnes handicapées.

Un état des lieux des enfants accueillis en établissements et services médico-sociaux avec scolarisation a été réalisé par la MDPH de Haute Corse auprès des cinq instituts médico-éducatifs (IME) de la région.

Afin d'assurer la scolarisation et la continuité des parcours de formation des enfants et adolescents présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant qui nécessite un séjour dans un établissement de santé ou un établissement médico-social, les IME de la région ont choisi de constituer une unité d'enseignement conformément aux dispositions de l'article D. 351-17 du code de l'éducation.

Les enfants scolarisés dans ces IME bénéficient tous de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH), à l'exception des enfants dont la responsabilité relève du Conseil général, et d'un nombre minime de familles n'ayant à ce jour pas renouvelé ou pas souhaité renouveler ces prestations.

Etat des lieux des IME de Corse :

Nom de l'établissement	Capacité (nombre de places)	Nombre d'enfants accueillis	Taux d'enfants scolarisés par type de scolarisation
IME Les Tilleuls Figarella	52 dont : - 20 en internat -32 en semi internat	42	100% en unité d'enseignement IME

²⁴ L. n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁵ CASF, art. L. 146-3.

IME Centre Flori	54	54	100% en unité d'enseignement IME dont 25% en scolarité complémentaire en CLIS ²⁶ ou ULIS ²⁷		
IME Les Salines	66 dont 10 en internat	5	80% en ULIS lycée	20% en unité d'enseignement IME	
IME Les Moulins Blancs Ajaccio	31 dont 12 en internat	3	100% en unité d'enseignement IME dont 66% en scolarité complémentaire en CLIS		
IME Porto-Vecchio	13	6	50% en ULIS	33% en CLIS	16% en unité pédagogique IME

Les enquêtes réalisées par le Ministère de l'Education Nationale constituent également des sources d'information essentielles pour prendre connaissance des modalités de scolarisation des enfants handicapés dans la région.

En effet, les enquêtes EN 3 et 12 recensent les enfants scolarisés dans les établissements scolaires publics et privés du primaire et du secondaire, et l'enquête EN 32 répertorie les enfants scolarisés dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers au sein d'unités d'enseignement.

Les services de l'ARS ont formulé par courrier une demande de transmission des résultats de ces enquêtes auprès du Recteur de l'Académie de région.

²⁶ Classes pour l'inclusion scolaire

²⁷ Unités localisées pour l'inclusion scolaire.

2. DANS LE CHAMP SANITAIRE

A) L'analyse de la synthèse régionale des Rapports CRUQPC



Synthèse régionale des Rapports des Commissions de la Relation des Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQPC)



Introduction

I) Le contexte sanitaire régional

A) Présentation générale

Dotée d'un territoire de santé unique²⁸ découpé en trois espaces fonctionnels de concertation (EFC), la Collectivité territoriale de Corse présente un maillage sanitaire évolutif visant à apporter une réponse adaptée aux besoins de santé de la population régionale.

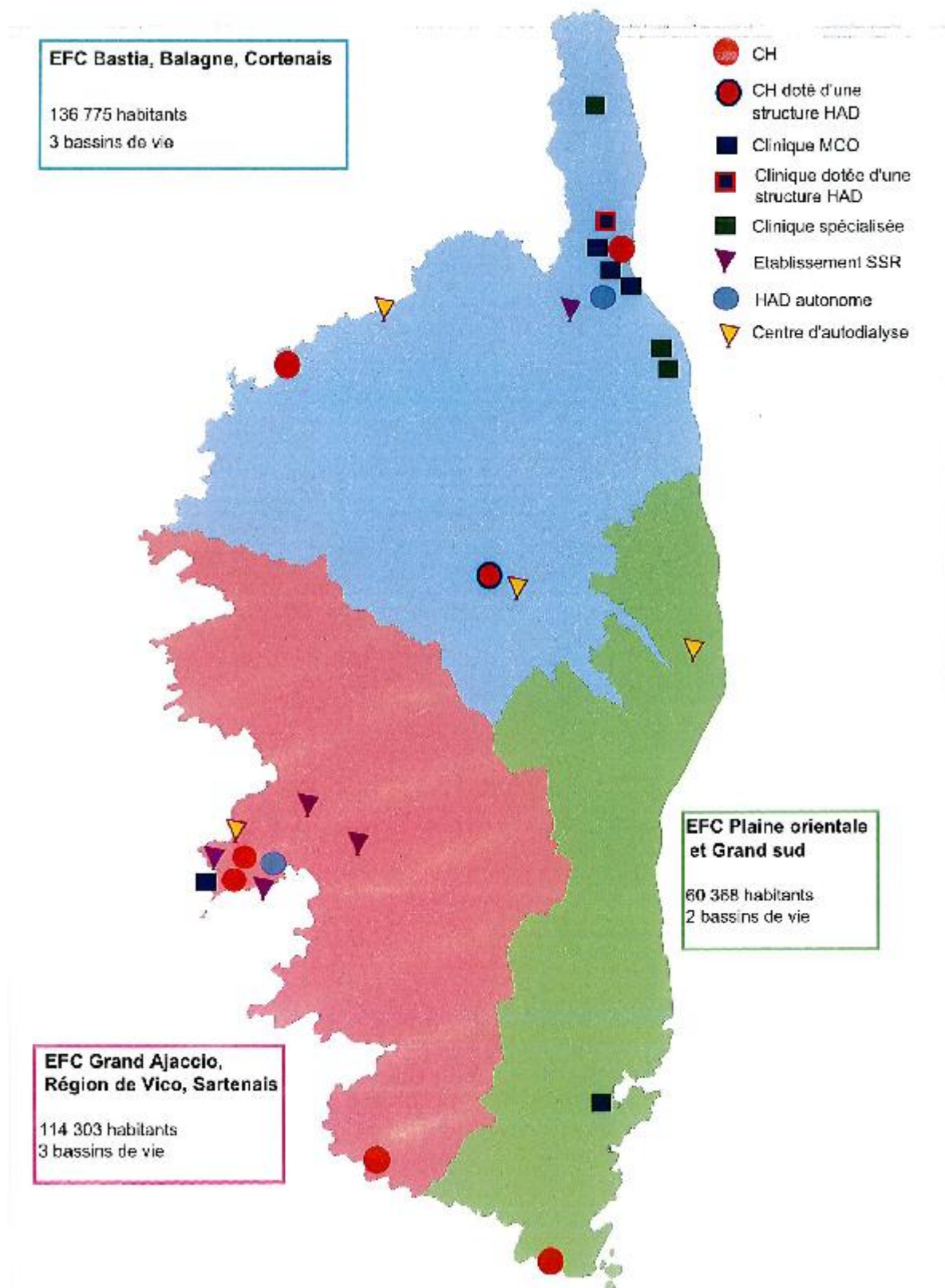
En 2011, 28 établissements de santé sont recensés sur le territoire régional.

Le secteur sanitaire public regroupe deux centres hospitaliers (CH), trois centres hospitaliers régionaux,²⁹ un centre hospitalier départemental spécialisé en maladie mentale et un centre hospitalier intercommunal.

Le secteur sanitaire privé regroupe sept cliniques et polycliniques spécialisées dans les domaines de la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), trois cliniques psychiatriques, cinq établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), deux établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) et quatre centres et unités d'autodialyse.

²⁸ Arrêté ARS n°2010-354 en date du 22 décembre 2010 portant définition des territoires de santé.

²⁹ Deux centres hospitaliers régionaux étaient régis par le statut juridique des hôpitaux locaux avant la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.



B) Les catégories d'établissement de santé et leur capacité moyenne d'accueil

Catégories d'établissement de santé	Capacité moyenne d'accueil par catégorie d'établissement de santé (nombre de lits et places confondus)
Centres hospitaliers: CH Ajaccio CH Bastia	Supérieure à 310
Centres hospitaliers régionaux : CHR Sartène CHR Bonifacio CHR Calvi	Moins de 10
Centres hospitaliers départementaux et intercommunaux : CHD Castelluccio CHI Corte Tattone	250
Cliniques et polycliniques : Clinique Saint Antoine Clinique du Golfe Clinisud Clinique Filippi Polyclinique Furiani Polyclinique du sud de la Corse Polyclinique Maymard	70
Cliniques spécialisées : Clinique San Ornello Centre de jour Villa San Ornello Clinique du Cap	22
Etablissements de SSR : CRF Finosello CRF Molini Centre de convalescence Ile de Beauté Centre de soins de suite et de réadaptation La Palmola Centre de régime Valicelli	80
Structure HAD : HAD de Corse HAD de l'Union territoriale des mutuelles de Corse du sud.	Supérieure à 25
Centre et unités d'autodialyse : Centre d'autodialyse ACORSAD Unité d'autodialyse Ile-Rousse Unité d'autodialyse de Corte Unité d'autodialyse de Cateraggio	8

II) La Commission de la relation des usagers et de la qualité de la prise en charge

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, une Commission de la relation des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) doit obligatoirement être instituée dans chaque établissement de santé, syndicat inter hospitalier et groupement de coopération sanitaire de type établissement de santé.³⁰

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

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

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

Le Rapport annuel de la CRUQPC³¹ joue un rôle important dans la démarche d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge au sein de l'établissement de santé et sa qualité est essentielle pour permettre la définition de la politique à mener en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

³⁰ CSP, art. R. 1112-79.

³¹ CSP, art. L. 1112-3, al. 4.

Partie I

L'analyse de la qualité des Rapports

I) Constats

En amont de l'analyse des Rapports CRUQPC des établissements de santé de Corse, il convient de préciser que conformément aux dispositions des articles L. 6111-1, L. 6122-1, L. 6125-2 du code de la santé publique, les structures d'HAD ayant une existence autonome disposent du statut d'établissements de santé et doivent à ce titre, constituer une CRUQPC qui leur est propre.

A contrario, pour les services d'HAD développés au sein d'un établissement de santé préexistant, la CRUQPC de l'établissement en question a compétence sur l'ensemble de ses activités, y compris celles d'hospitalisation à domicile.

Il convient également de souligner que les unités d'autodialyse de la région étant gérées par l'Association des dialysés Provence Corse (ADPC), elles disposent d'une CRUQPC commune.

Par conséquent, au regard de ces propos préliminaires, **26 Rapports CRUQPC** étaient attendus au titre de l'année 2011.

A) Le taux de retour des Rapports

19 Rapports CRUQPC sur les 26 attendus ont été communiqués à l'Agence.

73% des établissements de santé ont retourné leur Rapport.³²

³² Parmi les établissements de santé publics, 70% ont remis leur rapport.
Parmi les établissements privés de santé, 73% ont remis leur rapport.

B) Le respect du calendrier

Sur les 19 établissements de santé ayant remis leur Rapport CRUQPC, seuls 21% des établissements l'ont transmis à l'Agence avant la date butoir du 15 mai 2012 (soit 78% des établissements de santé n'ayant pas respecté le délai réglementaire de transmission.)

Ce pourcentage est le même que l'année dernière.

II) Analyse qualitative

A) La rédaction des Rapports

Les informations relatives à la rédaction des rapports sont peu nombreuses.

En effet, **seuls 20% des établissements de santé mentionnent les personnalités ayant participé à sa rédaction** et un seul établissement indique les instances autres que la CRUQPC, ayant été impliquées dans cette rédaction.

Dans ce cas unique, il s'agit du conseil de surveillance et du conseil de soins infirmier de l'établissement.

B) La structuration des Rapports

La structure du Rapport telle qu'elle est présentée dans le guide sur le Rapport annuel de la CRUQPC³³ est respectée **dans moins de 50% des cas.**

Bien que le guide *supra-cite* indique que, en raison de leur taille ou de leur statut, certains établissements ne sont pas en mesure de renseigner l'un ou l'autre item mentionné dans le modèle de rapport qu'il propose, **la négligence des établissements de santé dans le remplissage de certains items est à souligner.**

A titre d'exemple, bien que la grande majorité des établissements mentionne l'existence d'un règlement intérieur (RI) adopté et daté au sein de leur CRUQPC, plus de 70% d'entre eux n'indique pas si les représentants des usagers (RU) ont été ou non associés à l'élaboration du RI.

³³ Guide « Rédiger le rapport annuel de la CRU-Recommandations et modèle-type/mai 2008 », disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/les-etablissements-de-sante.html>.

Il en est de même pour l'item relatif à l'organisation matérielle de la CRUQPC qui n'est pas renseigné dans plus de la moitié des cas.

De manière générale, l'analyse des Rapports reste relativement complexe car il est parfois difficile de savoir si l'absence de réponse à un item traduit une réponse négative de la part de l'établissement, ou bien une impossibilité de sa part quant au remplissage de l'item.

A titre d'exemple, les items relatifs au nombre de saisines du médiateur et au nombre de propositions de médiation ne sont pas renseignés dans plus de la moitié des cas.

C) La prise en compte des préconisations formulées l'année précédente

Dans le cadre du respect du calendrier de remise des Rapports CRUQPC, la CRSA avait préconisé de rappeler aux établissements de santé l'obligation leur incombant de rédiger et de transmettre à l'ARS leur Rapport annuel dans le respect de la date butoir du 15 mai 2012.

L'ARS contribue à la mise en œuvre de cette préconisation.

En vue de procéder avec davantage de précisions à la rédaction de la synthèse et des Rapports CRUQPC, la CRSA avait préconisé que les CRUQPC des établissements de santé renseignent les items relatifs au nombre de plaintes et réclamations reçues et traitées, au nombre de dossiers médicaux (DM) réclamés et traités, ainsi qu'au nombre d'enquêtes de satisfaction ou questionnaires de sorties recueillis et traités.

Cette préconisation a été suivie par les établissements de santé.

En effet, la totalité des établissements de santé a indiqué dans leur Rapport CRUQPC le nombre de plaintes et réclamations reçues.

Dans 50% des cas, le devenir du traitement de ces plaintes et réclamations a été renseigné.

Pour les items relatifs aux demandes de DM, 95% des établissements de santé ont indiqué le nombre de demandes qui leur a été adressées en 2011.

Dans 50% des cas, le devenir du traitement de ces demandes a été renseigné dans les Rapports CRUQPC.

Enfin, 79% des établissements de santé ont mentionné dans leur Rapport le nombre d'enquêtes de satisfaction et/ou questionnaires de sorties recueillis et traités.

Soulevant la nécessité de faire refléter dans les Rapports CRUQPC les travaux effectués tout au long de l'année, ainsi que les évaluations et les marges de progressions, notamment sur les thématiques soulevées par les usagers ou par la Haute autorité de santé, l'ARS avait préconisé l'organisation d'une formation au sein de chaque établissement en présence de l'ensemble

des membres de la CRUQPC afin de s'assurer un suivi annuel de ce document.

L'ARS contribue à la mise en œuvre de cette préconisation.

III) Préconisations

En vue de s'assurer de la qualité rédactionnelle des Rapports CRUQPC et du strict respect du calendrier pour leur remise, l'ARS adressera, au début de l'année 2013 puis ultérieurement à la fin de chaque année civile, un courrier aux établissements de santé concernés leur rappelant la nécessité de rédiger un Rapport annuel de la CRUQPC, ainsi que les exigences requises pour la rédaction et la remise dudit Rapport.

Dans le respect de la recommandation formulée par la Conférence nationale de santé (CNS),³⁴ ce courrier fera également apparaître les coordonnées du référent démocratie sanitaire nouvellement désigné au cours de l'année 2012. Ce courrier sera accompagné du guide sur le Rapport annuel de la CRUQPC, ainsi que d'un questionnaire détaillé visant à faciliter le travail des établissements en vue de la rédaction de leur Rapport.

La CSDU de la CRSA alerte l'ARS sur la nécessité d'envoyer au plus tôt le courrier accompagné du questionnaire préalable aux établissements de santé, afin que les CRUQPC puissent s'approprier ce dernier avant le mois de mai de l'année 2013.

Pour les modalités de réalisation des Rapports CRUQPC, les recommandations suivantes formulées par la CNS³⁵ seront mises en œuvre par l'ARS :

- Conforter la démarche de réalisation des Rapports CRUQPC en la faisant figurer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé,
- Généraliser l'utilisation d'indicateurs et un support informatique harmonisés pour la rédaction des Rapports CRUQPC et la réalisation de la synthèse régionale, tout en laissant la place aux initiatives régionales,
- Assurer la diffusion de la synthèse des Rapports annuels de la CRUQPC,
- Assurer la diffusion des Rapports des CRSA.
- Associer les représentants des usagers à la rédaction du rapport.

³⁴ La CNS recommande de désigner au sein des ARS une personne clairement identifiée en charge de la thématique des droits des usagers. (CNS, Rapport 2011 sur les droits des usagers, adopté en Assemblée plénière le 16 décembre 2011 – Les recommandations, p.2.)

³⁵ *Id.*

Afin d'assurer la diffusion de la synthèse régionale des Rapports annuels de la CRUQPC et des Rapports annuels de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé depuis l'ARS, la CSDU préconise l'élaboration d'un site internet dédié aux droits des usagers.

Partie II

Le respect des droits des usagers

I) Le respect des droits collectifs des usagers

A) Analyse du fonctionnement des CRUQPC des établissements

1) Composition des CRUQPC

En vertu de l'article R. 1112-81 du code de la santé publique, la CRUQPC d'un établissement de santé est **obligatoirement composée** d'un médiateur médecin et de son suppléant, d'un médiateur non médecin et de son suppléant et de deux RU accompagnés de leurs suppléants.

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

Des membres supplémentaires peuvent également y siéger³⁶ à titre consultatif et/ou en qualité de personnes dites « ressources », notamment lorsque l'ordre du jour établi pour la réunion de la CRUQPC porte sur des thématiques précises relevant de leur domaine de compétence.

³⁶ Pour les établissements publics de santé, la liste des membres facultatifs est prévue à l'article R. 1112-81 III) du code de la santé publique. Pour les établissements de santé privés, cette liste est indiquée à l'article R. 1112-81 IV) du même code.

A titre d'exemple, il peut s'agir du Président de la Commission médicale d'établissement (CME) ou de la Conférence médicale de l'établissement et/ou du représentant du personnel.

En 2011, la totalité des établissements de santé de la région ont constitué une CRUQPC, à l'exception d'un centre hospitalier régional créé en toute fin d'année 2011.

Pour la CSDU, l'effectivité des droits des usagers ne devant pas souffrir d'une plus longue attente, cet établissement doit constituer au plus vite sa CRUQPC.

Cependant, des postes de RU sont restés vacants au cours de l'année 2011 dans 60% des CRUQPC.

20% des établissements de santé dont la composition de la CRUQPC était incomplète, ont effectué des démarches auprès de l'ARS en vue de pallier à cette carence.

Les 80% autres établissements de santé dont la composition de la CRUQPC était incomplète, n'ont pas indiqué les démarches effectuées en vue de pallier à cette carence.

2) Réunions et participation des membres (à l'exclusion des réunions téléphoniques)

Le taux de réponse à cet item est de 90%.

Au cours de l'année 2011, 74% des CRUQPC se sont réunies moins d'une fois par trimestre, **26% des CRUQPC se sont réunies au moins une fois par trimestre** et aucune CRUQPC ne s'est réunie plus d'une fois par trimestre. Il convient de souligner que sur les 19 établissements de santé ayant rendu leur Rapport, **deux établissements n'ont jamais réuni leur CRUQPC au cours de l'année 2011.**

Le code de la santé publique exige que la CRUQPC se réunisse *a minima* une fois par trimestre au cours de l'année,³⁷ soit au minimum quatre fois au cours d'une année civile.

³⁷ CSP, art. R. 1112-88.

En 2010, l'ARS avait constaté les difficultés à respecter cette règle dans de nombreux établissements de santé. Cette carence persiste cependant en 2011 dans les trois quart des établissements.

Afin de garantir le respect de la règle relative à la périodicité des réunions de la CRUQPC, la CSDU de la CRSA recommande aux RU qui siègent en CRUQPC de rappeler, en faisant preuve de pédagogie et avec l'aide de la personne référent démocratie sanitaire en ARS, que cette règle est une obligation et non pas un choix laissé à la libre appréciation des établissements de santé.

A cette fin, la CRSA souhaiterait que l'ARS procède à des emails de rappel de cette règle.

a) Les thèmes des réunions tenues dans l'année :

Le taux de réponse à cet item est de 60%.

Dans la majorité des cas, les réunions de la CRUQPC sont consacrées à la fois, à l'examen des plaintes et des réclamations et à l'amélioration de la qualité et de la prise en charge.

Il convient de souligner que seuls 10% des établissements de santé ont indiqué le nombre de réunions tenues au cours de l'année 2011 en vue de la rédaction du Rapport de la CRUQPC.

Le faible remplissage de cet item en particulier est une réalité car plus de la moitié des établissements mentionnent en amont de cet item, le nombre total de réunions tenues dans l'année.

La CSDU de la CRSA sensibilise les responsables des établissements en charge de la CRUQPC sur la nécessité qu'ils élaborent un planning précis des réunions et des thèmes y afférents et veillent strictement à son respect par l'ensemble des membres de la CRUQPC.

b) Le taux de participation des membres de la CRUQPC (notamment des RU) :

Le taux de réponse à cet item est de 70%.

Le taux de participation des RU aux réunions est en moyenne de 75%.
Ce taux doit être retenu avec prudence car **plus de la moitié des établissements de santé ne précise pas le taux de participation propre des RU aux réunions de la CRUQPC.**

La CSDU de la CRSA souligne qu'en pratique, les RU sont toujours présents aux réunions de la CRUQPC au cours desquelles leur investissement est total.

Ils ont pleinement conscience des raisons de leur présence au cours de ces réunions et les RU suppléants assurent la relève en cas d'absence des titulaires.

3) Saisine du médiateur médical et/ou non médical

Le code de la santé publique prévoit la possibilité pour un usager d'un établissement de santé qui s'estime victime d'un préjudice lié à l'organisation des soins et au fonctionnement médical des services, de recourir à un médiateur médecin ou non médecin.³⁸

Le médiateur a été saisi dans 15% des établissements de santé.
Cette saisine a eu lieu une seule fois et concernait le médiateur médical.

Une seule proposition de médiation a été formulée en 2011.

Un même établissement de santé a formulé 35 propositions de médiation auprès du médiateur non médical.

Toutes ces propositions ont fait l'objet d'un compte rendu de médiation.

Aucun compte rendu de médiation n'a été présenté à la CRUQPC.

La CSDU signale un défaut de connaissance par les usagers sur la composition de la CRUQPC en général et sur le rôle du médiateur médical en particulier.

³⁸ CSP, art. R. 1112-92.

Afin de pallier ce défaut d'information, la CSDU considère tout d'abord qu'il incombe au cadre de santé de jouer un véritable rôle d'informateur au sein de son service, notamment en remettant le livret d'accueil aux patients et en s'assurant que les proches de ce dernier ont reçu toutes les informations nécessaires.

La CSDU insiste ensuite sur la nécessité de réaliser des formations auprès des médiateurs médicaux et de prendre connaissance du nombre de ces médiateurs qui ont suivis des formations effectivement mises en place à ce jour.

La CSDU prône la mise en place de ces actions de formation, relatant les effets positifs constatés au sein d'un CH dans lequel la médiatrice de la CRUQPC a pu mettre en application les compétences acquises au cours d'une formation.

4) Règlement intérieur de la CRUQPC

L'article R. 1112-89 du code de la santé publique prévoit que la CRUQPC établit son RI.

En 2011, 63% des établissements de santé indiquent que leur CRUQPC dispose d'un RI.

Parmi les établissements de santé ayant élaboré un RI, plus de 40% y ont associé la totalité des membres de la CRUQPC.

Cependant, aucun établissement n'a indiqué le taux de participation des RU à cette élaboration.

Ce défaut d'information avait également été constaté par l'ARS en 2010.

La CSDU rappelle que le RI peut être revu tous les ans et qu'il incombe aux RU de faire entendre leur voix pour demander à être associés à son élaboration.

La CSDU ajoute que le RI doit être signé par tous les membres de la CRUQPC pour permettre une meilleure exploitation des informations communiquées relatives à cet item.

5) Organisation de la CRUQPC

a) Proportion des établissements ayant mis en œuvre une organisation matérielle de la CRUQPC :

Le taux de réponse à cet item est de moins de 50%.

Seuls 20% des établissements de santé disposent d'une organisation matérielle propre pour leur CRUQPC.

Cette organisation se caractérise par la mise à disposition de la Commission d'une salle de réunion, d'un secrétariat et d'un poste informatique et/ou téléphonique.

Dans 5% des cas, la CRUQPC dispose d'une adresse mél.

Une telle organisation de la CRUQPC est effective dans les structures telles que les CHR, les centres de convalescence et les cliniques de petite capacité. Dans les établissements de santé dont la capacité est plus conséquente tels que les CH ou les polycliniques, l'organisation matérielle de la CRUQPC est commune à celle des services de Direction, voir inexistante dans certains cas.

La CSDU considère que cette carence constatée dans l'organisation matérielle de la CRUQPC de certains établissements de santé est inadmissible et ce, quel que soit leur statut.

Par conséquent, elle préconise que l'ARS procède à des rappels à ce sujet en direction des établissements de santé.

b) Proportion des établissements ayant mis en œuvre des actions de formation des membres de la CRUQPC:

Le taux de réponse à cet item est de 30%.

Les actions de formation menées auprès des membres de la CRUQPC font significativement défaut.

En effet, moins de 15% des établissements de santé ont organisé des actions de formation pour les membres de la CRUQPC au cours de l'année 2011.

Le nombre de formations dispensées est très faible, aussi bien pour les RU que pour les autres membres de la CRUQPC et ce, bien que ces derniers se soient vu dispenser un nombre de formations plus important.

Une formation ayant pour objet la sensibilisation aux notions d'hygiène, de qualité et aux modalités d'organisation de l'établissement a été dispensée auprès des RU d'un établissement de santé.

Un autre établissement a organisé une journée de formation relative aux droits des usagers auprès des RU et dans deux autres établissements de santé, les membres professionnels de la CRUQPC ont suivi des formations sur la bientraitance et la prévention *en sus* des formations continues prévues dans le plan de formation annuel de l'établissement.

Il convient également de souligner que **seuls 10% des établissements de santé ont présenté dans leur Rapport l'état de l'avancée de réalisation de leur plan de formation du personnel pour l'année 2011.**

Les plans de ces établissements ont par ailleurs été réalisés dans leur intégralité au cours de cette même année.

La CSDU de la CRSA rappelle que des formations communes pour les membres professionnels et les membres RU de la CRUQPC doivent être assurées au sein même de l'établissement.

6) Information de la CRUQPC

a) Proportion des établissements ayant effectué une information des usagers :

L'article R. 1112-86 du code de la santé publique prévoit que la liste nominative des membres de la CRUQPC est affichée dans l'établissement de santé et remise à chaque patient avec le livret d'accueil.

- Le livret d'accueil :

Dans tous les établissements de santé, l'information des usagers sur l'existence de la CRUQPC est assurée *a minima* par **la remise obligatoire** par le personnel d'un livret d'accueil à chacun des patients dès son arrivée dans la structure.³⁹

Mis à jour régulièrement dans 20% des cas, le livret d'accueil consacre dans tous les cas une partie de son contenu à la CRUQPC.

³⁹ Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, la remise du livret d'accueil est obligatoire auprès de chaque patient lors de son admission.

Dans plus de la moitié des établissements, le livret d'accueil liste la composition de la CRUQPC, énumère ses missions et indique les modalités de recours à cette dernière.

Le seul établissement de santé ayant indiqué avoir réalisée une évaluation des conditions de remise du livret d'accueil au cours de l'année 2011, en a tiré les conséquences en procédant à une réorganisation fonctionnelle visant à augmenter le taux de distribution du livret.

La CSDU de la CRSA salue l'initiative consistant à effectuer une évaluation des conditions de remise du livret d'accueil. Elle recommande la mise en valeur d'une telle démarche, ainsi que sa proposition auprès des autres établissements de santé aux mêmes fins de réorganisation fonctionnelle.

- L'affichage :

Dans 40% des établissements de santé, un panneau d'affichage situé dans les entrées et sorties principales, ainsi que dans les unités de soins, mentionne l'existence de la CRUQPC et ses modalités de fonctionnement. Pour 15% des établissements de santé dans lesquels une permanence quotidienne et/ou hebdomadaire est assurée par la CRUQPC, le panneau d'affichage indique également les horaires de cette permanence.

Seuls 10% des établissements de santé mentionnent l'existence d'une page consacrée à la CRUQPC sur leur site internet.

Seuls deux établissements de santé de la région procèdent respectivement à l'affichage des indicateurs de qualité nationaux et du tableau de bord des indicateurs de la CRUQPC lorsque ce dernier existe.

Au regard de la régularité des consultations des sites des établissements de santé par les usagers, de la simplicité et de l'efficacité en termes de communication de l'outil internet, la CSDU de la CRSA préconise le développement de la pratique de sites internet au sein des établissements de santé. Ces sites feraient apparaître des informations relatives à la CRUQPC et aux droits des usagers, ainsi que les indicateurs de qualité nationaux.

b) Proportion des établissements ayant effectué une information des professionnels de santé et des personnels de l'établissement :

Plus de la moitié des établissements de santé assure l'information des professionnels de santé et de son personnel sur le fonctionnement de la CRUQPC.

Dans 20% des établissements, un panneau d'information actualisé exposant les éléments d'information relatifs à la CRUQPC est implanté dans chacun des services.

Dans 15% des cas, ces éléments d'information font l'objet d'une parution dans le livret interne de l'établissement et/ou dans le classeur de communication interne de l'établissement.

Dans 10% des cas, ces éléments d'information sont disponibles via l'intranet de l'établissement qui expose également les comptes rendus des réunions de la CRUQPC.

Dans cette même proportion, l'ensemble des services est destinataire de l'analyse annuelle de la satisfaction patient et du rapport annuel de la CRUQPC.

Des réunions de services ayant pour objet la CRUQPC sont réalisées dans 10% des cas.

Dans plus de 20% des établissements de santé, une information est consacrée aux nouveaux arrivants professionnels.

Cette information est délivrée au cours d'une réunion de services organisée à l'occasion d'une journée d'intégration et/ou par la remise à chaque nouvel arrivant d'un livret d'accueil spécifique.

Afin de garantir l'information du personnel des établissements de santé, la CSDU de la CRSA préconise de recourir à l'intranet des établissements, véritable outil d'information permettant la communication de données sur la composition, le rôle et les travaux de la CRUQPC.

La CSDU déplore le peu d'attention portée par les professionnels des établissements de santé à la CRUQPC.

7) Coordination avec les autres instances de l'établissement

a) Proportion des établissements ayant invité des membres de la CRUQPC à d'autres instances et réciproquement :

Dans 85% des établissements de santé, une coordination des membres de la CRUQPC avec les autres instances de l'établissement est effective.

Dans 40% des cas, les membres professionnels de la CRUQPC sont également membres de la CME et participent à ses réunions.

Dans 40% des établissements, les RU membres de la CRUQPC sont invités aux réunions des comités existant au sein de l'établissement.

Dans la très grande majorité des cas, les RU sont membres des Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), des Comité de lutte contre la douleur (CLUD), des Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) et des Comités de pilotage de la qualité quand ils existent au sein de l'établissement. Dans une moindre proportion, les RU ont participé à certaines réunions du conseil de surveillance de l'établissement et/ou de la CME.

Dans 10% des cas, les RU ont participé aux réunions et aux travaux préparatoires relatifs la certification V2010 et à la réalisation de l'auto-évaluation dans le cadre de cette dernière.

b) Proportion des établissements ayant adopté des mesures pour favoriser les échanges d'informations entre les différentes instances :

Seuls trois établissements de santé de la région font état de mesures adoptées en vue de favoriser les échanges d'informations entre les différentes instances.

Dans un établissement de santé, des fiches d'évènements indésirables (FEI) sont étudiées à l'occasion des réunions de la CRUQPC et analysées tous les ans lors de Comités de pilotage (COFIL) réunissant les chefs de services. Deux établissements de santé ont augmenté la diffusion des travaux réalisés par la CRUQPC au sein de l'établissement via l'intégration des comptes rendus des réunions dans la base documentaire et dans l'intranet de l'établissement.

Un établissement de santé a convié les RU membres de la CRUQPC à s'entretenir avec le Directeur adjoint afin de définir les grandes orientations de la politique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

La CSDU de la CRSA souligne l'initiative prise par les RU siégeant au sein de la CRUQPC d'un CH de la région d'organiser une réunion trimestrielle y associant la Direction.

Au cours de ces réunions, les RU exposent leurs préoccupations sur divers sujets spécifiques à certains services de l'établissement.

Force de propositions et de soutien, ils n'hésitent pas, en cas de besoin, à faire connaître leurs attentes dans la résolution des dysfonctionnements qu'ils ont dûment soulevés.

Ces réunions voulues constructives, se déroulent dans le respect de chacun et la compréhension mutuels.

Suite à ces échanges, de nombreuses solutions sont apportées par l'établissement dans l'intérêt des droits des usagers.

La CSDU salue également la démarche initiée par un établissement de santé au cours de l'année 2011 et qui a consisté à faire présenter par un RU le Rapport de la CRUQPC à l'ensemble des instances de l'établissement (Conseil de surveillance, CME, Comité technique d'établissement, Commission des soins infirmiers).

B) Analyse globale du fonctionnement des CRUQPC et préconisations

1) Prise en compte des préconisations de l'année précédente

a) La composition des CRUQPC :

En 2010, la CSDU de la CRSA avait souligné l'intérêt de désigner des titulaires et des suppléants RU non issus de la même association ce qui a permis au Directeur général de l'ARS (DGARS) d'ouvrir la représentation à d'avantage d'associations.

Il convient de rappeler qu'en vertu de l'article R. 1112-83 du code de la santé publique, **les RU membres de la CRUQPC sont désignés par le DGARS parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du même code.**

L'ARS veille à la mise en œuvre et au respect de cette préconisation.

b) Les réunions de la CRUQPC et la participation de ses membres :

Pour l'année 2011, la CRSA avait préconisé le respect de la règle en vigueur concernant la périodicité des réunions de la CRUQPC.

Il convient de rappeler qu'en vertu de l'article R. 1112-88 du code de la santé publique, **la CRUQPC se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises.**

Cette préconisation n'a pas été mise en œuvre par les établissements de santé en 2011.

c) Le taux de participation des RU aux réunions de la CRUQPC :

Pour l'année 2011, la CSDU de la CRSA avait préconisé d'adresser aux RU les convocations pour les réunions **suffisamment à l'avance**, afin qu'ils puissent planifier leur participation.

En vue de réduire l'absentéisme dans les réunions des instances, la CSDU avait également souhaité que la démarche de représentativité soit gérée par **un binôme de proximité** tant au niveau de la circulation de l'information que pour assurer la suppléance.

Pour l'année 2011, l'ARS avait préconisé d'inviter les suppléants à participer en observateurs aux réunions de la CRUQPC et de leur permettre de bénéficier d'une information-formation nécessaire à la compréhension des travaux de l'instance.

L'analyse des Rapports CRUQPC ne permet pas de conclure quant à la mise en œuvre ou non de ces préconisations.

La CSDU ajoute que ces préconisations ont été suivies par un CH pour lequel les RU suppléants ont été accueillis au sein des réunions de la CRUQPC. Afin de pallier à l'absentéisme des RU aux réunions de la CRUQPC, la CSDU réitère les préconisations formulées en 2011.

d) L'information des usagers sur le fonctionnement de la CRUQPC:

Pour l'année 2011, la CSDU de la CRSA avait préconisé la désignation au sein de chacun des établissements de santé **d'une personne en charge des**

relations avec les usagers (la PCRU) dont le nom et les coordonnées seraient affichés dans les services et signalés dans le livret d'accueil.

En 2011, un seul établissement de santé a désigné une PCRU en son sein.

La CSDU considère qu'il appartient aux RU d'insister sur la désignation de la PCRU qui peut être choisie en la personne du médiateur non médical en raison de sa connaissance du fonctionnement de la CRUQPC et du caractère indispensable de son rôle pour l'utilisateur.

La PCRU pourrait être appelée dans le service par le cadre de santé, jouer un rôle pivot afin de désamorcer les conflits ou les demandes légitimes des usagers et faire le lien entre la CRUQPC, l'utilisateur et les RU.

Dans la continuité des préconisations afférentes à l'information sur la composition de la CRUQPC, la CSDU de la CRSA avait proposé la réalisation d'**un annuaire des RU** à diffuser largement sur les sites des établissements de santé et sur celui de l'ARS.

L'ARS veille à la mise en œuvre et au respect de cette préconisation.

La CSDU signale que l'annuaire des RU est déjà mis en place dans de nombreuses régions.

Afin de garantir sa diffusion le plus largement possible, cet annuaire pourrait être inscrit sur le site de l'ARS, celui des établissements de santé et celui du Collectif interassociatif de la santé Corse (CISS Corse).

Ce document permettrait aux usagers de connaître l'identité des RU de proximité et de savoir au sein de quelles structures ils siègent.

Afin de garantir la communication d'informations simples, utiles et accessibles à tous, la CSDU avait préconisé **une mise à jour des livrets d'accueil devenus obsolètes**, ainsi qu'**une redéfinition de leur contenu** afin qu'ils soient composés d'une partie fixe présentant l'établissement et de fiches pratiques amovibles facilement consultables et interchangeables selon les besoins.

En 2011, 20% des établissements de santé indiquent avoir réalisé une mise à jour effective de leur livret d'accueil et un seul établissement a intégré des feuillets interchangeables dans son livret.

Il convient de rappeler que le contenu du livret d'accueil et les adaptations dont il doit faire l'objet *a minima* sont énoncés dans l'arrêté du 7 janvier 1997.⁴⁰

Dans la continuité des préconisations afférentes à la composition du livret d'accueil, la CSDU avait proposé de joindre à ce dernier **des fiches concernant la pédiatrie** ou d'élaborer **un livret d'accueil pour les mineurs**.

Cette préconisation n'a pas été mise en œuvre par les établissements de santé en 2011.

La CSDU de la CRSA demande que cette préconisation soit prise en compte afin de faciliter l'attente inutile de réponses aux questions que se posent les parents soucieux et désarmés dont les enfants sont hospitalisés. L'élaboration d'un tel document éviterait également la sollicitation inutile du personnel par les parents d'enfants hospitalisés.

Pour conclure sur les préconisations contribuant à accroître l'information des usagers, la CSDU souhaitait développer **la création de maisons des usagers ou d'espaces usagers au sein des établissements de santé** dont la permanence et l'animation seraient confiées aux bénévoles membres d'associations agréées oeuvrant dans le champ de la santé pour soutenir, orienter et informer les patients et leurs proches sur les droits des usagers du système de santé.

En 2011, aucun établissement ne dispose de structures dédiées aux usagers.⁴¹

Au niveau régional, il convient de souligner que l'ARS de Corse s'est rapprochée de la région PACA pour créer un espace de réflexion éthique inter-régional PACA Corse visant à assurer la formation universitaire, la documentation, les rencontres et les échanges interdisciplinaire, l'observation des pratiques éthiques, l'organisation de débats publics et le partage de connaissances.

Des thématiques relatives aux droits des usagers pourraient par conséquent y être abordées.

La convention constitutive de cet espace inter régional a été rédigée au début de l'année 2013.

⁴⁰ Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

⁴¹ Maisons des usagers, espaces de rencontres et d'information (ERI) ou autres.

La CSDU souligne l'intérêt de mettre en place de telles structures, aussi bien pour l'usager que pour l'établissement.
Elle ajoute que la concertation et la bonne volonté suffisent pour concrétiser un tel projet.

e) Le fonctionnement de la CRUQPC et sa coordination avec les autres instances de l'établissement :

Au sein de l'établissement, la CSDU de la CRSA avait préconisé la constitution d'un groupe de travail comprenant le médiateur médecin, le médiateur non médecin, le responsable de la qualité, la PCRU, le directeur des soins infirmiers et les RU, afin d'**activer la CRUQPC pour la faire passer du « mode curatif » à un « mode préventif. »**

L'analyse des Rapports CRUQPC ne permet pas de conclure quant à la mise en œuvre de cette préconisation.

La CRSA tient à souligner que la constitution d'un tel groupe de travail n'impacte en rien le financement des structures et qu'une autre approche de la CRUQPC permettrait cette constitution.
Le passage de la CRUQPC à un mode préventif prôné par la CRSA éviterait la multiplication de réunions conséquentes à la réception de plaintes et visant à rétablir les droits des usagers.
Ce passage donnerait également une meilleure image de l'établissement auprès des usagers.

En 2011, l'ARS avait préconisé une mobilisation des RU dans les CLAN, les CLUD, le CLIN en lien avec la CME.

Cette préconisation a été suivie par les établissements de santé car le taux de participation des membres de la CRUQPC aux autres instances de l'établissement est très satisfaisant en 2011.

2) Evaluation et nouvelles préconisations

a) Les questions soulevées:

La périodicité des réunions :

La règle des quatre réunions obligatoires au cours d'une année civile est peu respectée.

Les comptes rendu des réunions de la CRUQPC :

Dans seulement 35 % des établissements de santé, la rédaction d'un compte rendu est réalisée à l'issue de chaque réunion de la CRUQPC.

La participation des RU aux travaux de la CRUQPC :

Il est difficile d'évaluer la participation des RU aux travaux de la CRUQPC dans la mesure où la majorité des établissements de santé ne renseigne pas les items relatifs aux thèmes abordés au cours des réunions de la CRUQPC. Il en est de même pour les items relatifs au taux de participation des RU aux réunions de la CRUQPC et à l'élaboration du règlement intérieur de cette dernière.

Les actions de formations :

Les actions de formations sont encore trop peu nombreuses.

La proportion des établissements ayant constitué des groupes de travail sur les thèmes afférents aux droits des usagers et dans lesquels participent les usagers :

Dans un seul établissement de santé de la région, les usagers ont été associés à des groupes de travail sur des thèmes afférents aux droits des usagers en 2011.

Dans ce cas précis, les usagers ont participé aux travaux préparatoires à la Journée sur les droits des patients et à une réunion pour l'auto-évaluation sur le critère relatif aux droits des usagers.

La présentation des priorités concernant la qualité de la prise en charge :

La présentation de ses priorités est réalisée dans seulement deux établissements de santé de la région.

Les avis de la CME sur la politique d'amélioration continue de la qualité, ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés par les instances de l'établissement :

Il convient de rappeler qu'en vertu des dispositions de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

A cette fin, elle propose au Directeur de l'établissement un programme d'action qui prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la CRUQPC.

En 2011, les avis, vœux ou recommandations de la CME et des instances de l'établissement ont été recueillis dans seulement deux établissements de santé de la région.

La proposition des instances menant une réflexion éthique au sein de l'établissement :

Un seul établissement de santé a répondu à cet item, attestant de la rédaction d'un code éthique en 2011.

Les actions de communication de l'établissement :

Un seul établissement de santé a répondu à cet item, attestant avoir organisé une journée relative au respect des droits des patients et des journées portes ouvertes dans les Instituts de formation en soins infirmiers, les établissements sociaux et les Conseils généraux sur cette thématique.

La CSDU de la CRSA rappelle le rôle primordial joué par les CME dans la politique des soins dus aux patients à travers l'amélioration de l'accueil, de la qualité de la prise en charge et de la sécurité.

Par conséquent, leur implication dans l'écoute et la mise en œuvre des préconisations formulées par la CRSA est très encourageant.

De plus, une organisation adaptée de la sortie de l'hôpital pour les personnes dépendantes, âgées, handicapées ou précaires est indispensable, tout comme l'effectivité et la nécessaire globalité de la prise en charge du patient depuis son accueil jusqu'à sa sortie de l'établissement.

La CSDU souligne également l'importance du rôle joué par les assistantes sociales qui remplissent parfaitement leur mission lorsqu'elles sont sollicitées par les services de l'établissement ou par les proches.

b) Les bonnes pratiques à modéliser :

Bien que seulement 15% des établissements de santé aient associé les usagers dans des groupes de travail en 2011, cette pratique tend à se développer à l'instar de l'association des usagers aux groupes de travail sur la procédure de certification V2010.

Il convient de souligner sur ce point que l'IGAS a constaté en 2010 que dans de nombreuses régions, les RU étaient unanimes à exprimer leur désir d'être associés à la procédure de certification.⁴²

Ce fort engouement s'explique par le caractère assez disparate de l'information mis à disposition des usagers conformément au document de recommandation établi par la DGOS pour la rédaction des Rapports CRUQPC.⁴³

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

Bien que la majorité des établissements de santé de la région n'ait pas procédé à une analyse des suites apportées aux signalements révélateurs d'un dysfonctionnement ou d'un risque de dysfonctionnement, des procédures permettant le signalement d'EI se mettent en place progressivement au sein des établissements.

Parmi les quatre établissements de santé ayant renseigné l'item relatif au signalement d'éléments révélateurs d'un dysfonctionnement ou d'un risque de dysfonctionnement, deux établissements ont mis en place des fiches EI, un établissement a créé la cellule COVERISQUE de suivi des EI et un autre établissement a élaboré un tableau informatique auprès de la cellule qualité aux fins d'enregistrement des EI.

En 2011, plus d'une centaine de signalements ont été enregistrés dans les fiches EI.

En pratique, ces dernières sont enregistrées et traitées en continu et en totalité par les responsables des services concernés.

⁴² IGAS, Rapport sur l'information des usagers, sur la qualité des prises en charges des établissements de santé, N°RM2010-090P, juillet 2010.

⁴³ Direction de l'hospitalisation de l'offre de soins (DHOS), Rédiger le rapport annuel de la CRU : recommandations et modèle type, mai 2008.

Le Directeur a connaissance des EI par la réception des fiches qui sont ensuite analysées auprès du COPIL.

Les fiches EI sont ensuite présentées lors des réunions de la CRUQPC.

La CSDU de la CRSA demande une généralisation de ces bonnes pratiques et affirme sa vigilance quant à leur mise en œuvre dans les établissements de santé.

c) Les recommandations et les préconisations pour l'année 2012 :

Les recommandations et préconisations formulées par les établissements de santé :

Deux établissements de santé ont formulé pour 2012 l'objectif de respecter la règle des quatre réunions obligatoires.

Deux établissements de santé s'engagent à valider la composition de leur CRUQPC pour l'année 2012.

Six établissements de santé envisagent de mettre en place des procédures visant à garantir la formation des membres de la CRUQPC.

Neuf établissements de santé s'engagent à prendre des mesures visant à renforcer la diffusion des informations relatives à la CRUQPC en leur sein.

Les engagements de l'ARS :

Sur la composition des CRUQPC :

Les recommandations suivantes formulées par la CNS⁴⁴ seront mises en œuvre par l'ARS :

- Mettre en œuvre un processus transparent de désignation des RU,
- Rendre publics sur le site internet de l'ARS les postes des RU à pourvoir ou à renouveler et organiser des appels à candidature,
- Assurer la présence des RU dans le secteur ambulatoire.

⁴⁴ CNS, Rapport 2011 sur les droits des usagers, adopté en Assemblée plénière le 16 décembre 2011
- Les recommandations, page 3.

Sur la formation des membres de la CRUQPC :

En vertu de la convention de coopération qu'elle a signée avec le CISS Corse le 7 mai 2011 et qui a été prorogée au titre de l'année 2012, l'ARS s'engage à s'associer aux formations dispensées par le CISS en proposant des journées d'information axées sur des thématiques spécifiquement hospitalières.

Sur le fonctionnement de la CRUQPC :

Les recommandations suivantes formulées par la CNS⁴⁵ seront prises en compte par l'ARS dans le cadre de ses actions :

- Inscrire le bon fonctionnement de la CRUQPC dans les CPOM des établissements de santé,
- Rappeler aux établissements de santé leur obligation de prendre en charge les frais engagés par les RU,
- Mettre en place une campagne d'information « grand public » sur les droits des usagers et notamment sur le rôle et les missions des RU,
- Revoir la représentation dans les collèges « usagers » des commissions spécialisées des CRSA et des conférences de territoires pour qu'ils ne soient composés que de représentants d'associations agréées.

Afin de disposer d'une connaissance pratique du fonctionnement des CRUQPC, l'ARS préconise également que le référent démocratie sanitaire désigné en son sein puisse participer en tant qu'observateur invité à des réunions des CRUQPC de certains établissements de santé.

II) Le respect des droits individuels des usagers

A) Analyse des plaintes, réclamations et éloges

La Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) définit les plaintes et les réclamations comme « toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil. »⁴⁶

⁴⁵ *Id.*

⁴⁶ DGOS, Guide méthodologique « Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers », novembre 2009.

La CRUQPC examine parmi les plaintes et réclamations, celles qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel⁴⁷ et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

En 2011, plus de la moitié des établissements de santé de la région atteste de la mise en oeuvre d'une procédure de gestion des plaintes en leur sein.

La procédure décrite par les établissements de santé fait état d'une réception par la Direction des plaintes et réclamations écrites.

La Direction en informe ensuite systématiquement les membres de la CRUQPC.

Pour la grande majorité des établissements, un point relatif à l'examen des plaintes et réclamations figure à chaque ordre du jour des réunions de la CRUQPC. Un établissement ajoute que les plaintes qu'il reçoit font également l'objet d'une analyse avec le COPIL.

Après la mise en place d'actions correctives le cas échéant, la Direction envoie une réponse écrite à l'auteur de la plainte.

15% des établissements de santé ayant mis en place une telle procédure ont élaboré un registre des plaintes et/ou un tableau de bord apportant des éléments statistiques sur l'évolution des réclamations des patient et régulièrement mis à jour.

Les établissements de santé n'ayant pas mis en place une procédure de gestion des plaintes et réclamations ne précisent pas les motifs de cette carence.

1) Analyse quantitative des plaintes, réclamations et éloges

Dans le secteur public, **un nombre total de 47 plaintes et réclamations** ont été adressées dans les établissements publics de santé.

Par rapport à l'année 2010, une augmentation du nombre de plaintes et réclamations est perceptible dans les principaux CH de la région, mais demeure limitée pour les centres hospitaliers régionaux et pour le centre hospitalier spécialisé dans les maladies mentales.

⁴⁷ Les plaintes et réclamations qui revêtent un caractère gracieux sont celles dont l'objet est susceptible d'être porté devant les tribunaux (demande indemnitaire ou demande d'annulation d'un acte illégal).

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

L'item relatif au nombre d'éloges est très peu renseigné.

Dans le secteur privé, le nombre moyen de plaintes et réclamations adressé aux établissements de santé privés est de 110.

Dans les cliniques et polycliniques de la région, le nombre de plaintes et réclamations est variable d'une structure à l'autre, entre 0 et 10 plaintes déposées.

Un établissement de SSR recense à lui seul une quarantaine de plaintes et de réclamations, alors que les autres établissements relevant de la même catégorie ont été destinataires d'un nombre très limité, voir nul de plaintes. Les structures d'HAD ont fait l'objet d'un total de 17 plaintes et réclamations en 2011.

Comme pour le secteur public, l'item relatif au nombre d'éloges est très peu renseigné.

36 réclamations adressées auprès d'un même établissement de santé ont fait l'objet d'une décision de classement par la CRUQPC.

2) Analyse qualitative des plaintes, réclamations et éloges : les motifs invoqués

Les motifs des plaintes et des réclamations les plus fréquemment recensés dans les établissements de santé concernent tout d'abord **la qualité de l'accueil et de la prise en charge**.

En effet, la mauvaise qualité des prestations hôtelières telle que l'inconfort dans les chambres, le caractère vétuste des installations, la qualité des repas et/ou le manque d'entretien des espaces extérieurs, est dénoncée par les usagers dans plus de 75% des établissements de santé.

La perte d'affaires personnelles et les cas de vol sont signalés par les usagers dans plus de 20% des établissements.

Les motifs des plaintes et des réclamations les plus fréquemment rencontrés concernent ensuite **la qualité de l'organisation administrative et médicale des établissements de santé**.

En effet, les problèmes liés à la facturation des séjours concernent 26% des établissements et la qualité des relations entre le personnel médical et/ou paramédical et les patients est remise en cause dans 15% des établissements.

Enfin, les motifs des plaintes ayant pour origine les droits individuels de la personne et l'expression collective sont recensés dans 26% des établissements de santé.

Les motifs liés à de la maltraitance sont énoncés dans trois établissements de santé de la région et le nombre total de plaintes et réclamations y afférent est de 2.

Une seule plainte relative à l'accès aux informations médicales a été déposée au sein d'un établissement de santé.

Au total, 17 recours juridictionnels ont été recensés dans le domaine sanitaire en 201, mais leurs motifs restent inconnus à défaut d'information de la part des établissements de santé concernés.

Les éloges recensés portent sur la compétence, la disponibilité et le dévouement de l'équipe soignante.

La CSDU de la CRSA ajoute que les Directions des établissements de santé reçoivent régulièrement des lettres de remerciements et d'éloges. Ces manifestations de satisfaction ont le mérite de conforter les soignants, trop souvent critiqués dans l'exercice de leurs fonctions. La CSDU préconise par conséquent de regrouper ces courriers de remerciement également reçus dans les services afin de faire valoir leur existence pour donner une image plus juste de la satisfaction des patients et de leurs proches.

B) Analyse des moyens d'expression des usagers au sein de l'établissement

1) Analyse qualitative des moyens d'expression des usagers au sein de l'établissement

Le taux de réponse aux items relatifs aux enquêtes et questionnaires de satisfaction est de 75%.

a) Les enquêtes de satisfaction

36% des établissements de santé réalisent annuellement des enquêtes de satisfaction de leur patientèle.

En moyenne, deux enquêtes annuelles sont réalisées par les établissements, dont une enquête de satisfaction générale.

Il convient de souligner l'existence de spécificités inhérentes à certaines catégories d'établissement.

En effet, les cliniques et les CH mettent souvent en place pour les services du secteur ambulatoire, une enquête distincte de celle mise en place auprès des services d'hospitalisation, alors que les structures d'HAD tendent à réaliser une enquête adaptée à chacune des étapes de la prise en charge du patient. Afin de tenir compte de l'affluence touristique saisonnière, certains établissements réalisent en supplément de leur enquête annuelle générale de satisfaction, une enquête de satisfaction spécifique à l'attention des vacanciers.

b) Les questionnaires de satisfaction

60% des établissements de santé élaborent et remettent des questionnaires de satisfaction à chacun de leur patient.

En moyenne, deux types de questionnaire sont distribués et des questionnaires de sortie le sont dans tous les cas.

Certains établissements distinguent les questionnaires de sortie en fonction du type hospitalisation et des modalités de prise en charge.

10% des établissements de santé ont procédé à la révision de leur questionnaire en 2011 et 15% des établissements ont à la fois eu recours à des enquêtes de satisfaction et à des questionnaires de satisfaction.

c) Le résultat de l'analyse qualitative de l'enquête de satisfaction

Bien que plus de la moitié des établissements de santé ait exposé l'analyse des résultats des enquêtes et questionnaires de satisfaction obtenus au titre de l'année 2011, la précision de cette analyse varie d'un établissement à l'autre.

Les principaux CH et cliniques de la région regroupent les résultats obtenus en fonction de leurs pôles et secteurs d'activités.

Le pôle chirurgie et les services des urgences sont principalement visés par les motifs d'insatisfaction relatifs à la prise en charge médicale.

Bien que la satisfaction générale des patients sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge soit constatée dans tous les établissements de santé, **la qualité des prestations hôtelières** et plus particulièrement la qualité des repas, fait l'objet d'un nombre croissant d'insatisfactions

d) Les sources d'information sur la qualité de la communication de l'établissement

Un établissement de santé a mis en place un cahier de doléances et deux établissements expérimentent l'urne et la boîte à idée comme outils visant à recueillir d'éventuelles réclamations anonymes.

e) L'existence ou non d'une permanence téléphonique ou autres facilités offertes aux usagers pour faire connaître leurs réclamations

Parmi les cinq établissements de santé ayant répondu à cet item, trois établissements ont mis en place d'une permanence téléphonique quasi-quotidienne.

2) Analyse quantitative des moyens d'expression des usagers

85% des établissements de santé ont indiqué le taux de retour de leurs enquêtes et questionnaires de satisfaction en 2011.

Par rapport à l'année 2010, ce taux de retour est en augmentation dans 32% des établissements de santé et en diminution dans 18% des établissements.

Sa valeur est identique à celle de 2010 dans 12% des établissements de santé.

C) Information de l'utilisateur sur les suites données à l'expression de sa satisfaction ou de son insatisfaction

1) La procédure

30% des établissements de santé ont décrit la procédure en vigueur en leur sein permettant cette information.

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

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

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

Pour les établissements au sein desquels un cahier de doléances a été mis en place (un seul établissement en 2011), des réponses sont apportées journalièrement auprès des plaignants par le Directeur, le médecin chef ou par le responsable qualité.

2) Le délai des réponses apportées

Au regard des délais mentionnés par plus de 70% des établissements de santé, le délai moyen de réponse en vue d'accuser réception des plaintes, réclamations et éloges est de **6 jours**.

Seuls 40% des établissements de santé ont mentionné le délai de réponse circonstancié aux plaintes, réclamations et éloges.

La valeur de ce délai est variable, entre le jour même et un mois suivant la réception de la demande.

D) Analyse de l'accessibilité au dossier médical (DM)

1) Le nombre de demande de DM

Des demandes de DM ont été adressées auprès de 85% des établissements de santé de la région.

Le nombre total de demandes formulées en 2011 auprès des établissements de santé est supérieur à 1000.

Les établissements de santé ayant recensé le plus de demandes de DM sont les CH avec un nombre moyen de 450 demandes, soit **150 demandes de plus qu'en 2010**.

2) Les auteurs de la demande de DM

Plus de la moitié des établissements de santé ont identifié les auteurs des demandes de DM.

Les demandes émanent le plus fréquemment des patients eux même, de la famille du patient ou de ses ayants droits d'un patient décédé, et de moindre fréquence, des médecins et des assureurs.

La CSDU de la CRSA rappelle que seul le patient majeur, le(s) tuteur(s) ou le(s) parent(s) des patients mineurs, le(s) tuteur(s) de patients majeurs protégés, un médecin désigné par les tuteurs précédemment cités, la personne de confiance à la demande du patient, le(s) ayant(s)-droit d'une personne décédée ou toute autre personne mandatée par le patient peuvent accéder au dossier médical.

Ces personnes sont ensuite libres de présenter ou non leur dossier à leur médecin ou à leur assureur. Ces derniers ne peuvent pas demander à titre personnel le DM d'un de leur patient ou client.

3) L'ancienneté des informations communiquées

30% des établissements de santé ont indiqué le nombre de demandes de DM qui leur ont été adressées au cours de l'année 2011, ainsi que l'ancienneté des informations demandées.

Dans tous les cas, les informations sollicitées avaient moins de 5 ans d'ancienneté.

4) Le délai moyen de réponse aux demandes de DM

Dans 25% des établissements de santé, le délai de traitement des demandes de DM est inférieur à 8 jours.

Pour les deux établissements de santé ayant indiqué le délai de traitement des dossiers de moins de 5 ans, ce délai moyen est de 25 jours.

5) Les motifs des demandes de DM

La moitié des établissements de santé ont indiqué les motifs des demandes des DM.

20% des établissements soulignent que les motifs sont très rarement exprimés par les demandeurs.

Dans 30% des cas, la demande est justifiée par une continuité de la prise en charge médicale.

Dans 30% des cas également, la demande est justifiée pour faire valoir des droits de succession et dans 10% des cas, la demande est justifiée pour répondre aux exigences des organismes d'assurance maladie et des mutuelles.

E) Analyse globale

1) Prise en compte des préconisations de l'année précédente

Afin de cibler au mieux les causes des plaintes et réclamations dans l'objectif de proposer les corrections nécessaires à l'amélioration des réponses à apporter au plaignant, la CRSA avait préconisé de recouper et d'analyser les plaintes en distinguant :

- Les plaintes transmises à l'ARS,
- Les plaintes transmises par les CRUQPC,
- Les plaintes transmises par le médiateur de la République,
- Les plaintes reçues par le CISS Corse.

A cette fin, la CSDU de la CRSA avait proposé la mise en place **d'un groupe de travail restreint**, composé de professionnels, de médiateurs médicaux, d'une PCRU, d'un responsable qualité, d'un référent ARS et d'un RU.

Cette préconisation n'a pas pu être mise en œuvre en 2011.

La CSDU réitère cette préconisation pour l'année 2013.

2) Evaluation et nouvelles préconisations éventuelles

a) Les principaux problèmes rencontrés :

Les prestations hôtelières :

Les plaintes et réclamations portant sur les prestations hôtelières des établissements de santé sont en hausse en 2011.

Le taux des plaintes et des réclamations formulées :

Les établissements de santé pour lesquels le taux de plaintes et de réclamations qui leur sont adressées reste faible en 2011, attribuent cette

carence à une mauvaise connaissance des usagers du dispositif d'information en vigueur.

Le délai de traitement des demandes de DM :

25% des établissements de santé souligne la longueur excessive du délai de traitement des demandes de DM qui leur sont adressées.

Le taux de retour et la qualité des enquêtes et questionnaires de satisfaction :

Les établissements de santé pour lesquels le taux de retour des enquêtes et des questionnaires de satisfaction est en baisse en 2011, remettent en cause le contenu des documents et la procédure relative à leur diffusion.

b) Les recommandations et les préconisations pour l'année 2012

40% des établissements de santé s'engagent à améliorer sensiblement les conditions d'accueil et de séjours de leur patient en menant des actions ciblées sur les dysfonctionnements relevés.

35% des établissements de santé envisagent d'améliorer la procédure relative à la gestion des plaintes et des réclamations, ainsi que les dispositifs permettant l'information des usagers.

25% des établissements de santé s'engagent à améliorer leur procédure de traitement des demandes de DM.

20% des établissements de santé s'engagent à mettre en œuvre les actions nécessaires à une meilleure diffusion des questionnaires de sortie en vue d'une augmentation de leur retour.

B) Le droit à l'information : la confidentialité des données médicales des personnes détenues et l'accès à leur DM

Le Code de la santé publique dispose que la prise en charge des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun. Par conséquent, les soins dispensés aux personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé, y compris pour l'ensemble des procédures de gestion du DM.⁴⁸

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

La loi du 18 janvier 1994⁴⁹ a institué la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultation et de soins ambulatoire (**UCSA**), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence. Désigné pour chaque établissement pénitentiaire de la région par le DGARS après avis de leur conseil de surveillance, ces établissements de référence sont chargés de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire.⁵⁰

Parallèlement aux UCSA, il existe depuis 1986 dans chaque région pénitentiaire, un ou plusieurs secteurs de psychiatrie rattachés à des établissements de santé publics désignés par arrêté du Ministre chargé de la santé. Chacun de ces secteurs comporte un service médico-psychologique régional (**SMPR**) aménagé dans un établissement pénitentiaire⁵¹ et chargé d'assurer la coordination régionale auprès des équipes de psychiatrie qui interviennent dans les établissements de leur région pénitentiaires.⁵²

⁴⁸ CSP, art. R. 1112-2. Cet article ajoute que le DM de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels que soient la durée et les lieux successifs de celle-ci. Il est identique à celui constitué pour tout patient admis dans un établissement de santé public ou privé.

⁴⁹ L. n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

⁵⁰ CSP, art. R. 6112-14.

⁵¹ D. n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

⁵² C. PAULET, « Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation », L'Information Psychiatrique, 2004 :80 :307-12.

Etat des lieux de la prise en charge sanitaire des détenus en Corse :

Etablissement pénitentiaire	UCSA et établissement de santé de référence	SMPR et établissement de santé public de rattachement
Maison d'arrêt d'Ajaccio	UCSA du CHA	2 SMPR en PACA : 1 basé à Marseille 1 basé à Nice
Maison d'arrêt de Borgo	UCSA du CHB	
Centre détention de Borgo		
Centre détention de Casabianda⁵³	UCSA du CHB	

Les services de l'ARS se sont rapprochés de la Commission régionale Santé justice de la Collectivité Territoriale de Corse⁵⁴ installée le 8 février 2011 par les autorités compétentes de l'Etat, par l'ARS et par les autorités judiciaires en vue d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes majeures ou mineurs placées sous main de justice, tous sujets se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judiciaires, ainsi que toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire.

Il semblerait qu'aucune demande de DM n'ait été formulée par les personnes détenues à la Maison d'arrêt d'Ajaccio.

Un doute subsiste dans la mesure où aucune procédure de traçabilité écrite relative au suivi de ces demandes n'existe à ce jour.

De plus, comme le souligne le médecin responsable de l'UCSA du CHA, l'absence de demandes de DM ne traduit pas forcément une absence de volonté de la part des personnes sous main de justice de formuler une telle demande.

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

⁵³ Le centre de détention de Casabianda est un établissement pénitentiaire pour peines spécialisées dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS).

⁵⁴ Arrêté ARS de Corse n°2010-330 du 17 décembre 2010 portant composition de la commission régionale santé justice.

La CSDU de la CRSA demande à l'ARS de demander aux UCSA, en collaboration avec l'administration pénitentiaire, la réalisation d'une évaluation conjointe des actions de prévention faisant état du nombre et du type d'actions mises en œuvre, du nombre et du type d'actions communautaires mises en œuvre, du nombre et de la catégorie des participants à ces actions, ainsi que du type et du lieu de mise en œuvre de ces actions.
La CSDU préconise également de centraliser le recueil de données.

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

1) L'accès aux professionnels de santé libéraux:

Peuplée de 309 339 habitants⁵⁵ repartis sur 22 bassins de vie, la région Corse présente des caractéristiques démographiques, géographiques, sociales et sanitaires à l'origine de sa fragilité dans le domaine de l'accès aux soins.

Tout d'abord, bien qu'ayant connu la plus forte croissance démographique de France depuis 1999,⁵⁶ la population corse présente le taux d'habitants âgés de plus de 75 ans le plus élevé à ce jour.⁵⁷

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

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

Ensuite, la situation de la Corse dans le domaine de la précarité reste préoccupante avec 18% de personnes âgées bénéficiant d'allocations spécifiques (contre 5% au niveau national) et 19% de jeunes désocialisés (contre 14% en moyenne nationale).

⁵⁵ Hors activité touristique et pour une densité moyenne de 35 habitants au km², Données STATISS 2010.

⁵⁶ 1,7% du taux de croissance annuelle.

⁵⁷ La population des plus de 75 ans représente 10 % de la population de Corse, soit 8% de la population totale de France.

a) Les objectifs retenus dans le cadre du CPOM de l'ARS de Corse pour la période 2010-2013.

La promotion de l'égalité devant la santé est l'une des priorités nationales retenue dans le CPOM de l'ARS de Corse pour la période 2010-2013.

Dans le cadre de cette priorité, l'ARS de Corse a choisi de porter une attention particulière à l'indicateur relatif à la part de **la population visant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale.**

D'une valeur de 6% en 2010, la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale devra être réduite à 5% à l'issue de l'année 2012 et à 4% en 2013.

Au regard des dispositions du CPOM, cet indicateur est à corréliser avec l'indicateur relatif au nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé et centres de santé).

Inexistantes sur le territoire en 2010, cinq de ces structures devront être constituées avant la fin de l'année 2013.

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

1) La détermination des zones en difficulté

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

Tout d'abord, concernant l'offre de soins dispensée par les médecins généralistes, les indicateurs retenus sont la densité standardisée de ces derniers⁵⁸ et la part des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans.

Afin de traduire l'isolement des professionnels de santé et la difficulté d'accès pour les résidents d'un territoire au cabinet d'un médecin généraliste, des indicateurs tels que la part de la population résidant à plus de 20 minutes du cabinet, la densité de la population au km² et la part de la population de plus de 75 ans ont été retenus.

⁵⁸ La densité standardisée des médecins généralistes a été calculée en tenant compte des différences dans les structures d'âge des populations des différents bassins de vie.

Enfin, les indicateurs de recours aux soins définis portent sur la consommation de soins⁵⁹ dans chaque bassin de vie couplée à la densité de médecin sur la zone et sur la consommation de soins des populations âgées de plus de 75 ans.

Dans un second temps, un indicateur global de fragilité institué à partir de ces catégories d'indicateurs a permis d'identifier, sur les 22 bassins de vie, **7 zones « en difficulté » et 4 zones « potentiellement en difficulté. »**

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

2) Le plan de déploiement des structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire :

En 2010, le Comité régional de sélection a retenu sept projets pouvant s'orienter vers la création de cinq maisons et pôles de santé (MSP) sur les zones identifiées « en difficulté » ou « potentiellement en difficulté ».

La proposition concerne 18 communes correspondant aux zones fragiles du volet ambulatoire du SROS, soit 17 292 habitants représentant 5,71% de la population corse.

Parmi les sept projets de MSP, un projet a été retenu par le comité régional de sélection au titre de l'année 2010 et 6 projets feront l'objet d'une étude de faisabilité dans les deux prochaines années.

2) L'accès aux structures de prévention

a) Les objectifs retenus dans le cadre du CPOM de l'ARS de Corse pour la période 2010-2013.

L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé constitue l'une des priorités nationales retenue dans le CPOM de l'ARS de Corse pour la période 2010-2013.

⁵⁹ La consommation de soins fait référence au nombre de consultations et de visites reçues par chaque patient.

Erigé en déclinaison de cette priorité, le développement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies répond à des indicateurs estimés en grande partie prioritaires pour l'ARS de Corse.

D'une valeur de 14,9% en 2010, **la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle**⁶⁰ devait être réduite à 13,9% en 2011. Sa valeur doit atteindre les 13% en 2012 et les 12% en 2013.

Estimé à 10% en 2010, **le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans**⁶¹ doit être évalué à 25% à l'issue de l'année 2012 et devra atteindre les 30% en 2013.

D'une valeur de 43% en 2010, **le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans**⁶² devra égaler les 60% en 2013.

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

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

Dans la continuité du Plan stratégique régional de santé (PSRS), le volet prévention et promotion de la santé du SRP identifie 11 thématiques prioritaires parmi lesquelles figure **la nutrition**.

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

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

Parmi les indicateurs de suivi retenus dans le cadre de ces objectifs, l'indice de masse corporelle des enfants de moins de 6 ans, le taux d'allaitement maternel à la

⁶⁰ Conformément au cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire réalisé par la Direction générale de la santé (DGS), cet indicateur correspond au rapport, parmi les enfants en grande section maternelle, du nombre d'enfants en surpoids, y compris les enfants obèses, à la population totale servant de base au recueil (nombre d'enfants en grande section maternelle pour lesquels les mesures ont été prises).

⁶¹ D'après le Rapport des centres de gestion (dépistages organisés) de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), cet indicateur correspond au nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans participant à la campagne de dépistage du cancer colorectal/(le nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans – le nombre de personnes exclues pour raisons médicales).

⁶² D'après le Rapport des centres de gestion (dépistages organisés) de l'INVS, cet indicateur correspond au nombre de femmes de 50 à 74 ans dépistées dans le cadre du programme de dépistage organisé/le nombre de femmes de 50 à 74 ans éligibles.

1^{ière} semaine, la restauration collective scolaire et la validation des menus par des diététiciens ciblent particulièrement les enfants.

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

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

2) L'augmentation des taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal:

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

Dans la continuité de ce plan, le volet prévention et promotion de la santé du SRP identifie 11 thématiques prioritaires parmi lesquelles figure **le dépistage**.


En référence au plan national cancer 2009-2013 et en réponse aux besoins de la population corse, le dépistage des cancers a été retenu dans cette thématique.

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

Par ordre croissant, les localisations cancéreuses les plus fréquentes chez les hommes sont les cancers de la prostate, du poumon et du colon rectum alors que chez les femmes, les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont les cancers du sein, du colon et des poumons.

En 2011, le taux régional de participation au dépistage organisé du cancer du colon avoisine les 10% au lieu des 50% escomptés. En 2011, le taux régional de participation au dépistage organisé pour le cancer du sein est de 35% contre 52% au niveau national.

Afin de remédier à cette carence, le SRP a retenu comme objectifs accompagnés d'indicateurs d'évaluations, l'accroissement de la collaboration entre les différents acteurs concernés par les dépistages en vue de capitaliser les savoirs faire et les outils et de partager les stratégies, la poursuite de l'évaluation et de l'assurance



qualité des campagnes de dépistage organisées et l'amplification des actions de repérage ciblées auprès des personnes à risque élevé de cancer du sein ou du colon.

Partie II:

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

1. DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL

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

Les OPCA de Corse que sont l'Association pour la gestion du fonds d'assurance formation des salariés des petites et moyennes entreprises (AGEFOS-PME) et le Fonds de gestion du congé individuel de formation (FONGECIF) ont enregistré une prévision des dépenses de 29 500 euros pour les actions de formation sur l'année 2012 au sein des établissements d'accueil, d'hébergement et d'activités hospitalières.

Ce montant couvre uniquement les coûts pédagogiques et les OPCA constatent un accroissement des demandes de formations « cœur de métiers » telles que les formations liées à la petite enfance et à la bienveillance, mais également des demandes de formations transversales.

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

La loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale⁶³ a contribué au développement des droits des usagers accueillis dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

En effet, cette loi a défini des outils permettant l'exercice effectif des droits fondamentaux reconnus aux usagers par le code de l'action sociale et des familles.⁶⁴

Parmi ces outils,⁶⁵ l'institution d'un CVS dans les établissements sociaux et médico-sociaux vise à associer les personnes bénéficiaires des prestations aux fonctions de l'établissement ou du service.⁶⁶

⁶³ L. n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002 page 124, texte n°2.

⁶⁴ CASF, art. L. 311-3.

⁶⁵ La loi du 2 janvier 2002 met en place sept outils: le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, la personne qualifiée, le règlement de fonctionnement de l'établissement, le projet d'établissement et le conseil de vie sociale.

Le CVS est à la fois un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement dans lequel est accueilli l'utilisateur.

Il constitue un lieu d'écoute dont la vocation générale est de favoriser la participation des usagers au système de santé.

En permettant le passage de la protection de la personne fragile à la naissance de l'utilisateur citoyen, le CVS constitue l'un des éléments phare de l'effectivité de la démocratie sanitaire.

A cette fin, la réalisation d'un état des lieux sur la mise en place des conseils de vie sociale dans notre région est apparue indispensable.

La méthode choisie:

Afin de réaliser une enquête sur la mise en place des conseils de vie sociale au sein des ESMS relevant de l'ARS de Corse, la CSDU de la CRSA s'est adressée directement à chacun des 79 établissements et services médicaux concernés par le biais d'un questionnaire visant à obtenir des données à caractère purement déclaratif.

Ces données sont d'ailleurs amenées à être complétées par des enquêtes futures réalisées auprès des usagers du système de santé qui seront l'occasion pour la CSDU de procéder à une évaluation de l'évolution de la mise en œuvre des CVS.

Dans un premier temps, le questionnaire a été mis en ligne par la personne en charge de la démocratie sanitaire au sein de l'ARS de Corse, Mademoiselle Déborah MORACCHINI.

Dans un second temps, cette dernière a procédé au dépouillement des questionnaires renvoyés par les établissements afin de les mettre à la disposition de la CSDU aux fins d'analyse.

Le 31 juillet 2012, un questionnaire a été adressé à chaque ESMS relevant de la compétence de l'ARS de Corse afin de vérifier l'existence d'un CVS en leur sein et d'en évaluer le fonctionnement.

Entre le 31 juillet 2012 et le 5 octobre 2012, l'ARS a réceptionné les questionnaires dûment remplis par les ESMS.

⁶⁶ Art. 10 de la loi du 2 janvier 2002, codifié à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

L'analyse de l'enquête menée

A) Le taux de retour des questionnaires: une implication mitigée des établissements

1) Les chiffres

Nombre total de questionnaires envoyés	79
Nombre total de questionnaires validés et retournés à l'ARS	46
Taux de retour des questionnaires	58,2%

2) L'interprétation des chiffres

Le taux de retour des questionnaires (58,2%) paraît peu satisfaisant, témoignant d'un désintérêt probable des établissements pour le sujet en général.

Cependant, il convient de souligner que d'une part, il s'agit de la première enquête diligentée par la CSDU et que d'autre part, de nombreux établissements concernés ont interrogé l'ARS afin d'obtenir des précisions et une aide pour le remplissage du questionnaire.

De plus, bien que la majorité des items du questionnaire apporte des réponses purement quantitatives, il en résulte un éclairage *a minima* sur la mise en place des CVS à ce jour.

B) Le taux de réponses aux items du questionnaire: un désintérêt notable

1) L'évaluation de la constitution et du fonctionnement effectif des CVS: des progrès attendus

a) Les chiffres recueillis:

Taux d'établissements répondants (58, 2% des établissements interrogés)		
Taux d'établissements ayant mis en place un CVS fonctionnel	Taux d'établissements n'ayant pas mis en place de CVS	
45,7%	54,3%	
	Taux d'établissements ayant mis en place d'autres outils participatifs	Taux d'établissements n'ayant pas mis en place d'autres outils participatifs
	39,1% dont 30,4% d'établissements ayant mis en place des enquêtes de satisfaction	60,9%

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire (58,2%) :

- le CVS est constitué et fonctionne dans 45,7% des cas.
- **le CVS n'est pas constitué dans 54, 3% des cas.**

Sur l'ensemble des établissements dans lesquels un CVS n'est pas constitué:

- dans 60,9% des cas, aucun autre outil participatif n'a été institué,
- dans 30,4% des cas, des enquêtes de satisfaction sont réalisées.

b) L'interprétation des chiffres recueillis:

Au regard de l'obligation légale incombant à une large majorité des établissements de mettre en place un CVS, ⁶⁷ **le taux d'établissements ayant effectivement mis en place un CVS fonctionnel à ce jour reste faible.**

Le taux d'établissements n'ayant institué ni de CVS, ni d'outils participatifs sous quelque forme que ce soit est **inquiétant** au regard de la disposition légale imposant la mise en place d'un groupe d'expression ou de tout autre forme de participation lorsque le CVS n'est pas institué.⁶⁸

La CSDU de la CRSA s'engage, au cours de ses investigations futures sur la mise en place des outils visant à garantir les droits des usagers, à procéder à une évaluation de la progression de la mise en place des CVS et de leur fonctionnement au sein des ESMS de Corse concernés. La CSDU propose également de sensibiliser les établissements sur l'obligation d'instituer en leur sein des outils permettant la participation des usagers.

Parmi les établissements n'ayant pas institué de CVS et ayant mis en place des outils participatifs, le taux d'établissements ayant eu recours à des enquêtes de satisfaction est **élevé** et ce, malgré le caractère peu pertinent et la portée relativement limitée de ces enquêtes.

2) Le fonctionnement des CVS : des progrès attendus

a) La tenue d'élections au sein des CVS:

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire et ayant mis en place un CVS, des élections ont eu lieu au cours de l'année 2011 dans **41,3% des cas.**

⁶⁷ Art. 1^{er}, al. 2 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles dispose que : « Le conseil de vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail (...). »

⁶⁸ Art. 1^{er}, al. 3 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 *op. cit.*

Parmi ces 41,3%, seuls 26,1% des établissements ont indiqué les dates de réunions de leur CVS.

b) La composition des CVS:

Les chiffres recueillis:

ITEMS	Taux d'établissements ayant mis en place un CVS fonctionnel (45,7% des établissements répondants)				
	Taux de CVS disposant de membres titulaires	Taux de CVS ne disposant pas de membres titulaires	Taux de CVS disposant de membres suppléants	Taux de CVS ne disposant pas de membres suppléants	Taux d'établissements n'ayant pas répondu à l'item
Représentants des personnes accueillies	43,5%	8,7%	32,6%	19,6%	47,8%
Représentants des familles	41,3%	13%	28,3%	21,7%	50%
Représentants du personnel salarié	45,7%	6,5%	21,7%	23,9%	50%
Représentants de l'organisme gestionnaire	39,1%	13%	19,6%	23,9%	50%
Représentants des personnels de Direction	43,5%	10,9%	13%	21,7%	50%
Personnes extérieures	10,9%	41,3%	4,3%	39,1%	50%

L'interprétation des chiffres recueillis :

Sur le taux de non réponse aux items :

Le taux de non réponse pour chaque item est élevé (50%), traduisant ainsi un **désintérêt avéré** des établissements pour traiter le sujet en particulier.

Sur le taux de représentation des personnels de Direction :

La Direction est représentée dans 43,5% des cas, à parité avec les représentants des personnes accueillies.

Cependant, **la loi prévoit que, sauf exception, le directeur ou son représentant siège au sein des CVS avec voix consultative uniquement.**⁶⁹

Sur le taux des autres représentations:

La représentation du personnel est élevée (45,7%).

La représentation des familles reste honorable (41,3%).

L'organisme gestionnaire est légèrement surreprésenté (39,1%).

➤ Rappel du cadre légal relatif à la composition des CVS:

La composition *a minima* d'un CVS est la suivante:⁷⁰

- **2 représentants des personnes accueillies ou prises en charge**, soit un représentant des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs,

⁶⁹ Art. 6, al. 3 et 4 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 : « Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative. Toutefois, dans les établissements ou services prenant en charge habituellement les mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire (...), le directeur ou son représentant siège en tant que président avec voix délibérative. »

⁷⁰ Art. 3 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004.

soit un représentant des représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements recevant des personnes majeures,

- **1 représentant du personnel,**
- **1 représentant de l'organisme gestionnaire.**

L'absence de désignation de titulaires et de suppléants ne fait pas obstacle à la mise en place du CVS sous réserve que le nombre de représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou de leurs représentants légaux soit supérieur à la moitié du nombre total des membres du CVS désignés.⁷¹

c) La présidence des CVS :

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire et ayant mis en place un CVS, **la présidence est assurée dans 34,8% des cas par un représentant des personnes accueillies.**

Par conséquent, dans 34,8% des cas, le respect des dispositions légales relatives à cette présidence est assuré.

En effet, le président du CVS doit être élu parmi les membres représentant les personnes accueillies.⁷²

Cependant, il convient de souligner que **dans 6,5% des cas, la présidence du CVS est assurée par un représentant des personnels de Direction.**

Par conséquent, au non respect de la disposition légale relative à la présidence des CVS, s'ajoute le non respect du cadre légal relatif à la composition du CVS.

Le non respect de la loi est également constaté dans 8,7% des cas pour lesquels la présidence du CVS est assurée par un représentant de l'organisme gestionnaire, ainsi que dans les 2,2 % des cas pour lesquels cette présidence est assurée par un représentant du personnel.

⁷¹ *Id.*, art 4.

⁷² *Id.*, art. 6 al. 1.

d) Les thèmes abordés pour avis ou proposition du CVS:

 ➤ Les chiffres recueillis:

	Taux d'établissements ayant mis en place un CVS fonctionnel (45,7% des établissements répondants)	
Taux moyen de réponse à l'item portant sur les thèmes abordés pour avis ou proposition du CVS	45%	
Thèmes abordés pour avis ou proposition du CVS	Taux d'établissements répondants ayant abordé ce thème aux cours des années 2010 et 2011	Taux d'établissements répondants n'ayant pas abordé ce thème aux cours des années 2010 et 2011
Thèmes relatifs au fonctionnement général de l'établissement		
Organisation interne ou externe du service	34,8%	65,2%
Vie quotidienne de l'établissement ou du service	45,7%	54,3%
Animation socioculturelle et vie institutionnelle	43,5%	56,5%
Service thérapeutique	21,7%	78,3%
Projets de travaux	37%	63%
Projets d'équipement	37%	63%

Nature et prix des services rendus	17,4%	82,6%
Affectation des locaux collectifs	19,6%	80,4%
Entretien des locaux	21,7%	78,3%
Mesures prises pour faciliter les relations entre résidents	30,4%	69,6%
Modifications des mesures d'accompagnement	19,6%	80,4%
Horaires d'ouvertures et de fermetures hebdomadaires	17,4%	82,6%
Thèmes relatifs aux outils de fonctionnement de l'établissement		
Planning annuel d'ouverture et de fermeture	15,2%	84,8%
Règlement de fonctionnement de l'établissement	17,4%	82,6%
Projet d'établissement	26,1%	73,9%
Accueil du Résident et de ses proches	28,3%	71,7%
Bienveillance : formation du personnel	34,8%	65,2%
Livret d'accueil : mise à jour	21,7%	78,3%

➤ L'interprétation des chiffres recueillis :

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire et ayant mis en place un CVS, moins d'un établissement sur deux a répondu à la question de savoir si les thèmes proposés par le questionnaire avaient été ou non abordés par leur CVS au cours des deux dernières années.

Le caractère élevé du taux moyen de non réponse à cet item traduit avec inquiétude **l'absence de toute politique participative pour plus de la moitié des établissements ayant mis en place un CVS en leur sein.**

La consultation des CVS sur le fonctionnement général de leur établissement est **trop faible** et la fréquence de consultation des CVS est très variable d'un thème à l'autre.

La consultation des CVS sur les outils de fonctionnement mis en place par leur établissement est également **trop faible**.

e) Les évaluations menées par les établissements:

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire, seuls 19,6% des établissements ont programmé **une évaluation interne** et seuls 8,7% des établissements ont programmé **une évaluation externe**.

3) La personne en charge du remplissage du questionnaire: la participation limitée des représentants des usagers

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire (58,2%), le remplissage du questionnaire a été réalisé par un représentant de la Direction dans 50% des cas.

Seul un questionnaire a été rempli par un représentant des personnes accueillies (soit un taux de 2,2%).

Conclusion générale

La faiblesse du taux de réponse à l'enquête CVS menée dans la région Corse (58,2%) témoigne de la lenteur de la prise de conscience de la nécessité de mettre en place des outils de participation des usagers au système de santé.

En effet, un CVS est constitué et fonctionne dans seulement 45,7% des établissements en principe concernés par sa mise en place.

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

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

La CSDU de la CRSA recommande :

- La création d'un CVS dans tous les établissements concernés en veillant au respect des dispositions légales relatives à leur composition,
 - Une implication accrue des établissements dans la mise en œuvre d'une politique participative,
 - La sensibilisation des établissements à une consultation accrue de leur CVS sur le fonctionnement de leur établissement.
- L'importance des sujets débattus au sein des CVS et des avis rendus par leur représentant doit être soulignée car ils constituent une aide précieuse à la bonne gestion des établissements et la recherche du bien être des personnes accueillies.
- La mise en place systématique au sein des établissements d'outils permettant de garantir les droits des usagers,
 - La conduite d'une politique de communication à l'encontre des établissements sur l'institution de groupes d'expression en leur sein,
 - Une sensibilisation accrue des établissements à la réalisation d'évaluations internes et externes,
 - La réalisation d'un suivi qualitatif de l'enquête CVS,
 - La création de commissions de relation avec les usagers ayant un rôle équivalent aux CRUQPC du secteur sanitaire et auxquelles seraient associés les RU des associations agréées relevant du secteur médico-social, ainsi que les personnes qualifiées prévues à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles,
 - La mise en place de CVS départementaux animés par les délégations départementales de l'ARS et dont le fonctionnement, la composition, le rôle, le rythme et le suivi seraient strictement définis (trois CVSD par département dont un CVSD pour les personnes âgées, un CVSD pour les personnes handicapées adultes et un CVSD pour les enfants handicapés.)

C) Le droit à l'accès pour tous aux soins :

La promotion de l'égalité devant la santé constitue l'une des priorités nationales retenue dans le CPOM de l'ARS de Corse pour la période 2010-2013.

Afin que les ARS oeuvrent à l'organisation d'une offre médico-sociale équitable en faveur des personnes en situation de dépendance, notamment à travers **la réduction des inégalités régionales et infrarégionales d'équipement en ESMS,**

le thème relatif à l'équipement en ESMS a été retenu dans le cadre de cette priorité nationale.

A cette fin, l'ARS de Corse a décidé de mettre l'accent sur l'animation territoriale des politiques de santé sur les territoires jugés prioritaires à travers la mise en œuvre de contrats locaux de santé (CLS).

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

Trois CLS doivent être signés d'ici la fin de l'année 2012 et leur nombre total devra s'élever à quatre d'ici la fin de l'année 2013.

Les indicateurs portant d'une part, sur le nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique et d'autre part, sur les écarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible n'ont pas été reconnus prioritaires pour l'ARS de Corse.

2. DANS LE CHAMP SANITAIRE

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

En 2012, l'Union Interrégionale Grand Sud (UIGS), organisme agréé chargé de mettre en œuvre le DPC dans la région Corse, n'a organisé aucune formation pour les médecins libéraux dans les domaines de l'éducation thérapeutique, de la relation médecin-patient, de la mise en place et de la participation à des campagnes de santé publique en prévention et gestion des crises sanitaires, de la prise en charge de la douleur, de la sécurité des soins, de la gestion des risques atrogénie, des soins palliatifs et fin de vie et du système d'information et DM.

En 2012, la délégation régionale ANFH de Corse n'a mis en place aucune AFR relatives aux droits des usagers.

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

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

Erigé en dimension essentielle de la qualité, **le respect des droits des patients est une priorité pour la certification** qui constitue l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La procédure de certification des établissements de santé V2010 a été adoptée au mois de mars 2012.⁷³

Réalisée dans tous les établissements de santé privés et publics, la procédure de certification s'articule en quatre grandes phases.

Tout d'abord, l'établissement de santé est préparé à la procédure par une démarche d'autoévaluation.

Ensuite, des experts extérieurs visitent l'établissement afin de réaliser un rapport d'évaluation au regard duquel des observations sont formulées et une décision de certification est actée.

Enfin, un suivi de la décision au sein de l'établissement est réalisé.

Le manuel de certification HAS⁷⁴ contient les références, les critères et les éléments d'appréciation de la version 2010 de la certification dont les résultats pour les établissements de santé suite à leur visite initiale seront mis à disposition par la HAS.

a) La promotion de la bientraitance

Le manuel de certification HAS présente **le critère 10.a) Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance** dont la mise en œuvre au sein de l'établissement de santé est constatée si un certain nombre d'exigences sont remplies.

⁷³ HAS, Décision n°2010.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010).

⁷⁴ HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010, ACC01-T052-C, juin 2009, disponible sur <http://www.has-sante.fr>.

Tout d'abord, en termes de prévention, les éléments suivants doivent être constatés au sein de l'établissement:

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

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

- Une incitation à l'expression des patients et de leurs proches,
- La mise en œuvre des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance,
- La mise en œuvre d'actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

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

b) L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers

L'évaluation de la satisfaction des usagers permet de tenir compte de l'expérience des patients et de leur entourage en vue de concourir à l'amélioration de la qualité du fonctionnement d'un établissement.

Le manuel de certification HAS présente **le critère 9.b) Système de gestion des plaintes et réclamations** dont la mise en œuvre au sein de l'établissement de santé est constatée si un certain nombre d'exigences sont remplies.

Tout d'abord, en termes de prévention, une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers doit être définie en lien avec la CRUQPC.

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

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

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

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

c) La prise en charge de la douleur : une pratique exigible prioritaire⁷⁵

Le manuel de certification HAS présente **le critère 12.a) Prise en charge de la douleur** dont la mise en œuvre au sein de l'établissement de santé est constatée si un certain nombre d'exigences sont remplies.

Tout d'abord, en termes de prévention, les éléments suivant doivent être constatés au sein de l'établissement:

- La formalisation d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD,
- La définition de protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients et à la douleur induite par les soins.

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

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

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

- L'assurance par les responsables des secteurs d'activité de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels,
- L'évaluation périodique de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la douleur,
- La mise en place d'actions d'amélioration,

⁷⁵ Les pratiques exigibles prioritaires font l'objet de critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées.

- La participation de l'établissement à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

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

Les lois du 9 juin 1999⁷⁶ et du 22 avril 2005⁷⁷ ont consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Le manuel de certification HAS présente **le critère 13.a) Prise en charge et droits des patients en fin de vie** dont la mise en œuvre au sein de l'établissement de santé est constatée si un certain nombre d'exigences sont remplies.

Tout d'abord, en termes de prévention, les éléments suivants doivent être constatés au sein de l'établissement:

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

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

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

⁷⁶ L. n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

⁷⁷ L. n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

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

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

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

Le manuel de certification HAS présente **le critère 14.a) Gestion des dossiers des patients** dont la mise en œuvre au sein de l'établissement de santé est constatée si un certain nombre d'exigences sont remplies.

Tout d'abord, en termes de prévention, l'accès du patient à son dossier doit être organisé.

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

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

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

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

C) Le droit à la protection pour les personnes souffrant de troubles mentaux :

Dans chaque département, une commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins

psychiatriques au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.⁷⁸

La CDSP reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ou celles de leur conseil et examine leur situation.⁷⁹

Elle adresse chaque année son rapport d'activité au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'Etat dans le département, au DGARS, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.⁸⁰

En Corse, une CDSP a été instituée au mois de novembre 2011.⁸¹

La CSDU de la CRSA constate que face aux situations de crises, les hospitalisations en soins de psychiatrie sont de plus en plus courtes et que les structures répondant aux besoins du handicap psychique sont quasi-inexistantes dans notre région.

Par conséquent, les familles sont obligées de s'expatrier vers le continent avec leur proche pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique.

Il incombe également aux familles de proches malades non autonomes d'en assurer la charge matérielle, psychologique et affective quotidienne.

Bien que l'hébergement familial constitue le recours naturel face à la souffrance psychique, il ne doit pas être retenu comme une situation souhaitable dans la durée.

La CSDU recommande de :

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

A cette fin, la CSDU préconise tout d'abord la mise en place de **structures d'hébergement accompagné** de différentes natures afin d'accompagner l'évolution de l'autonomie de la personne (MAS,⁸² FAM,⁸³ résidence d'accueil, familles gouvernantes...)

La CSDU recommande également la mise en place de **structures d'hébergement provisoire** afin d'apporter un répit aux familles, ainsi que la création d'**un groupe d'entraide mutuelle (GEM)** sur la ville d'Ajaccio.

-Renforcer la continuité des soins :

⁷⁸ CSP, art. L. 3222-5.

⁷⁹ CSP, art. L. 3223-1 2°)

⁸⁰ CSP, art. L. 3223-1 6°)

⁸¹ Arrêté Préfet de Haute Corse, n°2011-327-0003 du 23 novembre 2011.

⁸² Maisons d'accueil spécialisées.

⁸³ Foyer d'accueil médicalisé.

Afin d'assurer un accompagnement minimum mais de longue durée des personnes malades isolées dans un logement sans recours familial, la CSDU préconise la création d'**une structure innovante en matière de veille**.

La forme choisie pour cette structure doit permettre de répondre au besoin d'un accompagnement souple, capable d'ajuster l'importance de l'intervention à la réalité des besoins, tout en tenant compte de la non expression des demandes, pour ceux qui n'ont pas ou plus de famille.

La CSDU de la CRSA énumère des principes directeurs existants en ce sens, ainsi que les intérêts qui en découlent :

Une auxiliaire de vie préalablement formée se rend chez la personne isolée une et/ou deux fois par mois dans le cadre d'une négociation positive rendue possible par l'expérience du professionnel. Si le logement reste habité et habitable, rien ne se passe.

Cependant, si l'état de la personne et/ou de son logement fait constater des problèmes, l'auxiliaire de vie déclenche l'intervention des professionnels compétents.

Une telle structure de veille présente l'intérêt d'être peu coûteuse car les professionnels des services sociaux n'interviennent que si cela est strictement nécessaire. De plus, une telle structure permet de répondre à un besoin d'humanisation accrue dans la gestion des protections juridiques pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

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

L'ANAES a validé la démarche proposée par les associations de santé représentatives des personnes handicapées en collaboration avec des professionnels en charge de ces personnes.

Formalisée dans un manuel,⁸⁴ cette démarche impose la continuité des soins dans le respect des règles de qualité, d'hygiène, de sécurité et de confidentialité, lors de l'admission du patient, notamment aux urgences, lors des mutations internes du patient ou de son passage dans un plateau médico-technique.

⁸⁴ ANAES, Manuel de l'accréditation de 'ANAES pour un amélioration continue de la qualité dans l'accueil et les soins pour les personnes handicapées à l'hôpital, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fhf_ce_accréditation_integral_2006_10_06__10_21_13_14_4.pdf.

En vue de favoriser l'accessibilité interne, la CSDU de la CRSA recommande de faciliter la circulation des patients handicapés grâce à :

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

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

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

La CSDU préconise que l'accessibilité des établissements recevant du public soit mise aux normes adaptées aux personnes à mobilité réduite avant l'année 2015. Les abords des établissements de santé publics et privés en général et des ESMS en particulier doivent être adaptés pour faciliter les déplacements des personnes handicapées et préserver les places de parking qui leur sont réservées, ainsi que l'accès aux cabinets médicaux et paramédicaux.

Partie III :

Les recommandations émises par la CSDU de la CRSA

La CRSA souhaite tout d'abord que le partenariat qui s'est établi entre l'ARS et la CSDU pour l'élaboration du Rapport sur les droits des usagers au titre de l'année 2011, permette la mise en œuvre des actions énoncées, ainsi que l'assurance de l'exercice de sa mission d'évaluation des droits des usagers par la CSDU.

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

Signée le 7 mai 2011, la convention de coopération conclue entre l'ARS de Corse et le CISS Corse, fixe les modalités de coopération sur la Corse entre ces signataires à travers des actions de formation et d'information des représentants des usagers présents dans les instances régionales et dans les établissements de santé.

Créée le 10 avril 2010, l'Association CISS Corse s'engage à mettre en œuvre les objectifs du CISS national dans le respect des spécificités insulaires.

Composé de 14 associations de santé de la région, le CISS Corse joue un rôle de coordination dans les propositions de désignation de représentants dans les différentes instances⁸⁵ et apporte une aide à la représentation des usagers à travers la formation.⁸⁶

Par ailleurs, il convient de rappeler que dans le cadre de la convention de coopération du 7 mai 2011, l'ARS de Corse s'est engagée à s'associer aux formations dispensées par le CISS en proposant des journées d'informations axées sur des thématiques spécifiquement hospitalières.

Le rapport d'activité 2011 produit par le CISS Corse conformément à la convention de coopération apporte un certain nombre d'informations sur les actions de formation dispensées auprès des représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.

A l'origine prévue pour l'année 2011, une dizaine de journées de formation organisées à l'initiative du CISS Corse auprès des représentants des usagers ont été reportées à l'année 2012.

⁸⁵ Conformément à l'article 4 du contrat de réseau et de label de deuxième génération conclu entre le CISS national et le CISS Corse le 26 juin 2010, ce rôle de coordination consiste à assurer le suivi des postes à pourvoir, diffuser l'information à l'ensemble des associations membres, faire des consultations en interne et faire des propositions.

⁸⁶ Conformément à l'article 3 du contrat de réseau et de label de deuxième génération conclu entre le CISS national et le CISS Corse le 26 juin 2010,

Bien que ces actions de formations n'aient pas pu être réalisées en 2011, leur mise en œuvre a été amorcée en 2012.

En effet, un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre à ce jour.

Le 28 septembre 2012, une journée de formation sur le thème « **Formation des représentants des usagers en CRUQPC** » a été organisée et une journée de formation sur le thème « **Etre RU en CRUQPC** » a accueilli une dizaine de personnes.

Cette même année, les membres du CISS Corse ont suivi une formation dans le cadre d'actions de formation organisées par le CISS National.

Enfin, 18 bénévoles ont suivi une journée de formation sur le thème « **Représentant des usagers, l'essentiel** » le 23 février 2013.

2. LA SATISFACTION DES USAGERS: un suivi indispensable

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

L'insatisfaction des usagers du système de santé s'exprime principalement à travers les plaintes et les réclamations qu'ils adressent aux institutions telles que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), l'Ordre professionnel des médecins, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et l'ARS.

Cette dernière assure une instruction administrative des réclamations, la CRCI procède à une instruction amiable pouvant aboutir à une indemnisation, alors que l'instruction des réclamations par la CPAM peut aboutir à une sanction disciplinaire ou financière du professionnel concerné.

A titre préliminaire, la CSDU tient à clarifier la distinction qu'il convient d'établir entre le terme **réclamation**, défini par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) comme « l'action pour un particulier de demander des explications sur un événement dont il estime qu'il fait, ou pourrait faire grief à lui-même ou à autrui et ayant pour finalité le respect de l'exercice d'un droit »⁸⁷ adressée à un service administratif concerné par la situation, et le terme **plainte** entendu dans son acception strictement juridique comme une voix de recours judiciaire auprès des instances compétentes.

⁸⁷ IGAS, Guide méthodologique, Guide de gestion des réclamations N°RM 2011-124P, juillet 2011.

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

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

Dans un premier temps, l'observation de l'évolution de l'offre de soins de ville serait rendue possible par la connaissance par la CSDU de la CRSA du nombre de signalements, de réclamations et de plaintes reçus et traités selon les spécialités,⁸⁸ de l'origine de la plainte, de la nature du constat et des suites données à ces signalements, plaintes et réclamations.

En relation avec la CPAM de Corse du sud, l'ARS a obtenu les informations relatives aux plaintes, signalements et réclamations reçus et traités par la caisse primaire d'assurance maladie du département de Corse du sud.⁸⁹

1) Le nombre et les auteurs des saisines en 2011 :

27 usagers (assurés et ayant droits) ont formulé des plaintes en 2011.

Un professionnel de santé a formulé une plainte en 2011.

Nombre total de saisines formulées par les usagers en 2011	Nombre total de saisines formulées par les usagers en 2010	
27	22	
Auteur de la saisine	Nombre de saisines par catégorie d'auteur de la saisine en 2011	Nombre de saisines par catégorie d'auteur de la saisine en 2010
Le réclamant directement	12	10
Via des médiateurs institutionnels ⁹⁰	9	8
Via les services administratifs de la CPAM	4	5
Via d'autres partenaires ⁹¹	2	2

⁸⁸ Chirurgie dentaire omni pratique, médecine (toutes spécialités), médecine générale, masso-kinésithérapie, infirmier, pharmacie, fournisseur d'appareillage et autres spécialités.

⁸⁹ Données issues du Rapport annuel de conciliation 2011 rédigé par P. FUMAROLI, Conciliateur de la CPAM de la Corse du Sud.

⁹⁰ La mission conciliation de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les délégués du Médiateur de la République.

⁹¹ Les avocats.

2) Les modalités de saisine en 2011:

Le mode de saisine privilégié par les assurés reste **la voie épistolaire (plus de 55%)**.

Les interventions des médiateurs institutionnels parviennent essentiellement par courriel et quelques unes par courriers.

Les demandes transmises par les services administratifs sont principalement formulées à l'accueil physique (75%).

Un tiers représentant d'un assuré a été reçu directement par le conciliateur à l'accueil physique.

3) Les motifs des saisines en 2011:

Les motifs de saisine font très majoritairement **suite à des réclamations non répondues ou dont la réponse est source de désaccord (63%)**.

Les autres saisines sont relatives à des demandes d'avis ou d'information (22%), à des réclamations relatives à des prestations non servies⁹² et au comportement d'un professionnel de santé dans le cadre d'une action de prévention.

4) La nature des saisines traitées en 2011:

Les saisines sont liées :

- aux Prestations en Espèces⁹³ dans 63% des cas,
- au paiement des Prestations en Nature⁹⁴ dans 22% des cas,
- à la gestion du dossier client⁹⁵ dans 11% des cas,
- aux relations avec les professionnels de santé dans 4% des cas.

5) Les suites données aux saisines en 2011:

L'ensemble des saisines a été **soit résolu, soit orienté** en réclamation de premier niveau ou vers un autre partenaire.

⁹² Capital décès, indemnités journalières maladie et frais de transport.

⁹³ Paiement des indemnités journalières maladie et accident de travail, capital décès, qualité de service, rentes et pensions d'invalidité.

⁹⁴ Paiement non reçu, refus de prise en charge de transports.

⁹⁵ Ouverture de droits, changement de situation, immatriculation.

a) Les résolutions :

Les dossiers résolus ont essentiellement fait l'objet d'informations ou d'avis, les assurés manifestant un besoin d'information pour mieux comprendre le traitement de leur dossier :

- **13 informations ou avis ont été donnés** sur le paiement des rentes accident de travail, des indemnités journalières (IJ) et accident de travail, sur la qualité de service des groupes Maladie, Accidents de travail, Invalidités et rente accident de travail, sur les changements de situation relatifs aux invalidités et au capital décès,
- **3 décisions initiales ont été révisées** : une demande d'immatriculation d'une assurée pré retraitée, un indu suite à une erreur sur la date de reprise mentionnée par l'employeur et un règlement d'IJ suite à décision de reprise de travail notifiée,
- **2 accords amiables ont été trouvés** : l'un pour une prise en charge de frais de transport lors d'un changement d'organismes et l'autre pour un non paiement d'IJ suite à une fin d'accident de travail,
- **Une décision initiale de refus de reconnaissance d'une maladie professionnelle a été maintenue** avec information sur les motifs du refus et les voies de recours.

b) Les orientations :

Les dossiers orientés l'ont été :

- vers le service des réclamations prestations en nature,
- vers le service des prestations en espèce, la gestion du dossier client,
- vers le service gestion des risques et relations avec les professionnels de santé.

Aucun cas n'a conduit à un abandon.

6) Le délai de traitement en 2011:

Le délai moyen de traitement⁹⁶ est de **16 jours**.

Chaque dossier a fait l'objet d'un accusé de réception ou d'une réponse directe lorsque le délai est inférieur à 8 jours.

Le délai au-delà de 21 jours de certains dossiers est dû aux échanges avec des interlocuteurs extérieurs, à la carence de prise en charge de la conciliation en l'absence du conciliateur et au délai de décision de la Direction sur un cas délicat.

⁹⁶ Le délai de traitement est décompté à la date de réception dans nos locaux jusqu'à la date de réponse du Conciliateur.

Dans un second temps, l'observation de l'offre de soins de ville serait rendue possible par la connaissance par la CSDU des modalités permettant la prise en compte des usagers au sein des CPAM, ainsi que du rôle des conciliateurs dans le traitement des plaintes.

A cette fin, la CSDU demandera un rendez-vous avec un responsable « Relation clients » près la CPAM en vue de prendre connaissance du fonctionnement de la Commission d'action sanitaire et sociale, de la Commission de recours amiable, de la Commission des pénalités et la Commission de relation avec les usagers.

La CSDU souhaite qu'au cours de deux réunions annuelles des CRUQPC, la politique en faveur des assurés en matière d'accès aux soins ainsi que la politique générale en faveur de l'accès aux soins soient respectivement abordées.

B) La nécessaire collaboration avec le Conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM) et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS)

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

Ces plaintes sont enregistrées au niveau de la section départementale de l'Ordre des médecins qui procède à son traitement et à sa transmission au CROM en cas de non conciliation.

La chambre disciplinaire de première instance du CROM statue sur le dépôt de la plainte et peut prononcer une sanction disciplinaire contre le praticien incriminé dont le comportement est jugé contraire au code de déontologie médicale. Une échelle de sanctions existe, allant d'un simple avertissement à la radiation du tableau de l'ordre, en passant par l'interdiction provisoire ou définitive d'exercer.⁹⁷

La CSDU de la CRSA souhaite s'assurer que les différentes plaintes sont bien répertoriées et que le droit des usagers est effectivement respecté au niveau des soins de ville.

A cette fin, elle préconise d'engager une démarche auprès du CROM et de l'URPS.

⁹⁷ CSP, art. L. 4121-6.

C) La nécessaire collaboration avec la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI)

1) Propos liminaires sur la CRCI

Dans chaque région, un ou plusieurs commission de conciliation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissement de santé et/ou services de santé.⁹⁸

Composées de vingt membres représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), ainsi que de personnalités qualifiées, les CRCI sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire.⁹⁹

La CRCI de Corse, dont la composition est déterminée par arrêté préfectoral,¹⁰⁰ se réunit dans les locaux de l'ARS de Corse et ses moyens permanents sont regroupés sur le pôle inter-régional de Lyon.

La saisine de cette commission constitue une facilité mise à la disposition par la solidarité nationale¹⁰¹ pour les personnes s'estimant victimes d'un accident médical.

La CRCI peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal.

Elle peut également être saisie par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.¹⁰²

La CRCI peut, directement ou en désignant un médiateur, organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé. Elle permet également l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2002.¹⁰³

⁹⁸ CSP, art. L. 1142-5.

⁹⁹ CSP, art. L. 1142-6.

¹⁰⁰ Arrêté préfectoral n°09/0342 du 16 octobre 2009 portant nomination des membres de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de Corse, modifié par l'arrêté n°09-0510 en date du 31 décembre 2009.

¹⁰¹ D. n°2002-886 du 3 mai 2002 relatif aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévues à L. 1142-5 du CSP.

¹⁰² CSP, art. L. 1142-7.

¹⁰³ D. n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Chaque année, la CRCI adopte un rapport relatif à son fonctionnement et à son activité, en formation de règlement amiable et en formation de conciliation, qu'elle remet à l'ONIAM et, à l'exception des informations nominatives et relatives à des données de santé à caractère personnel, à la Commission nationale des accidents médicaux.

La CRCI adopte également un rapport relatif aux expertises diligentées par elle, qu'elle transmet à cette même commission.¹⁰⁴

2) Les données recueillies

Sur la base du rapport annuel d'activité de la CRCI de Corse pour l'année 2011-2012, la CRSA a pu obtenir les principales données relatives à la procédure de règlement amiable des litiges.

a) Les dossiers reçus :

	Au titre de l'indemnisation d'un accident médical		Au titre d'un autre litige	Nombre de dossiers reçus ayant fait l'objet d'une décision
	Par voie de règlement amiable	Par voie de conciliation		
Nombre de dossiers reçus	13	0	0	10

Le nombre de demandes de règlement amiable en vue d'une indemnisation est en baisse par rapport à l'année précédente (15 demandes en 2010).

Comme en 2010, aucune demande de conciliation n'a été formulée en 2011.

Une double saisine de la CRCI et du juge a été répertoriée en 2011.

L'analyse du traitement des demandes : les expertises préalables :

Aucun dossier n'a été envoyé en expertise préalable.¹⁰⁵

¹⁰⁴ CSP, art. R. 1142-11.

¹⁰⁵ L'article R.1142-14 du CSP dispose que le président ou un président adjoint de la CRCI peuvent soumettre pour observation certaines pièces justificatives à un ou plusieurs experts afin d'apprécier si les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu à l'article L. 1142-1 du même code.

Deux demandes ont fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond.

Pour l'une des deux demandes, la conclusion négative sans expertise au fond a été justifiée par un désistement explicite alors que pour l'autre demande, la conclusion négative sans expertise au fond a été justifiée par le fait que le seuil de gravité n'était pas atteint.

L'analyse du traitement des demandes : les expertises au fond :

En 2011, le secrétariat de la CRCI Corse a diligenté 13 expertises contre 15 en 2010.

L'analyse qualitative des demandes : les domaines concernés :

Spécialité concernée	Nombre d'experts missionnés	Proportion de la spécialité concernée
Chirurgie générale et digestive	4	23,5%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	4	23,5%
Ophtalmologie médicale	2	11,8%
Maladie infectieuse	1	
Médecine générale	1	
Neurologie	1	
Obstétrique	1	
ORL et chirurgie maxillo-faciale	1	
Psychiatrie	1	
Réanimation	1	

Les délais :

Le délai demandé aux experts pour remettre leur rapport est de 3 mois sauf en cas de désignation d'un collège d'experts et en période estival.

Dans ces derniers cas, le délai est porté à 4 mois.

Le délai de réponse aux demandes formulées en 2011 est de 5,5 mois.

b) Les suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond :

En 2011, sept demandes ont abouti à une conclusion négative après expertise au fond.

Dans quatre dossiers, la conclusion négative résulte d'une incompétence due à l'absence d'atteinte du seuil de gravité.

Dans deux dossiers, la conclusion négative résulte d'un rejet après expertise au fond respectivement pour absence de lien avec l'acte en cause et pour accident médical non indemnisable en raison de l'absence de faute et d'aléa.

En 2011, une seule demande a abouti à une conclusion positive après expertise au fond. De cas, le critère de gravité qui a été retenu est l'existence d'une durée d'arrêt temporaire des activités professionnelles ou d'un déficit temporaire supérieur à 50%. Un avis d'indemnisation totale sous le régime des accidents médicaux non fautifs a été émis par la CRCI.

La CSDU tient à partager la question posée par le Député André Chassaigne à la Ministre de la santé en 2010 sur le rôle de l'ONIAM et l'évolution probable de son cadre juridique.¹⁰⁶

Bien les textes précisent que les avis de la CRCI ne lient pas l'ONIAM quant au versement des indemnisations relevant de sa compétence, le député dénonce tout d'abord le caractère arbitraire des décisions de l'ONIAM dans le domaine médical. En effet, très souvent l'ONIAM conteste sur le fond l'avis favorable quant au versement d'une indemnisation prononcé par les experts de la CRCI. Le député dénonce également la réponse de l'ONIAM à ces critiques qui informe de la possibilité pour le demandeur de contester sa décision devant le tribunal administratif.

Sur ce dernier point, la CSDU rejoint la position d'André Chassaigne qui alerte la Ministre sur la lourdeur, la lenteur et le coût d'une telle procédure devant le tribunal administratif pour une personne ne pouvant pas se défendre seule, souffrant déjà de problèmes de santé et souvent de difficultés financières.

D) La nécessaire collaboration avec l'ARS

La CSDU rappelle le rôle joué par l'ARS dans l'instruction et le traitement des réclamations qui lui sont adressées et mettant en cause un établissement ou une

¹⁰⁶ Question Ecrite n°801060 publiée au journal officiel le 15 juin 2010.

structure accueillant du public dans les domaines sanitaire, médico-social et santé/environnement.

La CSDU énonce les principaux objectifs permettant d'établir un bilan quantitatif et qualitatif des réclamations reçues et de leur traitement :

- L'harmonisation des pratiques de gestion des réclamations entre les délégations territoriales départementales (DTD), entre les DTD et leur siège et entre les institutions partenaires,
- La garantie d'un traitement exhaustif des réclamations, de la qualité du retour vers le plaignant et du délai de traitement,
- La traçabilité des réclamations.

3. LA QUALITE ENVIRONNEMENTALE REGIONALE: un sujet d'inquiétude

La crainte d'une dégradation de la qualité de l'environnement anime les concitoyens de la région Corse dans la mesure où l'environnement est responsable pour une large part de l'apparition de facteurs déclencheurs de nombreuses maladies chroniques.

A) La qualité de l'air

Les activités humaines telles que l'utilisation du chauffage, des véhicules à moteurs, le fonctionnement des incinérateurs et plus encore celui des centrales électriques au fioul lourd, génèrent des particules à l'origine de pics de pollution dont les effets pathogènes sont à l'origine de maladies respiratoires et cardiovasculaires auprès des populations les plus fragiles.

De part ses missions et sa collaboration avec différents interlocuteurs, l'ARS participe à l'information du public sur les effets sanitaires de la dégradation de la qualité de l'air, ainsi que sur les précautions à prendre.

B) La qualité de l'eau et du sol

La qualité de l'eau destinée à la consommation est également soumise au contrôle des programmes sanitaires régionaux.

En effet, l'ARS et les DTD réalisent des analyses bactériologiques qui sont ensuite publiées. Les mairies sont également tenues d'afficher les résultats des analyses

physico-chimiques effectuées par les laboratoires agréées d'Ajaccio et de Bastia sous couvert de l'Office hydraulique.

Informé des résultats des différentes analyses, l'exploitant du réseau hydraulique doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer une bonne qualité de l'eau et en informer la population desservie.

L'eau des baignades fait également l'objet d'un contrôle largement diffusé auprès des usagers.

Concernant la qualité du sol et des matériaux, un contrôle du radon en Haute-Corse et de l'amiante en Corse du sud doit être strictement réalisé.

« La principale difficulté à laquelle se heurte la mise en lumière des impacts environnementaux sur la santé tient au fait que des intérêts économiques importants peuvent être en jeu, lesquels peuvent retenir les pouvoirs publics d'aller dans le sens d'une remise en cause. »¹⁰⁷

En se référant à cet écrit de l'IGAS, la CSDU souhaite tout d'abord insister sur la nécessité de **prendre en compte les expressions collectives** émanant de la Collectivité territoriale de Corse, des partenaires sociaux et des associations engagées dans le domaine de l'environnement qui mettent en exergue les enjeux et dénoncent les risques inhérents à la relation entre la santé et l'environnement.

La CSDU considère ensuite que la construction d'une vision globale et systémique du ressenti critique de la relation entre la santé et l'environnement en Corse nécessite **un travail de décroisement et un partage des diagnostics** avec les administrations placées sous l'autorité du préfet, les partenaires du Plan régional santé-environnement et la Collectivité Territoriale de Corse.

Les facteurs environnementaux étant responsables pour une grande part de nombreuses maladies, il est important de les placer au cœur des politiques de prévention menées au plus près des populations.

Pour conclure, la CSDU préconise l'élaboration d'**un état annuel décroisé et pluridisciplinaire de la relation entre la santé et l'environnement** et que des actions communes ARS-CRSA puissent faire l'objet d'un véritable **projet de santé publique** associant les travaux et les propositions des associations oeuvrant dans le cadre de la défense de l'environnement.

La santé des îliens que nous somme serait mieux préservée en application de l'adage plus que jamais d'actualité, « Mieux vaut prévenir que guérir ».

¹⁰⁷ IGAS, Rapport n°138 (2003-2004), janvier 2004.

Les recommandations formulées par la CRSA

A titre préliminaire, la CRSA souligne les particularités de la région Corse telles que l'existence d'un relief montagneux et l'absence d'autoroute qui, couplés à l'absence de centre hospitalier universitaire, au retard en infrastructures et à la non compensation du handicap lié à l'insularité, portent atteinte à l'égalité d'accès aux services de santé et à la qualité de la prise en charge des malades.

Tout d'abord, dans le cadre des motifs des plaintes et réclamations liées aux conditions d'hébergement, à la vétusté des locaux et/ou du matériel des établissements de santé, la CRSA tient à rappeler que le patient débourse 18 euros par jour de forfait journalier.

Ensuite, concernant la remise du dossier médical, la CRSA indique que l'amélioration de la communication permettrait d'éviter de nombreux recours. Il serait en effet légitime de remettre au patient lors de sa sortie, non seulement son compte rendu d'hospitalisation, mais également les comptes rendus des examens radiologiques. De plus, à l'heure des nouvelles technologies, la CRSA considère que les cédéroms des examens importants pourraient être délivrés au patient par l'établissement. La CRSA dénonce également la longueur du délai à l'issue duquel le médecin traitant bénéficie des informations relatives aux examens de son patient. Afin d'y remédier, la CRSA souhaite que l'ARS érige ce point en une priorité en améliorant le circuit de l'information en collaboration avec les établissements de santé.

En vue d'optimiser le recueil des données nécessaires à l'élaboration du Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, la CRSA propose de stabiliser dans un premier temps les outils et les modalités de recueil des données en cours de construction et de modéliser ensuite les autres types de données en développant les outils juridiques permettant leur recueil et ce, avant même d'en élargir le champ d'investigation.

La CRSA souligne également la nécessité de disposer de leviers d'investigations permettant le recueil des données dans le secteur médico-social et dans le secteur ambulatoire, de disposer de moyens juridiques et financiers dans ces deux domaines dans lesquels la représentation des usagers, la promotion et le respect de leurs droits ne trouvent pas de support établi.

La CRSA propose ainsi de limiter les requêtes à une commande nationale, décomposée ensuite pour chaque région auprès des différents interlocuteurs.

Pour conclure sur ce point, la CRSA indique qu'il reviendrait à l'administration centrale de la santé de produire le cadre juridique donnant un levier aux CRSA et aux ARS afin d'obtenir ces données.

Enfin, la CRSA souhaite que l'ARS puisse promouvoir en région Corse :

- La médiation médicale dans les établissements de santé,
- La formation des professionnels de santé aux droits des usagers, rappelant également que cette formation doit revêtir un caractère prioritaire dans les plans de formation des établissements,
- La mise en place d'un lieu d'accueil spécifique pour les représentants des usagers,
- L'organisation d'une communication ciblée auprès des usagers,
- La réalisation d'un bilan du recours aux services des urgences ou au service d'aide médicale d'urgence (SAMU) pour les patients en fin de vie.¹⁰⁸

¹⁰⁸ En référence au Rapport de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV), Rapport « Vivre la fin de vie chez soi », 18 mars 2013.

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des principales abréviations.....	4
Introduction.....	5
Propos liminaires.....	7
Partie I : L'évaluation du respect des droits des usagers.....	10
1. DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL.....	11
A) Le droit au respect de la dignité de la personne.....	11
B) La scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire.....	15
2. DANS LE CHAMP SANITAIRE.....	17
A) L'analyse de la synthèse régionale des Rapports CRUQPC.....	17
B) Le droit à l'information : la confidentialité des données médicales des personnes détenues et l'accès à leur DM.....	55
C) Le droit à l'accès pour tous aux soins.....	57
Partie II: La mise en œuvre des objectifs ayant un impact sur les droits des usagers.....	63
1. DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL.....	64
A) La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers.....	64
B) L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : l'état des lieux de la mise en œuvre des Conseils de vie sociale (CVS).....	64
C) Le droit à l'accès pour tous aux soins :.....	75
2. DANS LE CHAMP SANITAIRE.....	76
A) La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers.....	76
B) L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : la procédure de certification V2010.....	77
C) Le droit à la protection pour les personnes souffrant de troubles mentaux :.....	81
D) La prise en charge du patient hospitalisé souffrant d'un handicap moteur ou sensoriel :.....	83
Partie III: Les recommandations émises par la CSDU de la CRSA.....	85
1. LA FORMATION DES USAGERS: le rôle joué par le CISS Corse.....	86
2. LA SATISFACTION DES USAGERS: un suivi indispensable.....	87
A) La nécessaire collaboration avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).....	88
B) La nécessaire collaboration avec le Conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM) et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS).....	91

C) La nécessaire collaboration avec la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI).....	92
D) La nécessaire collaboration avec l'ARS	95
3. LA QUALITE ENVIRONNEMENTALE REGIONALE:.....	96
un sujet d'inquiétude	96
A) La qualité de l'air.....	96
B) La qualité de l'eau et du sol	96
Les recommandations formulées par la CRSA.....	98