crsa corse

Exercices 2016 & 2017

Respect des droits des usagers du système de santé de Corse

ars Agence Régionale de Santé Corse

Rapport adopté en séance plénière du 2 octobre 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier pour leur participation à ce travail :

- L'Association des Paralysés de France,
- La ligue contre le cancer,
- Espoir Autisme Corse.

Nous avons travaillé à partir du rapport établi précédemment par Monsieur Arrighi, avec les éléments établis par l'ARS, et maintenu les commentaires de la CRSA.

Et ce, afin d'établir des **préconisations** et de traduire notre **"sentiment de terrain",** pas toujours en adéquation en terme d'accessibilité, avec des éléments cités comme existants.

La Présidente,

Marylène Belgodere.

En préambule

Ce rapport de CSDU 2016 2017 avec préconisations aura été rédigé dans un délai court et tardivement.

En effet, auparavant les bilans ont tous été décalés :

- le rapport 2014 en 2016,
- le rapport 2015 en janvier 2018.

Puis de nombreux aléas se sont produits, difficultés de réunion puis démission du dernier président.

C'est donc ainsi que je me retrouve à ce poste, pour présenter ces notions essentielles de recommandations.

De ces préconisations 2016-2017, certaines restent actuelles, d'autres l'auraient été en 2018!

Ce rapport devra pour les années à venir être collégial et s'étendre à tous les membres de la CSDU, avec en amont les chiffres exploitables de l'ARS, c'est-à-dire un retour de toutes les informations afin de pallier ou remédier aux recommandations non suivies.

Ce caractère consultatif du rapport CSDU souffre de manques, qui n'ont pu être traités.

Il aurait fallu d'autres éléments chiffrés, par exemple :

- le problème face au plus démunis (SDF...)
- les IVG leur nombre
- les accidents de la voie publique
- les violences faites aux femmes
- le harcèlement...

Cette liste est non exhaustive.

Toutefois, l'aspect consultatif pour le Projet Régional de Santé, nous laisse espérer une prise en compte effective de ces préconisations qui précédemment sont restées" lettre morte" pour certaines d'entre elles, et cela alors même qu'il existait une obligation légale.

I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LE DROIT DES USAGERS 6

A. Le contexte sanitaire régional 6

B. Une synthèse des rapports des commissions des usagers (CDU) 7
1 Les élections au sein des CDU 9
2 La composition de la CDU 9
3 Les formations suivies par les membres de la CDU sur son rôle et ses missions 9
4 La prise en charge de leurs frais de formation et/ou de déplacements 9
5 Le fonctionnement de la CDU 10
6 La rédaction du rapport d'activité 10
7 Le projet des usagers 10
8 Les relations avec les usagers 10
9 La personne en charge des relations avec les usagers (PCRU) 11
10 La gestion et le traitement des plaintes, réclamations et éloges 11
11 La médiation 11
12 La satisfaction des usagers 12
13 Le droit d'accès à l'information 12
14 La formation du personnel aux droits des usagers 12
15 L'accès au dossier médical 12
16 Le droit au respect de la dignité 13
La promotion de la bientraitance 13
La prise en charge de la douleur 13
La possibilité de désigner une personne de confiance 13
L'accompagnement de fin de vie 13

C. Le droit à l'information : un exemple, la confidentialité des données médicales des personnes détenues et l'accès à leur dossier médical 14
1 La prise en charge sanitaire des détenus en Corse 15
2 Les procédures d'accès aux dossiers médicaux au sein des UCSA de Corse 15

D. Dans le secteur ambulatoire 16

E. Les établissements et services médicaux-sociaux 16
1 Une cartographie des établissements 16
Pour les personnes âgées 16
Pour les personnes en situation d'handicap 17
2 La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers 18
3 L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : un état des lieux de la mise en œuvre des conseils de vie sociale 18
Le livret d'accueil 19
Le contrat de séjour/DIPC 20
Le contrat d'aide et de soutien par le travail 21
Le règlement de fonctionnement 21
Le projet d'établissement 22
Les personnes qualifiées 23
L'évaluation interne 23
L'évaluation externe 23
Le conseil de vie sociale 24
Les plaintes et réclamations 25
L'évaluation de la personne accueillie 26
La promotion de la bientraitance 26
La prise en charge de la douleur 26
4 Les droits des patients et la certification des établissements de santé 27
5 La scolarisation des élèves en situation de handicap 29
Les élèves en milieu ordinaire selon le niveau ou en unité d'enseignement (UE) 29
Les élèves en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) 30
L'aide humaine 31
L'aide matérielle 32

6 Le droit à l'accès pour tous aux soins : un exemple, les soins psychiatriques 33
Les commissions départementales des soins psychiatriques 33

II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS….35

A. La collaboration avec les caisses primaires d'assurance maladie 35
1 Les temps forts et les faits marquants de l'année 2017 pour la Corse-du-Sud 36
2 Les faits marquants de l'année 2016 pour la Haute Corse 37
3 L'analyse des saisines des conciliateurs des caisses primaires d'assurance maladie 37
Les auteurs des saisines 37
Le canal des saisines 38
La répartition et les motifs des saisines 38
Le détail et les motifs des saisines concernant le processus des prestations en espèces 39
Le détail et les motifs des saisines concernant le processus des prestations en nature 39
Le détail et les motifs des saisines dans le processus de gestion des bénéficiaires et du dossier client 39
Les suites données aux saisines 39
Les délais de traitement des saisines 40
4 Le bilan du conciliateur de la Corse du Sud 40

B. La collaboration avec le conseil régional de l'ordre des médecins et l'union régionale des professionnels de santé 42
1 L'offre médicale en Corse du Sud 42

C. La collaboration avec la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux...43

III. PROMOUVOIR LA DEMOCRATIE EN SANTE……45

A. La participation en CRSA : les réunions des commissions et la participation à ces réunions 45

B. Le débat public 45

C. Les recommandations de la CRSA 46
1 Le suivi des précédentes recommandations 46
Les moyens d'accéder à toutes les données d'évaluation 46
L'inscription dans le PRS2 de l'axe « droits des usagers » 46
La formation des professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers 46
Le respect de la dignité de la personne 47
Le droit à l'information et à l'accès au dossier médical……47
2 Les recommandations issues du présent rapport 48

IV. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS.....49

A. Le Collectif Interassociatif sur la santé (CISS) de Corse 49

B. La naissance de l'Union nationale des associations (UNASS) 50

LES PREMIERES CONCLUSIONS DE LA PRESIDENTE 51

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX SIGLES 52

I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LE DROIT DES USAGERS

A. Le contexte sanitaire régional :

A ce jour, le territoire régional recense **21 établissements de santé**, à savoir :

- dans le **secteur sanitaire public,** 5 centres hospitaliers (CH), 1 centre hospitalier départemental spécialisé en maladies mentales et 1 centre hospitalier intercommunal,
- dans le **secteur sanitaire privé,** 6 cliniques/polycliniques, dont 2 cliniques psychiatriques,
- 5 établissements en soins de suite et de réadaptation,
- 2 structures d'hospitalisation à domicile,
- 1 centre et unité d'auto dialyse.

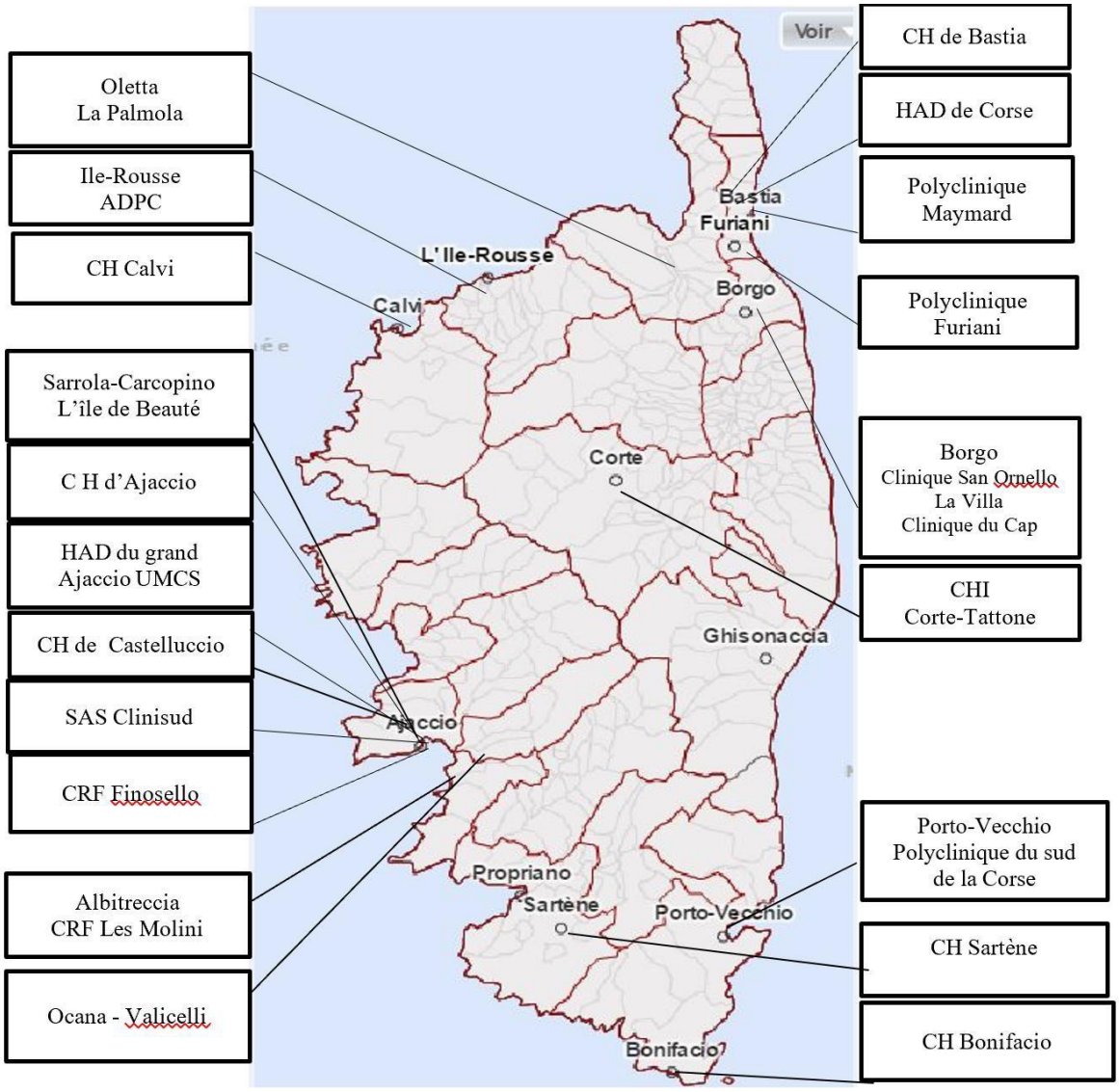


Figure 1: les établissements de santé du Territoire de Corse

B. Une synthèse des rapports des commissions des usagers (CDU)

Pour rappel, la Commission des Usagers a été instituée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Elle remplace la commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Sa mise en place est obligatoire dans les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif, qui sont au nombre de 21 en Corse.

La CDU a pour missions de :

- veiller au respect des droits des usagers,
- faciliter leurs démarches,
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches.

La réglementation a renforcé le rôle des commissions des usagers en leurs attribuant de nouvelles missions :

- accéder à la liste des événements indésirables graves survenus ainsi qu'aux actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier dans le respect de l'anonymat des patients,

- disposer d'un droit d'auto-saisine et de suite sur les sujets relatifs à la qualité et à la sécurité des soins traités par la commission médicale d'établissement de l'établissement,

- recueillir des observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement,

- proposer un projet des usagers exprimant les attentes et les propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers.

La commission, au travers de ses missions dans la promotion des droits des usagers, a la possibilité d'engager auprès et avec les services, une réflexion pouvant aboutir à un projet.

Ce projet des usagers s'appuie sur les rapports d'activité et est élaboré par la commission.

Il est l'expression des attentes des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers.

Ce projet porté par l'hôpital peut faire l'objet d'une candidature au label régional, voir au label national :

La CDU est composée (Articles R.1112-81 à R.1112-84 du Code de Santé publique)

- D'un représentant légal de l'établissement,
- D'un médecin médiateur titulaire et son suppléant,
- D'un médiateur non médecin titulaire et son suppléant,
- De deux représentants des usagers titulaires et leurs suppléants désignés par le Directeur Général de l'ARS. (Les représentants des usagers sont bénévoles).

Ces personnes forment l'exécutif de la commission avec voix délibérative.

La commission peut en outre s'adjoindre de un ou plusieurs membres avec voix consultative ceci étant inscrit dans le règlement intérieur de la commission :

- Du Président de Commission Médicale d'Etablissement (CME),

- D'un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et médicotechniques (CSIRMT),
- D'un représentant du personnel,
- D'un représentant du conseil de surveillance,
- Du responsable de la politique qualité et de la gestion des risques.

Les membres de cette commission élisent un Président et un Vice-Président, ceux-ci ne pouvant appartenir au même collège: l'objectif étant de prévenir des conflits d'intérêt et de viser l'impartialité. Ils sont élus pour un mandat de 3 ans renouvelable 2 fois. La durée du mandat des membres de la commission est de 3 ans renouvelable. (sans limite). La commission se réunit légalement et obligatoirement au moins 4 fois par an et aussi souvent que nécessaire.

Elle est informée des plaintes et des réclamations formulées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données L'ensemble des plaintes et des réclamations adressés à l'établissement ainsi que les réponses qui y sont apportées sont tenues à la disposition des membres de la commission.

A la réception d'une réclamation écrite, le représentant légal doit informer le requérant dans les plus brefs délais, de la possibilité de saisir un médiateur (soit médical si la requête relève d'un problème médical et /ou d'un médiateur non médical en fonction de la situation donnée). Le plaignant a la possibilité de se faire assister par un représentant des usagers.

En cas de médiation, un compte rendu de médiation doit être adressé dans les 8 jours au Président de la commission des Usagers ainsi qu'à ses membres.

Le requérant doit être informé de toutes les voies de recours dont il dispose.

L'exploitation des rapports des CDU présente dans l'ensemble des établissements du secteur sanitaire du territoire de Corse permettrait d'évaluer la réalité du respect de la réglementation.

1) Les élections au sein des CDU

Elles ont eu lieu dans tous les établissements sauf dans un établissement « autre » (i. e. appartenant à la catégorie SSR/CRF/Dialyse).

La répartition entre représentant légal de l'établissement, médiateur de l'établissement ou représentant des usagers pour les postes de président et de vice-président élus en 2017 est très variable d'une catégorie d'établissement à l'autre.

La place de président est occupée par :

- le représentant légal de l'établissement en HAD, dans la moitié des cliniques, dans 3 établissements,
- « autres » et dans 2CH,
- un médiateur de l'établissement dans un CH, et dans 2 établissements « autres »,
- un représentant des usagers dans le reste des CH, dans l'autre moitié des cliniques, et dans 2 établissements « autres ».

La place de vice-président est occupée par :

- le représentant légal de l'établissement dans 1 établissement « autre » ;
- un médiateur de l'établissement dans la moitié des CH, et dans la presque totalité des cliniques ;
- un représentant des usagers dans le reste des CH, dans le reste des établissements « autres ».

Dans un centre hospitalier, l'ensemble des membres ont convenu que les médiateurs de l'établissement ne se présenteraient pas à l'élection de la présidence de la CDU afin d'éviter tout conflit d'intérêt. Les représentants des usagers n'ont pas souhaité accéder à la présidence. Ils ont désigné le RU le plus ancien pour accéder à la vice-présidence.

Un centre hospitalier a rencontré des difficultés pour procéder rapidement à ces élections en raison du renouvellement des membres de la CDU et du départ de la présidente de la CDU.

2) La composition de la CDU

Les membres titulaires obligatoires représentants de l'établissement sont désignés, mis à part un médiateur médical titulaire dans un centre hospitalier ; en revanche, si, CH, cliniques et HAD désignent systématiquement le membre suppléant, ce n'est pas le cas dans les autres catégories d'établissement.
D'une année à l'autre, les cliniques respectent la présence obligatoire du représentant des usagers mais n'est pas le cas dans un CH et dans un établissement «autre».

3) Les formations suivies par les membres de la CDU sur son rôle et ses missions

En 2016, un centre hospitalier a formé les deux personnes en charge des relations avec les usagers (PCRU) désignées en son sein, sur les thèmes suivants : « Nouvelle CDU : maîtriser de la pratique de la médiation en établissement », « Agressivité, violence et stress », « Se protéger et réagir en situation d'agressivité physique ».

En 2017, seul un RU titulaire a reçu une formation. La demande est faible côté « représentants » ; de plus, elle ne rencontre pas de réponse quand elle s'exprime.
Les difficultés rencontrées sont alors relatives aux contraintes géographiques, de planning, d'organisation institutionnelle et budgétaire.

4) La prise en charge de leurs frais de formation et/ou de déplacements

Il y a absence de versement des indemnités de congés de représentation et cela est relié, soit à l'absence

de proposition formulée par les RU, soit dans les rares cas où elle existe, à la condition de retraité ou bénévole du RU.

Seuls deux établissements ont procédé au versement de frais de déplacement, remboursement non sollicité par ailleurs, par le RU lui-même, parfois faute de proposition de l'établissement.

L'absence de formation exposée dans le paragraphe précédent fait qu'il n'y a pas eu en 2017 de prise en charge frais de formation des RU.

Si, dans les CH (sauf un !) et les cliniques, la réglementation rattachée aux frais de formation est connue par l'établissement et par les membres de la CDU, ce n'est pas le cas dans plus de la moitié des autres situations.

5) Le fonctionnement de la CDU

Les difficultés rencontrées pour réunir la totalité des membres et cela, quatre fois par an, sont liées au manque de disponibilité des membres et au manque d'organisation préalable (calendrier prévisionnel, convocations…).

Si la majorité des membres est satisfaite, est évoquée, dans les centres hospitaliers, la nécessité de travailler en amont des séances afin d'optimiser la productivité des membres et de mettre en place des réunions de travail afin de traiter plaintes et réclamations.

6) La rédaction du rapport d'activité

Lors du 1er semestre 2017, les RU d'un CH ont déploré ne pas avoir été associés à la rédaction du rapport annuel de 2016.

Un réajustement de pratiques a été opéré pour la rédaction du rapport annuel d'activité 2017 ayant ainsi permis aux RU de participer à des réunions de travail, en présence de la PCRU et de la présidence de la CDU pour rédiger collégialement ledit rapport.

7) Le projet des usagers

Un projet des usagers n'existe que dans un CH et dans trois cliniques.

8) Les relations avec les usagers.

Un espace réservé aux usagers ou à leurs représentants (hors espace de repos) existe dans deux CH, deux cliniques et dans deux établissements «autres».

Un espace de rencontre et d'information (ERI) existe dans un CH et dans deux établissements «autres». Des réunions d'expression des usagers (REU) ne se tiennent que dans un établissement « autre ».

L'espace « usagers » du CH de Bastia a été inauguré lors de la séance de la CDU en septembre 2017. Il est ouvert aux associations ayant passé convention avec le CHB. La liste des associations a été affichée dans toutes les unités de soins. Cet espace sert aussi pour l'organisation des médiations.

Une note d'information a été diffusée à l'ensemble du personnel de l'établissement et à l'ensemble des associations ayant passé convention avec le CHB, sur l'existence et les modalités d'utilisation de cet espace « usagers ». En 2017, l'espace n'a servi qu'à l'organisation des médiations.

La maison des usagers du CHD de Castelluccio en travaux de réaménagement depuis fin 2016, n'a

pas fonctionné en 2017.

Les difficultés évoquées pour mettre en place des espaces dédiés aux usagers sont généralement le manque de locaux appropriés et de disponibilité des RU.

9) La personne en charge des relations avec les usagers (PCRU).

Cette personne existe dans tous les établissements sauf dans un CH, dans une clinique et dans trois établissements « autres » ; cependant, hormis dans deux CH et un établissement « autre », le temps consacré à sa mission par le PCRU est inférieur à 0,2 ETP.

Il est souvent fait état des difficultés liées à cette fonction qui est souvent perçue comme uniquement liée à la gestion des demandes d'accès au DM et aux réclamations et non pas reconnue dans sa fonction de pivot entre les différents acteurs de l'établissement.

Ainsi la PCRU ne rédige un rapport d'activité que dans 3 CH et 1 clinique ; ce rapport d'activité n'étant pas validé en CDU dans l'une de ces cliniques.

La PCRU n'apparaît pas :

- dans l'organigramme de l'établissement d'un CH et de la moitié des établissements « autres »,
- dans le LA de 3 CH et de la moitié des établissements « autres ».

Les fonctions et coordonnées de la PCRU ne sont affichées dans les services que de 2 CH, mais le sont dans la totalité des cliniques et «établissements « autres ».

Enfin, mis à part dans les CH, 4 cliniques et 1 établissement « autre », les usagers ne semblent pas attentifs aux moyens de communication mis en œuvre pour porter l'existence de la PCRU à leur connaissance.

10) La gestion et le traitement des plaintes, réclamations et éloges

En 2017 ont été reçues 256 plaintes et réclamations ainsi que 405 éloges. D'une manière générale, les établissements soulignent que la qualité des réponses aux usagers dépend de la qualité de leurs réclamations.

Les retours tardifs des rapports d'incidents nuisent également à la qualité des réponses.

Enfin, les réclamations orales ne sont pas toujours prises en compte du fait de leur traçabilité.

11) La médiation

Une médiation médicale a été proposée avec un total de :

- 15 démarches, impliquant 2 CH, toutes mises en œuvre,
- 3 démarches, impliquant 3 cliniques, non mise en œuvre dans 1 cas,
- 1 démarche, impliquant 1 établissement « autre », et mise en œuvre.

Une médiation non médicale a été proposée avec un total de :

- 6 démarches, impliquant 2 CH, toutes mises en œuvre,
- 3 démarches, impliquant 1 clinique, non mise en œuvre,
- 1 démarche, impliquant 1 établissement « autre », non mise en œuvre.

Les rapports de médiation (3 en CH et 1 en clinique) connaissent des destins divers quand leur présentation à la CDU ou leur envoi au plaignant.

Les médiateurs ne sont pas tous unanimes sur leur capacité à exercer leur mission.

Les difficultés rencontrées dans la rédaction du rapport de médiation révèlent que le manque de temps des médiateurs à rédiger les rapports empêche souvent leur rédaction, d'autre part les médiations sont peu proposées.

Certaines médiations ont été réalisées sans la présence des médiateurs, mais avec l'équipe de direction.

Cependant des leviers d'action sont envisagés comme joindre systématiquement dans les courriers de réclamation, une information sur la possibilité de saisir un médiateur et d'associer systématiquement les médiateurs à l'examen et à l'analyse de toute réclamation.

12) La satisfaction des usagers

Un questionnaire de satisfaction existe dans tous les établissements. Cependant, d'une manière générale, les établissements déclarent qu'il y a un faible taux de retour du questionnaire de satisfaction, ceci empêchant une exploitation valable et nombre d'entre eux recherchent comment améliorer le questionnaire et son traitement.

Une information orale accompagne la remise du livret d'accueil (LA) dans tous les établissements concernés sauf dans un CH. Cette information est perçue attentivement sauf dans un établissement « autre ».

Sa présence est signalée sur le site Internet de 2 CH.

L'année de la dernière mise à jour du LA est antérieure dans un CH et un établissement « autre ». Les membres de la CDU n'ont pas été associés à l'élaboration de cette mise à jour dans une clinique et dans un établissement « autre ».

Un LA dédié aux mineurs est élaboré dans 2 CH. Une fiche concernant la pédiatrie est insérée dans le LA d'un seul CH.

13) Le droit d'accès à l'information

Dans la cadre de l'élaboration d'un LA pour mineurs un établissement propose une plaquette d'informations pour les mineurs en accueil pédopsychiatrie (notifiant les contacts, composition des équipes, fonctionnement, nature des prises en charge, composition des groupes thérapeutiques).

14) La formation du personnel aux droits des usagers

Dans les centres hospitaliers, 82 personnes ont été formées sur les droits des usagers contre 62 personnes dans les cliniques, 56 dans les établissements de type SSR/CRF/Dialyse et aucune en HAD.

Les thématiques des formations sont sur les droits du patient, sur la bientraitance, sur le consentement et l'information, sur la personne de confiance, les directives anticipées de fin de vie…

15) L'accès au dossier médical

Ce sont au total 1505 demandes d'accès au dossier médical qui ont été reçues en 2017 :

- 1398, par des CH,
    - dont 1315 datant de moins de 5 ans, 609 d'entre elles, transmises dans les délais légaux,
    - dont 56 datant de plus de 5 ans, 45 d'entre elles, transmises dans les délais légaux,

- 84, par des cliniques
    - dont 34 datant de moins de 5 ans, 17 d'entre elles, transmises dans les délais légaux,
    - dont 9 datant de plus de 5 ans, 5 d'entre elles, transmises dans les délais légaux,

- 22, par des établissements « autres »
    - dont 17 datant de moins de 5 ans, 15 d'entre elles, transmises dans les délais légaux,
    - dont 2 datant de plus de 5 ans, une des deux transmises dans les délais légaux,

- les 2 demandes transmises à l'HAD dataient de moins de 5 ans et ont transmises dans les délais légaux.

Pour tous les établissements, à l'exception d'un CH, il y a eu envoi d'un courrier (AR) précisant la procédure et confirmant la demande.

Dans tous les cas, l'usager, a eu la possibilité de consultation du dossier en présence d'un médecin à sa demande.

Si les établissements déclarent être satisfaits de la procédure d'accès au DM, une enquête de satisfaction dans un établissement révèle une insatisfaction des usagers notamment sur la mauvaise information quant à ce sujet.

16) Le droit au respect de la dignité

La promotion de la bientraitance

A l'exception de 2 CH, il existe des actions de promotion de la bientraitance et cette sensibilisation à la bientraitance passe par la formation et l'information des personnels.

La prise en charge de la douleur

Seulement 5 CH, 1 clinique, 1 établissement « autre » disposent d'une structure d'étude et de traitement de la douleur.

La prise en charge de la douleur se fait à travers des formations du personnel d'établissement : 3 cliniques et 2 CH ne les proposent cependant pas.

Hors HAD, il existe systématiquement une procédure d'évaluation et de prise en charge de la douleur à travers la mise en place de procédure d'évaluation et de prise en charge de la douleur.
Tous déclarent l'existence d'une procédure d'information vis-à-vis des usagers.

La possibilité de désigner une personne de confiance

L'information des usagers sur la possibilité de désigner une personne de confiance se fait essentiellement à travers le LA et à l'accueil du patient. Cependant, la formation du personnel sur ce thème pourrait être plus généralisée.

L'accompagnement de fin de vie

Un dispositif permettant de recueillir les directives anticipées existe dans tous les établissements.
Les procédures d'information relative à la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie sont présentes également, mises à part dans 1 CH et dans 1 clinique.
De nombreuses difficultés apparaissent pour recueillir ces directives auprès des patients comme la perte

d'information entre le patient, le corps médical et la personne de confiance, ou le manque d'espaces appropriés pour un tel recueil.
Enfin, il est regrettable de constater que, dans 1 CH et dans 4 cliniques, le personnel n'a pas reçu de formation sur la démarche palliative et l'accompagnement des personnes en fin de vie.

PRÉCONISATIONS :

Selon les nouvelles prérogatives de la CDU sensées être dans tous les établissements pour les PCRU comme pour les RU, il doit être mis en place :

- *Une formation sur la communication et sur l'importance des RU, leurs droits, leur rôle,*
- *Une formation pour les thérapeutes sur le droit des usagers (bientraitance, et PEC de la douleur).*

Le PCRU doit être présent dans tous les établissements: sa formation sera préférentiellement médicale ou sociale.

Cela doit permettre une qualité d'accueil, réagissant à la demande des usagers, et permettant une adaptation de la situation et évidemment le conseil... et ce pour prévenir les conflits et les réclamations.
C'est un relais d'importance qui permettra de restituer en réunion de la CDU les données acquises de ses relations.

Un rapport annuel de la PCRU doit être élaboré et valider en CDU.
Il est utile et se doit d'être doté d'un outil commun pour pouvoir ensuite synthétiser L'information. Les PCRU doivent systématiquement informer les usagers sur leurs droits.
Les retours d'informations RU et/ou les plaintes doivent leur parvenir en un temps rapide même si « oral » afin d'assurer leur rôle.

Des moyens d'informations et de formations doivent être mis à la disposition des usagers pour que les PCRU soient accessibles de même pour les RU.

C. Le droit à l'information : un exemple, la confidentialité des données médicales des personnes détenues et l'accès à leur dossier médical

Les soins dispensés aux personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé, y compris pour l'ensemble des procédures de gestion du dossier médical.[1]

Par conséquent, les personnes détenues bénéficient d'un droit d'accès à leur dossier médical 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 1994[2] a institué au sein de chaque établissement pénitentiaire une unité de consultation et de soins ambulatoire (UCSA).

Les UCSA sont des unités hospitalières rattachées à un établissement de santé de référence.
Désignés pour chaque établissement pénitentiaire de la région par le directeur général de l'ARS après avis de leur conseil de surveillance, les 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.[3]

Parallèlement aux UCSA, un ou plusieurs secteurs de psychiatrie sont rattachés à des établissements de santé publics[4] dans chaque région pénitentiaire.
Chacun de ces secteurs comporte un service médico-psychologique régional (SMPR) aménagé dans un établissement pénitentiaire[5] et chargé d'assurer la coordination régionale auprès des équipes de psychiatrie intervenant dans les établissements de leurs régions pénitentiaires.[6]

1 La prise en charge sanitaire des détenus en Corse

La région Corse dispose de quatre établissements pénitentiaires, la Maison d'arrêt d'Ajaccio, la Maison d'arrêt de Borgo, le Centre détention de Borgo et le Centre détention de Casabianda, requièrent les services des UCSA des 2 CH insulaires ainsi que de 2 SMPR situés en PACA (1 basé à Marseille, 1 basé à Nice).

2 Les procédures d'accès aux dossiers médicaux au sein des UCSA de Corse

L'UCSA du centre hospitalier d'Ajaccio dispose d'un document portant « Demande d'accès au dossier patient » mis à la disposition des patients détenus à la Maison d'arrêt d'Ajaccio ou des patients ayant été incarcérés.

L'UCSA du centre hospitalier de Bastia dispose d'un cadre de proximité qui vérifie et veille au respect de l'affichage. Des registres de traçabilité des demandes de DM dans les UCSA ont été ouverts.

Pour l'USCA Borgo, en 2016, il y a eu 4 demandes de dossiers médicaux formulées par les personnes détenues et 2 demandes en 2017.

Pour l'USCA Casabianda, en 2016, il y a eu 1 demande de dossiers médicaux formulée par les personnes détenues et aucune demande en 2017.

CONSTAT :

Seul un confinement existe à Castelluccio aucun en Haute Corse amenant les détenus nécessitant des soins psy au domaine privé sans les mesures de sécurité adéquates.

Il serait nécessaire d'avoir des lits en Haute Corse pour le milieu carcéral et un médecin psychiatre consacré aux trois centres pénitentiaires.

[1] CSP, art. R. 1112-2.
Cet article ajoute que le dossier médical 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. Ce dossier est identique à celui constitué pour tout patient admis dans un établissement de santé public ou privé.
[2] L. n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
[3] CSP, art. R. 6112-14.

[4] Les établissements concernés sont énumérés par arrêté du Ministre chargé de la santé.
[5] D. n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
[6] 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.
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).
[8] Ce document est mis à la disposition des patients détenus à la maison d'arrêt d'Ajaccio ou des patients y ayant été incarcérés quo souhaiteraient obtenir des informations sur leur dossier médical constitué pendant leur période d'incarcération. Ce document concerne également l'ayant droit d'une personne détenue décédée lors de son incarcération.

D. Dans le secteur ambulatoire

L'ARS a interrogé les ordres régionaux des professionnels de santé sur la mise en œuvre en leur sein d'un processus de traitement des plaintes mais aucune réponse n'est parvenue.

C'est une base inexploitable

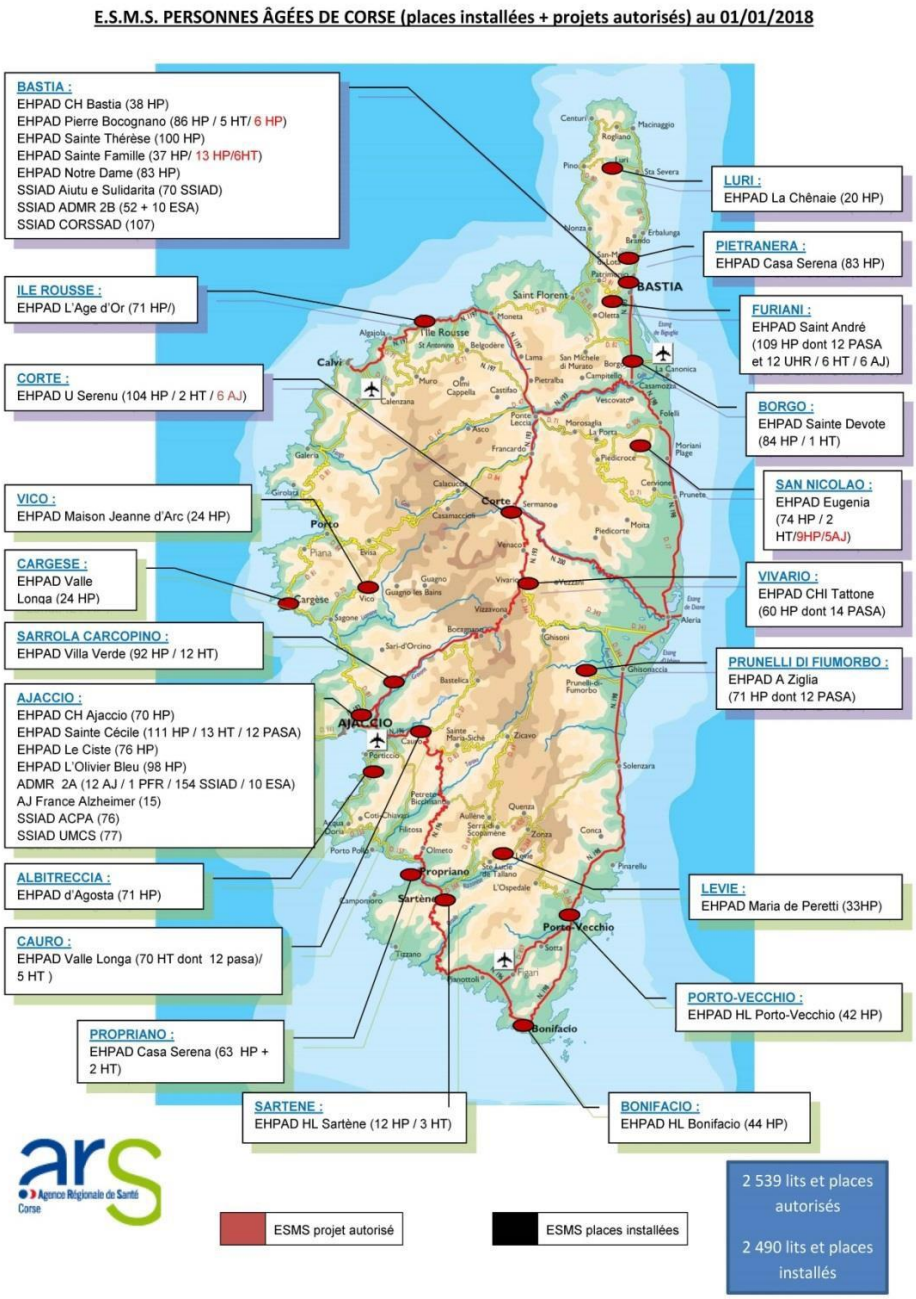
E. Les établissements et services médicaux-sociaux

1 Une cartographie des établissements

Le paysage des établissements et services de ce secteur (ESMS) n'a pas changé depuis le dernier rapport Les cartes suivantes permettent de situer géographiquement ces établissements et indiquent pour chacun d'entre eux le nombre de places autorisées et en projet.

Pour les personnes âgées

La cartographie des établissements et services accueillant des personnes âgées en Corse montre la répartition sur le territoire et une offre de 2490 lits et places installés



CONSTAT :

Le système EHPAD étant coûteux et n'offrant pas la prestation désirée par chacun, il se doit d'évoluer selon le terrain existant (par exemple nombre plus important de maladie dégénérative, Alzheimer…).

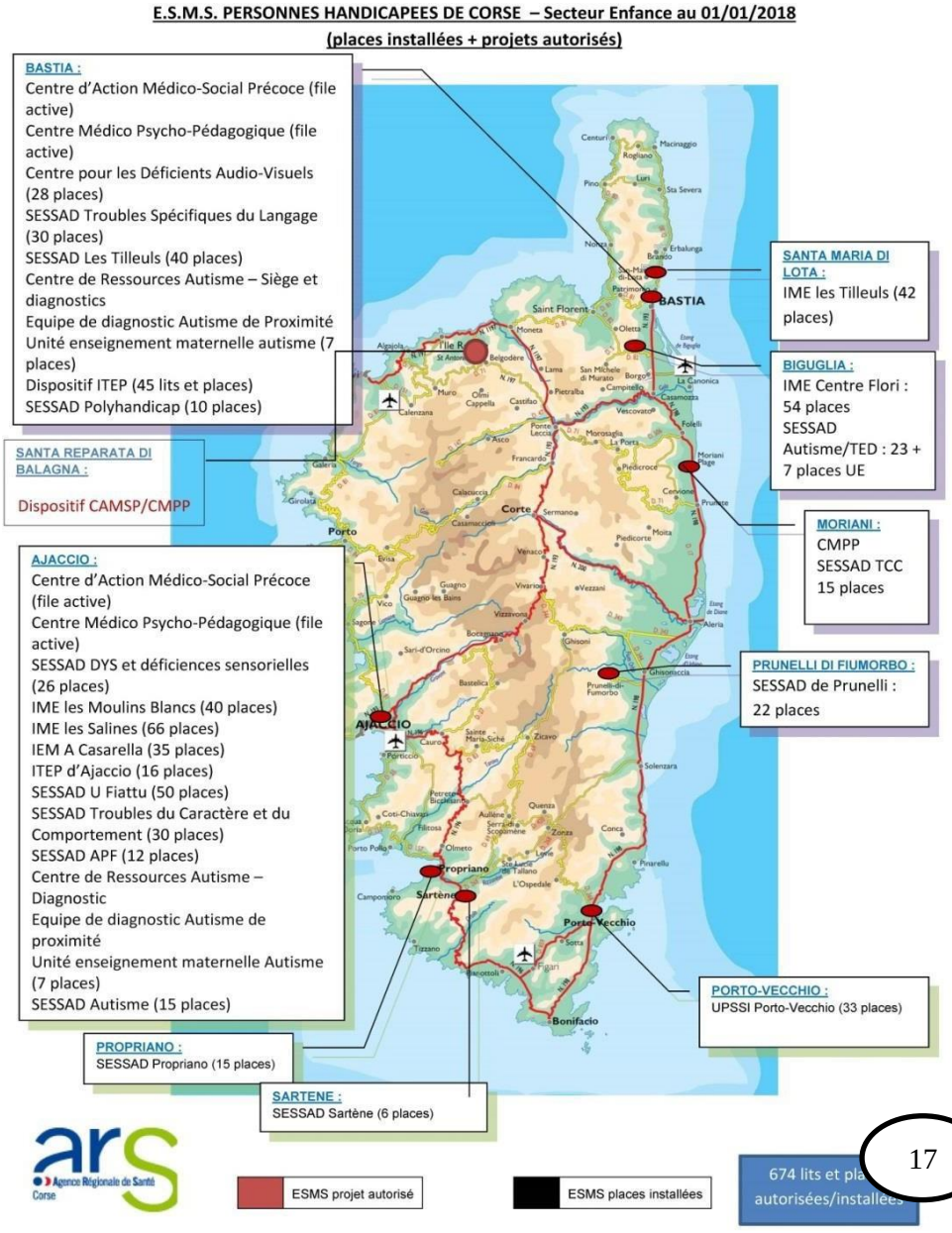
Parallèlement à ceci, il est souhaitable d'organiser le suivi au domicile de la personne âgée ou d'autres formes d'accueil permettant le maintien près de leur lieu de vie (maison communale, autres…)

L'augmentation de demandes de soins par rapport à une population de plus de 75 ans incite aussi à une anticipation des problèmes.
Peut-être en s'appuyant sur le maillage infirmier libéral existant, avec une formation accrue sur le vieillissement ou autres prises en compte des communes en se préoccupant de détails de configuration sur le terrain :

- *Le risque de chute,*
- *le portage de repas équilibré,*
- *la vérification de prise médicamenteuse,*
- *soins maintenus.*

Pour les personnes en situation d'handicap

La cartographie des établissements et services accueillant des personnes en situation d'handicap en Corse, montre la répartition sur le territoire et une offre de 674 lits et places installés.



NOTA BENE :

En dehors des situations d'établissement ***l'accessibilité*** *qu'il soit en terme de :*

** **handicap moteur** : administration non accessible, norme d'accès toujours pas respectée dans la rue, mais aussi le nombre de logements non créés.*

** **handicap sensoriel** : traduction en langage des signes peu facile d'accès, absence de feu sonore…*

** **handicap cognitif** : le facile à lire et à comprendre FAL C*

QUI aussi bien en termes de tourisme que l'administration fait défaut.

Et ce, malgré des mesures obligatoires ou peu coûteuses qui ne sont toujours pas mises en place.

2. La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers

Depuis la loi du 21 juillet 2009, le développement professionnel continu (DPC) constitue une obligation individuelle inscrite dans une démarche permanente qui s'impose aux médecins qu'ils soient ou non 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 et de compétences.

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.
Ce programme doit être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré.

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

A cette fin, une évaluation de la formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé est réalisée dans le cadre du rapport sur le respect les droits des usagers du système de santé.

L'ARS ne dispose d'aucune donnée concernant les formations suivies par les médecins en 2016-2017 sur les thèmes de l'éducation thérapeutique, la relation médecin-patient, la mise en place de campagnes de santé publique en prévention/gestion des crises sanitaires et la participation des professionnels de santé à ces campagnes, la prise en charge de la douleur, la sécurité des soins, la gestion des risques et la iatrogénie, les soins palliatifs et fin de vie, le système d'information et le dossier médical.

3. L'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers : un état des lieux de la mise en œuvre des conseils de vie sociale

Comme toutes les années, les ESMS ont été destinataires de questionnaires portant sur le respect des droits des personnes accueillies en leur sein. La difficulté de collecte de cette enquête nous a conforté dans l'utilisation pour les années à venir d'un logiciel qui représente une solution aux enquêtes, dont la gestion et les relances sont d'ores et déjà réalisées par le service de l'ARS de Corse dédié à la démocratie en santé.

Le livret d'accueil

Sur les 33 ESMS, 30 déclarent avoir un LA, 1 est en cours de réalisation et 2 non pas répondu.

Le LA est remis majoritairement à l'usager et à sa famille à 70% contre 9% à l'usager uniquement, et 12% à la famille de l'usager ou à son représentant légal uniquement.

A 58%, le LA est remis au cours de la 1ère visite de l'établissement par l'usager et 27% le jour de l'entrée de l'usager dans l'établissement.

La remise du LA est accompagnée d'une présentation orale, systématiquement à 64%, et à 27% uniquement à la demande de l'usager.

La remise du LA est accompagnée d'une visite de la structure, systématiquement à 67%, et à 21% uniquement à la demande de l'usager.

Pour 58% des ESMS, le format et la présentation sont adaptés aux usagers, alors que 33% estiment que non. Seuls 18% ont apportés des adaptations.

D'une manière générale, les adaptations portent sur la clarté et la lisibilité du document. Il est à noter qu'un ESMS a adapté son LA pour les non-voyants.

Pour 21% des ESMS, le LA a été mis à disposition sur leur site internet, les autres ne disposant pas d'un site.

Pour la majorité des ESMS, les informations qui apparaissent dans le LA sont les coordonnées de la structure, la présentation des prestations, la localisation et son accès, les formalités d'admission et de prise en charge, les tarifs et conditions de tarification, la charte de la personne accueillie (73%) et le règlement de fonctionnement.

Par contre, certaines données apparaissent à moins de 50% sur le LA telles les modalités d'accès au DM, les garanties souscrites en matière d'assurance, les modalités de cultes, l'accueil des proches ou représentants légaux, les associations de promotion des droits des usagers, les régimes alimentaires.

Le LA est moyennement actualisé (51%) et ne fait l'objet d'une évaluation qu'à 30%. Les conditions de remise du LA ne sont évaluées que par 18% des ESMS.

PRECONISATIONS :

Il est important qu'un livret d'accueil soit remis systématiquement avec une écriture en facile à lire et à comprendre (FALC) , afin que chacun puisse s'y référer selon ses moyens culturels ou ses capacités cognitives (déficience intellectuelle et autres)

Accompagné d'une visite de la structure et si le livret d'accueil est disponible sur site, faire une démonstration de l'accès au site et bien évidemment que toutes les informations y soient réactualisées puis évaluées tout au moins par les accueillis.

[9] CSP, art. L. 4112-6.

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

[11] CSP, art. L. 4133-1.

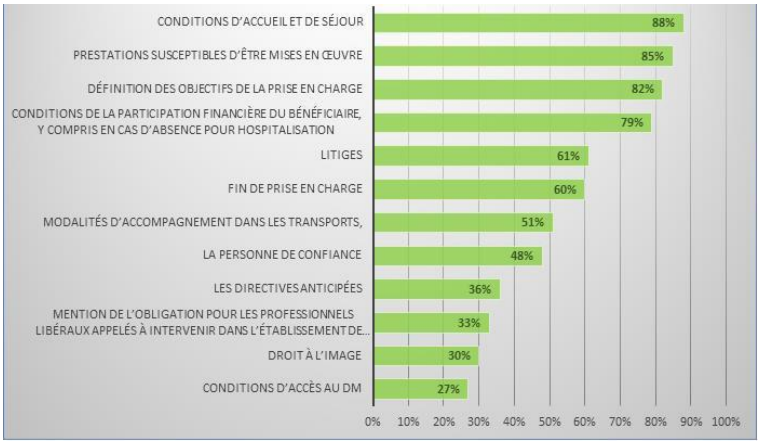
Le contrat de séjour/DIPC

Le projet individuel (PI) est la traduction opérationnelle du projet d'établissement adapté à chacun des usagers.
Il est le résultat d'un processus qui identifie les étapes et les moyens visant à optimiser les ressources professionnelles et matérielles de l'établissement au profit de la personne accueillie.

Le PI précise les modalités d'évaluation de la situation de la personne, offrant ainsi une vue dynamique institutionnelle sur l'accompagnement spécifiquement mis en place pour l'usager.

Le contrat de séjour est le nom donné au PI une fois que celui-ci ait été signé par l'usager et l'établissement.
Le contrat de séjour est établi lors de l'admission de l'usager et lui est remis au plus tard 15 jours après son admission. Sauf exception, le contrat de séjour doit faire l'objet d'une signature dans le mois suivant l'admission. En cas d'absence de signature du contrat, un document individuel de prise en charge (DIPC) est proposé et établi au plus tard dans les 15 jours suivant l'admission de l'usager et est finalisé à la fin du mois.

Le contrat est signé le jour de l'admission pour 42% des ESSM, dans les 15 jours suivants pour 14%, et entre 15 jours et un mois pour 6% des ESSM. Pour ces 2 derniers taux, le retard de signature est lié essentiellement aux difficultés de rencontrer les familles, par crainte d'un engagement définitif.
Son format et sa présentation sont jugés adaptés aux usagers dans 60 % des situations.
Certaines informations n'apparaissent cependant pas dans le contrat de séjour aussi souvent qu'elles le devraient, comme :



- Les conditions d'accès au DM,
- Le droit à l'image,
- La mention de l'obligation pour les professionnels libéraux appelés à intervenir dans l'établissement de conclure ce contrat,
- Les directives anticipées,
- La personne de confiance,
- Les modalités de la fin de prise en charge,
- Le traitement de litiges.

Figure 2: informations apparaissant dans le contrat de séjour

Dans la même proportion, la personne accueillie participe à l'élaboration de son contrat ; sinon la famille ou le représentant légal de la personne accueillie y participent. Quand le contrat fait l'objet d'une modification, cela concerne essentiellement les modalités d'hébergement, la restauration et l'animation.

La signature d'un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptés à chaque personne n'est systématique que dans un cas sur trois.
Les renseignements fournis par le questionnaire ne permettent cependant pas de juger de l'opportunité d'une telle procédure.

Le contrat de séjour/DIPC a fait l'objet d'une évaluation pour 36 % des ESMS contre 74% en 2015. Cette évaluation est menée toujours avec les membres de la direction, où se rajoutent quelquefois les membres du personnel et plus rarement les usagers par le biais des CVS.

Le contrat de séjour/DIPC est annuellement réactualisé pour 55 % des ESMS contre 61% en 2015.

Les seules difficultés évoquées pour la mise en place du contrat sont relatives à l'état de dépendance des résidents et de communiquer avec eux, mais aussi l'organisation du temps institutionnel.

Le contrat de séjour reste inadapté à 40 % de la population et le retour d'information par la même, non satisfaisant.

La difficulté de fonder un projet individualisé, puisqu'il s'agit du motif du contrat de séjour sans ces éléments, nuit à la qualité de la prestation et sera non évaluable.

Le manque de temps et les problèmes de communication, sont des défauts à corriger.

Le contrat d'aide et de soutien par le travail

Aucun ESMS n'est concerné par le contrat d'aide et de soutien par le travail.

Il est regrettable qu'aucun dispositif innovant ne soit en place pour une interface entreprise établissement reste une marge de travail sur le secteur adulte.

Le règlement de fonctionnement

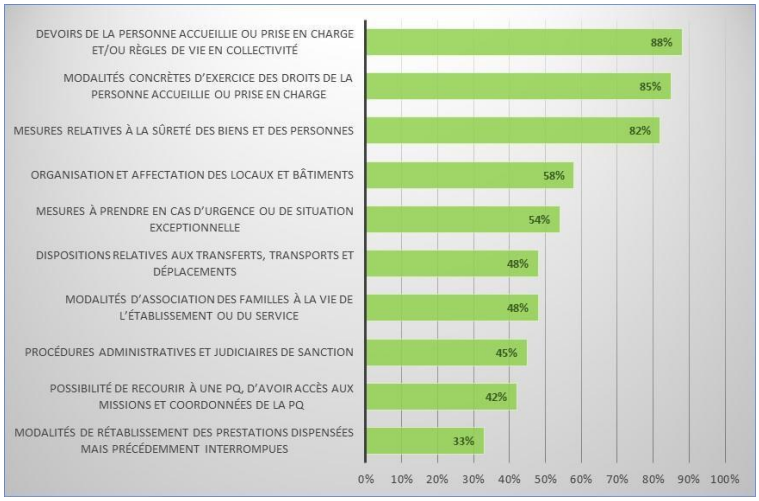
Le règlement de fonctionnement définit les droits et les devoirs des résidents, ainsi que les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Il ne substitue pas aux autres documents intéressants le fonctionnement de l'établissement que sont le projet d'établissement, le contrat de séjour, le LA et la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

La presque totalité des ESMS déclarent posséder un règlement de fonctionnement (RF), mais la moitié d'entre eux le trouve inadapté aux déficiences des résidents.

Ce RF est remis à la personne accueillie dans 3 admissions sur 4. Il est affiché dans les locaux dans les 2/3 des cas.

Certaines informations n'apparaissent cependant pas dans le règlement de fonctionnement aussi souvent qu'elles le devraient, comme :



- La possibilité de recourir à une PQ, d'avoir accès aux missions et coordonnées de la PQ,
- Les procédures administratives et judiciaires de sanction,
- Les modalités d'associations des familles à la vie de l'établissement ou du service,
- Les dispositions relatives aux transferts et déplacements,
- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle,
- La description de l'organisation et affectation des locaux et bâtiments.

Figure 3 : informations apparaissant dans le règlement de fonctionnement

Concernant la possibilité de recours à une PQ, la réponse est gênante dans le sens où durant cette période il n'y a pas eu de liste de PQ.

Le RF a fait l'objet d'une évaluation pour 36 % des ESMS contre 70% en 2015. Cette évaluation est menée toujours avec les membres de la direction, où se rajoutent quelquefois les membres du personnel et des organismes d'audit et plus rarement les usagers par le biais des CVS.

Les seules difficultés évoquées pour la mise en place du RF sont relatives à adapter le contenu aux déficiences des travailleurs.

Les ESMS doivent revoir leur RF de façon à le remettre à chaque résident (rappel du FALC) et pallier au manque d'information recours, peut-être sur le même module que le livret d'accueil.

Le projet d'établissement

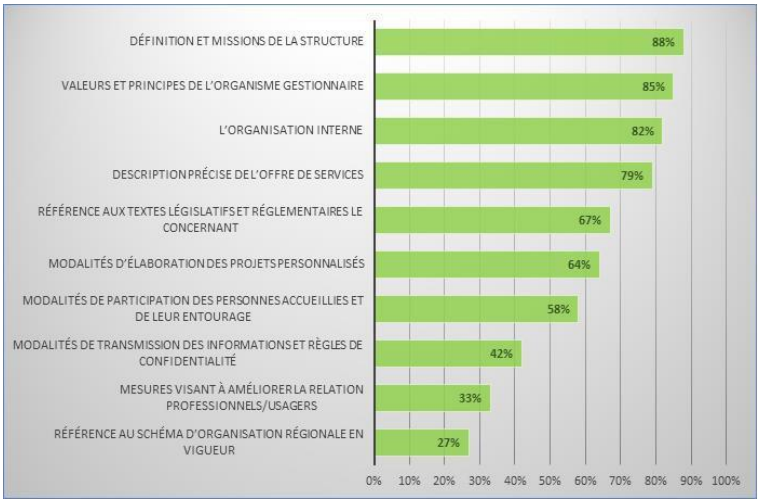
Chaque ESMS élabore un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs en matière de coordination, de coopération, d'évaluation des activités et de la qualité des prestations dispensées, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le projet d'établissement n'a pas vocation à synthétiser l'ensemble des documents relatifs au positionnement du pilotage de la structure, ni d'en remplacer les outils. Il traite des thématiques selon les enjeux propres à la structure et à son secteur d'activité.

La quasi-totalité (91%) des ESMS ont un projet d'établissement (PE). Il est cependant rédigé essentiellement par les directeurs d'établissement, les professionnels et moins largement par les médecins chefs de service, les usagers. Il est, de plus, rarement actualisé (15%).

Il n'existe un comité de suivi de la mise en application du PE que dans 1/3 des ESPS.

Et si le dispositif de promotion de la bientraitance est présent dans le PE de 2/3 des ESPS, en revanche le dispositif de promotion des directives anticipées est 2 fois moins présent, et l'axe douleur presque inexistant.

Certaines informations n'apparaissent pas également dans le projet d'établissement aussi souvent qu'elles le devraient, comme :



- La référence au schéma d'organisation régionale en vigueur,
- Une description des mesures visant à améliorer la relation professionnels/usagers,
- Les modalités de transmission et règles de confidentialité,
- Les modalités de participation des personnes accueillies et de leur entourage,
- Les modalités d'élaboration des projets personnalisés,
- La référence aux textes législatifs et règlementaires le concernant.

Figure 4 : informations apparaissant dans le projet d'établissement ou de service

Les principales difficultés rencontrées pour la mise en place du PE sont celles de la disponibilité et l'implication des personnels, du turn-over de ce même personnel.

Il serait judicieux d'actualiser les projets d'établissement et que la mise en place d'un comité de suivi soit établi (de façon à réagir rapidement en cas d'erreur d'orientation).

De s'inquiéter des changements de personnel: cette instabilité est le signe de dysfonctionnement.

Dans le projet d'établissement, il est nécessaire de rappeler la mise en place du projet individualisé.

Les personnes qualifiées

La loi du 2 janvier 2002 impose la mise en place, dans chaque département, d'une liste de personnes qualifiées.
Les personnes qualifiées ont pour mission :

- d'informer et d'aider les usagers des ESMS à faire valoir leurs droits,
- d'assurer une médiation entre l'usager et l'ESMS en vue de résoudre les conflits pouvant les opposer,
- de solliciter et signaler aux autorités compétentes les difficultés liées à la tarification, à l'organisation de l'établissement ou du service, voir les situations de maltraitance suspectée ou avérée.

Pour les années 2016 et 2017, la liste des PQ n'a pu être établie, faute de candidature.

Personne qualifiée absente sur la période 2016-2017, on ne peut que le regretter c'est une évidente nécessité, le référent d'établissement ne peut être juge et partie.

L'évaluation interne

Les évaluations internes portent au minimum sur les grands domaines précisés par l'HAS et parmi lesquels figurent la garantie des droits et la participation des usagers et la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de la vulnérabilité des usagers.

Ces évaluations comportent également une analyse des effets sur les usagers des actions entreprises par l'établissement.
Il incombe aux ESMS de communiquer les résultats de leur évaluation interne aux autorités compétentes dans un rapport précisant notamment la méthode et les référentiels utilisés.

Pour 27% des ESMS, une évaluation interne a été menée et 33% ont communiqué le résultat à l'autorité compétente. Ce taux s'explique par un manque de disponibilité du personnel et donc de temps.

Ce devrait être une évaluation du travail de chacun visé par l'équipe, dans un deuxième temps, menant à une évaluation qualitative en interne systématique.

L'évaluation externe

Cinq organismes d'évaluation sont habilités pour les établissements de Corse du Sud et trois organismes sont habilités pour les établissements de Haute Corse.

Pour 15% des ESMS, une évaluation externe a été menée. Là aussi, les difficultés rencontrées sont liées au manque de temps des professionnels pour répondre aux questions des enquêteurs et d'une manière générale cette évaluation est qualifiée de chronophage.

Établir une évaluation obligatoire externe pour permettre l'évaluation du projet d'établissement.

Le conseil de vie sociale

La loi du 2 janvier 2002 impose l'existence d'un Conseil de vie sociale (CVS), outil destiné à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement d'accueil.
C'est une instance élue qui représente l'ensemble des personnes vivant, accompagnant ou travaillant en ESMS.

En 2017, le CVS n'est pas mis en place dans un peu plus d'un tiers des ESMS (36% contre 30,5% en 2015) ! Il n'est mis en place et opérationnel que dans à 39% des ESMS (contre 61,5% en 2015).
Il est en place mais n'est pas opérationnel dans 6% des ESMS (contre 0% en 2015).
Toutefois le CVS est en cours de mise en place dans 9% des ESMS (contre 7,5% en 2015).

Quand le CVS est en **place et opérationnel**,

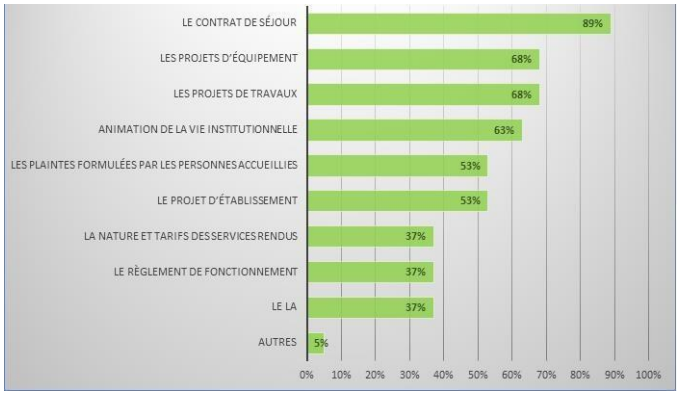
- il est essentiellement composé de représentant des familles, de résidents et de représentants du personnel et 71% des CVS disposent d'un règlement intérieur ;
- seulement dans moins d'un cas sur trois (29%), il existe une personne référente CVS.

Le CVS est alors présidé par soit une personne accueillie (33%), soit un représentant des familles (20%), soit un représentant de la direction (12%), … .

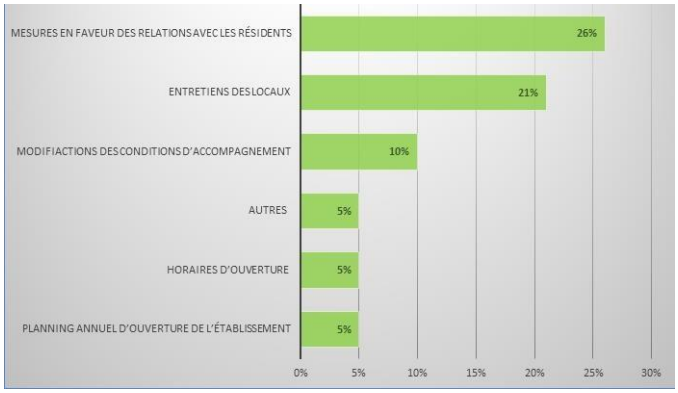
La fréquence de ses réunions est de moins de quatre fois par an dans la moitié des cas.

Les comptes rendus de ses séances sont en général communiqués aux usagers, aux familles et aux représentants légaux des personnes accueillies, ainsi qu'au personnel de l'établissement, mais, dans 3 cas sur 5, ils ne sont pas adaptés aux déficiences des publics concernés.

L'avis des CVS a été sollicité sur :



Les CVS ont formulé des recommandations sur :



D’autres formes de participation des usagers existent comme des questionnaires de satisfaction, des groupes d’expression, la mise en place d’un journal local, des boites à idées et nombre de CVS déclarent qu’il y a plutôt une bonne participation des usagers.

L'ARS doit vérifier que les conseils de vie sociale sont opérationnels, nous sommes en situation de carence

Les plaintes et réclamations

Dans chaque ESMS, il y a une procédure de recueil et de gestion des plaintes et réclamations et ceci d’une manière plutôt écrites comme des fiches ou des cahiers de doléances.

Le bilan suivant des événements indésirables en provenance des établissements et services médicaux sociaux est établi en 2017 par les services de l’ARS :

- **37 signalements reçus :**
    - 23, par le biais de la boite alerte,
    - 4, par voie postale,
    - 2, courriers anonymes,
    - 2, appels téléphonique,
    - 5, par courriel,
    - 1, autres.
- soit, par catégories de signalements,
    - 9, relatifs aux usagers, à savoir :
        - 5, maltraitances envers un (ou plusieurs) usager,
        - 2, maltraitances ==> usager envers d'autres usagers ou du personnel,
        - 2, problèmes de prise en charge (inadaptée et ou voir maltraitante),
        - absence de prise en charge (9 enfants idah) ou absence de place,
        - tentatives de suicides / suicides (2 ts + 1 suicide).
    - 7, relatifs au personnel, à savoir :
        - 3 dysfonctionnements liés à la grève (comportement inacceptable des salariés, inquiétude des salariés, arrêts maladie…),
        - 4, comportements agressifs personne extérieur envers un salarié,
        - 1 problème de stagiairisation d'un salarié,
        - harcèlement sexuel (1 seul courrier mais 10 salariés concernés) ou agression sexuelle.
    - 5, relatifs à la structure, à savoir :
        - 5, repas de mauvaise qualité, incendie des locaux, cambriolage, pneus crevés,
    - 6, divers,
        - 6, difficultés pour hospitaliser un usager, erreur traitement médical, pétition, refus de prendre un traitement.

Les suites suivantes ont été données en 2017 à ces signalements ; tous les signalements ont été traités :

- sur 37 signalements, 3 ne concernaient pas le service médico-social, ils ont été transférés vers les services ou administrations concernées (MRIC, DIRECCTE, DOQOS) ;

- les autres signalements ont tous été traités par le service ; ils n'ont pas donné lieu à des contrôles ou inspections, et ont été traités par échanges téléphoniques ou écrits et il y a eu 1 (un) signalement adressé à l'ARS par les familles.

A NOTER

Par rapport au nombre de doléances transmises, reflètent-elles réellement la situation ? Soit les familles ne connaissent pas leurs recours ou peut être par fatalisme.

Il est regrettable que ce recours se fasse en dernière extrémité; une intervention plus précoce serait moins dommageable.

L'évaluation de la personne accueillie

Pour 64% des ESMS, il existe un questionnaire de satisfaction remis entre le 1er et le 3ème mois suivant l'admission, puis annuellement. La personne accueillie retourne le questionnaire. Grâce aux moyens mis à disposition comme une boite aux lettres disposée en salle d'attente, au bureau d'accueil (etc.). Une aide au remplissage est souvent proposée (80%) par le personnel.

Cependant seuls 15% des ESMS évalue les conditions de remise des questionnaires. Dans ces 15%, le taux de retour est très satisfaisant pour certains et mitigés pour d'autres. Les questionnaires ne sont analysés par les CVS qu'à 36%.

Ce retour d'information difficile de la personne accueillie est difficilement appréciable d'autant que l'aide par le personnel risque d'orienter les réponses.

Le retour ESMS est insuffisant.

La promotion de la bientraitance

Un dispositif de promotion de la bientraitance existe pour 42% des ESMS : ils se concrétisent lors des réunions pluridisciplinaires, par de la sensibilisation du personnel, par des interventions ponctuelles du médecin coordonnateur, par de l'affichage d'informations et celui de la charte de bientraitance.

Des formations sur la bientraitance sont proposées au personnel pour 54% des ESMS.

Promotion de la bientraitance 100 % serait le chiffre adéquat.

Prise en charge de la douleur 100 % serait aussi le chiffre adéquat.

La formation des professionnels reste une priorité absolue.

La prise en charge de la douleur

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de santé publique, il appartient à chaque établissement de santé de promouvoir et de mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur.

Pour 33% des ESMS de Corse, il existe une structure d'étude et de traitement de la douleur sous la forme de protocoles comme l'échelle ALGOPLUS ou l'attache de comité de lutte contre la douleur (CLUD).

L'Echelle ALGOPLUS est une échelle d'hétéro-évaluation comportementale de la douleur d'une personne âgée présentant des troubles de la parole, qui base sur une expression du visage, les postures, le comportement et les relations.

Le CLUD est un comité réunissant tous les acteurs participant aux soins et permettant une meilleure prise en charge de la douleur en fonction du malade, du type de douleur et de l'établissement où le patient est soigné. Pour 27% des ESMS, des formations sur la prise en charge de la douleur sont proposées au personnel et 24% d'entre eux ont une procédure d'évaluation sur ce sujet.

Pour le droit des patients, l'évaluation de tous les établissements doit être mise à jour.

4. Les droits des patients et la certification des établissements de santé

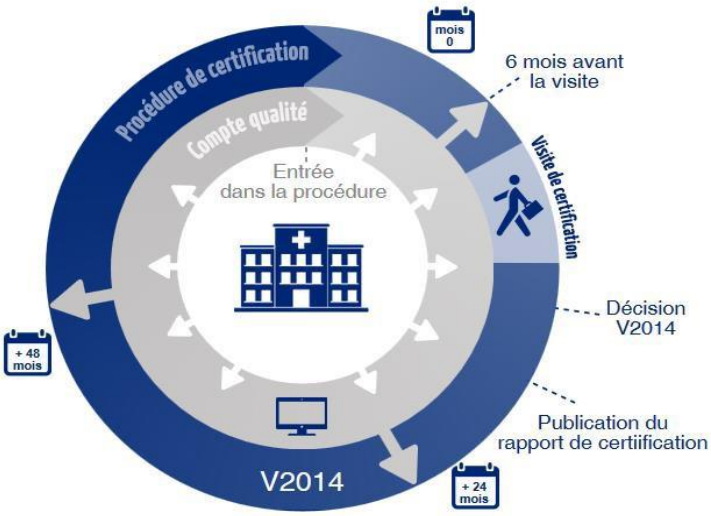
La procédure de certification des établissements de santé conduite sous l'égide de la Haute Autorité de Santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Elle consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prises en charge des patients. Elle se fonde sur un manuel de certification élaboré par la Haute Autorité de Santé. Elle concerne tous les établissements de santé, publics et privés. Elle s'applique également aux installations autonomes de chirurgie esthétique, aux groupements de coopération sanitaire ainsi qu'aux réseaux de santé. Les hôpitaux des armées peuvent faire l'objet de la procédure de certification à l'initiative du Ministre chargé de la Défense.

En ce qui concerne les droits du patient, la certification a pour objectif d'assurer une complémentarité entre le respect des normes réglementaires et la satisfaction aux exigences identifiées dans le manuel de certification. Ainsi, la certification évalue :

- la dimension éthique dans la prise en charge du patient,
- la prévention de la maltraitance,
- la promotion de la bientraitance,
- le respect de la dignité et de l'intimité du patient,
- le respect de la confidentialité des informations relatives au patient,
- le respect des libertés individuelles,
- la prise en charge de la douleur,
- l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés,
- le respect des droits des patients en fin de vie,
- la prise en charge des personnes présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : personnes âgées, enfants et adolescents, personnes atteintes d'un handicap, patients porteurs de maladies chroniques,
- l'accueil et l'accompagnement de l'entourage,
- l'implication des usagers, de leurs représentants et des associations.

En cas de manquements ou d'insuffisances constatés, la Haute Autorité de Santé formule une décision sur la thématique concernée.
Déroulement de la procédure de certification : une démarche d'évaluation de la qualité en continu.



L'entrée dans la procédure de certification :

Cette étape permet à l'établissement de s'inscrire dans la démarche de certification. Pour cela il dispose d'outils (guide méthodologique, fiche interface, volet d'identification et de présentation de l'établissement…) pour préparer son entrée dans la procédure et communiquer les informations utiles à la HAS.

Le Compte Qualité :

Le compte qualité est un dispositif mis en place par la HAS et au travers duquel la gouvernance de l'établissement de santé rend des comptes sur la qualité et la sécurité des soins en impliquant les professionnels et en associant les usagers. Selon les échéances fixées, il permet à la HAS de suivre les engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de maîtrise des risques.

La visite de certification :

La visite de certification a pour objectif d'identifier des points de conformité et des écarts par rapport au référentiel applicable, c'est-à-dire le manuel de certification. Elle est conduite par des experts-visiteurs, des professionnels de santé formés à leur mission par la HAS. Lors de la visite, ils utilisent des méthodes d'investigation comme l'audit de processus ou le patient traceur qui permettent d'évaluer la maturité de la démarche qualité et gestion des risques et la prise en charge réelle d'un patient.

Rapport de certification, diffusion et suivi :

Un rapport de certification est établi par les experts-visiteurs à l'issue de la visite : il identifie les acquis en termes de gestion de qualité et de risques et les points de non-conformité. Ce rapport permet à la HAS de fonder une décision graduée (5 niveaux sont délivrés). Il s'agit de prononcer une décision utile et porteuse de sens pour les établissements et de les rendre autonomes dans l'identification de leur risque et la priorisation de leurs plans d'actions.

Les décisions donnent lieu à des modalités de suivi pour les établissements : compte qualité intermédiaire, visite de suivi sur la ou les thématiques concernées et visites ciblées.

Le rapport de certification donne une information sur :

- la mesure du niveau de qualité et de sécurité des soins de l'établissement,
- la dynamique développée par l'établissement.

À l'issue de la procédure, le rapport est transmis à l'établissement de santé, à l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente et mis en ligne sur le site internet de la HAS (rubrique Résultats de certification).

Les résultats de certification sont aussi mis en ligne sur Scope Santé, le site d'information publique sur la qualité des soins en établissement de santé.

L'établissement est aussi invité à donner son avis sur les étapes de la certification à l'aide du questionnaire de fin de procédure, pour alimenter le retour d'expérience et améliorer le dispositif en continu.

En Corse, en 2016, 2 établissements ont été certifiés et ont obtenu, tous les deux, la note de A ; il s'agit :

- de la clinique du Cap et
- du centre de jour « la Villa ».

En 2017, 5 établissements ont été certifiés :

- 2 en A, l'HAD du Grand Ajaccio et la clinique de San Ornello,
- 2 en B (ce qui correspond à une certification avec recommandation(s) d'amélioration) le CRC Valicelli et le CH de Calvi et
- 1 en C avec obligation(s) d'amélioration, l'HAD de Corse.

5. La scolarisation des élèves en situation de handicap

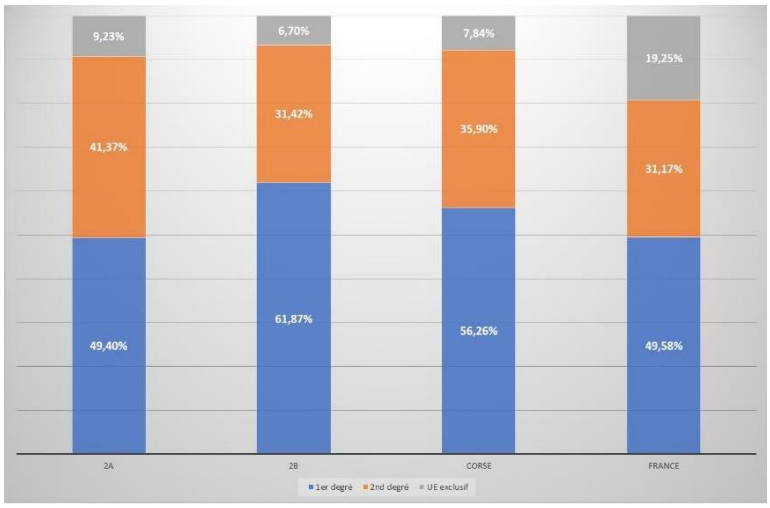
Les élèves en milieu ordinaire selon le niveau ou en unité d'enseignement (UE)

Dans (presque) tous les établissements du secteur médico-éducatif (IME, etc.) et du secteur sanitaire, une scolarisation est possible. Cette scolarisation est d'importance variable, selon les besoins et les capacités des enfants et selon l'histoire des établissements. Pour chaque établissement, elle fait l'objet d'une convention entre l'association gestionnaire et l'Inspecteur d'Académie. L'éducation nationale assure le traitement et l'inspection pédagogique des enseignants, qui sont en principe des enseignants spécialisés. Les postes des enseignants font partie de la "carte scolaire".

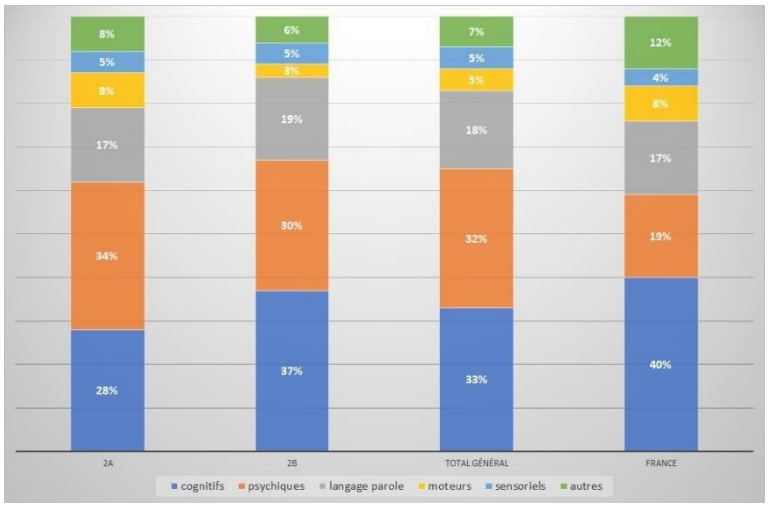
Le tableau de bord du handicap du ministère de l'Education Nationale, dans l'Académie de Corse sur l'année 2016 dans les secteurs du 1er et du 2nd degré, dénombre 531 élèves en Corse du Sud en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (hors post-bac) et 663 respectivement en Haute Corse.

En Corse du Sud, 2,2% sont dans le 1er degré et 2,6% dans le 2nd degré, et respectivement, en Haute Corse, 2,5% et 2,8% ; au total, ils représentent 2,5% des élèves scolarisés dans les secteurs du 1er et du 2nd degré, contre 2,4% en France métropolitaine (+ DROM).

La répartition des élèves en milieu ordinaire selon le niveau ou en unité d'enseignement (UE) laisse apparaître (cf. Figure7) ce dernier secteur nettement moins présent dans l'île qu'au niveau national et un 1er degré moins « scolarisant » en Corse-du-Sud qu'en Haute-Corse.



Parmi l'ensemble de ces élèves (cf. Figure 8), le handicap psychique est nettement plus présent en Corse qu'au niveau national et le handicap moteur moins présent.



On note une disparité en matière d'offres entre Corse-du-Sud et la Haute Corse. Cette différence reflète des habitudes d'orientation et qui demande à évoluer vers un modèle plus inclusif.

Les élèves en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)

Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) sont des dispositifs au service de la construction du parcours des élèves en situation de handicap. Elles leur proposent, en milieu ordinaire, des modalités d'apprentissage et des enseignements adaptés.
Dotées d'un projet intégré au projet d'établissement, les ULIS concernent et impliquent l'ensemble des personnels de l'établissement dont elles sont partie intégrante.

Les élèves en situation de handicap ou porteurs de maladies invalidantes, ne leur permettant pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire, peuvent faire l'objet d'une scolarisation en ULIS.

En priorité, la scolarisation se déroule en milieu ordinaire dans l'établissement scolaire du secteur du domicile.

Si le projet personnalisé de scolarisation (PPS) le prévoit, la scolarisation peut avoir lieu, en totalité ou partiellement :

- l'élève restant dans l'établissement de référence,
- dans une autre structure : un autre établissement scolaire, éventuellement une ULIS.

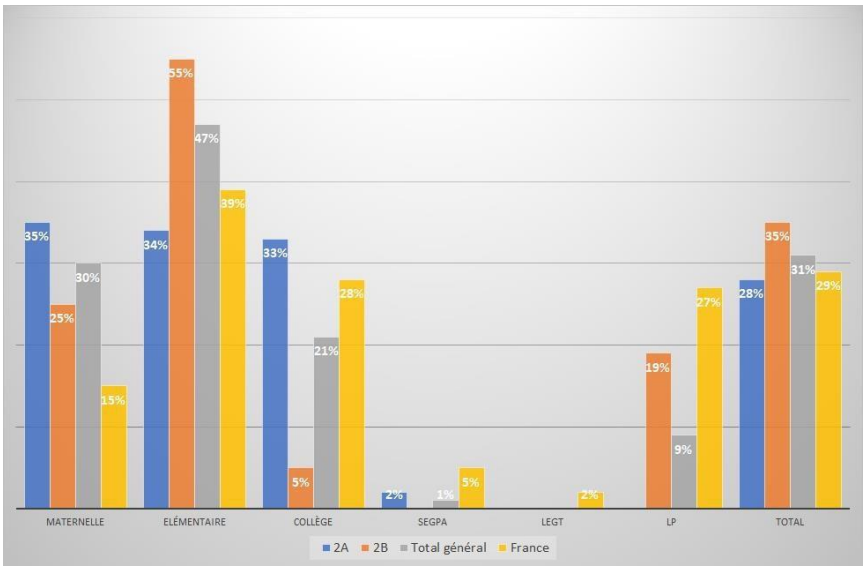
Ces élèves bénéficient, lorsque cela est possible, de périodes d'inclusion dans les enseignements des autres divisions de l'EPLE.

Le nombre moyen d'élèves par ULIS est de 10,4 en Haute-Corse et de 7 en Corse-du-Sud, alors que le nombre d'ULIS y est, respectivement, de 22 et 21.

La distance moyenne entre 2 ULIS est de 39 km en Haute-Corse et de 34 km en Corse-du-Sud.

Les élèves en ULIS parmi les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (hors post-bac)

147 élèves font l'objet d'une scolarisation en ULIS en Corse-du-Sud et 229 en Haute-Corse, soit, respectivement, 28% et 35% des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (hors post-bac).



Les niveaux SEGPA, LEGT et LP semblent pas ou peu intégrés dans cette démarche.

La situation globale dans le département de Haute-Corse dépasse largement le niveau national (35% versus 29%) : cela est encore plus marqué au niveau élémentaire (55% versus 39%) ! Mais, très curieusement, seuls 6 collégiens semblent concernés par cette mesure dans ce département (5% versus 28%) !
En Corse-du-Sud, globalement, peu de différence avec le niveau national (28% versus 29%) ; cependant c'est surtout dans les maternelles que se trouve une différence par rapport au niveau national (35% versus 15%).

Les élèves en attente d'affectation en ULIS et en unité d'enseignement

5,4% en Haute-Corse, et 0,7% en Corse-du-Sud, des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire sont en attente d'affectation en ULIS.

Cela concerne au total 19 élèves, essentiellement en Haute-Corse (16 élèves).

Même remarque que précédemment, les orientations se font en fonction d'un modèle existant précédemment et non de la nécessité.

Les ULIS manquent. Je me réfère aux chiffres 2016-2017. Et la spécialisation en ULIS serait une nécessité.

La possibilité de soins dans l'établissement devrait devenir la règle.

L'aide humaine

Les personnels accompagnants assurent des missions d'aide aux élèves en situation de handicap. Ainsi, sous le contrôle des enseignants, ils ont vocation à favoriser l'autonomie de l'élève, sans se substituer à lui, sauf lorsque c'est nécessaire.

Cette mesure concerne en Corse 33,2% des élèves en situation de handicap.

Hors personnels recrutés par les associations, les accompagnants des élèves en situation de handicap représentent un total de 54,6 ETP en Corse-du-Sud et de 212,6 ETP en Haute-Corse.

Ils permettent de couvrir la quasi-totalité des notifications d'aide humaine (individuelle ou mutualisée), soit, respectivement, 404 et 400 notifications.

Demeure cependant une part d'élèves en attente d'une aide humaine qui, rapportée au nombre d'élèves avec une prescription d'aide humaine - aide individuelle ou mutualisée –, est de 2,6 % en Corse-du-Sud et

de 5,1% en Haute-Corse.

Nous avons là des chiffres qui peuvent sembler rassurants mais ne pose pas le problème de formation des auxiliaires. Ce renouvellement des effectifs entraînant un renouvellement des formations inutilement coûteux pour une efficacité moindre.

De plus, les chiffres des troubles neuro développementaux 5 à 7 % de la population annuelle doivent être anticipés dans le schéma scolaire.

L'aide matérielle

L'éducation Nationale peut attribuer à un élève en situation de handicap un équipement, nommé matériel pédagogique adapté, destiné à faciliter sa scolarisation.

La nécessité pour un élève de disposer de ce matériel est appréciée par l'équipe pluridisciplinaire de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) dans le cadre du plan personnalisé de scolarisation (PPS).

Cette attribution répond essentiellement aux besoins particuliers des élèves déficients sensoriels et moteurs du 1er et du 2nd degré, scolarisés dans un établissement scolaire du département, dont la sévérité de la déficience impose le recours à un matériel sophistiqué et coûteux, ainsi que de tout autre enfant ou adolescent porteur d'une déficience pouvant être partiellement compensée par l'utilisation d'un matériel de ce type.

Le bénéficiaire du prêt doit être un élève effectuant sa scolarité dans un établissement scolaire public ou privé sous contrat à l'exclusion des élèves qui sont scolarisés dans les établissements médico -éducatifs.

Les matériels qui peuvent être mis à disposition sont principalement des matériels informatiques tels que : ordinateurs, clavier braille, périphériques adaptés, logiciels spécifiques….

En revanche, cette attribution ne concerne pas le mobilier qui relève de la compétence de la commune pour les écoliers, du conseil général pour les collégiens, de la Région pour les lycéens.

La part des élèves en situation de handicap bénéficiant d'un matériel adapté (nombre d'élèves bénéficiant d'un matériel rapporté au nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire) est de 9% en Corse-du-Sud et de 9% en Haute-Corse.

Cependant, respectivement, 11,1% et 25% d'entre eux n'en bénéficient pas.

Les chiffres sont faussés par le manque d'ergothérapeute, c'est-à-dire que le travail en amont pour maîtriser ses aides techniques n'étant pas fourni, il est difficile de demander des outils adéquats

6 Le droit à l'accès pour tous aux soins

NOTA BENE

Il serait judicieux d'élargir la plate-forme de soins dentaires existante à toutes les formes de bilans. Et lors de bilan programmé et donc d'anesthésie, de prévoir d'autres examens si nécessaire de façon prévisible

Un exemple : les soins psychiatriques.

Les commissions départementales des soins psychiatriques

La 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.

La CDSP reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ou celles de leur conseil et examine leur situation.
Elle adresse chaque année son apport d'activité au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'état dans le département, au directeur général de l'ARS, au procureur de la république et au contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Ces CSDP existent en Corse-du-Sud et en Haute-Corse, avec des activités différentes.

Le nombre de dossiers examinés par la CDSP de Corse-du-Sud a chuté de 256 à 68 car elle ne s'est réunie qu'une seule fois en 2017, sans impact sur le nombre total de mesures de soins, près de 200 annuellement.

Activité de la commission départementale des soins psychiatrique de Corse-du Sud	2016	2017
Nombre de réunions de la CDSP[17]	3	1
Nombre de visite d'établissements[18]		
Nombre total de dossiers examinés :	256	68
- Dont SDRE[19] et SDJ[20] - Dont SDDE[21] - Dont SPI[22] Nombre total de demandes ou de propositions de levée de la mesure de soins	121 135 56	36 16 16
Nombre total de mesures de soins	191	198
Nombre total de mesures de soins de plus d'un an	5	50
Nombre total de demande ou de propositions de levées de mesures de soins		

Le nombre de dossiers examinés par la CDSP de Haute-Corse a augmenté 107 à 125, croissance liée essentiellement à des soins sur décision du représentant de l'état ou sur décision de justice.

Elle ne s'est réunie trois fois par an et le nombre total de mesures de soins est supérieur à celui de Corse-du-Sud de plus de 25%.

Activité de la commission départementale des soins psychiatrique de la Haute Corse	2016	2017
Nombre de réunions de la CDSP	3	3
Nombre de visite d'établissements	1	2
Nombre total de dossiers examinés :	107	125
- Dont SDRE et SDJ - Dont SDDE - Dont SPI Nombre total de demandes ou de propositions de levée de la mesure de soins	72 27 8 0	92 27 6 0
Nombre total de mesures de soins	223	243
Nombre total de mesures de soins de plus d'un an	32	41
Nombre total de demande ou de propositions de levées de mesures de soins	213	240

[17] La commission se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président (CSP, art. R. 3223-5 al.1).

[18] La commission visite les établissements habilités mentionnés à l'article L.3222-1 du code de la santé publique (il s'agit des établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public de permanence des soins désignés par le directeur général de l'ARS dans chaque territoire de santé, après avis du représentant de l'Etat dans le département) au moins deux fois par an (CSP, art. R.3223-6 al.1).

[19] SDRE= Soins sur décision du représentant de l'Etat

[20] SDJ= Soins sur décision de justice

[21] SDDE= Soins sur décision du directeur d'établissement

[22] SPI= Soins en cas de péril imminent

II.RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

A. La collaboration avec les caisses primaires d'assurance maladie

Dans un premier temps, l'observation de l'offre de soins de ville est rendue possible par la connaissance par la CSDU des modalités permettant de prendre en compte les usagers au sein des CPAM et du rôle des conciliateurs dans le traitement des plaintes.

Dans un second temps, l'observation de l'évolution de l'offre de soins de ville est rendue possible par la connaissance par la CSDU du nombre de signalements, de réclamations et de plaintes reçus et traités par spécialités, leur origine, la nature du constat et les suites données à ces signalements, plaintes et réclamations.
La conciliation au sein des caisses d'assurance maladie.

Le code de la sécurité sociale prévoit la désignation d'un conciliateur dans chaque caisse d'assurance maladie.
La mission de conciliation consiste à traiter les difficultés particulières rencontrées par les assurés pour accéder à des soins pris en charge par l'assurance maladie, mais également les réclamations formulées auprès des différents services de la CPAM et pour lesquelles aucune solution satisfaisante n'a pu être trouvée.

Le conciliateur peut être saisi par les assurés et leurs ayant-droits, les professionnels de santé et les employeurs. Il ne peut être directement saisi que dans les cas suivants :

- Lors de plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU (couverture médicale universelle) complémentaire, de l'ACS (aide à la complémentaire santé) ou de l'AME (aide médicale en santé) en cas de refus de soins. ,

- Lors de difficultés rencontrées par les assurés pour déclarer un médecin traitant ou pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé dans des délais acceptables,

- Pour une dispense exceptionnelle de photo sur la carte vitale 2,
  Suite à un refus de remboursement de soins prodigués dans un espace économique européen par le centre national des soins

- A l'étranger.

Le conciliateur peut être saisi après une ou plusieurs réclamations réitérées transmises aux services de la CPAM ou du service médical qui n'ont pas été suivies de réponse dans des délais raisonnables ou qui ont donné lieu à un traitement partiel, incomplet ou insatisfaisant sur la forme ou sur le fond.

Le conciliateur n'a pas vocation à trancher un litige.

La conciliation constitue en effet la dernière étape d'écoute des réclamants qui conservent, dans les délais prévus, l'accès à la commission de recours amiable et aux recours juridictionnels.

Comme l'explique le conciliateur de la CPAM 2A, » les missions du Conciliateur continuent de s'élargir, notamment dans le cadre de la gestion professionnalisée des réclamations.

La LR-DDO-62/2017, qui précise les dispositions de la LR-DDO-208/2015 relative à la gestion des réclamations, rationalise et articule mieux les périmètres d'intervention des dispositifs de réclamation et de Conciliation. Mais elle associe plus étroitement le Conciliateur à la supervision des réitérations afin de convenir du mode de traitement le plus adapté.

Cette fonction nécessite également la poursuite de la sensibilisation, de la formation continue des agents du Front Office et des services internes de la CPAM sur le périmètre d'intervention du Conciliateur :

En tant qu'alternative au règlement des litiges par judiciarisation des désaccords ;

En tant que force de proposition dans une démarche de qualité et d'amélioration des processus et procédures.

Ce rôle passe également par la construction d'un réseau réactif, solide et durable entre les différents partenaires institutionnels et associatifs locaux voire régionaux.

Les réclamations et les saisines en Conciliation transmises par nos publics constituent un réel indicateur de la qualité de service offerte par notre organisme. »

1 Les temps forts et les faits marquants de l'année 2017 pour la Corse-du-Sud

Le début de l'année a vu la nomination d'un Conciliateur au sein de la CPAM de la Corse du Sud.

Une année qui a également connu l'expression d'une volonté forte affichée par la Direction de poursuivre le déploiement du projet écoute client externe au sein de l'organisme.

Cette écoute client est basée sur trois piliers :

- Les enquêtes de satisfaction ;
- La Conciliation ;
- La gestion professionnalisée des réclamations.

Ainsi des actions concrètes ont été réalisées dans cette optique d'écoute client :

- Une campagne de formation d'envergure de l'ensemble des agents et cadres de l'organisme concernant les réclamations et la Conciliation entre novembre et décembre 2017.
- La réalisation d'un audit portant sur la gestion des réclamations au sein de l'organisme.
- La réunion régulière des managers métiers pour l'analyse des réclamations et la mise en place d'actions correctives.

Le Conciliateur au travers des différentes saisines de l'année a constaté qu'aucun annuaire des médiateurs de la région n'existait, que chaque médiateur ou conciliateur travaillait seul sans synergie et interaction avec les personnes référentes pour les différents organismes assurant une mission de service public.

Ainsi, la Conciliation de la CPAM a proposé au Délégué du Défenseur au Droit une initiative de création d'un réseau insulaire de la Médiation et de la Conciliation.

Initiative concrétisée par l'organisation d'une première Assemblée de la Médiation à la Préfecture d'Ajaccio et symbolisée par la constitution d'un annuaire dématérialisé inter organisme de référents médiateurs et conciliateurs.

Il faut noter l'absence du Correspondant Régional de Conciliation de la Corse, fonction assurée par le Conciliateur de la CPAM de Haute Corse.

Toujours selon les principes de la fonction, le Conciliateur exerce cette mission en lien direct avec la Direction de l'organisme tout en s'appuyant sur les éléments experts et les managers de chaque processus métier.

Ainsi, le Conciliateur a collaboré régulièrement avec plusieurs intervenants :

- Les différents services administratifs internes à la CPAM et leur encadrement ;
- L'Échelon Local du Service Médical et le Médecin Conseil;
- Les Conciliateurs d'autres organismes ;
- Le Défenseur des Droits de la Corse ;
- La Direction Nationale de la Conciliation ;
- La CDAD – Conseil Départemental de l'Accès aux Droits.

2 Les faits marquants de l'année 2016 pour la Haute Corse.

Aux 53 saisines enregistrées, relevant de la conciliation telle que préconisée par les textes réglementaires, il faut ajouter chaque année des demandes qui ne rentrent pas dans le cadre classique mais qui ont nécessité toute l'attention. En effet, 80% des contacts parviennent par courriel sur l'adresse mail du conciliateur qui est la seule accessible sur ameli.fr, et relèvent de la simple demande de renseignement de niveaux 1 ou 2 ou d'une réclamation.

3 L'analyse des saisines des conciliateurs des caisses primaires d'assurance maladie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de saisine du conciliateur de Haute-Corse	58	68	48	50	53	
Nombre de saisine du conciliateur de Corse du Sud	29	22	30	37	32	46

Pour la Haute Corse, le volume d'activité est stable.

Pour la Corse du Sud, affiche une forte hausse, suite à la nomination d'un conciliateur et à la structuration de l'activité « écoute client »

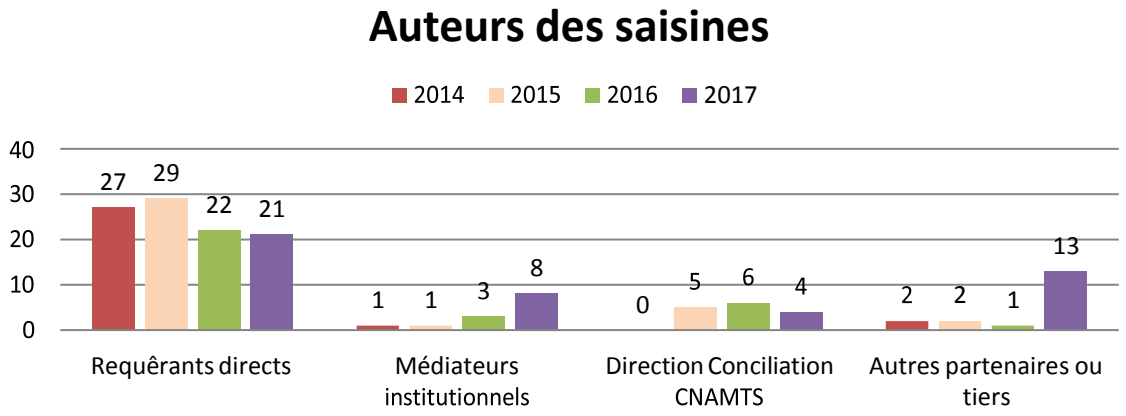
Les auteurs des saisines

Pour la Haute Corse, et pour 2016, les saisines directes des assurés arrivent en tête et représentent plus

de la moitié des demandes, soit 56%. L'usager a, soit saisi directement le conciliateur, soit a été orienté par un service de la CPAM. Viennent ensuite :

- Les saisines relayées par la direction conciliation, 14% et adressées par les bénéficiaires aux services de l'état, 8% ou à la CNAMTS, 6%.
- Les saisines relayées par le délégué départemental du défenseur des droits ; 13%.
- Ces chiffres montrent que la majorité des assurés saisit directement le conciliateur, mais aussi qu'une bonne partie d'entre eux contacte facilement les services de l'état pour résoudre les litiges et que ces instances ont reconnu le conciliateur comme un de leur interlocuteur à la CPAM. Les services sociaux, médicaux, les professionnels de santé et les employeurs ont également sollicité le conciliateur.

Pour la Corse du Sud, le graphe suivant permet de suivre l'évolution de la répartition du type d'auteurs des saisines de 2014 à 2017.



Les saisines sont majoritairement effectuées directement par l'assuré.

Cependant les saisines indirectes au travers de médiateurs institutionnels, Délégué du Défenseur des Droits et des autres partenaires de la CPAM sont en forte hausse.

Une meilleure traçabilité de la demande par les agents de Front Office ainsi que la formalisation et stabilisation du réseau de médiateurs en sont les raisons.

Le nombre de transmissions via la Conciliation Nationale est dans la moyenne habituelle.

Le canal des saisines

Les modalités de saisine sont diversifiées mais les canaux de contact privilégier demeurent le courrier (50%) et le courriel (25%).

La répartition et les motifs des saisines

Pour la Haute Corse, en 2016, comme les années précédentes, les trois sources de réclamations principales demeurent du même type :

- 34% concernent la gestion des bénéficiaires,
- 34% sont liées aux prestations en espèces,
- 28% sont relatives aux prestations en nature,
- 4% relèvent du contentieux.

Pour la Corse du Sud, en 2016, 97% sont des saisines de second niveau, 3% sont des saisines de traitement en 1ère intention, sans autre saisine.

Le détail et les motifs des saisines concernant le processus des prestations en espèces

Pour la Haute Corse, une saisine sur deux relève de la maladie et un tiers de risques professionnels.. Les principales difficultés proviennent des délais de paiements, des refus administratifs ou médicaux.

Pour la Corse du Sud, les saisines relatives aux revenus de substitution représentent désormais 39 % des sollicitations contre 19 % en 2016.

La mutualisation des rentes avec la CPAM 202 transfère la compétence des saisines au Conciliateur de la CPAM de la Haute-Corse.

Les demandes liées à la maladie passent de 37 % à 53 %.

Le principal motif de saisine est l'incompréhension de la réglementation générant des sollicitations sur les montants des indemnités journalières notamment les retenues de type CSG et les jours de carence.
Le risque AT est identique en proportion à l'année 2016.

Le détail et les motifs des saisines concernant le processus des prestations en nature

Les saisines se décomposent en 4 grandes familles :

- Les remboursements concernant des prestations non reçues ou dont le règlement est partiel pour des soins médicaux. Les motifs portent principalement sur des situations d'indu ou de trop versé.
- Les modalités de prise en charge des frais de transport dans un contexte d'insularité et de faiblesse de l'offre de soin locale.
- Les soins à l'étranger qui concernent un très faible nombre de litiges.
- Les problématiques liées aux télétransmissions partiellement ou non remboursées en Corse-du-Sud.

Le détail et les motifs des saisines dans le processus de gestion des bénéficiaires et du dossier client

Besoin de prestations supplémentaires et démarches d'affiliation sont à l'origine de ce type de saisine, avec également, en 2016 et Haute-Corse, des problèmes liés à un changement de situation (mutation, création de bénéficiaires, déménagement), ou à l'obtention de la Carte Vitale ou d'une attestation de couverture.

Les suites données aux saisines

Pour la Haute Corse, sur les 53 saisines en 2016, 73% des dossiers ont pu être résolus, 21% ont été orientés, et 6% des dossiers avec décision initiale maintenue. Sur les 39 dossiers résolus, 21 ont trouvé une solution, 16 ont été résolu par explication donnée et 2 par décision révisée.

Pour la Corse du Sud, en 2016, 77% des dossiers ont pu être résolus, 18% ont été orientés, 4% en pré contentieux ou contentieux et 7% abandonnés, sans suite.

Les délais de traitement des saisines

Pour la Corse du Sud, le caractère complexe et atypique de certaines situations arrivant en conciliation nécessite quelquefois de longues investigations et le recours à différents partenaires. L'absence du conciliateur durant certaines périodes impacte les délais.

Cependant dans la majorité des cas, le délai d'instruction des saisines préconisé de 3 semaines a été respecté. Les dossiers dont le traitement est supérieur à 1 mois sont liés aux délais de réponse de certains partenaires externes à la CPAM (congé estival, absence de correspondant désigné).

Pour la Haute Corse, en 2016, la majorité des cas a également été traitée dans les délais préconisés.

4 Le bilan du conciliateur de la Corse du Sud

La fonction de Conciliateur a évolué et s'est professionnalisée mais fait toujours face à de nombreuses contraintes.

Les textes réglementaires en vigueur sont complexes et difficiles à interpréter pour l'assuré profane. De nombreuses saisines se solutionnent par des explications claires et adaptées à chaque personne.

Les usagers sont occasionnellement confrontés brutalement à une décision de refus, dont les motifs sont complexes ou techniques, générant ainsi des incompréhensions.

Les procédures dématérialisées offertes par l'Assurance Maladie sont mal comprises par certains usagers qui nécessitent alors une information et un accompagnement plus personnalisé.

Les interlocuteurs et partenaires externes à l'Assurance Maladie génèrent un temps de traitement supplémentaire à nos délais de traitement.

La Conciliation doit être plus présente auprès de l'ensemble des publics d'usagers. Les assurés n'hésitent pas à recourir au Conciliateur.

Les prochains efforts de sensibilisation doivent porter, en collaboration avec les agents de la CPAM, auprès des professionnels de santé et des employeurs.

Le Conciliateur participe aux revues de processus métier le concernant.

Notamment, le projet écoute client local de la CPAM qui coordonne depuis 2016 toutes les recommandations nationales (LR-DDO-62/2017, LR-DDO-208/2015 et LR-DDO-62/2017) et la nécessité de supervision de la qualité de la réponse écrite.

Ainsi, ces démarches permettent une amélioration et une plus grande transparence concernant notre qualité de service, notre fonctionnement et notre communication.
Ces démarches contribuent également à une simplification et une adaptation des procédures pour répondre aux contraintes actuelles de notre société : rapidité, simplicité, efficacité.

La Conciliation continue de participer aux dispositifs de détection de risque de rupture de droit et intégrera la démarche PFIDASS.

PRÉCONISATIONS :

Le constat le plus alarmant que l'on peut faire est que les CPAM sont difficilement accessibles aux usagers. Le nombre peu élevé de plaintes ou de réclamations auprès des médiateurs en est un exemple.

Avant toutes statistiques, il faut partir des éléments qui sont sources de malaises de mécontentements d'insatisfactions de l'usager.

***Inaccessibilité et manque d'information** sont les deux éléments que l'on peut retenir.*

Aujourd'hui, les services publics aussi essentiels que les CPAM n'ont plus d'accueil quotidien qui permettent de satisfaire l'attente de l'usager. Il faut soit :

- *prendre rendez-vous pour avoir une information*
- *au niveau du 3646 laisser le motif de son appel et attendre…*

Ces choix ne sont pas à la hauteur de ce que doit offrir un service public. Il doit proposer un accueil de qualité, accessible quotidiennement à tout usager qui se présente aux caisses sans RDV. L'usager doit trouver en face de lui une personne compétente qui sache lui donner tout renseignement nécessaire.

Le standard téléphonique doit remplir la même fonction avec une voix au bout du fil qui renseigne, informe ….
L'accueil et l'information de l'usager sont les meilleures portes d'entrée pour un service public efficace.

Qui aujourd'hui sait qu'un médiateur existe dans chaque caisse ? Peu d'usagers.
Qui sait comment saisir ce même médiateur ? Peu d'usagers.
Quand ces deux nécessités seront réalisées alors se posera la coordination des conciliateurs, la mise en réseau des médiateurs.

Il faut noter aussi que les personnes handicapées, âgées sont particulièrement pénalisées par l'organisation de l'accueil.
Locaux souvent peu ou mal accessibles et adaptés aux PMR et handicapés en fauteuil notamment.

Les standards téléphoniques avec le déroulement de leur « taper 1 pour avoir … » « 2 pour….. sont discriminatoires pour les personnes malentendantes ou ne pouvant se servir correctement de leurs mains comme les tétraplégiques par exemple.

Autre handicap le renvoi souvent vers un site internet de l'usager sans se soucier si ce dernier a la possibilité de le faire. Beaucoup d'usagers n'ont pas les moyens de posséder un ordinateur d'autres (personnes âgées) ne savent pas s'en servir ou d'autres ne peuvent pas ou difficilement y accéder (personnes handicapées).

Aujourd'hui, seules les associations offrent un accueil dans leurs locaux, quotidien et physique et une réponse téléphonique immédiate, la plupart des services publics, hélas, ont abandonné cette organisation.

En conclusion, c'est dans la relation humaine que se construisent un accueil et une information de service public. Il est temps donc de revenir à une organisation moins impersonnelle et de proximité. Les problématiques seront mieux appréhendées, les conflits mieux gérés, les solutions plus rapidement mises en œuvre.

B. La collaboration avec le conseil régional de l'ordre des médecins et l'union régionale des professionnels de santé

Les plaintes à l'encontre des médecins sont enregistrées par la section départementale de l'ordre des médecins qui procède à son traitement et à sa transmission au conseil régional de l'ordre des médecins (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.

Quand bien même la CSDU n'a eu que peu d'échanges avec ces instances, il a paru intéressant de porter à la connaissance de ses membres l'existence de cette étude relative à la démographie médicale en Corse du Sud, élaborée par le Conseil départemental de Corse du Sud de l'Ordre des médecins, en la synthétisant.

1 L'offre médicale en Corse du Sud

En 2016, la Corse du Sud compte 634 médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, contre 659 en 2017 Les actifs regroupent les médecins en activité régulière, les médecins en activité intermittente (remplacements, exercice occasionnel) et les médecins retraités actifs qui ont pris leur retraite mais ont conservé une part d'activité.

Ce sont par année depuis 2013 :

	2013	2014	2015	2016	2017
Activité régulière	457	450	445	441	457
Activité intermittente	16	17	20	28	26
Retraités actifs	2	4	6	11	18
Total actifs	475	471	471	480	501

Après une période de baisse de médecins en activité jusqu'en 2015, les effectifs sont à la hausse.

Répartition par sexe:

Les hommes sont majoritaires mais le nombre de médecins femmes a beaucoup plus augmenté que celui des médecins hommes, ce qui montre une féminisation de la profession.

	2013	2014	2015	2016	2017
Femmes	155	158	160	168	175
Hommes	320	313	311	312	326

Répartition par âge:

Les médecins de plus de 60 ans sont plus nombreux que ceux de moins de 40 ans. A partir de 2015, il y a une inflexion à la hausse des moins de 40 ans.

	2013	2014	2015	2016	2017
Moins de 40 ans	45	46	50	54	62
Plus de 60 ans	159	168	172	189	205

Répartition médecine générale/spécialités:

Cette répartition est plus ou moins équilibrée. Les médecins généralistes sont légèrement plus nombreux.

	2013	2014	2015	2016	2017
Généralistes	244	246	244	246	251
Spécialistes	231	225	227	234	250

Répartition par mode d'exercice :
Augmentation de tous les modes d'exercice.

	2013	2014	2015	2016	2017
Libéral	303	301	3013	319	322
Hospitalier	128	130	138	133	144
Salarié	65	64	64	70	78

C. La collaboration avec la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

Dans chaque région, une ou plusieurs commissions de conciliation sont chargées de faciliter le règlement amiable (CCI) des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé et/ou services de santé. La CCI 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. La CCI peut, directement ou en désignant un médiateur, organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé et permettre 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.

Chaque année, la CCI 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. Elle adopte également un rapport relatif aux expertises qu'elle diligente.

La CCI de Corse se réunit dans les locaux de l'ARS de Corse et ses services administratifs sont situés à Lyon. En 2016, il y a eu 19 dossiers reçus au titre de l'indemnisation d'un accident médical par voie de règlement amiable. Il n'y a eu aucune demande directe par voie de conciliation, seule une demande de conciliation faisant suite à une déclaration d'incompétence pour non satisfaction des seuils de gravité pour accéder au dispositif de règlement amiable, a été faite. Comme les années précédentes, aucune demande au titre d'un autre litige n'a été déposée.

Les demandes ne font pas automatiquement l'objet d'un avis l'année de l'enregistrement de la demande. Ainsi en 2016, 18 dossiers, correspondant au nombre total d'avis rendu par la commission, ont fait l'objet d'une décision. Aucune demande n'a nécessité une expertise préalable et 5 demandes ont fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond.

Le délai moyen entre la date de demande avec dossier complet :

- et la date de la CCI ayant abouti à une conclusion négative sans expertise au fond a décru de 6,3 mois en 2013 à 1,4 mois en 2016,
- et la date de la CCI ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond a décru de 16,6 mois en 2013 à 13 mois en 2016,
- et la date de la CCI ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond a cru entre 2015 et 2016 de 14,8 mois à 19,9 mois !

Les spécialités médicales relevaient en 2016 essentiellement de la chirurgie orthopédique et traumatologique et de la chirurgie digestive et générale ; pour plus de détail, le tableau ci-dessous.
Le délai demandé aux experts pour remettre leur rapport est de 3 à 4 mois.

Les spécialités médicales concernées	Nombre d'experts missionnées		Proportion des spécialités
	2015	2016	2015
Chirurgie orthopédique et traumatologique	4	5	10,8%
Maladies infectieuses	1		
Chirurgie digestive et générale	4	4	10.8%
Anesthésie, réanimation, urgences	9	2	24.3%
Neurologie	1		
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	0	2	
Gynécologie, obstétrique	0	2	
Chirurgie ORL, maxillo-faciale, stomatologie, plastique et esthétique	1		
Psychiatrie	0		
Cancérologie, radiothérapie	1	1	
Pédiatrie	1		
Gériatrie	1	1	
Hépato gastroentérologie	1		
Maladies infectieuse	1		
Médecine générale	2		
Médecine interne	1		
Médecine légale	3		
Ophtalmologie	2		
Radiologie	2		
Urologie	3		
Total	37	17	

III. PROMOUVOIR LA DEMOCRATIE EN SANTE

A. La participation en CRSA : les réunions des commissions et la participation à ces réunions

Le nombre de réunions des différentes commissions n'a pas dépassé l'unité, mises à part celles de la CSOS La commission permanente a eu en revanche une forte activité. Pour plus de détails :

Année	Plénière	Permanente	CSDU	CSOS	CSMS	CSP
2016	1	1	1	3	1	1
2017		6	1	5	1	1

En 2017, une séance plénière programmée pour la fin du mois de novembre a été reportée en 2018 suite à des conflits sociaux régionaux.

La réunion qui réunit les présidents s'est tenue une seule fois le 8 février 2016.

En 2016, le DG a assisté à la séance plénière et à la commission permanente.

En 2017, sur les 6 séances, le DG a assisté à une séance et le DGA a assisté à 4 réunions.
Le taux de participation n'a pas dépassé 60% en 2017 ! Pour plus de détails :

Année	Plénière	Permanente	CSDU	CSOS	CSMS	CSP
2016	50%	74%	67%	50%	70%	62%
2017		57%	42%	48%	55%	48%

En 2016, la séance plénière atteint un taux de participation de 50% grâce aux pouvoirs donnés, sans ces derniers, le taux de participation physique des membres est de 35%.

Les taux de participation les plus élevés sont ceux de la commission permanente illustrant une bonne participation au sein du comité exécutif de la CRSA.

Les feuilles d'émargement de l'ensemble des commissions montrent que ce sont les mêmes personnes qui participent.

B. Le débat public :

Le débat public correspond au processus continu de circulation et de confrontation de discours qui se déroule dans l'espace public.

Le 2 mars 2017 s'est tenu à l'Université de CORTE, un débat public, organisé par la CRSA de Corse, sur la bientraitance. Ce débat a attiré aux environs de 200 personnes, preuve d'un véritable intérêt citoyen.

C. Les recommandations de la CRSA

1 Le suivi des précédentes recommandations

Le précédent rapport de la CSDU mettait en exergue cinq recommandations de la CSDU non suivies d'effet au jour de sa présentation.

Depuis, certaines réponses ont pu être apportées mais ce paragraphe devra être repris d'ici la Commission Plénière, dans l'attente de réponses supplémentaires de la part des services de l'ARS alertés à nouveau par sa Directrice Générale.

Les moyens d'accéder à toutes les données d'évaluation

La CRSA souhaite savoir « Qu'est-ce qui a été entrepris pour améliorer cette situation ? »

Nous attendons une réponse à ce souhait de la part de la Direction du médico-social de l'ARS.

L'inscription dans le PRS2 de l'axe « droits des usagers »

La CRSA souhaite que l'axe « droits des usagers » soit inscrit dans le deuxième programme régional de santé en cours d'écriture.

Le PRS2 a bien inscrit la démocratie en santé dans le chapitre 3 « la promotion d'une démocratie sanitaire éclairée et active » du titre I « construire avec les professionnels et les usagers, des projets de santé territoriaux gradués » du schéma régional de santé 2018-2023.

Promouvoir les droits des usagers, l'information et la formation, organiser des débats publics et des consultations, promouvoir une animation territoriale au bénéfice des usagers, veiller au respect de l'effectivité des droits correspondent à l'objectif stratégique du COS : faire de l'usager un acteur éclairé et actif du système de santé.

Un plan d'actions a été élaboré avec 8 objectifs opérationnels et ses actions à mettre en œuvre. Il s'agit de :

1. Conforter l'union régionale des associations agréées d'usagers de la santé de Corse et les instances de démocratie sanitaire dans leur rôle ;
2. Développer l'information auprès des représentants d'usagers et des citoyens ;
3. Dynamiser l'action des représentants d'usagers ;
4. Accroître l'effort de formation des RU et des professionnels de santé;
5. Accompagner les FOEU (formation organisant l'expression des usagers) de chaque CTS pour accroître leur capacité d'animation ;
6. Favoriser l'implication des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans le champ de la démocratie sanitaire ;
7. Mieux exploiter la concertation civile en tant qu'outil de la démocratie sanitaire au cœur des territoires;
8. Promouvoir l'usage de la « e-santé ».

La formation des professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers

La CRSA souhaite que l'ARS mette en place un pilotage afin de pouvoir évaluer cet axe.

Nous attendons une réponse à ce souhait de la part de la Direction de l'Organisation des soins. Il faudrait parallèlement solliciter les services de la Collectivité de Corse.

Le respect de la dignité de la personne

La CRSA souhaite que lui soit présenté le résultat de l'ensemble des rapports de certification des établissements sur la bientraitance et sur la prise en charge de la douleur. De même ces deux points doivent être pris en compte lors des renouvellements des autorisations et des CPOM du médico - social. Les directives anticipées de fin de vie et les places de soins palliatifs sont également abordées.

Nous attendons une réponse à ce souhait de la part de la Direction du médico-social de l'ARS.

Le droit à l'information et à l'accès au dossier médical :

La CRSA souhaite une information sur ce domaine et préconise que le patient hospitalisé puisse avoir les copies de ses examens et comptes rendus à sa sortie.

Le département du système d'information de l'ARS de Corse travaille actuellement sur un certain nombre de sujets dans le cadre de la stratégie régionale « e-santé »permettant de fluidifier et de décloisonner le lien ville-hôpital et donc d'améliorer les transmissions des CR et bilans vers les équipes de soins primaires.

L'espace numérique régional en cours de construction porté par le GCS SIRS-Co et co-piloté par l'ARS aura comme objectif de proposer à l'usager un certain nombre de services :

i. Informations, prévention, éducation thérapeutique
ii. Forum d'échange – modération sur des thèmes ciblés par des professionnels de santé
iii. Publication de paramètres de suivi des maladies chroniques – patient actif
iv. Consultation des résultats d'examens réalisés dans la région
v. Agenda général, rappels
vi. Visibilité et échanges pour la prise en charge à domicile

La plateforme Alta Strada, en cours de déploiement et en expérimentation sur la région, est une plateforme de télémédecine disposant également d'un dossier patient accessible par l'usager. L'ensemble des informations contenues dans ce dossier patient sont transférées vers le DMP du patient s'il est ouvert. L'application est DMP compatible et MSS compatible.

Une campagne de déploiement du DMP, pilotée par les CPAM en collaboration avec l'ARS pour les établissements de santé et du médico-social est actuellement en cours. L'objectif est d'ouvrir massivement les DMP et accompagner les professionnels à l'usage.

Le DMP permettra au patient de bénéficier de l'ensemble de ces CR dès la production de ces derniers. L'interopérabilité des dossiers patients informatisés des établissements et du DMP permettra la transmission instantanée des documents.
Cela évitera toute perte de document par le patient mais également une mise à disposition des actes médicaux pour l'ensemble des professionnels de santé ayant à intervenir dans son parcours de soins. L'appel à projets « Messagerie sécurisée de santé » a permis d'impliquer les 7 établissements de santé publics et deux cliniques privées dans la candidature. L'appel à projets permet à l'ARS d'accompagner ces établissements à la mise en œuvre d'une messagerie sécurisée de santé et à la structuration de leur DPI pour l'intégration de la lettre de liaison.

Nous accompagnons également les professionnels de santé libéraux au déploiement d'une messagerie sécurisée et à la structuration du logiciel de gestion de cabinet pour l'intégration de la lettre de liaison. Enfin, l'ARS travaille actuellement sur le déploiement en région d'une messagerie sécurisée de santé

régionale à destination de l'ensemble des acteurs de la santé, du médico-social et du social permettant d'avoir un usage beaucoup plus large que les messageries déployées à ce jour. Il sera possible de bénéficier de messageries fonctionnelles accessibles aux secrétaires médicales ou pour les services hospitaliers, mais cette messagerie permettra également d'échanger entre messageries de différentes natures. (Ex : Boite aux lettres non sécurisées vers boites aux lettres sécurisées et inversement).

L'ensemble de ces actions en grande partie en cours de déploiement et pour certaines bien abouties ont toutes pour but :

- De décloisonner le lien ville-hôpital
- De faciliter les transmissions des bilans et CR vers le médecin traitant par voie dématérialisée et sécurisée
- De partager et de mettre à disposition les CR et bilans dans le DMP du patient.

Le DMP est l'outil adéquat permettant de partager l'information médicale et de mettre à disposition les CR du patient. Ceci nécessite néanmoins que le patient accepte d'ouvrir son DMP.
Une information précise et complète doit être diffusée auprès des usagers.

L'année 2019 sera un tournant en termes d'e-santé, puisque un certain nombre de ces chantiers vont aboutir.

2 Les recommandations issues du présent rapport CRSA

Les recommandations sans réponse du précédent paragraphe sont encore plus d'actualité.
Tout ce qui se rattache de près ou de loin à la formation du représentant de l'usager ou du professionnel de l'établissement concernant les droits de l'usager a posé et pose encore problème.

Du côté de l'établissement :

- spécifiquement, dans les CSMS, l'absence des CSVS est à corriger,
- si tout l'attirail obligatoire semble généralement en place, il y a encore des efforts à faire pour rentrer dans les normes légales de ce domaine : à de rares exceptions près, les coquilles ne sont pas vides mais il faut finir de les remplir de la façon la plus exhaustive possible.

Du côté des instances régionales des professionnels de santé, un travail conséquent pour nouer le contact est à réaliser dès que possible.

Du côté des services de l'ARS :

- la disponibilité du personnel mis à disposition est exemplaire,
- les seuls problèmes rencontrés consistent à une lenteur, voir une absence de réponse des services internes à nos sollicitations : un problème de priorisation certainement,
- en passe d'être actuellement réglé par la direction générale de l'ARS,
- le calendrier des évaluations devra être revu pour 2018,
- avec une utilisation systématique du progiciel SOLENE, après en avoir adapté le questionnement,
- un protocole de relance, plus personnalisé que l'envoi de courriers ou de mails, des non-répondants demeure à inventer.

Du côté de l'usager, le recrutement est la pierre n°1 d'achoppement, suivi immédiatement par la fidélisation qui passe nécessairement par une formation adaptée et une reconnaissance partagée.

Enfin, certes le domaine sanitaire, le domaine médico-social sont explorés dans nos commissions, mais ne faudrait-il pas commencer à explorer le domaine social ?

IV. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS

Ce domaine allait connaître en 2018 un changement, mais comme ce rapport se doit de refléter l'activité des années 2016 et 2017, son rédacteur est obligé de se tenir à cette période sans en déborder.

A. Le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) de Corse

Conforter la représentation des usagers nécessite l'existence d'une politique de formation adaptée.
En 2016 et en 2017, une seule instance est opérationnelle en région Corse : le Collectif Inter associatif sur la santé (CISS) de Corse ; il regroupe 21 associations intervenant dans le champ de la santé.

Le rapport 2016 du CISS national permet de se représenter l'activité qu'il était susceptible de fournir en région Corse :

- Information des usagers et de leurs représentants
  - Amélioration de la connaissance des usagers sur le système de santé et la démocratie sanitaire
    - Internet et les réseaux sociaux
    - Relations presse
    - Événements et autres actions de communication « grand public »
    - Santé info droits
  - Information des représentants des usagers et des acteurs associatifs
    - Les publications du CISS
    - L'extranet du CISS
- Formation des représentants des usagers
  - Formation des représentants des usagers du CISS dans l'ensemble des instances de santé publique et hospitalières
    - Journées de formation des représentants des usagers et acteurs associatifs
    - Outil pédagogique : le jeu pour la formation généraliste « RU en avant ! »
    - Modules de formation à distance
  - Élaboration et la mise en place de leurs modules de formations
    - L'animation du réseau des correspondants formation des CISS en région la formation du réseau des formateurs CISS formation des animateurs de groupes d'échanges.

B. La naissance de l' Union nationale des associations agréées (UNAASS)

L'assemblée générale constitutive de l'Union nationale des associations agréées du système de santé, association prévue par l'article 1 er de la loi de modernisation de notre système de santé afin de renforcer la légitimité et la reconnaissance de la représentation des usagers, s'est tenue le **21 mars 2017.**

Les premières conclusions de la présidente…

Il faut donner une priorité à :

- **L'information**

➢ *information aux usagers:* risques liés à l'environnement, risques selon le mode de vie.

➢ *retour d'information:* permettant la résolution des problèmes en un temps rapide, puisque cet échange et la collaboration seront essentiels à l'expression des usagers.

- **la prévention,** qui rejoint bien évidemment l'*information.*

➢ par l'anticipation : l'absence d'anticipation risque d'entraîner des problèmes sanitaires et de société ; cet impact a un coût qui en l'absence de mesure va générer des carences de soins et un impact sociétal.

Exemple : la population vieillissante,
5 a7 % de TND etc…
L'âge des médecins (plus de 60 ans) laisse présager des déserts médicaux.

Le dossier médical partagé entre /centre hospitalier/ médecin/ paramédicaux, réellement est aussi une prévention de l'errance médicale pour ne pas dire du nomadisme et source de surcoût.

➢ *offre de soins et ou la solution adaptée*

Exemple *:* Incitation à l'installation d'orthophonistes ou ergothérapeutes, etc…

Solution de maintien à domicile pour PA.

- **La formation**

De chacun pour une réponse adaptée au traitement de l'usager, selon les compétences que cela soit les responsables des usagers, les thérapeutes pour le droit des usagers, la bientraitance, l'évaluation.

***I*l reste à souhaiter de placer l'usager (patient, personne âgée ?porteur de handicap...) au cœur du soin et de la prévention ou même de sa scolarité dans un parcours fluide**
Notre système de santé et social doit être abordable par tous, en tout point et de qualité.

Il reste maintenant à démarrer le rapport 2018 ... où sûrement seront renouvelés l'essentiel de ses vœux pieux en espérant pour 2020...

Glossaire des principaux sigles

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
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCI	Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
CDAV	Centre de déficients auditifs et visuels
CDO	Conseil départemental de l'Ordre des professionnels
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CICS	Collectif inter associatif Corse santé
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
CLAN	Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CLS	Contrat local de santé
CMPP	Centre médico psycho pédagogique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre de ressource autisme
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQPC	Commission relations avec les usagers et qualité de la prise en charge
CSMS	Commission spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico- sociaux
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CVS	Conseil de vie sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Établissement et services médico-sociaux
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
L.	Loi
LEGT	Lycée général et technologique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MDU	Maison des usagers
MEN	Ministère de l'Education Nationale
PCRU	Personne en charge des relations avec les usagers
PQ	Personne qualifiée
PRS	Projet régional de santé
RU	Représentant des usagers
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UPPSI	Unité polyvalente de pédagogie, de suivi et d'intégration
URAASS	Union régionale des associations agréées du système de santé