

Rapport relatif

aux droits des usagers

du système de santé

2015

Sur données 2014



EDITORIAL	9
METHODOLOGIE DE L'ELABORATION DU RAPPORT	11

PARTIE 1
PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

1. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS	13
2. RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS...	13
2.1. AMBULATOIRE	13
2.1.1. Le traitement des réclamations/plaintes par les Conseils de l'Ordre des médecins des Pays de la Loire	13
a) Les plaintes et doléances par Ordre départemental	13
b) L'activité de la Chambre disciplinaire de première instance	13
2.1.2. Le traitement des réclamations/ plaintes par le Conseil régional de l'Ordre des infirmiers	14
2.1.3. Le traitement des signalements et plaintes reçues par le Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens	14
a) Les signalements :	14
b) Les plaintes :	14
2.1.4. Le traitement des réclamations/plaintes par le Conseil de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes	14
2.1.5. Le traitement des plaintes/réclamations par le Conseil interrégional de l'Ordre des sages-femmes	14
2.1.6. Le traitement des plaintes/réclamations par les Conseils de l'Ordre des chirurgiens dentistes	15
a) Les réclamations et plaintes reçues par les Ordres départementaux	15
b) Données de la Chambre Disciplinaire de Première Instance du Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes	15
2.2. SANITAIRE	16
2.2.1. Cadre réglementaire	16
2.2.2. Bilan quantitatif des réponses par établissement	16
2.2.3. Fonctionnement des CRUQPC	17
2.2.4. Les plaintes et réclamations	19
2.2.5. Les questionnaires de satisfaction des usagers	21
2.2.6. Indicateur I-SATIS	21
2.2.7. L'accès au dossier médical	22
2.2.8. Les communications aux usagers	23
2.2.9. Les thèmes de recommandation des CRUQPC	24
2.3. ACTIVITE DE LA COMMISSION DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGENES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DES PAYS DE LA LOIRE	24
2.3.1. La saisine de la CCI	24
2.3.2. Le traitement des dossiers	25
2.3.3. Les délais de traitement des dossiers se sont améliorés en 2014	25
2.4. MEDICO-SOCIAL	26
2.4.1. Le contexte réglementaire du conseil de la vie sociale	26
2.4.2. Les modes d'expression collective en dehors des conseils de la vie sociale dans les ESMS pour les personnes handicapées	28
2.4.3. Les personnes qualifiées	28
a) Le cadre réglementaire :	28
b) La procédure :	29
c) Désignations et interventions en Pays de la Loire :	29
d) Connaissance des listes de personnes qualifiées	29
2.5. DISPOSITIF DE TRAITEMENT DES PLAINTES A L'ARS	30
2.5.1. Répartition des réclamations par secteur en 2014	30
2.5.2. Les suites données	31
3. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE	31
3.1. AMBULATOIRE	31
3.2. SANITAIRE	31
3.2.1. Analyse du critère 10a de la certification HAS relatif à la « prévention de la maltraitance et la promotion de bienveillance »	31
3.2.2. Les informations sur la bienveillance au sein des rapports CRUQPC	32
3.3. PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE EN STRUCTURES MEDICO-SOCIALES ...	32
3.3.1. Le PRICA	32
3.3.2. Les évaluations externes	33
3.3.3. La qualité de l'accompagnement en EHPAD	33
a) Les plans d'amélioration continue de la qualité	33
b) Les Projets de Vie Personnalisés	33
3.3.4. La qualité de l'accompagnement dans les établissements pour personnes handicapées	34
a) Les projets de vie	34

b)	Les protocoles de gestion des situations de maltraitance	34
4.	DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR	35
4.1.	AMBULATOIRE	35
4.2.	SANITAIRE	35
4.2.1.	L'information sur la prise en charge de la douleur	35
4.2.2.	Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique	35
4.2.3.	Analyse du critère 12 a de la certification HAS V2010 relatif à la prise en charge de la douleur	36
4.2.4.	L'indicateur IPAQSS sur la douleur	36
4.3.	MEDICO-SOCIAL	36
5.	DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE EN FIN DE VIE	37
6.	DROIT A L'INFORMATION : PERMETTRE L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	41
6.1.	AMBULATOIRE	41
6.2.	SANITAIRE	41
a)	Analyse du critère 14b de la certification HAS « l'accès du patient à son dossier »	42
b)	Indicateur IPAQSS : délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en MCO	42
6.3.	MEDICO-SOCIAL	42
6.4.	POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DOSSIER MEDICAL PERSONNEL	43
6.5.	LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE	44
7.	ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE	45
7.1.	LE MILIEU ORDINAIRE	45
7.2.	LES ACCOMPAGNANTS DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP (AESH).....	46
8.	DROIT DES PERSONNES DETENUES	48
9.	SANTE MENTALE	50
9.1.	LES MISSIONS DE LA CDSP	50
9.2.	LES STATISTIQUES	51
9.3.	LA COMPOSITION DES CDSP EN PAYS DE LA LOIRE	52
9.4.	LE NOMBRE DE REUNIONS ANNUELLES EN PAYS DE LA LOIRE.....	52
9.5.	LA VISITE DES ETABLISSEMENTS	52
9.5.1.	Le nombre de visites.....	52
9.5.2.	La qualité des visites.....	52
9.5.3.	Examens des réclamations, plaintes et requêtes	53
9.6.	APPLICATION DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011 MODIFIEE PAR LA LOI DU 27 NOVEMBRE 2013.....	53

PARTIE 2 RENFORCER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

10.	ASSURER L'ACCES DE TOUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX.....	57
10.1.	POURCENTAGE D'OFFRE EN TARIFS OPPOSABLES PAR SPECIALITE	57
10.2.	LA PART DE LA POPULATION VIVANT DANS UN BASSIN DE VIE DONT LA DENSITE MEDICALE DE MEDECINS GENERALISTES EST INFERIEURE DE 30% A LA MOYENNE NATIONALE	57
10.2.1.	La démographie médicale.....	57
10.3.	LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES DESERTS MEDICAUX.....	58
10.4.	LA MISE EN PLACE DE MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP)	59
10.5.	LES PROTOCOLES DE COOPERATION	60
10.6.	LA PERMANENCE DES SOINS	61
10.6.1.	L'organisation de la PSDA	61
10.6.2.	Degré de satisfaction des usagers de la PSDA.....	61
10.6.3.	Le recours à la PSDA par les EPHAD.....	62
10.6.4.	Analyse de l'indicateur de suivi S02 et S11 du PRS :	62
11.	ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS.....	63
11.1.	LES COMMISSIONS D'ACTIVITES LIBERALES (CAL) EN ETABLISSEMENTS DE SANTE	63
11.2.	LE NOMBRE DE PLAINTES ET DE RECLAMATIONS POUR REFUS DE SOINS POUR LES PERSONNES EN CMU ET AME	64
11.2.1.	Les plaintes et réclamations.....	64
11.2.2.	Analyse indicateurs S30 du PRS	64

12.	ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION	64
12.1.	LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN POUR LES FEMMES DE 50 A 74 ANS	64
12.2.	LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES PERSONNES DE 50 A 74 ANS.....	64
12.3.	DES ACTIONS POUR ACCROITRE LES TAUX DE DEPISTAGE.....	65
12.4.	LE TAUX DE COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE 24 MOIS CONTRE LA ROUGEOLE, LES OREILLONS ET LA RUBEOLE (ROR)	65
12.5.	LA PREVALENCE DE L'OBESITE ET DU SURPOIDS PARMIS LES ENFANTS EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE ...	66
13.	REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS, ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO- SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES	67
13.1.	LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE (CLS).....	67
13.2.	LES CLS EN PAYS DE LA LOIRE	67
13.3.	LES ECARTS INTRA-REGIONAUX D'EQUIPEMENTS EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX	67
13.4.	LOGEMENTS : LES PROCEDURES D'INSALUBRITE AU TITRE DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	68
13.4.1.	L'évolution du nombre de procédures d'insalubrité	68
13.4.2.	La lutte contre l'habitat indigne : une action du plan régional de santé environnement (PRSE2)	69
13.4.3.	La lutte contre les marchands du sommeil	69
13.5.	L'ACCUEIL ADAPTE AU PUBLIC	70
13.5.1.	Accessibilité des locaux	70
13.5.2.	Accueil des publics dits spécifiques	70

PARTIE 3
CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

14.	FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE	73
14.1.	LES FORMATIONS DU CISS POUR LES REPRESENTANTS DES USAGERS EN 2014.....	73
14.2.	LES FORMATIONS DU CISS POUR LES REPRESENTANTS DES USAGERS EN 2015.....	73
14.3.	LES FORMATIONS DES CVS	74
14.4.	FAIRE PARTICIPER ET INFORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS	76
14.5.	LE DISPOSITIF D'INFORMATION AYANT TRAIT A LEUR REPRESENTATION.....	77

PARTIE 4
RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

15.	GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LA CRSA ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE	79
------------	--	-----------

PARTIE 5
SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU PRECEDENT RAPPORT

PARTIE 6
SYNTHESES ET RECOMMANDATIONS

16.	PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS	84
16.1.	LE PROCESSUS D'EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS	84
16.1.1.	Le traitement des plaintes et réclamations	84
a)	Ambulatoire.....	84
b)	Sanitaire.....	84
c)	La Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)	84
d)	Médico-social.....	84
16.1.2.	Le fonctionnement des instances de représentation des usagers	85

a)	Les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge	85
b)	Les conseils de la vie sociale (CVS).....	85
16.2.	DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE	85
16.2.1.	Le droit au respect et à la dignité de la personne en fin de vie	85
16.2.2.	Le droit au respect et à la dignité de la personne dans les établissements de santé	86
a)	Promotion de la bientraitance.....	86
b)	Prise en charge de la douleur chronique	86
16.2.3.	Promotion de la bientraitance et qualité de l'accompagnement dans les établissements médico-sociaux	86
a)	En EHPAD	86
b)	Dans les établissements pour personnes handicapées	86
16.3.	DROIT A L'INFORMATION : PERMETTRE L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL.....	87
a)	Les demandes d'information médicale	87
b)	Le dossier pharmaceutique (DP)	87
16.4.	ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE	87
16.5.	DROITS DES PERSONNES DETENUES	88
16.6.	SANTE MENTALE : LES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP).....	88
17.	RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS.....	88
17.1.	ASSURER L'ACCES DE TOUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX	88
a)	L'accessibilité aux données de santé	88
b)	La démographie médicale	88
c)	La permanence des soins	89
17.2.	ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS : LES COMMISSIONS D'ACTIVITE LIBERALE.....	89
17.3.	ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION	89
17.4.	REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION AUX SOINS ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES.....	89
a)	Les contrats locaux de santé (CLS).....	89
b)	La lutte contre les logements insalubres et l'habitat indigne	89
c)	L'accueil adapté au public	89
d)	Les équipements en établissements et services médico-sociaux	90
18.	CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	90
18.1.	FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS	90
18.2.	FAIRE PARTICIPER ET INFORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS	90
19.	RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE.....	90
20.	LES RECOMMANDATIONS 2015	91

ANNEXE

ANNEXE 1 - Composition du groupe de travail pour la rédaction du rapport

ANNEXE 2 - Arrêté du 5 avril 2012

ANNEXE 3 - Projets labellisés « Droits des usagers » en Pays de la Loire

ANNEXE 4 - Règles de détermination de la cotation d'un critère HAS

GLOSSAIRE

Editorial

Comme chaque année, notre CRSA produit son rapport relatif aux droits des usagers du système de santé. Elle tient ainsi à montrer son attachement à cette évaluation pour laquelle beaucoup de membres de la Conférence, tous collègues confondus, s'investissent.

Son élaboration doit répondre aux recommandations des pouvoirs publics de renseigner un certain nombre d'indicateurs permettant d'évaluer le respect des droits des usagers, la place de leur représentation, et l'accessibilité à la santé pour tous. Il permet également d'examiner l'évolution des indicateurs retenus. Il constitue enfin un apport à l'élaboration du rapport annuel de la Conférence Nationale de Santé.

L'analyse de la Commission spécialisée droits des usagers met en évidence que les processus liés aux droits des usagers sur la région progressent au fil des années, que ce soit dans le respect de la dignité de la personne, le traitement des plaintes et réclamations, la représentation des usagers. Mais ces indicateurs nous montrent également qu'il faut garder une grande vigilance sur l'application de certains droits (informations, fin de vie, ...) et sur la prise en compte des spécificités de certaines populations (personnes âgées, handicapées, situations de précarité...)

L'étude que la CRSA a menée au cours de l'année 2015 sur le respect des droits de malades en fin de vie illustre ce constat : une évolution positive dans l'appropriation des dispositions de la Loi Léonetti ces dernières années et dans le même temps des différences de perception entre soignants et soignés dans cette application. Nous souhaitons qu'un certain nombre de préconisations de cette étude puisse être repris dans le futur plan régional « Pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie ».

En ce qui concerne les recommandations du précédent rapport, son élaboration tardive et l'évolution des structures de l'ARS en charge de la démocratie sanitaire n'ont pas permis de mettre tous leurs effets attendus à l'étude, ce qui nous a conduit à en renouveler expressément plusieurs. Gageons qu'avec l'appui de l'ARS, nous progresserons dans les mois à venir.

Le prochain rapport intégrera les résultats d'une étude initiée par la CRSA sur les attentes des usagers des services des urgences des établissements de santé en veillant à bien prendre en compte les spécificités de la patientèle.

2016 sera l'année d'évaluation du Plan régional de santé 2012-2016, avec une attention particulière portée à la perception des ligériens sur le fonctionnement du système de santé. Nous espérons que les informations de ce rapport contribueront à cette évaluation.

2016 sera également l'année de la mise en œuvre de la nouvelle loi de santé. Nous en attendons de nouvelles avancées de la démocratie sanitaire, sur des territoires redéfinis qui permettent une meilleure prise en compte des préoccupations des usagers.

Dr Denis LEGUAY
Président de la CRSA

M. Gérard ALLARD
Président de la CSDU

Méthodologie de l'élaboration du rapport

Ce rapport sur les droits des usagers du système de santé est le neuvième élaboré pour la région des Pays de la Loire, en application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Il a été réalisé dans le cadre des organisations et instances définies par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi HPST) du 21 juillet 2009.

Cette loi confère aux Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) la mission de procéder chaque année à « l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge » (art. L 1432-4 CSP).

Le décret du 31 mars 2010 relatif à la Conférence Régionale Santé et de l'Autonomie (CRSA) précise que « ce rapport est établi selon un cahier des charges fixé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'Assurance Maladie » (art. D. 1432-42 CSP). Il est préparé par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA.

Pour réaliser ce rapport, un groupe de travail (annexe 1) composé de membres de différentes commissions de la CRSA a été mis en place.

L'arrêté ministériel du 5 avril 2012 (annexe 2) a fixé le cahier des charges des rapports à établir par les CRSA, il reprend les thèmes suivants :

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

Ce rapport a été établi en grande partie à partir des données collectées et consolidées par l'ARS. Il a été enrichi par des entretiens réalisés par des membres du groupe de travail avec des acteurs du système de santé de la région.

Dans sa rédaction le rapport reprend le cahier des charges avec pour chaque point :

- un rappel du contexte, réglementaire en particulier,
- les données recueillies avec leur analyse,
- les commentaires de la commission spécialisée droits des usagers.

Ce rapport, après adoption en séance plénière de la CRSA, sera transmis avec les recommandations formulées :

- à Madame la Directrice Générale de l'ARS Pays de la Loire
- à la Conférence Nationale de Santé (CNS).

Gérard ALLARD

**Président de la Commission Spécialisée
Droits des Usagers**

Je tiens à remercier :

- toute l'équipe de la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique (DADSPS), et plus particulièrement Madame Sylvie PLANCHOT et Madame Annick USSEL (stagiaire) pour leur aide notamment dans le recueil de données,
- Madame Hélène DEVAUX, en appui à la commission spécialisée, pour l'analyse des données du rapport et la finalisation de celui-ci,
- les membres du groupe de travail en charge de l'élaboration de ce rapport pour leur contribution et leur aide à l'analyse,
- les personnes ayant répondu favorablement à notre demande d'entretien :
 - o Docteur MOREAU, Président du Conseil de l'Ordre régional des Médecins des Pays de la Loire,
 - o Madame POZZA, Présidente du CISS Pays de la Loire
 - o Madame NICOLLEAU Présidente du Conseil de l'ordre des pharmaciens des Pays de la Loire et M.BAILLIARD et COUTABLE,
 - o Madame DURAND Présidente de la Commission de Conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) des Pays de la Loire,
 - o Monsieur GRIMONPREZ, Directeur de l'Efficienc e de l'Offre (DEO) de l'ARS des Pays de la Loire,
 - o Madame PERIBOIS, Responsable de l'offre médico-sociale au sein de la DEO de l'ARS des Pays de la Loire,
 - o Docteur SIMON, Responsable du département Qualité Sécurité Inspection au sein de la DEO de l'ARS des Pays de la Loire
 - o Madame BOUDET, Adjointe au directeur de l'Efficienc e de l'Offre de l'ARS des Pays de la Loire,
 - o Madame GARREAU Gestionnaire de Dossier à la DEO
 - o Monsieur GABORIT et Monsieur GUILLOU, inspecteurs au département Qualité Sécurité Inspection de l'ARS des Pays de la Loire.

Nota :

Les références aux numéros d'objectifs indiqués dans le cahier des charges sont signalées dans chaque partie du rapport

Les données recueillies pour ce rapport sont en principe celles de 2014.

Ce rapport a été validé à la CRSA du 10 mars 2016.

Promouvoir Et faire respecter les droits des usagers

1. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Nous n'avons pu obtenir de données sur ce thème.

2. RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

2.1. Ambulatoire

Pour l'année 2014, le rapport fait état pour la première fois des plaintes et réclamations adressées à l'Ordre des Pharmaciens, des Infirmiers, ainsi qu'à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

2.1.1. Le traitement des réclamations/plaintes par les Conseils de l'Ordre des médecins des Pays de la Loire

Le nombre total des plaintes et doléances est stable. La grande majorité des plaintes et doléances s'éteint grâce au simple dialogue mis en œuvre par les Ordres départementaux.

Seulement 9 % des plaintes et doléances reçues sont transmises à la Chambre disciplinaire régionale. Environ 10 % des plaintes sont des plaintes entre médecins, ou entre médecins et établissement de soins.

a) Les plaintes et doléances par Ordre départemental

Département	Plaintes & doléances reçues		Conciliations		Plaintes transmises	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Loire Atlantique	133	127	31	20	29	12
Maine-et-Loire	92	106	9	7	2	4
Mayenne	10	4	5	2	0	2
Sarthe	62	27	22	13	11	7
Vendée	31	58	1	6	1	4
Total	328	322	68	48	43	2

En Maine et Loire, la 1ère cause de plaintes ou doléances est liée à la prise en charge, la 2ème à la rédaction de certificats médicaux.

En Sarthe, la rédaction des certificats médicaux est également une des premières causes d'insatisfaction des usagers.

b) L'activité de la Chambre disciplinaire de première instance

31 décisions concernant 32 affaires ont été rendues en formation collégiale en 2014 ; 8 ont donné lieu à rejet.

Origine des plaintes :

- 15 plaintes émanent de particuliers
- 10 plaintes émanent de médecins
- 6 plaintes émanent de l'Ordre des médecins
- 1 plainte émane d'un organisme

Les motifs des plaintes concernent : le comportement du médecin (11), les relations entre médecins (7), la qualité des soins(6), le diagnostic (4), les certificats médicaux(4).

2.1.2.Le traitement des réclamations/ plaintes par le Conseil régional de l'Ordre des infirmiers

En 2014, aucun signalement ou plainte émanant des usagers n'a été déclaré au Conseil régional de l'Ordre des infirmiers ; il n'a eu qu'à traiter de problèmes de confraternité entre infirmiers. L'Ordre est encore méconnu des usagers car récemment reconstitué.

2.1.3.Le traitement des signalements et plaintes par le Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens (CROP)

a) Les signalements :

Le CROP est destinataire d'une quarantaine de signalements chaque année, dont certains peuvent être transmis à l'ARS (une dizaine chaque année).

Ces signalements se soldent par :

- Une rencontre des pharmaciens concernés par des conseillers ordinaires,
- Un rappel de la réglementation,
- Une plainte.

b) Les plaintes :

28 plaintes ont été enregistrées en 2014 contre les pharmaciens de la région parmi lesquelles :

- 2 émanent d'usagers,
- 9 des Présidences des Conseils de l'Ordre national et régional des pharmaciens,
- 2 de la Directrice Générale de l'ARS,
- 15 de salariés ou pharmaciens associés.

Conformément à la loi, lorsque la plainte émane d'un particulier ou d'un pharmacien, une phase de conciliation est un préalable obligatoire. **En 2014, 6 réunions de tentative de conciliation ont été organisées et 17 affaires ont été jugées en chambre de discipline.**

2.1.4.Le traitement des réclamations/plaintes par le Conseil de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes (MK)

Deux représentants des usagers font partie de la Chambre disciplinaire de l'Ordre. En 2014, 8 plaintes émanaient d'usagers, 5 de MK. Il y a eu également 8 réclamations. 12 séances de conciliation ont été organisées.

2.1.5.Le traitement des plaintes/réclamations par le Conseil interrégional de l'Ordre des sages-femmes

L'Ordre des sages-femmes a traité 10 dossiers en 2014, dont 4 d'usagers pour « erreur ou retard dans la prise en charge ».

2.1.6. Le traitement des plaintes/réclamations par les Conseils de l'Ordre des chirurgiens dentistes

a) Les réclamations et plaintes reçues par les Ordres départementaux

	Plaintes/réclamations/ signalements	Litiges	Conciliations	Plaintes transmises
Vendée	28		25	3
Loire-Atlantique	7 plaintes 7 signalements d'incident	44	58	4
Maine-et-Loire	2 plaintes	7	7	2
Sarthe	33 réclamations		5	
Mayenne	20		18	2
TOTAL	64	51	108	11

Les signalements et litiges concernent notamment : des soins non conformes, une insuffisance professionnelle, un comportement anti-déontologique, le montant des honoraires ou l'absence de devis, des problèmes relationnels, également des litiges entre praticiens.

b) Données de la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) du Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

En 2014, la CDPI a enregistré 13 plaintes.

Origine de la saisine	Le nombre de plaintes
Conseil de l'Ordre	2
Patients	11
Autres	1
Motif(s) de la plainte	
Qualité des soins	7
Honoraires	5
Obligations déontologiques	5
Décisions	
Rejet de plaintes	10
Sanction	3

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite d'avoir reçu des données de la part de tous les Ordres. Il faut noter que les doléances, plaintes, signalements reçus par les Ordres n'émanent pas uniquement des usagers mais également de confrères-conscœurs et d'établissements, voire des Ordres eux-mêmes.

Les processus de traitement des plaintes et réclamations dans les Ordres fonctionnent conformément aux textes réglementaires, avec des modalités globalement identiques : une réponse systématique avec proposition de dialogue et de conciliation, et le cas échéant un examen en chambre disciplinaire.

Il est important de noter que la très grande majorité des signalements/doléances/plaintes est éteinte grâce au simple dialogue ou à la conciliation.

Les éléments fournis par les Ordres ne permettent pas de faire une analyse complète des causes des doléances et des plaintes, néanmoins des sujets comme les conditions de prise en charge, les montants des honoraires, des défauts de communication, paraissent être transversaux aux différents Ordres.

La CSDU souhaiterait que l'information à l'usager concernant le déroulement des procédures de traitement des plaintes soit beaucoup plus lisible et compréhensible. En effet l'usager ignore souvent par exemple la différence entre une doléance, un signalement et une plainte, et qu'il peut se faire accompagner lors des procédures. Il est à noter que les sites internet des Ordres n'indiquent que très rarement des informations sur le sujet. Le relais de l'information dans les salles d'attente pourrait être utile.

Il serait intéressant de disposer de davantage de données sur les doléances, signalements ou autres modes d'interpellation des usagers concernant notamment la difficulté d'accès à un médecin traitant ou à des spécialistes.

2.2. Sanitaire

2.2.1. Cadre réglementaire

L'article L.1112-3 du Code de la Santé Publique définit le cadre général de la prise en compte des droits des patients au sein des établissements de santé.

Conformément à cet article, les établissements de santé sont soumis aux obligations suivantes :

- Chaque établissement de santé, chaque syndicat inter hospitalier et groupement de coopération sanitaire autorisé à assurer les missions d'un établissement de santé, doit disposer d'une **Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)**. Celle-ci doit être consultée sur la **politique d'accueil et de prise en charge** menée dans l'établissement ;
- Les conseils de surveillance des établissements publics de santé, ou une instance habilitée dans les établissements privés, doivent délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers, la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un "**rapport présenté par la CRUQPC**" ;
- Ils doivent transmettre le "rapport de la CRUQPC" et les conclusions du débat au sein du conseil de surveillance à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il revient par ailleurs aux ARS de rédiger une synthèse de l'ensemble de ces documents (rapports des CRUQPC et délibérations des instances hospitalières).

Cette partie du présent rapport est ainsi constituée des éléments figurant dans la synthèse des documents transmis par les établissements de santé, consultable sur le site de l'ARS Pays de la Loire (rubrique "*Accompagnement et soins*" > rubrique "*Droits des patients et des usagers*").

2.2.2. Bilan quantitatif des réponses par établissement

Sur les 116 rapports d'activités attendus pour l'année 2014, 3 établissements en Loire Atlantique et 1 établissement en Mayenne n'ont pas communiqué leur rapport.

Dans l'ensemble des établissements le rapport d'activité est validé par les représentants des usagers qui sont également sollicités pour émettre un avis.

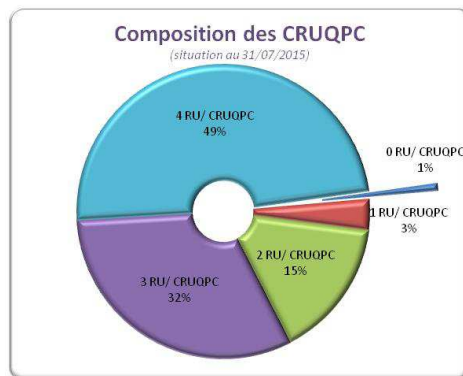
En 2014 un questionnaire a été diffusé auprès de 280 représentants des usagers et 131 d'entre eux y ont répondu. Ce questionnaire a permis de faire ressortir différents éléments dont certains sont repris dans ce rapport et mis en parallèle des données transmises par les établissements.

2.2.3. Fonctionnement des CRUQPC

➤ **Composition des CRUQPC**

94.6% des établissements ont un représentant des usagers et 84.8% ont au moins un suppléant.

49 % des établissements ont une composition complète de représentants des usagers (deux titulaires + suppléants), contre 44 % l'année précédente.



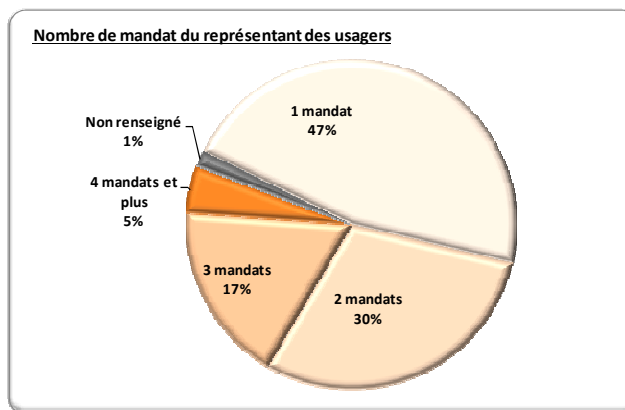
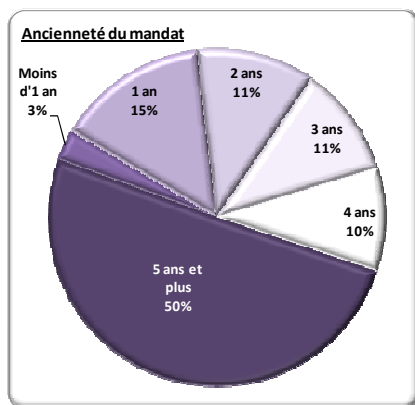
En juillet 2015 :

- 81% des sièges de représentants des usagers au sein des CRUQPC sont pourvus, soit 379 désignations de représentants des usagers

- 39 associations différentes sont présentes dans les CRUQPC ligériennes dont 3 particulièrement représentées.

Plus de la moitié des associations ont de 2 à 10 représentants des usagers désignés, 23% des associations n'ont qu'une seule désignation dans la région des Pays de la Loire.

La moitié des représentants des usagers sont mandatés depuis au moins 5 ans, 47% ont un seul mandat.



➤ **Nombre de réunions dans les CRUQPC**

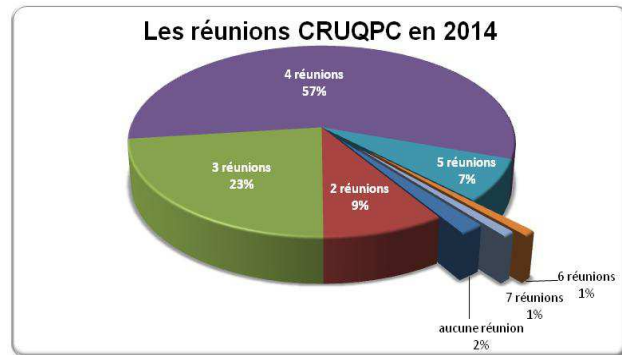
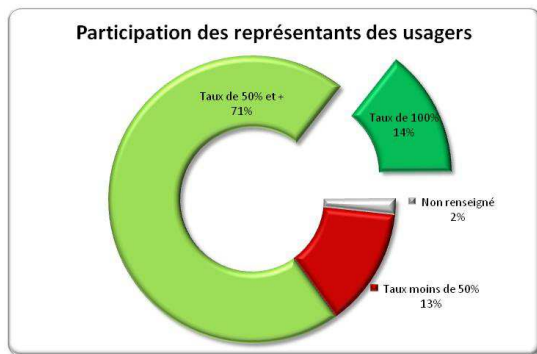
La CRUQPC doit se réunir au moins une fois par trimestre.

En 2014, 66% des CRUQPC se sont réunies au moins 4 fois dans l'année, contre 64 % en 2013.

90% des représentants des usagers interrogés sont satisfaits du déroulement des réunions et 71% des représentants déclarent qu'un calendrier annuel de prévision des réunions est mis en place.

Taux de participation des usagers aux réunions de la CRUQPC 14% des établissements ont un taux de participation des représentants des usagers de 100% et 71% un taux de participation entre 50 à 99%.

Seulement 15 établissements ont un taux inférieur à 50%.



90% des représentants des usagers déclarent que les suppléants sont invités à participer aux réunions de la CRUQPC en présence de leur titulaire.

Les représentants des usagers sont très souvent sollicités pour participer à d'autres instances : comités, commissions, groupes de travail, comités de pilotage, etc.

➤ Information des usagers

Les supports de communication utilisés par les établissements pour informer les usagers des activités de la CRUQPC sont principalement le livret d'accueil (99%), l'affichage (86%) et internet (57%).

Sur les documents d'information destinés aux usagers, 79% des établissements y précisent le nom et les coordonnées des représentants des usagers.

Les représentants des usagers sont connus par les personnes assurant le standard ou l'accueil dans 83% des établissements. Cependant la présentation des représentants des usagers au personnel n'est effectuée que dans 54% des établissements mais les échanges avec eux se réalisent dans 59% des établissements.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le bilan du fonctionnement des CRUQPC est globalement positif, notamment concernant la représentation des usagers, le nombre de réunions réglementaires et l'implication des représentants des usagers dans la vie de l'établissement.

La CSDU tient à souligner l'important travail réalisé par l'ARS (Direction d'appui à la démocratie sanitaire et au pilotage stratégique) ces derniers mois sur :

- la mise à jour de la désignation des représentants des usagers avec publication sur le site de l'ARS,
- la clarification des modalités de désignation.

Les représentants des usagers sont bien impliqués dans les CRUQPC et ont acquis pour la plupart une réelle expérience.

Il faut cependant noter des points possibles d'amélioration :

- 15 établissements ont un taux de présence des RU en réunion inférieur à 50%,
- la méconnaissance des procédures est transversale à plusieurs sujets (personne de confiance, médiation, accès au dossier médical, etc.). De plus, les personnes formées le sont souvent grâce à leur implication personnelle et non grâce à une formation organisée par l'établissement,

- dans certains établissements, les représentants des usagers sont sollicités pour de nombreux comités ou commissions. La CSDU attire l'attention sur le fait que les représentants des usagers sont quasiment uniquement des bénévoles ; à terme les sollicitations multiples risquent d'être contre productives. Il conviendrait donc de rechercher des pistes pour élargir la représentation des usagers dans les commissions thématiques des établissements.

La loi de santé du 26 janvier 2016 va faire évoluer les CRUQPC vers des commissions des usagers (CDU).

Au-delà du changement de terminologie, cette instance voit ses attributions élargies :

- à la politique de l'établissement en termes de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins ;
- aux actions correctives mises en œuvre pour lutter contre les événements indésirables graves ;
- à la réalisation d'un projet des usagers exprimant les attentes et recommandations 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.

Ces évolutions vont demander une meilleure appropriation du fonctionnement des établissements par les représentants des usagers impliquant un investissement supplémentaire de leur part et des besoins de formation.

Pour la CSDU, il conviendrait qu'un travail commun ARS/CRSA/Fédérations hospitalières soit mené pour réussir cette évolution.

2.2.4. Les plaintes et réclamations

- **Les dispositifs de traitement des plaintes et réclamations**

Une procédure de recensement et traitement des réclamations tant écrites qu'orales est mise en place dans les établissements ligériens à l'exception de 2 établissements.

90% des représentants des usagers connaissent la procédure de traitement des réclamations de l'établissement. Parmi eux 69% ont reçu une formation/information sur cette procédure.

Un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers existe dans la majorité des établissements (96%).

Le registre des réclamations est accessible à tous les membres de la CRUQPC dans 92% des établissements.

77% des représentants des usagers interrogés déclarent avoir accès librement au registre des plaintes et réclamations. 90% précisent que les plaintes et réclamations sont inscrites à l'ordre du jour des réunions CRUQPC.

87% des représentants des usagers en CRUQPC sont satisfaits de la manière dont les plaintes et les réclamations sont prises en compte au sein de l'établissement.

- **Le nombre de plaintes et réclamations**

Les établissements déclarent avoir reçu **3 613 réclamations au cours de l'année 2014**, dont 87% par écrit, contre 3 371 plaintes en 2013.

Le délai de prise en charge des réclamations oscille entre 0 à 304 jours.

Le délai moyen est de 16,3 jours.

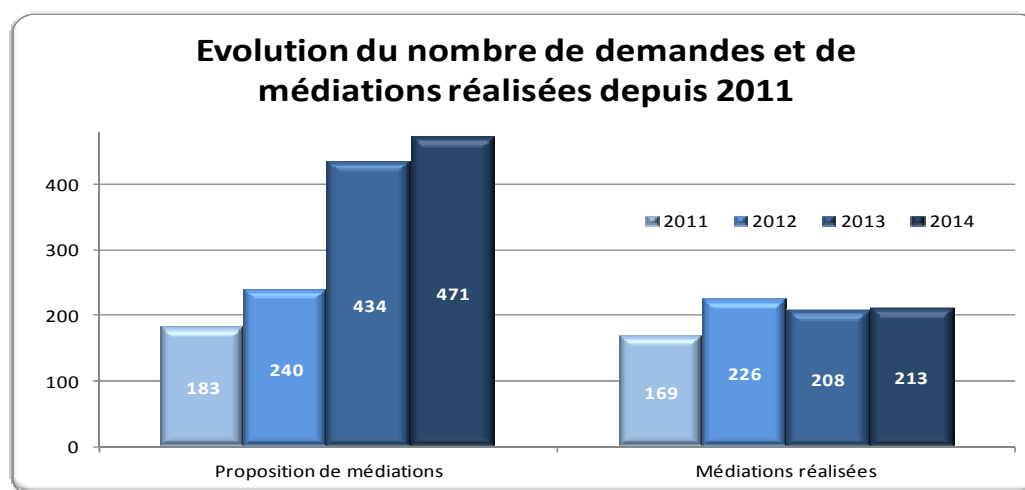
- **Les motifs des plaintes (une plainte peut comporter plusieurs motifs) :**

Motif des plaintes	Nombre	%
Prise en charge / aspects médicaux	1167	28 %
Vie quotidienne / environnement	935	23 %
Accueil et administration	645	16 %
Prise en charge / aspects paramédicaux	501	12 %
Relations avec les médecins / attitude des professionnels	317	8 %
Relations avec le personnel paramédical	196	5 %
Sécurité des personnes	143	3 %
Fonctionnement de l'établissement ou service	91	3 %
Prise en charge de la douleur	92	2 %
Accès au dossier médical	29	2 %
Suspicion de maltraitance	9	1 %

- **La médiation**

Le nombre d'établissement proposant la médiation est en augmentation constante puisque 57 établissements de santé déclarent avoir fait au moins 1 proposition de médiation en 2014 contre 41 établissements en 2011.

Ces établissements ont proposé **471 médiations** dont 45% ont été mises en œuvre en 2014. Le nombre des médiations mises en œuvre reste stable.



Le médiateur médecin et le médiateur non médecin sont parfois simultanément saisis.

Le médiateur médical participe à 79% des médiations.

Les établissements déclarent informer les usagers de la possibilité de saisir le médiateur principalement par le livret d'accueil ou encore via l'affichage. Souvent, l'information de l'existence d'un médiateur est faite à l'utilisateur par l'établissement dans la réponse à la réclamation.

Si 66% des représentants des usagers interrogés connaissent la procédure de médiation de l'établissement, moins de la moitié ont reçu une formation/information sur cette procédure.

61% estiment que les usagers de l'établissement sont informés de l'existence et du rôle des médiateurs mais 49% pensent que cette communication est insuffisante.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le processus de traitement des plaintes et réclamations dans les établissements de santé apparaît satisfaisant même si le délai de traitement dans certains établissements est très long.

Contrairement aux idées reçues les motifs de plaintes ne concernent pas en priorité la vie quotidienne (hébergement, repas...) mais davantage la prise en charge et les relations avec les professionnels.

Les données de la synthèse des rapports CRUQPC montrent que la médiation fonctionne même si elle n'est réalisée que dans 50% des cas où elle est proposée. Il y a sans doute un besoin de formation des représentants des usagers sur ce sujet car 34% ne connaissent pas précisément la procédure de médiation de l'établissement dans lequel ils siègent. Certains établissements ne communiquent pas le résultat de la médiation aux RU dans les délais prévus.

2.2.5. Les questionnaires de satisfaction des usagers

98% des établissements indiquent avoir utilisé un questionnaire de sortie en 2014 mais les incohérences des données transmises concernant le taux de retour des questionnaires ne permettent pas d'exploiter cet indicateur pour l'année 2014.

86% des établissements réalisent également d'autres enquêtes de satisfaction, ponctuelles ou annuelles, dont 87% transmettent les résultats à la CRUQPC. 70% des établissements mettent en place d'autres moyens de recueil que le questionnaire de satisfaction ou l'enquête.

94% des représentants des usagers interrogés connaissent le questionnaire de satisfaction de l'établissement ; 65% ont été associés à sa réalisation.

Une présentation de l'analyse des questionnaires est réalisée auprès de 89% des représentants des usagers, 82% sont informés des actions mises en place après l'analyse.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Même si la quasi-totalité des établissements organise le recueil de la satisfaction des usagers, la CSDU s'interroge toujours sur le faible taux de retour des questionnaires (même s'il n'a pas été réellement quantifié cette année) et sur le levier d'amélioration de la qualité que constitue cet outil.

Les questionnaires de satisfaction concernent encore trop peu les patients qui effectuent des séjours en ambulatoire alors que leur proportion augmente fortement. Il serait nécessaire que les établissements développant un secteur ambulatoire important réalisent des indicateurs de satisfaction spécifiques à ces séjours.

2.2.6. Indicateur I-SATIS

En 2011, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a débuté le processus de généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

L'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés est recueilli depuis 2012, il est **obligatoire pour les établissements MCO depuis 2014 et sera public à partir de novembre 2016**.

Le dispositif de généralisation de l'indicateur de mesure de satisfaction des patients hospitalisés **vis** quatre objectifs :

- Fournir aux établissements de santé des outils de pilotage et de gestion de la qualité ;
- Répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers ;
- Aide à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régionale et national ;
- Améliorer l'efficacité de la procédure de certification.

En Pays de la Loire, 43 établissements ont participé à l'enquête de satisfaction, 11 ont été exclus du calcul en raison d'un nombre insuffisant de questionnaires, ce qui porte à **32 le nombre d'établissements répondants et éligibles au calcul des indicateurs**. En 2013 seulement 6 établissements avaient transmis les conclusions de leur enquête à l'ARS.

Les résultats sont légèrement plus élevés que la moyenne nationale pour tous les indicateurs. Le **meilleur positionnement concerne l'attitude des professionnels de santé (93,97)**, et le **plus mauvais concerne la restauration (57,35)**.

Indicateur I-SATIS pour les Pays de la Loire 2014 :

	Indicateur agrégé	Attitude des professionnels de santé	Communication avec les professionnels de la santé	Prise en charge globale du patient	Commodité de la chambre	Information du patient	Restauration hospitalière	Restauration hospitalière
2014	77,12	93,97	82,03	78,49	76,05	65,23	57,35	57,35
2013	73,59	94,36	78,46	80,59	59,97	63,92	60,23	60,23
National	75,42	92,4	80,7	76,5	74,7	63,4	54,3	54,3

En 2015, l'indicateur a évolué dans sa méthodologie de recueil en privilégiant le recueil en ligne plutôt que par téléphone. Cette méthode devrait aboutir à davantage de remontées de patients. Cet indicateur sera dès lors suivi par le ministère de la santé, et repris par la Haute Autorité de Santé.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La généralisation du recueil des données à partir de 2015 devrait permettre de compléter les informations et de préciser les attentes des usagers. Cependant le recueil ne se fera plus que par internet et exclura de fait une partie de la population.

Dans les résultats actuels d'I-SATIS la CSDU note que l'information aux patients est un point critique, puisque 35% des patients en Pays de la Loire s'en déclarent insatisfaits. Ce score est concordant avec d'autres données recueillies pour ce rapport (motifs de plaintes, droits des patients en fin de vie...)

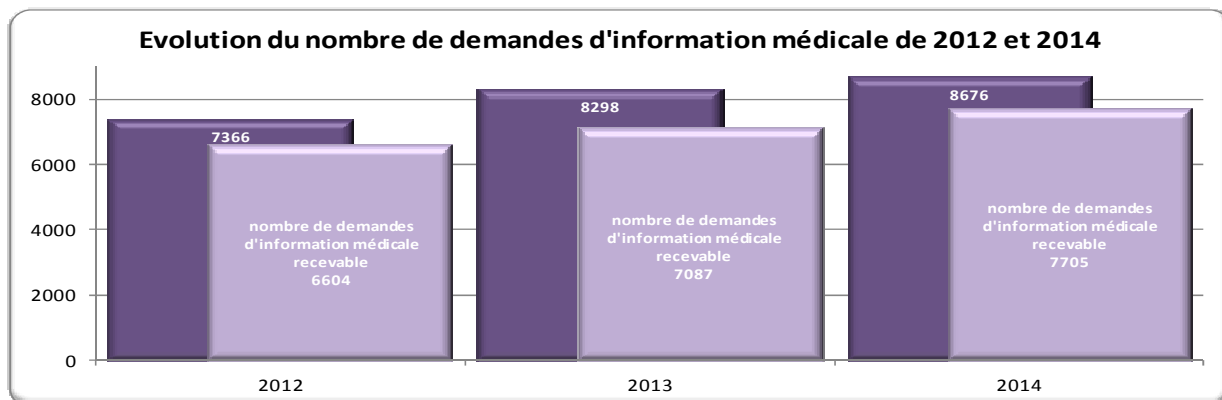
Il conviendrait d'avoir une réflexion sur les modalités de transmission des informations aux patients.

2.2.7. L'accès au dossier médical

83% des établissements ligériens ont été sollicités pour au moins une demande d'information médicale.

Le nombre de demande d'information médicale continue de progresser en 2014 puisque **8 676 demandes** ont été enregistrées contre 8 298 en 2013.

Le taux de demandes classées non recevables par rapport aux demandes globales reste stable à 11% depuis 2013.



98% des établissements ont bien mis en place une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical.

Parmi les 90 établissements ayant reçu des demandes de dossiers de moins de 5 ans :

- 33 établissements ont toujours répondu dans le délai maximum de 8 jours
- 43 établissements ont parfois dépassé le délai réglementaire, 14 n'ont pas communiqué le délai maximum

Concernant les 58 établissements ayant enregistré des demandes d'information médicale de plus de 5 ans :

- 20 établissements ont toujours répondu dans un délai inférieur à 31 jours
- 32 établissements ont parfois dépassé le délai réglementaire
- 6 n'ont pas précisé le délai maximum

Tous les établissements confirment la disponibilité sur place du dossier médical. Les photocopies sont facturées par 77% des établissements dont 62% informent du coût. 76% des représentants des usagers interrogés ont connaissance de la procédure d'accès au dossier médical au sein de l'établissement, mais seulement 39% ont reçu une formation/information sur la procédure.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les demandes d'information médicale augmentent chaque année de l'ordre de 5 à 10%, ce qui montre bien que ce droit essentiel du patient constitue une nécessité.

La CSDU note toujours la difficulté d'un grand nombre d'établissements à respecter le délai réglementaire de 8 jours pour la transmission des dossiers de moins de 5 ans

2.2.8. Les communications aux usagers

- **Le livret d'accueil**

Remis par 97% des établissements, le livret d'accueil est donné principalement lors de l'entrée en hospitalisation. 68% précisent accompagner la remise par des explications orales.

Par l'intermédiaire du livret d'accueil, les établissements informent les usagers sur :

- le droit d'accès au dossier médical (99% des établissements)
- les conditions d'accès et de conservation du dossier médical (96% des établissements)

- le droit de désigner une personne de confiance (96% des établissements)
- le droit de rédiger des directives anticipées (93% des établissements)
- le droit de recueil du consentement (79% des établissements)
- le droit à la médiation (85% des établissements)

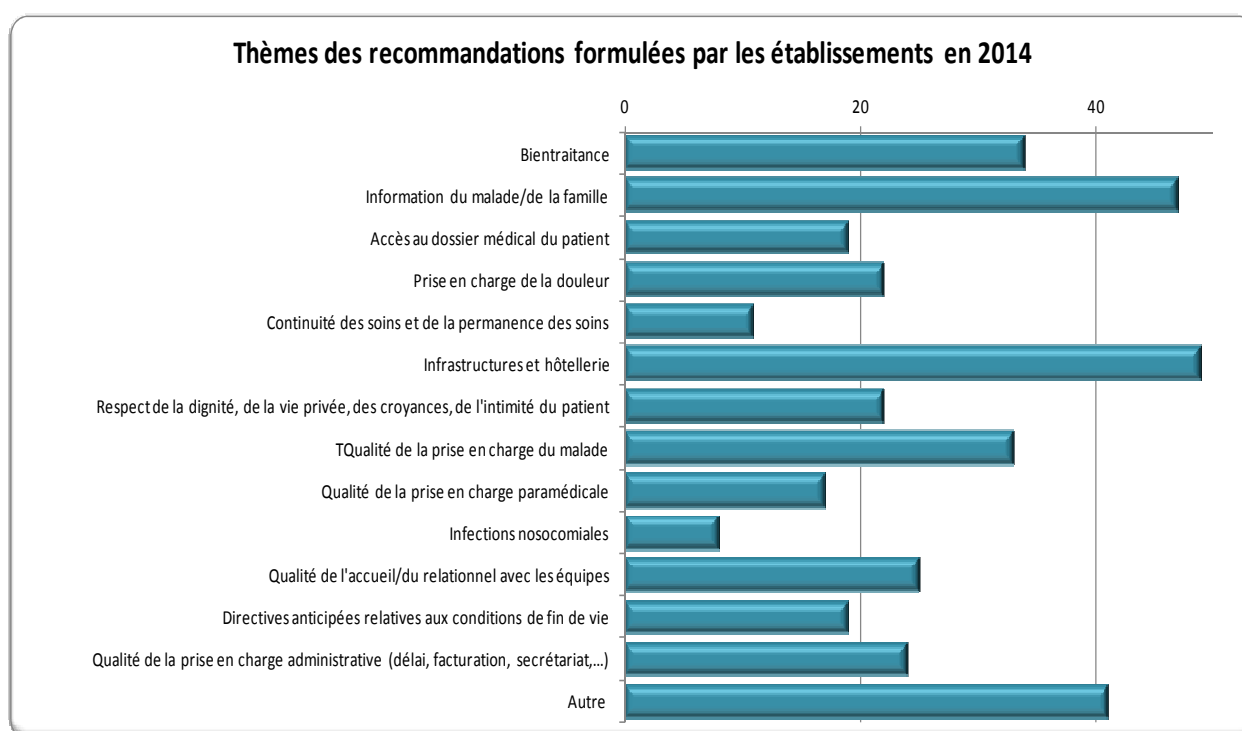
84% des représentants des usagers interrogés ont reçu un exemplaire du livret d'accueil et 68% sont associés à la réalisation ou la révision du livret d'accueil au sein de l'établissement.

- **La charte de la personne hospitalisée**

80% affichent la charte dans les lieux fréquentés (salle d'attente, accueil), 71% dans le service et 20% dans la chambre. De nombreux établissements précisent l'inclure dans le livret d'accueil ou sur leur site internet.

2.2.9. Les thèmes de recommandation des CRUQPC

Le taux de mise en œuvre des recommandations est variable selon les établissements de 14 à 100%.



62% des représentants des usagers confirment la mise en place d'un suivi des recommandations émises par les CRUQPC.

2.3. Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) des Pays de la Loire

2.3.1. La saisine de la CCI

La CCI peut être saisie par :

- **Toute personne** qui s'estime victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins (victime d'un accident médical).
- **Un proche de la victime principale**, si elle estime avoir également subi des préjudices (parent, conjoint, etc...).
- **Les ayants droits** de la victime décédée (ses héritiers).

- **Le représentant légal** d'une victime (parent d'un mineur).

Cependant il existe des conditions de recevabilité pour saisir la CCI :

- la demande doit concerner un accident médical postérieur au 4 septembre 2011,
- et la personne doit **être victime d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) d'au moins 24%**,
- ou bien s'être trouvée en arrêt professionnel ou avoir subi un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur à 50% pendant une durée au moins égale à 6 mois.

A titre exceptionnel la victime définitivement inapte à l'exercice de son activité professionnelle antérieure ou ayant subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence, y compris d'ordre économique, peut saisir la CCI.

C'est à la victime de prouver qu'elle remplit cette condition de gravité par la production **d'un certificat médical attestant des dommages ou tout document justificatif** de nature à appuyer sa demande et à établir le critère de gravité.

En 2014, la CCI Pays de la Loire a été **sollicitée uniquement pour le règlement d'indemnisation à l'amiable**. La formation de conciliation n'a pas été saisie.

2.3.2. Le traitement des dossiers

La CCI a enregistré 186 nouveaux dossiers en 2014 (153 en 2013) et en a traité 137.

La CCI réunie en commission a rendu 91 avis dont :

- **40 avis positifs d'indemnisation**
- 6 contre expertises
- 27 rejets pur et simple
- 18 avis pour incompétence après expertise au fond.

Parmi les 40 avis positifs d'indemnisation : 14 ont été décidées pour faute, 9 pour accident non fautif, 11 pour infection nosocomiale, 1 pour partage ONIAM/assureur, et 5 dossiers de post consolidation.

46 décisions ont été prises hors commission :

- 17 pour incompétence manifeste
- 11 pour irrecevabilité/rejet
- 16 pour désistement
- 2 pour ajout d'ayant-droit

2.3.3. Les délais de traitement des dossiers se sont améliorés en 2014

Le délai entre la date de réception du dossier complet et l'avis positif de la CCI s'est réduit puisqu'il est de 11,6 mois en 2014, contre 14,7 mois en 2013.

Le délai entre la date de réception du dossier complet et la conclusion négative après expertise a également diminué : il était de 11,3 mois en 2014 contre 14,7 en 2013.

Le délai entre la date de réception du dossier complet et l'émission de conclusions négatives sans expertise est passé de 1,4 mois en 2013 à 2,2 mois en 2014.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU a rencontré la Présidente de la CCI en décembre 2015.

Les retards accumulés dans la gestion des dossiers ces dernières années sont en passe d'être résorbés. Les délais liés à la difficulté de trouver des experts persistent néanmoins.

Il ressort de l'entretien avec la Présidente de la CCI que de nombreux usagers ont recours à la CCI alors que leur dossier n'est pas éligible à une indemnisation au titre de la CCI (souvent faute d'un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique suffisant).

Les usagers rencontrent souvent des difficultés dans le montage administratif de leur dossier, lors des expertises et lors de la réunion de la commission et se font trop rarement aider.

Les associations d'usagers ont dès lors un rôle très important à jouer dans l'orientation des victimes et familles, puis dans leur information sur les processus et enfin dans leur accompagnement tout au long de la procédure.

2.4. Médico-social

2.4.1. Le contexte réglementaire du conseil de la vie sociale

L'article L.311-6 de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit l'institution d'un conseil de la vie sociale (CVS), ou d'une autre forme de participation, afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service. Le CVS se réunit au moins trois fois par an.

Pour rappel, le rôle et les missions des CVS et autres instances de participation sont très différents de ceux des CRUQPC. Les CVS ne traitent pas des questions d'ordre individuel, les remarques relatives à une personne, les questions relatives à la gestion de l'établissement en matière financière et sociales. Toutefois, des informations peuvent être transmises aux membres des CVS sans pour autant donner lieu à consultation et débat.

Le CVS comprend au moins :

- 2 représentants des personnes accueillies, élus ;
- S'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux, élu ;
- Un représentant du personnel, élu ;
- Un représentant de l'organisme gestionnaire, nommé par son instance délibérative.

Les mandats **sont d'un an au moins et de 3 ans au plus**, renouvelables.

D'autres participations sont prévues par les textes réglementaires tels que les groupes d'expression, l'organisation de consultations ou des enquêtes de satisfaction (obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par le décret).

Le fonctionnement effectif des CVS au sein des établissements médico-sociaux :

L'indicateur M03 du PRS : « Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux », mesure le pourcentage des établissements médico-sociaux réunissant leur conseil de la vie sociale au moins trois fois par an.

Indicateur M03 du PRAS : % CVS réunis trois fois par an	
2011	63,80%
2012	57%
2013	46,40%
2014	39,50%

Les résultats de cet indicateur sont bâtis à partir des inspections réalisées par l'ARS.

Pour l'ARS, il faut relativiser ce chiffre, loin de l'objectif initial du PRS de 100%, car il ne tient compte que d'un faible échantillon d'établissement.

Les établissements ne réunissant pas le CVS trois fois par an indiquent privilégier d'autres formes d'expression (commissions, réunions annuelles des résidents).

Dans les faits, pratiquement tous les établissements dans lesquels le CVS est obligatoire l'auraient mis en place.

L'ARS espère pouvoir réaliser un état des lieux plus complet du fonctionnement des CVS en 2016 à partir de l'analyse des évaluations externes 2014/2015 des établissements.

Le CODERPA 49 dans une étude intitulé « Quel avenir pour les EHPAD du Maine et Loire en 2040 ? » a analysé le fonctionnement des CVS des EHPAD de ce département.

En voici quelques extraits :

« Le CODERPA a repéré que si, globalement, il est organisé a minima trois réunions par an dans certains EHPAD, d'autres les ont accompagnés de réunions préparatoires, avec le concours des personnels des institutions. Certains établissements en complément ont innové avec des réunions mensuelles. Pour les établissements en difficulté de faire vivre le CVS, la commission a remarqué que les assemblées générales annuelles ont remplacé les réunions de CVS.

Le CODERPA note que très peu d'établissements ont pris en compte la communication avec la distribution de compte-rendu qui est remis aux résidents, aux familles et aux professionnels.

Il remarque malgré tout que cette instance est jugée comme positive car elle joue un véritable lien social. A titre d'exemple, il est cité dans l'enquête les échanges positifs sur la vie quotidienne, sur la vie intime des résidents, sur le règlement intérieur, sur les pratiques médicales. Il est même spécifié que chaque échange peut amener une modification d'organisation et cela dans tous les domaines précités.

Malgré tout, il souligne que le fonctionnement des CVS est perturbé par le turn-over des membres ou de la présidence suite à décès par exemple. Le remplacement est jugé de plus en plus difficile et il est de moins en moins souhaité d'y participer. Cette situation est en corrélation avec la dépendance qui augmente. Il est remarqué à plusieurs reprises qu'il n'est pas rare que les participants pensent plus à leur problème individuel qu'au problème collectif.

Le CODERPA considère de manière générale qu'il est difficile dans ce cadre de mener des actions à moyen terme, de travailler sur des thématiques dans la durée. Il propose d'assurer la légitimité du CVS en modifiant le collège des usagers. Il serait plus judicieux que soit désigné de manière complémentaire un représentant titulaire avec son suppléant issus d'une association agréée ou issus du CODERPA ou de construire un réseau CVS.

Le CODERPA souligne que l'avenir des CVS suppose de reconnaître la place accrue des familles, d'instaurer une présidence et coprésidence, de créer un appui de conseil externe, de généraliser la création de réseaux d'élus, de sécuriser l'intervention des élus mais également de préparer le futur en créant des CVS dans l'aide à domicile. »

2.4.2. Les modes d'expression collective en dehors des conseils de la vie sociale dans les ESMS pour les personnes handicapées

77% des 408 ESMS répondant à l'enquête Flash de l'ARS « Qualité et sécurité des soins et de l'accompagnement des personnes handicapées » ont mis en place des modalités de participation des usagers au fonctionnement général de l'institution par l'intermédiaire de groupes d'expression collective : réunions d'unités éducatives, réunions des familles, réunions d'ateliers. Mais la participation des usagers à ces groupes d'expression est faible : 61% dans les établissements pour enfants, 59% dans les établissements pour adultes, 30% dans les services pour adultes et 18% dans les services pour enfants.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les données quantitatives 2014 ne permettent pas de dresser un réel tableau du fonctionnement des CVS dans notre région. La CSDU espère que l'analyse des évaluations externes prévues en 2016 pourra fournir des indications plus précises.

La CSDU note que, d'après l'ARS, quasiment tous les ESMS ont un CVS : cette instance constitue une mesure bien intégrée et connue, il existe un consensus sur la pertinence de leur objectif, et la volonté de la faire vivre existe tant au niveau des ESMS que des représentants des résidents et de l'ARS.

La CSDU se félicite également que d'autres moyens d'expression des usagers existent dans les ESMS (commissions restauration, animation, réunions d'ateliers etc.), mais rappelle que cette forme d'expression ne doit pas avoir pour objectif de remplacer le caractère réglementaire des CVS qui doivent avoir un regard large sur l'établissement et son fonctionnement. Si les CVS ne sont pas obligatoires dans les différents services de soin et d'accompagnement à domicile leur existence serait tout de même souhaitable pour permettre une meilleure appréciation de la parole des usagers.

La CSDU est interpellée par la chute continue de l'indicateur du PRS « le pourcentage des établissements médico-sociaux réunissant leur conseil de la vie sociale au moins trois fois par an ». Même si ce chiffre doit être relativisé en fonction du faible nombre d'établissements inspectés, il dénote des difficultés persistantes dans le fonctionnement des CVS en particulier dans les EHPAD, dues en particulier au renouvellement fréquent des membres résidents et des familles.

La CSDU propose un certain nombre de pistes pour les CVS afin d'assurer leur légitimité et d'inscrire leur fonctionnement dans la durée :

- associer plus étroitement dans leur fonctionnement les CRUQPC et les CVS lorsque cela est possible, tout en veillant à ce que chaque instance garde ses missions propres ;
- permettre la désignation d'un représentant issu d'une association agréée du système de santé ou d'un CODERPA dans les CVS d'EHPAD ;
- mettre en œuvre des dispositifs d'appui en continu ou de façon ponctuelle, la piste « service civique » mériterait d'être examinée ;
- faciliter l'échange de bonnes pratiques de fonctionnement de CVS par une réunion annuelle dans des zones géographiques à déterminer ;
- préparer les réunions des CVS en amont en prenant en compte la parole des usagers.

2.4.3. Les personnes qualifiées

a) Le cadre réglementaire :

L'article L. 311-5 du Code de l'action sociale et des familles, dispose que : « toute personne

prise en charge **par un établissement ou un service social ou médico-social** ou son **représentant légal**, peut faire appel en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une **personne qualifiée** qu'elle choisit sur une liste (...). ».

b) La procédure :

La personne qualifiée saisie instruit la demande et prend connaissance auprès de l'usager des éléments qui constituent le litige. Elle rend compte de ses démarches au demandeur, à l'ARS ou aux services du Conseil Départemental par la rédaction d'un rapport d'intervention.

La personne qualifiée n'a pas de pouvoir d'injonction ni vis-à-vis de l'établissement d'accueil ni vis-à-vis de l'administration.

c) Désignations et interventions en Pays de la Loire :

Dans chaque département des Pays de la Loire les personnes qualifiées ont été désignées.

Le nombre de sollicitations et d'interventions est indiqué ci-dessous.

	Nombre de personnes qualifiées	Année de nomination	Demandes d'intervention		Intervention réalisées	
			2013	2014	2013	2014
Loire Atlantique	3	2012	1	6	0	5 dont 1 en cours
Maine-et-Loire	4	2011	3	2	0	2
Mayenne	5	2013	2	1	1	1
Sarthe	10	2012	1	2	0	1
Vendée	6	2013	2	0	2	0

d) Connaissance des listes de personnes qualifiées

Dans son rapport « Quel avenir pour les EHPAD de Maine et Loire à l'horizon 2040 ? », le CODERPA 49 indique que la possibilité de faire appel au dispositif « personnes qualifiées » est affichée d'une manière générale dans les EHPAD, voire inscrit dans le livret d'accueil.

Par contre, aucune indication sur les personnes qualifiées n'a été trouvée sur le site internet de l'ARS Pays de la Loire.

Dans une étude menée en 2014-2015 par des étudiants de l'IUT d'Alençon sur la possibilité d'obtenir des informations sur les personnes qualifiées dans chaque département, toutes les difficultés que peuvent rencontrer l'usager transparaissent.

Extrait de la conclusion :

« Nous avons rencontré de nombreux problèmes pour mener à bien cette enquête auprès des Conseils Généraux, des ARS et des DIRECCTE. Tout d'abord, nous pouvons noter que pour 49 départements la liste des personnes qualifiées n'est toujours pas établie. Mais ce qui ressort avant tout est le manque de connaissance de la part du personnel de ces institutions concernant cette liste (très peu de personnes savaient ce à quoi la liste faisait référence). On conclut également un réel manque d'implication des structures qui se renvoient la balle de services en services. Dans le cadre d'une demande comme la nôtre, une personne fragile peut vite se sentir désemparée. »

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU constate que si le dispositif « personnes qualifiées » est bien en place, il est très peu sollicité. Devant le faible nombre de saisines des personnes qualifiées plusieurs motifs peuvent être mis en avant : méconnaissance du dispositif par la population et les structures médico-sociales, difficultés d'accès, hésitation des résidents ou de leurs proches, inadaptation du dispositif à la réalité et aux besoins, mode de saisine inadéquat.

La CSDU considère que, dans un premier temps, il y a un effort important d'information à faire sur le dispositif, la saisine et le rôle des personnes qualifiées, à la fois auprès des usagers et auprès des structures concernées. Dans un deuxième temps, il conviendrait d'évaluer l'efficacité du dispositif comme le recommandait le rapport 2014.

2.5. Dispositif de traitement des plaintes à l'ARS

Les plaintes et réclamations sont le plus souvent traitées par les Conseils des ordres des professionnels de santé en ambulatoire, les établissements de santé dans le sanitaire et les structures spécialisées pour le médico-social. Mais **un certain nombre de plaintes sont adressées directement à l'Agence régionale de santé.**

En 2014, 545 réclamations ont été reçues et examinées en commission régionale, contre 448 en 2013, soit une nette augmentation (+22%). 84 % des plaintes ont été traitées au 31 décembre 2014.

2.5.1. Répartition des réclamations par secteur en 2014

	Etablissements de santé	Personnes âgées	Personnes handicapées	Autres	Ambulatoire	TOTAL
2014	204	147	82	61	51	545
<i>En %</i>	38 %	27 %	15 %	11 %	9 %	100 %
2013	157	124	64	54	39	448
2012	119	91	50	64	27	341

La répartition des plaintes par secteur est équivalente dans chaque département sauf pour la Vendée où plus de la moitié des plaintes (62 sur 99) concerne les établissements de santé et l'ambulatoire.

◆ Les réclamations mettent **en cause principalement les établissements de santé : 38% des réclamations.**

La prise en charge, et particulièrement **la prise en charge médicale**, fait l'objet de la moitié des plaintes. Sont mis en cause : la passivité et le manque d'empathie du personnel, le défaut ou la qualité de l'information donnée au patient ou à la famille, le traitement médical, y compris médicamenteux, et la gestion de la fin de vie. Les autres motifs sont divers : l'accès au dossier médical, les horaires de visite des patients, la vétusté des locaux...

◆ Ensuite viennent les réclamations concernant le secteur médico-social ayant trait aux personnes âgées : **27% des plaintes.**

Les motifs avancés par les plaignants à l'encontre des structures pour personnes âgées ont principalement **trait à la prise en charge des résidents** (plus d'un tiers), ainsi qu'au fonctionnement/management des EHPAD (un quart).

Sont évoqués : la passivité, le manque d'empathie et de respect du personnel, le retard dans les soins et l'hospitalisation, l'hygiène, les chutes liées à un défaut de surveillance, le manque d'activités et d'animation, la résiliation des contrats par les SSIAD.

◆ 15 % des réclamations concernent **les établissements pour les personnes handicapées**. Une légère augmentation par rapport à 2013 (14,3%). Elles concernent principalement les **demandes de places** (près d'1/3 des motifs de réclamations) puis la qualité de la prise en charge, ainsi que des problèmes de fonctionnement, d'information des familles, de transports et de conditions de travail.

2.5.2. Les suites données

Dans la moitié des cas les réclamations adressées aux établissements de santé et au SAMU sont adressées à l'ARS en double d'un courrier à l'établissement. Dans ce cas, l'ARS demande à l'établissement une copie de sa réponse au plaignant qui sera examinée en commission :

- soit la réponse apportée par l'établissement est jugée satisfaisante (mise en œuvre d'une médiation, explications données, excuses, annonce de mesures correctives, etc.) ;
- soit des investigations complémentaires sont décidées par la commission.

Les réclamations adressées uniquement à l'ARS font l'objet d'une demande d'informations à l'établissement, à partir de laquelle le même traitement s'applique.

Les réclamations liées au secteur médico-social sont examinées en commission et instruites par les Délégations Territoriales en raison de l'importance du lien avec le Conseil Général ou la MDPH.

Les réclamations peuvent donner lieu à des inspections et contrôles ciblés réalisés par le Département Qualité-Sécurité-Inspection (QSI) de la direction de l'efficience et de l'offre (DEO) en lien avec les Délégations Territoriales.

Le délai entre la date d'arrivée de la réclamation à l'ARS et la date de clôture du dossier est de 37 jours.

Les commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le nombre de plaintes augmente chaque année (341 en 2012, 448 en 2013, 545 en 2014) ; la répartition par secteur est constante.

La CSDU reste attentive aux plaintes concernant le secteur des personnes âgées dont le nombre est passé de 91 à 147 en deux années.

3. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE

3.1. Ambulatoire

Les données recueillies auprès des Ordres ne permettent pas d'évaluer le respect de la dignité ni la promotion de la bientraitance.

3.2. Sanitaire

3.2.1. Analyse du critère 10a de la certification HAS relatif à la « prévention de la maltraitance et la promotion de bientraitance »

Plusieurs items sont analysés par ce critère 10a :

- Les modalités de signalement des cas de maltraitance,
- Les actions de sensibilisation des professionnels,
- L'intégration de la promotion de la bientraitance dans les projets de l'établissement.

En 2014, 209 activités d'établissements des Pays de la Loire ont fait l'objet d'une certification HAS critère 10a (185 en 2013). :

- 21 % recueillent une cotation « A »
- 78% recueillent une cotation « B »
- 1% recueillent une cotation « C »

Critère 10a	A	B	C	D
Court séjour	13	54	1	
Santé mentale	5	18		
Soins de suite et de réadaptation	13	60	1	
Séjour longue durée	10	24		
Hospitalisation à domicile	3	7		
TOTAL	44	163	2	0
<i>En %</i>	21%	78%	1%	0

3.2.2. Les informations sur la bientraitance au sein des rapports CRUQPC

- 92% des établissements mettent en œuvre des actions de promotion de la bientraitance.
- 266 évaluations des Pratiques Professionnelles ayant pour thématique le respect des droits des usagers ont été recensées pour 98 établissements.
- 97 établissements de la région ont proposé au personnel des formations ou des séances de sensibilisation à la bientraitance, c'est 52 établissements de plus qu'en 2013.
- Parmi les 3613 réclamations reçues en 2014 par les établissements de santé, 9 concernent le thème de la maltraitance.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La part des établissements mettant en œuvre des actions de promotion de la bientraitance est en augmentation constante.

La formation des personnels à cette thématique semble également désormais bien intégrée dans les établissements puisque 87% des établissements ont proposé une formation contre 52% en 2013.

A partir des certifications de la HAS, la CSDU constate que des marges de progression subsistent cependant et la promotion de la bientraitance doit être une démarche et un questionnement perpétuels.

3.3. Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance en structures médico-sociales

3.3.1. Le PRICA

Les services de l'ARS font de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance une de leurs priorités. Les inspections sont menées au titre du Programme Régional Inspection Contrôle Audit (PRICA).

Un ciblage est effectué avec pour objectif d'atteindre **15% des établissements** accueillant les personnes âgées et les personnes handicapées sur l'ensemble de la période de 5 ans du programme pluriannuel de prévention de la maltraitance dans les ESMS relevant de la compétence de l'ARS, soit 27 établissements par an ; et **10% des services** de prise en charge à domicile (SESSAD, SSIAD, SAMSA).

En 2014, 30 établissements et 5 services de prise en charge à domicile ont été inspectés.

Les établissements inspectés le sont en fonction d'un plan préétabli (par tirage au sort ou du fait d'un faisceau d'indices) ou bien suite à des événements faisant apparaître un problème de gouvernance, des événements indésirables graves, etc.

Les inspections ne sont pas annoncées à l'établissement. Elles se réfèrent à la grille de contrôle de l'IGAS et pointent la conformité ou la non-conformité aux dispositions réglementaires.

Il n'y a pas de synthèse annuelle des inspections mais plutôt des bilans thématiques réalisés tous les 3 ans, sur les EHPAD par exemple (pour le bilan 2012-2013 se rapporter au rapport 2014 sur le respect des droits des usagers).

Il ressort des inspections que les exigences concernant la bienveillance augmentent, de la part des familles, mais également de la part de l'ARS et des ESMS. La démarche qualité a été bien intégrée par les établissements et les différentes notions et nécessités d'approche plurielle sont bien connues.

3.3.2. Les évaluations externes

Au 10 octobre 2014 le bilan des évaluations externes de l'ARS Pays de la Loire faisait état de 447 évaluations externes soit 47% des structures évaluées : **215** dans le secteur des personnes âgées (EHPAD et SSIAD) et **232** dans le secteur des personnes en situation de handicap. Il s'agit d'une forte augmentation par rapport à 2013 où seulement 12% des établissements médico-sociaux avaient fait l'objet d'une évaluation externe.

Les évaluations externes ont pour référence les bonnes pratiques de l'ANESM davantage que les dispositions réglementaires. L'évaluation est payée par l'établissement, certains établissements s'organisent en coopérative pour faire appel à des évaluateurs. Les organismes d'évaluation doivent être agréés par l'ANESM.

A ce jour il n'y a pas de grille commune utilisée par les évaluateurs externes.

Un bilan des données 2014 – 2015 sera fait par l'ARS en 2016 et une grille davantage standardisée devrait voir le jour en 2016 et facilitera l'analyse des données.

3.3.3. La qualité de l'accompagnement en EHPAD

Les données disponibles sont relatives à l'enquête Flash 2015 réalisée à partir des données de 2014, et menée dans le cadre du dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements. 87% des EHPAD de la région ont été sollicités pour cette enquête (71% en 2013).

Les enquêtes Flash sont réalisées à partir des éléments déclarés par les ESMS.

a) Les plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ)

En 2014, 90% des EHPAD de la région ont un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ). C'est une augmentation de 25% par rapport à 2013.

Le taux d'évolution de cette formalisation de la démarche qualité diffère néanmoins selon :

- La taille de la structure et donc la capacité des établissements : 95 % des EPHAD de plus de 80 places disposent d'un PACQ, et 86 % des EPHAD de moins de 50 places disposent d'un PACQ.
- Le statut des établissements : ceux du secteur privé à but lucratif et du secteur public hospitalier sont les plus avancés (90% de PACQ formalisés), 76% des établissements du secteur public territorial en disposent.

b) Les Projets de Vie Personnalisés

Depuis la loi 2002-2, chaque personne accueillie en établissement médico-social devrait bénéficier d'un PVP. En Pays de la Loire l'objectif cible de 100% n'est pas atteint mais la dynamique est bien lancée : en 2014, **60% des résidents de la région disposent d'un projet personnalisé** formalisé, c'est une augmentation de 11% par rapport à 2013 (21%).

Projets de vie personnalisés :	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
2013	58%	41%	42%	55%	44%
2014	67%	56%	46%	62%	59%

Les projets personnalisés sont moins informatisés que les autres domaines du dossier de l'utilisateur (dossier administratif et d'admission, dossiers de soins, prescriptions médicales).

Sur 509 EHPAD répondants à l'enquête, **47%** affirment que le dossier usager est complètement informatisé (39% en 2013).

3.3.4. La qualité de l'accompagnement dans les établissements pour personnes handicapées

Les données disponibles sont relatives à l'enquête Flash 2015 réalisée à partir des données de 2014, et menée dans le cadre du dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements. 83% des établissements pour personnes handicapées ont répondu à l'enquête mais tous n'ont pas répondu à toutes les questions.

a) Les projets de vie

Dans les 376 ESMS répondant à l'enquête Flash sur les projets de vie : une moyenne de 89% des personnes handicapées accompagnées bénéficient d'un projet de vie formalisé.

78% des projets personnalisés ont été réévalués avec la personne accompagnée en 2014. Le secteur de l'enfance est plus avancé que le secteur des adultes dans cette démarche d'association régulière.

Mais seuls 57% des ESMS répondant à l'enquête mettent en œuvre une organisation permettant de réviser les projets personnalisés des personnes qu'ils accompagnent aux âges clés de leur vie qui avaient été ciblés à 18 et 40 ans. C'est particulièrement vrai en ESAT (36%) et en MAS (40%).

b) Les protocoles de gestion des situations de maltraitance

61% des 408 établissements ayant répondu à l'enquête Flash sur la maltraitance ont établi un document spécifique destiné aux professionnels et travaillé avec eux sur les conduites à tenir. La formalisation de tels protocoles est légèrement plus développée dans les établissements du secteur de l'enfance que dans les établissements du secteur adultes.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite de la priorité donnée à la prévention de la maltraitance par le programme d'inspection-contrôle-audit de l'ARS.

La CSDU s'interroge sur la capacité des établissements, notamment des EHPAD, à promouvoir la bientraitance et à développer des projets de vie personnalisés dans des établissements où la population accueillie est désormais majoritairement dépendante et le personnel de plus en plus sollicité.

La CSDU souhaiterait obtenir plus d'informations sur les projets de vie personnalisés dans les établissements pour personnes handicapées afin de savoir comment ces projets sont construits avec les usagers puis revus et adaptés dans la durée.

Dans l'ensemble des ESMS la prise en compte des besoins des usagers et la promotion de la bientraitance passent également par l'accompagnement du personnel médical et paramédical, notamment par un soutien psychologique.

4. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE PRENDRE EN CHARGE

LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010), la douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L.1110-5 du code de la santé publique).

4.1. Ambulatoire

Aucune des données recueillies ne permet d'évaluer le respect de la prise en charge de la douleur en ambulatoire.

4.2. Sanitaire

Un livre blanc « structures douleur en France », publié en 2015, fait un état des lieux des structures douleur.

Ce livre blanc permet d'illustrer les forces et les faiblesses des structures d'évaluation et de traitement de la douleur en France. Dans les forces, on peut citer notamment la compétence des équipes pluri-professionnelles et la reconnaissance du modèle français d'organisation des structures de la douleur par d'autres pays. Les points faibles évoqués sont notamment l'accès à ces structures avec des délais d'obtention d'un rendez-vous pour une première consultation atteignant parfois plusieurs mois.

4.2.1. L'information sur la prise en charge de la douleur

Elle est principalement diffusée par affichage ou dans le livret d'accueil (dans 92% des établissements), mais aussi par la personne référente au sein du personnel (dans 53.6% des établissements), dans la procédure d'accueil et d'entrée (49%) ou encore via le journal interne, une plaquette remise lors du rendez-vous avec l'anesthésiste ou un carnet de bord à disposition des patients.

4.2.2. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (TDC)

Il s'agit de structures de recours hautement spécialisées accessibles sur le seul avis préalable d'un médecin.

Ces structures sont toutes hébergées en établissement de santé et labellisées par les ARS, elles doivent satisfaire des critères bien précis conformément à l'instruction du 19 mai 2011.

Il existe 2 niveaux de structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique :

- **Les centres** qui réalisent **une prise en charge médicale pluridisciplinaire avec plusieurs spécialités** (neurologue, psychiatre, orthopédiste, etc..). Si besoin le patient peut être hospitalisé.
- **Les consultations** qui assurent **une prise en charge pluri-professionnelle** (médecin, infirmier, psychologue).

En 2014, 12 établissements (10 centres et 2 consultations) sont concernés par une reconnaissance contractuelle Structures Douleur Chronique soit 10% des établissements.

La **Mayenne** est particulièrement sous dotée avec une seule structure d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Le ratio pour 100 000 habitants dans la région est de 0,33.

Les délais moyens de rendez-vous :

Les délais vont de 1 semaine à 7 mois pour une première consultation, et de 2 semaines à 6 mois pour une consultation de suivi.

Il y a de très fortes disparités selon les établissements : les délais sont brefs dans les centres anticancéreux, ils sont plus longs dans les structures multidisciplinaires qui traitent les douleurs chroniques.

4.2.3. Analyse du critère 12 a de la certification HAS V2010 relatif à la prise en charge de la douleur

Le critère 12a vérifie notamment si :

- « La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents services en concertation avec le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) »
- « Les patients sont éduqués à la prise en charge de la douleur »
- « Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants sont mis à la disposition des professionnels »

En Pays de la Loire 209 activités d'établissements ont été certifiées HAS critère 12a en 2014 (187 en 2013) :

- 43% recueillent la cotation « A »
- 47% recueillent la cotation « B »
- 10% recueillent la cotation « C »
- Une seule activité des soins de suite et/ou de réadaptation recueille la cotation « D ».

Critère 12a	A	B	C	D
Court séjour	35	29	4	
Santé mentale	5	12	6	
Soins de suite et de réadaptation	29	38	6	1
Séjour longue durée	14	16	4	
Hospitalisation à domicile	6	3	1	
TOTAL	89	98	21	1
En %	43%	47%	10%	0,48%

4.2.4. L'indicateur IPAQSS sur la douleur

Initié en 2008 par la Haute autorité de santé (HAS), **les indicateurs IPAQSS représentent des résultats quantitatifs obligatoires** sur la prise en charge des soins que tout établissement de santé se doit de renseigner chaque année. Pour l'indicateur IPAQSS « traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle » l'objectif de la performance a été fixé à 80%.

Le recueil de ces indicateurs étant biennal, ne sont disponibles que les résultats des données 2013 (publiés en 2014).

	Moyenne régionale		Moyenne nationale	
	2011	2013	2011	2013
Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)	80%	84%	73%	81%
Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	64%	76%	71%	83 %
Hospitalisation à Domicile	70%	84%	71%	76%

Les services de soins de suite et de réadaptation doivent poursuivre l'amélioration du recueil de l'information.

4.3. Médico-social

Des protocoles spécifiques existent pour organiser la prise en charge de la douleur en ESMS mais ce thème n'est pas quantifié.

L'analyse des évaluations externes 2014-2015 par l'ARS en 2016 permettra peut-être de disposer d'informations.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers :

La CSDU note que la Mayenne ne dispose que d'une seule structure de traitement et d'évaluation de la douleur. Concernant les délais il existe de très fortes disparités selon les établissements : les délais sont brefs dans les centres anticancéreux, ils sont beaucoup plus longs dans les structures multidisciplinaires qui traitent les douleurs chroniques.

Le temps entre la première consultation avec un généraliste au sujet de la douleur et la consultation dans un centre de douleur chronique est évalué à deux années, ce qui paraît très long.

5. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE EN FIN DE VIE

L'étude sur les droits des malades en fin de vie :

10 ans après la publication de la **loi dite "Léonetti" de 2005** qui a formalisé les réflexions sur la fin de vie et souligné de nouveau l'importance des soins palliatifs déjà reconnus par la loi du 9 juin 1999, l'**Agence Régionale de Santé** et la **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie** ont souhaité mener une étude sur la qualité et la pertinence de l'accompagnement en fin de vie dans la région des Pays de la Loire et mettre en perspective le regard des acteurs du territoire impliqués sur cette question et les besoins et attentes des usagers.

La méthodologie utilisée :

Pour mener à bien l'étude, **une approche qualitative a été privilégiée**. Elle a mis en perspective des entretiens et rencontres réalisés avec des professionnels de santé, des usagers, des proches. L'étude a recensé les attentes et identifié les dysfonctionnements et les bonnes pratiques existantes. Des recommandations ont été émises suite aux observations.

Extraits de l'Etude sur le respect des droits des malades en fin de vie pour la CRSA et l'ARS des Pays de la Loire¹

• L'application de la loi Léonetti dans les établissements sanitaire

[Au regard des critères de certification des CRUQPC](#)

[La possibilité de désigner une personne de confiance \(critère 5F\) :](#)

L'information des usagers sur la possibilité de désigner une personne de confiance est transmise par affichage ou/et Livret d'accueil dans 97,3% des établissements, mais aussi lors de l'accueil et l'entrée dans l'établissement (64,3%). En revanche, la mise en place d'une permanence pour l'information des usagers est absente dans 95,5% des établissements. La désignation d'une personne référente au sein du personnel : seulement 8,9% des établissements ont mis en place cette procédure. Le personnel a reçu une formation sur la procédure de désignation de la personne de confiance dans 74,1% des cas.

[La rédaction de directives anticipées relatives à la fin de vie \(critère 5H\)](#)

Au regard des données fournies, 83% des établissements sanitaires des Pays de la Loire ont mis en place une procédure d'informations des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées qui se manifeste à 89,3% par un affichage ou un livret d'accueil. Le personnel est formé à cette question dans 61,6% des établissements. Une procédure de recueil des directives anticipées existe dans 60,7% des établissements.

[La prise en charge du malade en fin de vie \(critère 5i\)](#)

¹ L'étude sur le respect des droits des malades en fin de vie est disponible sur le site de l'ARS : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Respect-des-droits-des-malades.186695.0.html>

Au regard de ce critère, 67% des établissements ligériens ont mis en place une procédure de gestion de soins en fin de vie. L'information reste cependant assez partielle puisque il n'existe pas de référent désigné dans : 70,5% des services des établissements, dans 78,6% des unités de soins palliatifs, dans 97,3% des équipes mobiles de nuit, dans 95,5% des équipes mobiles de weekend.

Pour les mesures d'accompagnement de la famille et des proches, la possibilité de séjourner auprès du malade est possible dans la majorité des établissements (78,6%), comme le suivi psychologique (75%).

Le personnel a reçu une formation sur la prise en charge du malade en fin de vie dans 83% des établissements.

↳ **Au regard des critères des certifications de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

L'analyse du critère 13.a « **la prise en charge et le respect des droits des patients en fin de vie** » montre qu'une grande majorité d'établissements a obtenu une cotation A ; la majorité des établissements en santé mentale a obtenu une cotation B

	COTATION			
	A	B	C	D
Court séjour	42	20	3	
Santé mentale	4	10		
Soins de suite et de réadaptation	41	24	3	
Séjour longue durée	25	7	2	
Hospitalisation à domicile	9	1		
TOTAL	121	62	8	0
	63%	68%	4%	

• **Points de rencontre et de divergence entre acteurs de terrain et usagers**

Le double recueil, auprès des acteurs de terrain impliqués dans l'accompagnement en fin de vie d'une part et des usagers d'autre part, a mis en exergue des points de rencontres et des divergences d'analyse de l'application de la loi Léonetti, ainsi que des difficultés et des priorités d'action.

❖ **Une loi reconnue par tous comme une avancée majeure**

Acteurs de terrain comme usagers estiment que la loi Léonetti représente une avancée majeure notamment parce qu'elle a permis de créer des débats autour de la fin de vie en France. Le qualificatif de « bonne » loi a été utilisé à des très nombreuses reprises. Toutefois, les acteurs de terrain et usagers ne soulignent pas les mêmes apports de la loi :

- **Les professionnels** saluent le fait que la loi apporte un cadre légal à la prise en charge en fin de vie et à leur exercice, notamment en matière de prise de décision collégiale. Elle a permis une diffusion de la culture palliative parmi les professionnels de santé. Ils soulignent également, de manière spontanée, que la notion de personne de confiance est un apport majeur de cette loi. Toutefois, certains professionnels qui jugent la loi comme une avancée alertent cependant sur le risque d'enfermer des cas particuliers dans les procédures trop générales et éloignées de la réalité de la prise en charge.
- **Les usagers** saluent l'existence de la loi mais pour des raisons différentes : l'encadrement de la sédation et le soulagement de la douleur, l'interdiction de l'acharnement thérapeutique et l'introduction des directives anticipées.

Acteurs de terrain et usagers estiment que bien des améliorations sont possibles. La loi actuelle répond aux besoins essentiels en matière de droits en fin de vie et l'enjeu est bien davantage de la faire connaître et de la faire appliquer que de légiférer de nouveau.

❖ **Une méconnaissance globale de la loi, regrettée par tous**

Acteurs de terrain comme usagers insistent sur la méconnaissance de la loi Léonetti, par la population avant tout, mais également par les professionnels de santé ou les acteurs médico-sociaux.

❖ Des progrès à faire en matière d'information

Les professionnels comme les usagers regrettent le manque de communication « institutionnelle » autour de la loi Léonetti.

❖ Les directives anticipées : une utilité reconnue malgré des limites persistantes

Citées spontanément par l'ensemble des usagers comme une avancée très importante permise par la loi Léonetti, un outil pouvant garantir le respect des volontés des patients.

Moins citées par les professionnels de santé, qui les évoquent le plus souvent en listant des difficultés qu'elles peuvent poser dans la pratique.

La plupart des limites constatées sont les mêmes selon les professionnels et usagers :

- Absence de modèle unique officiel ;
- Difficultés pour les écrire sans l'aide d'un professionnel ;
- Absence d'un fichier centralisant ces directives et permettant ainsi leur transmission d'une structure à une autre et leur consultation facile.

D'autres limites sont soulignées par les professionnels de santé :

- Volontés changeantes du patient et risque de les figer dans un document écrit
- Souvent non utilisables car rédigées dans les termes très généraux ou ne faisant que répéter les éléments déjà encadrés par la loi.

Deux contradictions majeures émergent des témoignages des usagers et des professionnels :

- **Les professionnels** affirment prendre toujours en compte les directives anticipées dont ils ont connaissance alors qu'une part importante des usagers ayant répondu au questionnaire et participé aux focus groupes affirment avoir eu des difficultés pour faire respecter les volontés de leurs proches.
- Tous les usagers exprimés sur la question souhaitent que les directives anticipées soient opposables aux professionnels. La plupart des professionnels est réservée sur cette question.

❖ La personne de confiance : un apport important mais des marges d'améliorations

Les professionnels et usagers constatent les mêmes limites dans l'application de cette mesure :

- **Mauvaise compréhension de son rôle** par les patients et leurs proches mais également les professionnels et le personnel administratif, qui la présentent souvent comme la personne à prévenir en cas d'urgence aux patients lors des admissions.
- **Difficultés d'ordre psychologique** pour la personne de confiance qui a le sentiment de décider de la fin de vie de son proche malade.

Les professionnels attirent l'attention sur le risque « d'oublier le malade » au profit de la personne de confiance alors que ce dernier est encore en l'état de s'exprimer.

❖ Respect des volontés du patient et acharnement thérapeutique : des avis très divergents entre les professionnels et usagers

- **Les professionnels** affirment prendre systématiquement en compte les volontés du patient. Les cas d'acharnement thérapeutiques sont très peu nombreux.
- **A l'inverse, les usagers** estiment que les professionnels ont fait preuve d'acharnement et ont été réticents à prendre en compte les directives anticipées ou l'avis de la personne de confiance demandant la limitation ou l'arrêt des traitements.

❖ Des acteurs de terrain jugés peu sensibilisés et formés aux soins palliatifs

- **Les usagers estiment** que les acteurs de terrain ne sont pas assez sensibilisés aux soins palliatifs et pas assez formés. Un constat davantage accepté au sujet des acteurs

médico-sociaux ou sociaux, les usagers désapprouvent l'insuffisance de formation quand il s'agit des professionnels de santé.

- **Les professionnels partagent ce constat** d'un manque de culture palliative parmi les professionnels. Toutefois, ils soulignent l'évolution positive de ces dernières années.

❖ Une meilleure accessibilité aux soins palliatifs mais des progrès à faire

Si les usagers comme les acteurs de terrain estiment que le développement des soins palliatifs représente une amélioration de l'accompagnement en fin de vie, ils regrettent les difficultés d'accessibilités persistantes. Par ailleurs, de nombreux établissements soulignent le nombre insuffisant de lits de soins palliatifs, qu'ils soient en Unités de Soins Palliatifs ou qu'il s'agisse de lits identifiées de soins palliatifs. Les usagers précisent ne pas connaître l'offre de soins palliatifs sur le territoire et ne pas toujours savoir à qui s'adresser, ce qui renforce des difficultés d'accès à ces prises en charge.

❖ Les besoins et attentes des usagers non abordés par les acteurs de terrain :

- La prise en charge de la douleur ne semble pas être considérée comme problématique par les professionnels alors qu'elle est citée en premier lieu par les usagers, de nombreux témoignages ont fait état d'un manque de soulagement de la douleur.
- La souffrance psychologique a été rarement spontanément abordée par les professionnels.
- Les professionnels abordent peu la question de l'accompagnement, en dehors des soins techniques.

• Les attentes et propositions exprimées par les acteurs et les usagers

Plusieurs attentes et propositions de réponses sont partagées :

- **Communiquer et informer le grand public**, sur les droits garantis par la loi et sur l'offre existante en matière de soins palliatifs et son fonctionnement dans les territoires :
 - Campagnes de communication grand public (sur le modèle de campagne de prévention des cancers) : spots télé/radio, affichages et plaquettes dans les lieux de soins.
 - Réunions d'information, sur les droits des patients en fin de vie, mais également sur les types d'offre et le fonctionnement des soins palliatifs sur les territoires de proximité.
- **Sensibiliser et informer les professionnels** (sanitaires médico-sociaux et sociaux)
 - Réunions d'information dans les établissements, sur initiatives des directions, en lien avec les acteurs du territoire,
 - Généraliser la formation aux soins palliatifs parmi tous les acteurs de la prise en charge.
- **Centraliser les informations récoltées** : soit les directives anticipées et l'identité de la personne de confiance, afin de faciliter leur accessibilité.
- **Proposer des outils facilitant la rédaction des directives anticipées** : soit un modèle unique soit une aide systématique d'un professionnel de santé dans la rédaction.
- **Informers spécifiquement sur la personne de confiance** : organiser des réunions d'information sur son rôle dans les établissements.
- **Renforcer l'accompagnement non médical** : l'importance de l'accompagnement par des bénévoles, des associations, et des proches des patients.
- **Anticiper les difficultés de la période suivant le décès** : antenne sociale proposant une aide dans les tâches administratives, soutien psychologique.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU tire plusieurs enseignements de cette étude :

- la prise en compte des droits des patients en fin de vie a progressé ces dernières années dans la région, professionnels et usagers sont d'accord sur ce point,
- la loi de 2005 est considérée comme une avancée majeure, même si elle a suscité des débats. Cependant ses applications sont encore trop mal connues de beaucoup de professionnels et encore plus de la population (directives anticipées, personnes de confiance, ...),
- il existe une importante différence de perception entre professionnels de santé et usagers sur le respect des volontés du patient et l'acharnement thérapeutique,
- il y a une attente forte de dialogue et d'écoute exprimée par les usagers envers les professionnels de santé, concernant la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de la souffrance psychologique ;
- il est nécessaire de mieux prendre en compte l'accompagnement des personnes en fin de vie par les bénévoles d'associations et les proches des patients.

Le rapport reprend également beaucoup de bonnes pratiques mises en œuvre par des acteurs de terrains et souvent peu connues. Il conviendrait donc d'en faciliter la diffusion.

La culture palliative est portée par des professionnels motivés et compétents, cela reste néanmoins trop souvent un sujet de spécialistes. La CSDU pense qu'il conviendrait donc d'élargir la diffusion de l'information, de permettre une meilleure appropriation par tous les professionnels et de mieux impliquer, sur ce sujet, les représentants des usagers dans les instances comme les comités éthiques, les CRUQPC et les CVS.

L'ARS va décliner dans les mois à venir les mesures prévues dans le plan «Pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 » ; il sera utile d'y intégrer les enseignements du rapport concernant en particulier les attentes exprimées par les usagers.

La loi « Nouveaux droits en fin de vie », adoptée en janvier 2016, va faire évoluer les dispositions de la loi dite Léonetti de 2005, en particulier sur les directives anticipées ; cela devrait fournir de nouvelles opportunités pour informer sur ce sujet et aider à leur compréhension et à leur rédaction.

6. DROIT A L'INFORMATION : PERMETTRE L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis d'instaurer de nouvelles modalités relationnelles avec le patient, en particulier dans la transmission des informations le concernant : « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels de santé ».

6.1. Ambulatoire

Aucune donnée dans les éléments fournis par les Conseils de l'Ordre sur le respect de ce droit.

6.2. Sanitaire

Les données concernant le traitement des demandes d'accès au dossier médical figurent dans le point 2.2.6 *L'accès au dossier médical* grâce aux éléments de la synthèse des rapports des CRUQPC.

Le nombre de réclamations recensées par les établissements sur ce sujet est de 19 (moins de 1% des réclamations reçues).

a) Analyse du critère 14b de la certification HAS « l'accès du patient à son dossier »

Ce critère évalue « l'organisation de l'accès du patient à son dossier dans les délais fixés par la réglementation » ainsi que « l'information du patient sur ses droits d'accès ».

En 2014, 209 établissements (185 en 2013) ont été soumis à la certification de la HAS.

L'analyse du critère 14b montre que :

- 83,7% ont obtenu un « A »
- 15,8% ont obtenu un « B »
- 0,5 % ont obtenu un « C ».

	Cotation			
	A	B	C	D
Court séjour	60	8		
Santé mentale	16	7		
Soins de suite et de réadaptation	64	9	1	
Séjour longue durée	27	7		
Hospitalisation à domicile	8	2		
TOTAL	175	33	1	0
	84%	16%	0,5%	0

b) Indicateur IPAQSS : délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique)

Le recueil des indicateurs IPAQSS est biennal ce qui explique que nous ne disposons pas de données pour 2014 mais uniquement pour 2013.

La moyenne régionale s'améliore mais reste en dessous de la moyenne nationale et de l'objectif de conformité attendu de 80 %.

	2011 données 2010	2012 données 2011	2014 données 2013
Moyenne régionale	37%	44%	48%
Moyenne nationale	40%	48%	51%
Objectif attendu	80%	80%	80%

Il faut noter que les causes de non-conformité à cet indicateur sont principalement liées à un dossier considéré comme incomplet.

6.3. Médico-social

Parmi les plaintes reçues par l'ARS en 2014 pour le secteur médico-social aucune n'est relative à l'accès au dossier médical.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Des données reçues à travers les rapports des CRUQPC et des certifications des établissements, il ressort que dans la région les demandes d'informations médicales sont bien traitées avec des processus établis.

Même si certains établissements éprouvent des difficultés pour respecter les délais réglementaires, on constate un faible taux de réclamations.

Concernant le respect du délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, la CSDU est bien consciente des difficultés des établissements pour respecter les objectifs de cet indicateur, mais elle tient à souligner que ce document est un élément clé de la continuité des soins.

L'exigence pour ces transmissions d'informations va augmenter puisque la nouvelle loi de santé prévoit la remise au patient ou à la personne de confiance d'une lettre de liaison au moment de la sortie.

6.4. Point sur la mise en œuvre du Dossier Médical Personnel

Le dossier médical personnel (DMP) est un dossier informatisé accessible via internet.

Il favorise la coordination et la continuité des soins qui permettra à chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, de reporter les éléments diagnostiques et thérapeutiques à l'occasion de chaque acte ou consultation.

Le DMP est un service public et gratuit. Il n'est cependant pas obligatoire et relève du choix de chaque patient. L'utilisateur a un contrôle intégral, lui seul peut autoriser son accès aux professionnels de santé. Il garde la possibilité à tout moment de supprimer tout ou partie des documents qu'il contient. Les professionnels de santé doivent au préalable demander l'autorisation au patient, sauf dans les situations d'urgence ou lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, s'il ne s'y est pas opposé préalablement.

La loi de modernisation du système de santé relance le DMP, qui devient le Dossier Médical Partagé, comme un outil de coordination au service du parcours de santé. L'article 25 de cette loi confie à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la responsabilité du DMP et sa participation à la conception et à la mise en œuvre de la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS).

Le partage de données de santé doit pouvoir se faire de la même manière sur tout le territoire.

La CNAMTS a déjà élaboré son plan d'action qui a pour objectif de simplifier la procédure d'ouverture des DMP et de faciliter son alimentation.

Les acteurs régionaux des DMP :

- 14 établissements de santé,
- 225 professionnels de santé libéraux.

Le nombre de DMP par département (novembre 2015) :

Département	Nombre de DMP créés	DMP créés par les professionnels de santé libéraux	DMP alimentés par les professionnels de santé libéraux
Loire Atlantique	9084	521	316
Maine-et-Loire	1024	1022	228
Mayenne	1249	1248	879
Sarthe	86	85	28
Vendée	6890	610	145
TOTAL	18 333	3 486	1 596

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le dossier médical personnel va devenir le dossier médical partagé, avec une gestion par l'Assurance Maladie (CNAMTS). La CSDU espère que les résistances culturelles et les difficultés technologiques qui ont notamment freiné le développement du DMP s'atténueront pour mettre à la disposition des usagers un véritable outil de coordination de leur santé avec la possibilité d'accéder aux informations les concernant.

6.5. Le dossier pharmaceutique

Le Dossier Pharmaceutique (DP) est un outil professionnel informatique de santé publique développé et financé par l'Ordre des Pharmaciens. Il permet notamment de sécuriser la délivrance des médicaments et, en particulier, de détecter une mauvaise prescription, une contre-indication, une posologie excessive. **En Pays de la Loire, 99,7% des officines** sont équipées pour ouvrir un dossier pharmaceutique et **1 800 000 DP seraient activés**.

Le contenu du Dossier Pharmaceutique

Le dossier contient l'ensemble des médicaments délivrés en pharmacie par ordonnance, sur une période de 4 mois. Les informations concernant les vaccinations sont conservées 21 ans et celles liées aux médicaments biologiques 3 ans.

Les médicaments non soumis à ordonnance (conseillés par le pharmacien ou achetés en automédication) peuvent être inscrits sur le dossier.

Pour chaque médicament apparaît son nom, son code, sa date de délivrance mais ne sont pas indiqués : le nom de la pharmacie, le médecin, le prix, la posologie.

La confidentialité du Dossier Pharmaceutique

Le DP est individuel. Il n'est accessible qu'en pharmacie, par l'action simultanée de la Carte Vitale et de la Carte Professionnelle du pharmacien. Les données ne sont pas conservées sur la Carte Vitale ni dans la pharmacie.

L'Assurance Maladie et les assureurs en complémentaire santé n'ont pas accès au dossier.

Les droits des usagers par rapport au dossier pharmaceutique

Le pharmacien doit demander l'accord exprès de l'utilisateur pour son ouverture, une plaquette informative et une attestation d'ouverture doivent être fournies.

L'utilisateur peut demander à ce que certains médicaments n'y soient pas inscrits et il peut obtenir une copie de son dossier ou demander sa fermeture à tout moment sans avoir à en donner le motif.

L'utilité du Dossier Pharmaceutique

Il doit faciliter le rôle de conseil, d'aide et de vigilance du pharmacien, en particulier en dehors de la pharmacie habituelle.

Les pharmaciens hospitaliers des établissements de santé, avec la Carte Vitale du patient, ont la possibilité de consulter le DP mais le dossier ne sera pas complété par l'enregistrement des prescriptions de médicaments fournis lors de cette hospitalisation.

Plusieurs établissements de santé, dont le CHU de Nantes, expérimentent la possibilité pour certains médecins hospitaliers (Urgences, Anesthésie et Réanimation, Gériatrie) de pouvoir également consulter le dossier pharmaceutique avec l'accord du patient ou en cas d'urgence.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU constate que les pharmaciens se sont mobilisés en Pays de la Loire pour développer le dossier pharmaceutique, elle considère que ce dossier pharmaceutique est utile, en particulier pour les patients ayant fréquemment des prescriptions médicamenteuses ou se déplaçant régulièrement.

La CSDU rappelle que l'ouverture et la gestion d'un Dossier Pharmaceutique relèvent de la liberté de chacun ; la phase d'explications à l'utilisateur par le pharmacien lors de l'ouverture d'un dossier pharmaceutique pour obtenir son consentement est donc très importante et reste à améliorer.

Pour assurer pleinement l'efficacité du Dossier pharmaceutique pour le patient il serait souhaitable que :

- son utilisation dans les établissements de santé soit développée et améliorée,
- sa compatibilité avec le DMP soit réalisée.

7. ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE

7.1. Le milieu ordinaire

- A la rentrée scolaire **2014**, **12 346 élèves handicapés** sont scolarisés **en milieu ordinaire** dans une école ou un établissement scolaire du second degré (11 500 en 2013).
- **5 200** sont scolarisés dans des **établissements spécialisés** (établissements hospitaliers et médico-éducatifs).
- D'après l'enquête Flash « Qualité et sécurité des soins et de l'accompagnement des personnes handicapées » réalisée par l'ARS et à laquelle 187 ESMS ont répondu, il y a de fortes disparités en fonction des handicaps : on atteint 32% de scolarisation chez les enfants accueillis en Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés, et 90% de scolarisation pour les enfants accueillis dans les instituts de déficients sensoriels et en SESSAS.
- Selon cette enquête 20% des enfants accueillis en IME et 12% des enfants accueillis en ITEP n'ont pas accès à une scolarisation.

En milieu ordinaire, il existe 2 modalités de scolarisation :

- **La « scolarité individuelle »**, qui s'effectue dans une classe ordinaire.
- **La « scolarité collective »**, prescrite par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Le jeune est alors orienté vers une classe pour inclusion scolaire (CLIS) ou une **unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)**, classes ou unités comportant de petits effectifs où, encadré par un enseignant spécialisé, il reçoit un enseignement personnalisé et adapté à ses besoins. Ces 2 dispositifs permettent des temps d'inclusion des élèves en classe ordinaire.

La scolarisation des élèves en situation de handicap selon le type de structure

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Total général
Maternelle :						
Classe ordinaire	252	93	41	134	55	575
CLIS	5	-	-	-	-	5
Elémentaire :						
Classe Ordinaire	1 690	733	476	608	688	4 195
CLIS	768	505	264	395	394	2 326
Total premier degré	2 715	1 331	781	1 137	1 137	7 101
Collège						
Classe ordinaire	726	305	314	218	242	1 805
SEGPA	186	123	135	43	136	626
ULIS	618	350	174	307	220	1 669
EREA	30	8		7	18	63
Lycée :						
Classe ordinaire	260	188	160	100	65	773
ULIS	104	52	35	42	46	279
Total second degré	1 927	1 026	818	717	727	5 215
Total des établissements spécialisés	2 105	1 268	278	937	647	5 235
Ensemble	6 757	3 630	1 883	2 796	2 515	17 581

C'est dans la **Sarthe** que les élèves sont le plus souvent qu'ailleurs accueillis en scolarisation collective. En revanche ils sont moins souvent qu'ailleurs accueillis en SEGPA (sections d'enseignement général et professionnel adapté).

En **Mayenne**, le nombre d'orientations scolaires décidées connaît une légère baisse en 2014 : 1145 demandes (contre 1189 en 2013) et 1018 accords, soit un taux d'accord de 88.8% contre 96.6% en 2013.

En **Loire Atlantique** en revanche les orientations scolaires ont très légèrement augmenté.

En **Maine et Loire** les demandes de scolarisation des enfants et adolescents augmentent en 2014 : + 8 % (+ 241 demandes), alors qu'entre 2012 et 2013 la progression n'était que de 3 % (+ 82 demandes).

En **Vendée**, les décisions d'orientation scolaire sont en recul (de 570 décisions en 2013 à 409 décisions en 2014) mais principalement dues à l'allongement des durées d'orientation pour une bonne partie des élèves.

On note une progression sensible des effectifs des élèves handicapés porteurs de troubles intellectuels ou cognitifs ou de troubles psychiques, grâce notamment à l'ouverture de nouvelles classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) et d'unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Ces catégories de jeunes bénéficient également d'un accueil accru en classes ordinaires ou en sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA). Le nombre d'élèves bénéficiant d'une aide humaine a fortement progressé.

A compter du 1er septembre 2015, qu'ils soient situés dans une école, un collège ou un lycée, tous les dispositifs de scolarisation des établissements scolaires destinés aux élèves en situation de handicap sont dénommés unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : ULIS-école, ULIS-collège et ULIS-lycée.

7.2. Les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH)

Les demandes déposées par les familles à la MDPH concernent :

- L'orientation scolaire
- Les transports scolaires

- L'aide humaine scolaire
- Le matériel pédagogique adapté
- L'aménagement des conditions d'examen

Les demandes concernent en priorité l'orientation scolaire et l'aide humaine.

*Les mesures de compensation au sens de la loi de 2005 comportent notamment le recours à un **auxiliaire de vie scolaire (AVS)**. Les AESH « **collectifs** » (AVS-co) : apportent leur aide à une équipe intégrant plusieurs jeunes handicapés dans le cadre d'un dispositif collectif (type CLIS, ULIS,...).*

- *Les AESH « **individuels** » (AVS-I) apportent une aide individualisée.*
- *Les AESH « **mutualisés** » (AVS-M) apportent leur aide à plusieurs élèves simultanément et répondent aux besoins d'accompagnement d'élèves qui ne requièrent pas une attention soutenue et continue. Ce dispositif a été mis en place à la rentrée 2012.*

*Depuis la rentrée scolaire 2014, la terminologie a changé : **les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH)** remplacent les AVS.*

A la rentrée scolaire 2014, **5400 enfants** ont bénéficié d'un accompagnement, **contre 4889 en 2013**.

En **Loire Atlantique** : après une forte augmentation des attributions d'auxiliaires de vie scolaire jusqu'en 2012, une baisse est à présent amorcée depuis 2 ans. En **Sarthe** également les accompagnements semblent se stabiliser.

En **Vendée**, les attributions d'AVS continuent à progresser (+9%), de même qu'en **Maine et Loire** (+20%) et en *Mayenne* (+ 26%).

L'augmentation continue depuis plusieurs années du nombre de demandes peut s'expliquer par :

- une meilleure information des parents et des équipes éducatives qui sollicitent plus facilement cette prestation,
- **la non intégration des enfants dans un établissement ou un service pour lequel la CDAPH avait validé l'orientation.** Cet état de fait les contraints à intégrer un établissement scolaire dit ordinaire avec l'étayage d'un(e) auxiliaire de vie scolaire ;
- l'absence de soins pour des difficultés mineures qui peut générer une aggravation des troubles du comportement nécessitant alors un accompagnement dans le milieu scolaire.²

3 600 élèves handicapés bénéficient d'un **accompagnement** individuel (une baisse de 1152 par rapport 2013) et **1 800 d'un accompagnement mutualisé** (une hausse de 1663 par rapport à 2013)³.

On note une baisse de l'accompagnement individuel et une forte augmentation de l'accompagnement mutualisé.

Il y a eu globalement une plus forte demande d'AVS de la part des familles (+511), les CDPAH n'ont pas toujours pu répondre favorablement aux demandes d'accompagnement individuel et ont répondu par un accompagnement collectif. Une autre raison peut être évoquée : lorsqu'un accompagnement individuel en classe n'est pas adapté, par manque de formation de l'enseignant notamment et/ou du fait de la spécificité du handicap, il y a un basculement vers un accompagnement mutualisé.

² Rapport 2014 MDA Sarthe

³ Enquête DGESCO N°3 12 ET 32

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Comme l'an passé, les données ne sont que quantitatives et pas qualitatives, elles montrent une augmentation continue du nombre d'enfants handicapés scolarisés mais ne portent pas sur l'adéquation entre le dispositif et le besoin de l'élève. Dans son rapport 2014 la Maison de l'autonomie de la Sarthe soulève que l'augmentation des demandes d'accompagnement par les auxiliaires de vie scolaire (AVS) peut être due à « la non intégration de l'enfant dans un établissement ou service. » Cela soulève le problème majeur du manque de places en établissement médico-social. La CSDU regrette que le nombre d'enfants déscolarisés faute de place en établissement et en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) ne soit pas connu.

D'autres tendances et interrogations peuvent être notées :

- l'accompagnement mutualisé est en forte hausse : il concerne 1800 élèves en 2014 contre 137 en 2013 ; alors que l'accompagnement individuel diminue : il concerne 3600 élèves en 2014 contre 4752 en 2013. Il faudra suivre l'évolution de ces données et vérifier si l'accompagnement mutualisé est toujours pertinent ou bien s'il aboutit parfois (comme cela a déjà été constaté en Vendée en 2014) à un retour au dispositif d'accompagnement individuel ;
- la CSDU attire l'attention sur la nécessaire coopération avec le rectorat afin d'établir des solutions adaptées et pérennes. Ainsi, un AVSI est sous contrat avec un établissement pendant deux ans et ce contrat ne peut être renouvelé, certains élèves se retrouvent ainsi sans AVSI au bout de deux ans et sont orientés vers un AVSM par défaut ;

La CSDU veut également attirer l'attention sur les besoins importants des ESMS pour l'accompagnement et l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap ainsi que sur le manque de professeurs des écoles en établissement

8. DROIT DES PERSONNES DETENUES

Le cadre réglementaire : la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Son objectif était d'assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. Cette loi a considérablement fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues en permettant le développement d'une politique de santé publique adaptée au milieu pénitentiaire. L'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire ont ainsi été transférées au service public hospitalier.

Ce principe a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dans son article 46 qui dispose que « La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ».

La prise en charge de la santé des détenus est donc confiée au service public hospitalier. Ainsi **les personnes détenues bénéficient des soins délivrés par des professionnels hospitaliers (médecins, dentistes, psychologues, infirmiers...), au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de l'établissement pénitentiaire.**

Pour obtenir une consultation, les détenus doivent faire une demande à l'UCSA. La demande peut également émaner du personnel pénitentiaire ou de toute personne agissant dans l'intérêt du détenu. Tous les détenus sont obligatoirement affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale.

L'application de la loi de 1994 a permis l'introduction d'une véritable **éthique des soins en détention** :

- En affirmant un véritable droit aux soins, quelles que soient les contingences carcérales ;
- En permettant une stricte identification des rôles entre médecins et personnels surveillants ;
- En assurant mieux le respect du secret médical.

==) La région des Pays de la Loire compte 8 maisons d'arrêts qui sont reliées à 8 unités sanitaires.

La confidentialité des dossiers médicaux :

L'article R.1 112-2 du CSP dispose 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. Il est identique à celui constitué pour tout patient admis dans un établissement de santé public ou privé ».

Ce dossier médical patient est constitué pour chaque personne détenue dès son entrée dans un établissement pénitentiaire par le service médical de l'établissement de santé correspondant (UCSA/SMPR). Son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont régis par les règles de droit commun. Sa communication constitue une obligation pour l'établissement et un droit pour le patient.

Le dossier médical relève de la responsabilité exclusive de l'établissement de santé. Il est conservé dans les locaux de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire où est écroué la personne. Le respect de sa confidentialité et de son accessibilité par le seul personnel soignant est une obligation réglementaire.

FOCUS

Programme expérimental en milieu carcéral

Contribution de Sylvie Chapelais, déléguée régionale de Médecins du Monde Pays de la Loire

Depuis 1994 la loi instaure clairement l'égalité des soins entre les personnes incarcérées et le reste de la population. Cependant différents rapports mettent en évidence des difficultés dans l'exercice de ce droit : freins, obstacles et difficultés dans l'accès aux soins, renoncement aux soins, prise en charge ressentie comme mal adaptée aux besoins d'une personne.

C'est dans ce contexte qu'un projet expérimental sur 3 ans est né de la volonté croisée de Médecins du Monde et des équipes médicales intervenant en centre pénitentiaire d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues. Dès le départ, le projet a été conçu avec l'objectif de promouvoir la santé et d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues au centre pénitencier de Nantes dans une démarche communautaire.

L'originalité de ce programme réside dans ses principes d'intervention qui s'inscrivent dans une conception dynamique de la santé envisagée comme une ressource qui va permettre à la personne de développer ses capacités. La démarche communautaire s'appuie sur la prise de conscience d'un groupe d'une problématique commune avant d'imaginer avec elle des solutions collectives qui en découlent. En parallèle s'inscrit un travail de renforcement des capacités et de l'autonomie des personnes en matière de santé par des actions de promotion de la santé jugées prioritaires par les personnes.

FOCUS

La démarche « d'aller vers » crée les conditions d'une relation de confiance. Les activités s'organisent autour de 3 axes : renforcer les capacités des personnes détenues en matière de santé, sensibiliser les surveillants, professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire et travailler notamment sur les obstacles et les renoncements aux soins. A ce jour les bénévoles et salariées impliqués sur le programme se situent dans une position de facilitateurs, médiateurs entre les différents acteurs et bénéficient d'un réel climat de confiance. Des premiers résultats sont attendus dans les prochaines semaines

9. SANTE MENTALE

Le présent rapport est établi sur la base des données et informations mentionnées dans chacun des cinq rapports annuels 2014 des CDSP (Commissions Départementales des Soins Psychiatriques) des départements constituant les territoires de l'ARS Pays de la Loire.

9.1. Les missions de la CDSP

- Elle doit être informée, selon les cas, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de toutes décisions de maintien de ces soins et des levées de ces mesures,
- Elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques sous contrainte, ou de leur conseil et examine leur situation,
- Elle est chargée d'examiner, en tant que de besoin, la situation de ces personnes et obligatoirement, sous certaines conditions :
 - Celle de toutes les personnes admises en cas de péril imminent,
 - Celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an,
- Elle saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement,
- Elle visite les établissements habilités, vérifie les informations figurant sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées,
- Elle adresse, chaque année, son rapport d'activité, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté,
- Elle peut proposer au juge des libertés du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sous contrainte, d'ordonner, dans les conditions relative à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure des soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet,
- Elle statue sur des modalités d'accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

La composition de la CDSP :

- Deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près de la cour d'appel, l'autre par le préfet,
- Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel,

- Deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignées par le préfet,
- Un médecin généraliste désigné par le préfet.

En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission, des personnalités d'autres départements peuvent être nommées.

9.2. Les statistiques

Afin de ne pas alourdir la lecture du rapport, il n'a été retenu que les mesures d'admission les plus significatives et les plus connues des usagers de la psychiatrie.

- **Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) :**

Type de mesure	Nombre en 2013	Nombre en 2014
Admission dite <i>normale</i> (L.3 212-1)	996	948
Admission dite <i>urgente</i> (L.3 212-3)	1 581	1 296
Admission dite <i>péril imminent</i> (L.3 212-1-2°)	611	885
Total SDT	3 188	3 129

Deux constats peuvent être dressés sur la période 2012-2014 :

➤ **Une baisse significative globale** de ces admissions est constatée sur l'ensemble de la région (**légèrement supérieure à 7%**). Néanmoins cette **diminution n'est constatée que sur les quatre départements** de la Loire Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Vendée. A contrario le département de la **Sarthe enregistre une hausse de 24%**.

➤ **une augmentation notable** des mesures prises au titre de l'article L.3 212-1-2° dite de **péril imminent**. Pour l'ensemble des établissements de la région le poids relatif de cette mesure est passé sur la période de **19,5% à 28,3%**. Cette hausse affecte l'ensemble des départements mais avec une disparité importante :

- Loire Atlantique : 17%
- Maine-et-Loire : 63%
- Mayenne : 8%
- Sarthe : 35%
- Vendée : 32%

Commentaires Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les causes d'augmentation aussi importantes que disparates concernant la mesure : « péril imminent » peuvent avoir des origines diverses et interactives. Il conviendrait qu'elles soient recherchées et objectivées afin de permettre une analyse de cette situation. Ceci conduirait, en premier lieu, à s'assurer que les conditions de prise en charge des personnes ne sont pas affectées et, en second lieu, de mettre en oeuvre, si nécessaire, les mesures correctives administratives et/ou de parcours de soins.

- **Admission en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat ou sur décision de la justice (SDRE) :**

SDRE en 2014	Nombre en 2013	Nombre en 2014
Admission dite « <i>demande direct préfet</i> » (L.3 213-1)	93	66
Admission dite « <i>mesure provisoire Maire</i> » (L.3 213-2)	248	229
Total des SDRE	341	295

Cette mesure prise par le maire doit être confirmée par le préfet.

Pour l'ensemble des mesures SDRE, une tendance relativement décroissante est observée. Elle vaut pour l'ensemble des départements à l'exception de la Vendée qui note un accroissement significatif mais assez ponctuel.

D'une manière générale, les différentes CDSP ne constatent pas d'atteinte aux libertés individuelles ou à la dignité des patients.

9.3. La composition des CDSP en Pays de la Loire

Une Commission Départementale des Soins Psychiatriques est présente dans chacun des cinq territoires des Pays de la Loire. La composition des CDSP du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Sarthe, tant au regard de la qualité et de la quantité des membres qui les constituent, respecte les dispositions prévues par la loi. Toutefois celles de Loire Atlantique mentionne l'absence d'un psychiatre sur les deux requis par la loi.

9.4. Le nombre de réunions annuelles en Pays de la Loire

Le nombre de réunions annuelles requises a minima, indépendantes des visites d'établissements de santé, est de quatre. Les CDSP du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Loire Atlantique et de la Sarthe observent ce minimum voir le dépassent largement pour ce dernier département (9). A contrario la Vendée ne tient que 3 réunions par an. Cette situation avait déjà été notée en 2012 et 2013.

9.5. La visite des établissements

9.5.1. Le nombre de visites

Le fonctionnement de chacune des CDSP au regard des visites d'établissements est assez disparate dans la mesure où la loi requiert deux visites annuelles par établissement :

Les départements	Les établissements	Le nombre de visites
Loire Atlantique	4	5
Maine-et-Loire	3	9
Mayenne	3	4
Vendée	3	1

En ce qui concerne la Sarthe, le rapport CDSP mentionne « qu'aucune visite spécifique d'établissement » n'a été programmée. A contrario, ce même rapport mentionne que les personnes malades ayant formulé des réclamations « *ont été reçues par la commission à l'établissement* ». Une interprétation sémantique sur le terme « Visite d'établissement » doit probablement expliquer ces mentions contradictoires. Il conviendrait de s'en assurer car l'examen des dossiers requière couramment des éclairages spécifiques du personnel soignant. Cette même remarque a déjà été formulée en 2013.

9.5.2. La qualité des visites

- CDSP de Loire Atlantique :

- elle constate une amélioration notable de la rédaction de certificats médicaux (notamment dans la diminution du « copier-coller ») à plusieurs mois d'intervalle qui avait été signalée en 2012 et 2013. Elle n'a toutefois pas disparu.
- Elle réitère la mention des difficultés déjà pointées en 2012 et 2013 relatives aux conditions de visites rencontrées dans certains établissements du fait du manque de disponibilité du corps médical pour répondre en tant que de besoin aux questions de la Commission,
- elle est sensibilisée à la situation des patients mineurs sachant que « les hospitalisations libres » sont, en ce qui les concerne, demandées par leurs représentants légaux. Cette remarque vaut

également pour les jeunes majeurs, que la commission a eu l'occasion de rencontrer et pour lesquels il s'agit parfois du premier contact avec le milieu psychiatrique. **L'organisation de la pédopsychiatrie est un problème crucial dans le département.**

- CDSP de Sarthe :

La commission a remarqué des situations d'hospitalisations bloquées par manque de transfert dans un autre département soit pour rapprochement familial soit pour bénéficier de sorties et activités thérapeutiques pouvant aider à la réinsertion et à la stabilisation progressive de l'état du patient.

9.5.3. Examens des réclamations, plaintes et requêtes

A la requête des CDSP, un certain nombre de dossiers présentant une particularité sont examinés par celles-ci à l'occasion des visites d'établissements. Leur nombre s'élève à 1 156 pour l'année 2013, contre 1 084 en 2012 et 765 en 2011.

96 patients ont été reçus à leur demande par les Commissions en entretiens individuels.

42 ont formulé des réclamations, plaintes ou requêtes près des CDSP.

D'une manière générale, les CDSP de la région Pays de la Loire n'ont pas constaté d'atteinte aux libertés individuelles, à la dignité des patients ou l'existence de mauvais traitements ou de conditions dégradantes.

9.6. Application de la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 novembre 2013

En ce qui concerne l'action du Juge des libertés et de la détention (JLD), qui constitue un des points clé de ces lois relatives aux modalités de prise en charge des soins psychiatriques sans consentement, on peut regretter le silence des différentes CDSP quant aux conséquences qualitatives et quantitatives de cette procédure et ce après une année pleine d'application des mesures concernées.

Seule, comme en 2012, la CDSP du Maine-et-Loire a fait une synthèse très concise du nombre de saisines du JLD ainsi que des affaires venues aux audiences.

La synthèse des rapports CDSP 2014 faisait état d'une relative stabilité du nombre des demandes de réclamations adressées par des patients aux CDSP, ce qui pouvait laisser à penser que les deux procédures de recours, CDSP et/ou JLD, correspondent à des objectifs différents et que le recours au JLD ne se substitue pas à la saisine de la CDSP.

Le rapport de 2013 indiquait que cette occurrence resterait néanmoins à être réappréciée lors de l'exercice 2014, car la tenue des audiences du JLD dans l'établissement de santé, hors de la relative solennité d'un TGI, pourrait induire éventuellement une attitude différente des patients. Or, 2014 laisse apparaître un accroissement très significatif des demandes d'entretiens individuels par les patients. Ce point est à surveiller.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La Commission constate que toutes les Commissions départementales des Soins Psychiatriques sont en place sur la Région Pays de la Loire, ils fonctionnent globalement selon les prescriptions réglementaires. L'existence de mauvais traitements, de conditions dégradantes ou de rétentions abusives notoires n'apparaissent pas avoir été évoquées.

Toutefois, une attention particulière doit être portée par l'ARS Pays de la Loire sur les points suivants :

En tout premier lieu : sur l'augmentation notable des mesures prises au titre de l'article L.3 212-1-2° dit *péril imminent* dont la part est passée de 19,5% à 28,3% entre 2012 à 2014, et ce dans un contexte de baisse de l'ensemble des mesures SDT.

En second lieu : la CDSP du Maine-et-Loire inclut dans son rapport annuel un bilan des saisines du Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Cette information complémentaire permet d'avoir une vue complète du contrôle des soins sans consentement avec les décisions de maintien et de levée de ces mesures. Les CDSP des quatre autres départements pourraient être incitées à transmettre également cette information qui rentre dans le cadre de leurs missions principales. Cette demande a déjà été formulée dans le rapport de l'année 2013.

FOCUS

Les labels Droits des usagers de la santé

Depuis 2011 le dispositif « Label Droits des usagers de la santé » vise à valoriser des expériences exemplaires et des projets innovants en matière de promotion des droits des patients.

Les labels sont mis en avant sur le site du Ministère de la santé et les lauréats du concours sont récompensés de leurs expériences exemplaires et projets innovants menés en matière de promotion des droits des patients.

Le label est ouvert à tous les acteurs du système de santé qui souhaitent engager une action exemplaire dans le domaine de la promotion des droits des usagers. Les projets peuvent concerner l'ensemble du champ de compétence de l'ARS (prévention, soins ambulatoires et hospitalier et secteur médico-social).

En 2014, L'ARS pays de la Loire a réceptionné 19 demandes de label dont 7 projets ont été labellisés.

En 2015, L'ARS Pays de la Loire a reçu 9 demandes de label dont 7 projets ont été labellisés.

La commission droits des usagers reste attentive à l'association des usagers dans la conception du projet et est vigilante en préférant repousser l'attribution d'un label lorsque la mise en œuvre du projet n'est pas finalisée.

2 projets des Pays de la Loire sont proposés au concours national.



10. ASSURER L'ACCES DE TOUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

10.1. Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité

Le Président de la CRSA a sollicité le Directeur de la Coordination Régionale de la Gestion du Risques de l'Assurance Maladie pour obtenir des données concernant :

- les montants de dépassements d'honoraires par rapport au montant total des honoraires, si possible par spécialité,
- les montants moyens de dépassement d'honoraires, si possible par spécialité
- le nombre de praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, si possible par spécialité et avec les montants de dépassements d'honoraires,
- le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.

Par lettre du 15 février 2016, le Directeur de la Coordination Régionale répond : « Vous n'êtes pas sans ignorer le contexte politique dans lequel se trouvent les relations conventionnelles médicales depuis plusieurs mois. Pour cette raison, la Commission Paritaire Régionale des médecins ainsi que l'observatoire régional des pratiques tarifaires ne se sont pas réunis. Il ne m'est donc malheureusement pas possible de vous transmettre ces données alors même qu'elles n'ont pas été présentées au sein de ces instances paritaires. »

Commentaires de la commission spécialisée droits des usagers

La CSDU prend acte de la réponse de la CPAM, elle s'étonne néanmoins des motifs invoqués alors que les pouvoirs publics déclarent vouloir faciliter l'accès aux données économiques de santé.

La CSDU souhaite réaffirmer que les données sur l'accessibilité financière aux soins doivent être mises à la disposition des instances de démocratie sanitaire pour leur permettre de jouer leur rôle.

Le constat est que la transmission de ces données est très difficile voire impossible. Il convient de lever les freins qui en définitive jettent de la suspicion là où il n'y a peut-être pas lieu d'être.

10.2. La part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale

10.2.1. La démographie médicale⁴

La densité médicale globale en Pays de la Loire est inférieure de 16% à la moyenne nationale.

L'effectif de médecins généralistes libéraux a progressé de 5 % dans les Pays de la Loire entre 1996 (2 703) et 2012 (2 834) alors qu'il a reculé au plan national au cours de la même période.

La Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire sont les seuls départements ayant bénéficié de cette augmentation, alors que le nombre de praticiens a baissé dans les trois autres départements, plus particulièrement en Sarthe (- 12 %).

Il y a de fortes disparités régionales avec une situation préoccupante en **Mayenne et en Sarthe** : ces départements ont respectivement 68 et 72 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 81 en moyenne régionale et 87 en moyenne nationale.

Au 31 décembre 2014 et comme en 2013, **13 % de la population vit dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% de la moyenne nationale.** L'indicateur S09 du PRS montre que les « zones fragiles » ont dénombré deux médecins supplémentaires en 2014, contre 8 en 2013.

Les « zones fragiles » sont réactualisées tous les 3 ans, la réactualisation de ces zones sera disponible au cours du premier semestre 2016.

Zonage pluri professionnel

Département	Total population couverte	% de la population en zone fragile en 2014	Nombre de médecins en zones fragiles en 2014
Loire-Atlantique	22 615	1.7 %	14
Maine-et-Loire	102 618	12.9 %	75
Mayenne	63 084	20.5 %	59
Sarthe	187 153	33.0 %	138
Vendée	95 117	14.7 %	71
Région	470 587	13.0 %	357

10.3. Les actions de lutte contre les déserts médicaux

L'ARS Pays de la Loire s'est fortement mobilisée depuis 2 ans pour mettre en œuvre le **Pacte Territoire Santé** lancée par la Ministre de la Santé le 13 décembre 2012.

Ce plan a débuté par la détermination d'espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance ayant permis d'analyser la fragilité des territoires d'un point de vue pluri-professionnel et d'identifier les zones sur lesquelles l'ARS doit agir prioritairement.

Axe 1 : Changer la formation et faciliter l'installation des professionnels de santé :

- Grâce au développement des stages de médecine en milieu ambulatoire,
- Signature à fin 2014 de **13 contrats de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)** et 42 Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) permettant de sécuriser l'installation des jeunes médecins, etc.

Axe 2 : Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé :

- En 2014 l'ARS poursuit sa politique volontariste de développement des Maisons de Santé pluri-professionnelles (MSP) **avec la création de 13 MSP (4 en 2013)**. Avec 54 MSP en fonctionnement, la région Pays de la Loire fait partie des régions les mieux équipées en la matière après la Bretagne.
- Les conditions d'exercice des professionnels de santé se transforment également par le rapprochement des universités avec les maisons de santé. A ce jour 5 chefs de clinique exercent au sein des MSP.

Axe 3 : Investir sur les territoires isolés :

- En mettant en œuvre 3 dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes :

- Fin 2014, des contrats ont été signés avec 12 Médecins Correspondant du Samu (MCS) sur les 4 zones vendéennes.

- La création d'un SMUR sur Ancenis permettra de couvrir 3 autres zones : Ancenis (44), St Florent le Veil (49) et Verne d'Anjou (49).

- L'hélicoptère a par ailleurs été renforcé par un second hélicoptère, à titre pérenne en 2014 : de juin à septembre au CHD de la Roche-sur-Yon afin de couvrir les zones littorales, et d'octobre à mai sur Angers.

10.4. La mise en place de Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)

Parmi les engagements du pacte territoire santé lancé en 2012, l'engagement 5 vise à développer le travail en équipe pluri-professionnelle rassemblée au sein d'une maison de santé.

Les objectifs des MSP :

- Développer des actions de coordination entre les professionnels de santé avec l'élaboration de protocoles (diabète, lombalgie, troubles du langage, de la mémoire ou encore de la marche chez l'enfant...), des réunions de concertation pluri-professionnelles pour faire travailler l'ensemble des professionnels entre eux et des actions de prévention se traduisant par des dépistages (cancers, santé mentale, addictions...).

- Renforcer le niveau d'offre de soins tout en facilitant l'exercice des professionnels de santé et leur intégration dans les démarches de parcours de soins.

- Rendre les territoires plus attractifs en vue de l'installation de jeunes professionnels, évitant ainsi les déserts médicaux.

Maison de santé pluri-professionnelles (MSP) en Pays de la Loire :

En 2012	Janvier 2015
10 MSP en fonctionnement	54 MSP en fonctionnement
48 MSP en projet	29 MSP en projet

Les MSP par département :

Département	Les MSP sous contrat avec l'ARS	
	Contrat FIR (Fonds d'intervention régional)	Expérimentation nouveaux mode de rémunération
Loire Atlantique	3	8
Maine et Loire	7	12
Mayenne	0	5
Sarthe	3	5
Vendée	6	8
TOTAL	19	19

Evaluation de la politique régionale en faveur de la création des Maisons de Santé Pluri Professionnelles

Entre 2007 et 2014, le Conseil Régional des Pays de la Loire a accompagné la création de 41 MSP pour un montant total d'aide de 18,5 millions d'euros. En 2014 elle a fait évaluer sa politique en faveur des MSP. **Cette évaluation a porté sur 34 MSP.**

Les MSP soutenues ont pu être classées en 4 groupes selon leur degré de maturité :

- **5 MSP** s'apparentant à des « **juxtapositions de cabinets** » (15% des MSP accompagnées) : aucune nouvelle pratique n'y est mise en place et les professionnels y exerçant n'ont aucune volonté de modifier leur exercice.

○ **6 MSP « intermédiaires »** (18% des MSP accompagnées) : une dynamique encore embryonnaire en termes de projets de santé et d'organisation professionnelle et une faible volonté de modifications des pratiques.

○ **14 MSP « avancées »** (41% des MSP accompagnées) : des projets de santé et d'organisation professionnelle bien engagés et confortés par le souhait des professionnels de le renforcer.

○ **9 MSP « abouties »** (26% des MSP accompagnées) : des projets de santé et d'organisation professionnelle matures et une volonté des professionnels de poursuivre cette dynamique.

Deux grands enseignements ont été tirés de cette analyse :

○ La politique régionale de soutien à la création de MSP conditionnée à un projet de santé de qualité est pertinente.

○ Il existe un enjeu d'accompagnement des MSP « avancées », voire celles s'apparentant à des simples juxtapositions de cabinets, afin de les aider à se rapprocher du modèle des MSP « abouties ».

L'implication des usagers dans les projets de MSP

○ « si la participation des usagers aux projets de santé de territoire demeure encore rare, on observe des expériences intéressantes : 6 MSP ont ainsi impliqué des usagers dans le cadre de l'élaboration du projet de santé de territoire et 2 d'entre elles fonctionnent désormais avec une représentation structurée des usagers dans la gouvernance du projet de santé. »

10.5. Les protocoles de coopération

L'ARS Pays de la Loire a autorisé le protocole ASALEE et a lancé un appel à projet en juin 2014. Il s'agit de protocoles de coopération entre médecins et infirmiers qui permettent le transfert de compétences à un infirmier(e) sur certains actes précis. 13 candidatures d'équipe ont été retenues et les futurs infirmiers libéraux ASALEE ont commencé leur formation en 2014.

Commentaires Commission Spécialisé Droits des Usagers

Les Pays de la Loire restent toujours une région fragile du point de vue de la démographie médicale avec de véritables déserts médicaux en médecins généralistes.

La CSDU se félicite des actions menées par l'ARS pour rééquilibrer la situation dans les zones fragiles dans le cadre du Pacte Territoire Santé et encourage les protocoles de coopération et de délégations tels que le projet Asalee.

.Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles sur la région, qui va bien au-delà des zones fragiles, est à souligner sachant qu'il existe également d'autres modes d'exercice groupé des professionnels de santé (cabinets de groupe, cabinets pluridisciplinaires) ne faisant pas l'objet d'un projet de santé formalisé mais pouvant contribuer au maintien des professionnels de santé dans des zones sous dotées.

La mise en œuvre des projets de santé reste un élément important et nécessaire de la réussite des MSP, et sur ce point il reste encore une marge importante de progression (11 MSP sur les 34 évaluées ont encore des projets de santé embryonnaires). L'implication des usagers dans ces projets de santé est également à rechercher.

La CSDU regrette de ne pas avoir d'information sur les difficultés des usagers à rentrer en contact et à obtenir un rendez-vous avec un médecin traitant, cas qui selon les remontées d'associations seraient fréquents.

10.6. La permanence des soins

10.6.1. L'organisation de la PDSA

La région des Pays-de-la-Loire s'est inscrite dans une expérimentation de réorganisation de la PDSA permettant d'améliorer la réponse aux demandes de soins non programmés et les conditions d'exercice des médecins.

La PDSA permet d'éviter, autant que possible, le recours aux services d'urgence hospitaliers quand les soins relèvent d'une prise en charge ambulatoire.

Le dispositif de la PDSA repose sur la régulation médicale, préalable à l'accès au médecin de permanence. Cette régulation médicale constitue le premier niveau de réponse à la demande de soins non programmée hors Aide Médicale Urgente.

Depuis le 10 juillet 2014 la région est divisée en **50 secteurs expérimentaux** (contre 96 au début de l'expérimentation), soit une diminution de plus de 48% en 3 ans.

Chaque commune de la région est rattachée à un secteur où, aux horaires de la permanence des soins, la régulation médicale des appels est assurée par :

- un (ou plusieurs) médecin régulateur dédié exerçant dans les centres de régulation médicale hospitaliers (centres de réception et de régulation des appels -CRRA- des SAMU-Centre 15),
- les centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le CRRA et sous convention avec le centre 15,
- par un médecin libéral exerçant dans son cabinet ou son domicile dans les mêmes conditions dans le cadre de la régulation délocalisée.

Les **réponses apportées** sont de différents ordres : conseil médical, prescription médicale par téléphone, orientation vers un médecin de garde, orientation vers un service d'accueil des urgences, envoi d'un vecteur de transport ou d'un médecin mobile de 20 heures à 8 heures lorsqu'un tel dispositif a été prévu.

Le conseil médical est la décision la plus couramment pratiquée (41%), suivi par les orientations vers les MMG (26%).

Les médecins de garde prennent en charge les patients qui leur sont adressés par la régulation médicale, soit directement dans leur cabinet habituel, soit au sein de **lieux fixes de consultation (Centre d'accueil pour la permanence de soins ou Maison médicale de garde)** spécialement dédiés à la permanence des soins.

Il existe dans la région 34 lieux fixes de consultation.

Départements	Nombre de Maisons médicales de Garde au 1er janvier 2015 en zones expérimentales
Loire Atlantique	10
Maine et Loire	13
Mayenne	8
Vendée	3
Territoires expérimentaux de PDSA	34

10.6.2. Degré de satisfaction des usagers de la PSDA5

Concernant le conseil par téléphone, pour 93% des personnes interrogées cette solution a été suffisante pour résoudre leur problème et 88% estiment que le conseil a été particulièrement clair et compréhensible.

5 L'enquête a été confiée à la société The links dans le cadre d'un marché public et administrée par téléphone entre le 07 et le 20 janvier 2015 sur la période de septembre 2013 à décembre 2014. L'échantillon est composé de 1078 personnes dont 150 utilisateurs du dispositif.

Concernant la visite à domicile, 88,8% des usagers jugent raisonnable le délai d'attente.

L'ensemble des répondants déclare avoir mis moins d'une heure pour se rendre sur le lieu de consultation dont 81% ont mis moins de 30 minutes.

Suite à l'appel à la PSDA, près d'un tiers ont consulté un médecin dans les 48h. Cette consultation est la résultante du conseil donné par le régulateur dans 57,2% des cas.

Plus de 9 usagers sur 10 feraient de nouveau appel à ce même numéro en cas de survenance du même problème de santé.

10.6.3. Le recours à la PSDA par les EPHAD6

En complément de l'étude menée auprès des usagers, l'ARS a souhaité mesurer l'impact de la réorganisation de la PSDA sur les pratiques des EHPAD et la fréquence du recours à la PSDA, notamment les types de réponses apportées et les suites à donner à 48h.

62% des appels ont donné suite à une consultation en médecine générale dans les 48h après le conseil téléphonique.

Lorsqu'un médecin de la permanence des soins a été appelé en EHPAD, il a permis d'éviter une hospitalisation pour 62% des personnes visitées.

Dans 36% des situations un rapport émanant du médecin de garde a été transmis à l'EHPAD (58% en Mayenne).

Le dispositif de permanence des soins ambulatoire semble bien connu des EHPAD de la région. La communication réalisée en 2013 a démontré son intérêt dans la connaissance du dispositif et le processus de révision des procédures, même s'il persiste des disparités locales.

Les pratiques sont également variables d'un département à l'autre. ; elles restent dépendantes des relations engagées avec les partenaires (ADOPS, SAMU,...) et du réseau déployé sur les territoires.

10.6.4. Analyse de l'indicateur de suivi S02 et S11 du PRS :

➤ L'objectif de la permanence des soins étant « d'éviter le recours aux services d'urgence hospitaliers quand les soins relèvent d'une prise en charge ambulatoire », la progression de l'indicateur « S11 Assurer une permanence des soins ambulatoires (PSDA) adaptée pour les 5 territoires de santé » est mesurée par le **nombre de passage aux urgences pour 10 000 habitants**.

Alors que le PRS escompte une diminution, cet indicateur est en augmentation continue depuis 2011.

Nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants :	2011	2012	2013	2014
	2285	2360	2363	2472

➤ L'indicateur « Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés » (S02) avait montré une augmentation de 5% en 2012 du **nombre d'appels à la régulation téléphonique** des soins non programmés, puis une diminution de 15% en 2013 (pas de données pour 2014).

➤ L'indicateur : « articuler les dispositifs de soins, sociaux, et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (M11) permet de suivre le **pourcentage d'hospitalisation directe en médecine, sans passage aux urgences, des personnes âgées de plus de 75 ans**, cet indicateur a vocation à illustrer la fluidification des parcours.

% d'hospitalisation directe en médecine des + de 75 ans	2011	2012	2013	2014
	41,9%	40,7%	40,8%	40,5%

6 Cette enquête a été confiée à la société The links dans le cadre d'un marché public et réalisée par mail entre le 29 janvier et le 12 février 2015. 104 EHPAD ont répondu à l'enquête, soit 23,7% des EHPAD de la région se trouvant dans les zones expérimentales

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite de la meilleure organisation de la PDSA et de la satisfaction du public ; mais elle souhaiterait mieux connaître les attentes et les besoins des usagers sur ce sujet ainsi que sur celui des passages aux urgences.

L'augmentation croissante du nombre de passages aux urgences interpelle, elle dénoterait des difficultés d'articulation entre PDSA et urgences.

11. ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS

11.1. Les commissions d'activités libérales (CAL) en établissements de santé

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés (art.6154-2 du CSP), dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Cette activité libérale est soumise à des règles précises concernant sa durée, son information, le nombre d'actes, et doit faire l'objet d'un contrat d'activité libérale entre le praticien et l'établissement. C'est un contrat type qui ne précise pas le secteur du praticien.

Pour chaque établissement public concerné une CAL doit veiller au respect de ces règles. (cf. articles R 6154-11 et suivants et D6 154-15 et suivant du code de la santé public). Elle se compose de représentants de médecins, de l'Assurance Maladie, de l'ARS, du conseil de surveillance de l'établissement et d'un représentant des usagers issu d'une association agréée.

En 2014, 18 arrêtés de composition ont été recensés :

- Loire Atlantique : CHU de Nantes, CH de Châteaubriant, CH de Saint Nazaire ; CH Ancenis ;
- Maine et Loire : CHU Angers, CH Cholet, CH Saumur ;
- Mayenne : CH Laval, CH Nord Mayenne, CH de Haut Anjou ;
- Sarthe : CH du Mans, Pôle Santé Sarthe et Loir, CHS de la Sarthe Allonnes ;
- Vendée : CH de la Roche-sur-Yon, CHD de Challans, CH des sables d'Olonnes, CH Fontenay le Comte, CHS Mazurelle la Roche-sur-Yon.

Sur ces 18 CAL, 11 d'entre elles ont dans leur composition un représentant des usagers. Dans les autres établissements, la désignation d'un représentant des usagers est en cours ou non renseignée. Dans les cinq établissements de Vendée, aucun représentant des usagers n'a été désigné.

Commentaires de la CSDU

La CSDU regrette toujours que peu de progrès ait été fait sur la représentation des usagers dans les commissions d'activité libérale des établissements publics. Dans certains établissements on note des difficultés sur le fonctionnement de cette commission (absence de réunions).

L'information du patient sur cette activité en établissement public doit s'améliorer afin d'éviter des incompréhensions dans la prise en charge.

11.2. Le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME

11.2.1. Les plaintes et réclamations

Dans son rapport de mars 2014 « Les refus de soins opposés pour les bénéficiaires de la CMU et de l'AME », le Défenseur des Droits écrit : « Depuis dix ans, les refus de soins ont été attestés à plusieurs reprises par des tests de situation réalisés auprès de professionnels de santé. Si les taux varient selon les enquêtes, les situations de refus de soins persistent à un niveau élevé. »

Aucune donnée exploitable n'a pu être fournie sur ce thème pour la région des Pays de la Loire.

11.2.2. Analyse indicateurs S30 du PRS

L'indicateur S30 du PRS « Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun », prend en compte le ratio du nombre de nouveaux consultants des Permanences d'Accès aux Soins de Santé / le nombre de personnes accueillies par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

Le ratio est en hausse continu depuis 2011.

Indicateur S30 du PRS	2010	2011	2012	2013
Nb de nouveaux consultants / nb de personnes accueillies par les PASS	65 %	67 %	67 %	69 %

12. ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION

12.1. La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans

La région des Pays de la Loire reste en tête des régions françaises en 2014 avec 62,7% de femmes dépistées (62,9 en 2013), contre un taux de 51,4% au niveau national.

Ce bon taux de participation peut s'expliquer par la stratégie de l'ARS qui incite les structures de dépistage à se mobiliser en faveur des femmes les plus éloignées du système de santé.

Cependant, le taux demeure inférieur **au référentiel européen préconisé de 70%** et seuls les taux en Maine et Loire ont progressé (65,3%). Les difficultés à atteindre ce taux de 70% peuvent avoir une explication nationale, même si certains éléments régionaux ont un rôle : difficultés d'accès à l'imagerie médicale dans certains départements ainsi que la fermeture de centres, les difficultés de mobilisation des structures de dépistages en faveur des femmes éloignées du système de santé...

Taux de dépistage de cancer du sein	Fin 2012	Fin 2013	Fin 2014
Pays de la LOIRE	64%	62,9%	62,7%
Cible régionale	68,8%	70%	64,1%
Taux national	52,6%	52,6%	51,4%

12.2. La participation au dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans

Avec un taux régional de 37,4% de participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans en 2014 (31,1 en 2012-2013). La région des Pays de la Loire conserve son troisième rang national, mais il est en recul par rapport à la campagne de 2012/2013 et ne permet pas d'atteindre **l'objectif des 45% préconisé par les référentiels européens.**

Les tendances varient selon les départements :

Taux de dépistage du cancer colorectal	Campagnes 2011/2012	Campagnes 2012 /2013	Campagnes 2013/2014
Loire Atlantique	42,8%	39%	39,1%
Maine et Loire	38,4%	40%	38%
Mayenne	39,8%	39,3%	39%
Sarthe	36,3%	36,3%	36%
Vendée	37,3%	35,9%	34,2%

A l'exclusion de la Loire Atlantique qui progresse modestement en 2014 avec 39,1 % par rapport à 2013 avec 39%, le taux de participation est en recul dans tous les autres départements.

Le fléchissement du taux de participation, accentué au cours de la dernière campagne 2013-2014, est très probablement lié à l'introduction finalement retardée du nouveau test qui a sans aucun doute modifié le comportement de la population cible.

La fin de l'année 2014 a été caractérisée par la suspension de facto du dépistage organisé du cancer colorectal dans l'attente du nouveau test immunologique.

12.3. Des actions pour accroître les taux de dépistage

Les travaux du groupe de travail sur « le dépistage et inégalités de santé » associant les structures de dépistages, l'ARS et l'Assurance Maladie ont permis :

- D'identifier des populations d'assurés participant moins aux dépistages,
- De cartographier les inégalités territoriales (à partir des documents cartographiques de l'ORS identifiant par canton les taux de participation aux deux dépistages),
- D'établir des plans d'action territoriaux relatifs à ces problématiques.

Le point sur les actions mises en place depuis 2013 :

D'une façon générale, les structures de dépistage organisé du cancer ont établi des partenariats avec les services « prévention » ou « santé » des principales villes de la région qui coordonnent les actions des associations et réseaux à destination des publics précaires. Un certain nombre d'actions d'information et de sensibilisation sur le dépistage des cancers du sein et colorectal sont ainsi déployés auprès de ces publics par le biais des vecteurs privilégiés que constituent ces acteurs de terrain.

Sous l'impulsion de l'ARS, le dépistage organisé du cancer a été repris dans les objectifs de plusieurs maisons de santé pluri-professionnelles.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a réaffirmé l'importance du dépistage du cancer du sein auprès des femmes bénéficiaires de la CMU (dont la participation au dépistage est nettement inférieure à celles des femmes en population générale) par l'envoi d'un **courrier spécifique** argumentant sur l'intérêt de se faire dépister.

Enfin, les **contrats locaux de santé** sont des leviers pertinents permettant d'inscrire des objectifs de réduction des inégalités territoriales de santé, dont le dépistage du cancer.

On retrouve des objectifs spécifiques au dépistage du cancer dans les CLS du Choletais, du Pays de Redon Bretagne Sud et de St Nazaire.

12.4. Le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

Les données de 2014 sont actuellement en attente, elles paraîtront en milieu d'année 2016.

En 2013, le taux de couverture pour une dose était de 90% en Pays de la Loire. Les couvertures par le vaccin ROR continuent d'augmenter mais n'atteignent pas les objectifs définis par l'OMS (95%).

Pour développer sa politique vaccinale l'ARS s'appuie sur une animation des centres de vaccination habilités dans chaque département avec notamment la mise en place d'une structure **fédérative départementale**, regroupant le centre de lutte antituberculeuse (CLAT), le centre d'informations, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), le centre de dépistage anonyme gratuit (CDAG).

En 2014, plusieurs actions étaient engagées :

- Les réunions régulières d'échanges avec les centres de vaccination ;
- L'angle vaccination dans le contrat de partenariat avec le rectorat ;
- Le renforcement de la collaboration avec les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).
- La participation à la semaine européenne de la vaccination en 2014 ;
- La promotion de la vaccination dans le cadre des contrats de partenariat avec l'ARS et les SUMPPS ainsi que la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ;
- Le suivi des engagements sur la vaccination dans le cadre des CPOM sanitaires et des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) ;
- L'accompagnement de la réorganisation du Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD) en Sarthe ;
- L'élaboration du schéma régional de vaccination et sa déclinaison départementale.

12.5. La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle

Il n'existe pas de nouvelles données pour 2014.

Sur la période 2012-2013, le taux de prévalence obésité et surpoids en région s'élevait à 8,6%. Il était en deçà du taux national mais ne correspondait pas à la cible régionale de 6,60%.

Plusieurs partenariats ont été engagés en 2013 et poursuivis en 2014 :

- Avec les opérateurs en prévention et promotion de la santé, comme l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la santé (IREPS) ;
- Avec le Rectorat pour l'exploitation des bilans de santé des enfants de grande section de maternelle et la définition des Zones d'intervention prioritaires pour le milieu scolaire.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La participation aux dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal est en baisse, légère mais continue depuis plusieurs années. Les actions menées depuis 2013 pour accroître les taux de participation aux campagnes de dépistage n'ont pas encore eu d'impact, il conviendra d'en faire le bilan en 2016. Il serait également utile de connaître le nombre de nouvelles personnes venant se faire dépister chaque année afin de mieux mesurer la portée des campagnes de prévention.

Pour la CSDU l'intégration des actions de promotion du dépistage dans les contrats locaux de santé et la mise en place de structures fédératives sont des outils intéressants.

Le bilan des actions menées pour accroître la couverture vaccinale des enfants de 24 mois et lutter contre l'obésité pourra être établi après parution des nouvelles données chiffrées en 2016.

La CSDU s'inquiète :

- des baisses de dotation consacrées à la prévention au vu de la croissance continue de la population à dépister,
- de la fragilisation financière de certaines associations qui en découle.

13. REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS, ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO- SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES

13.1. Les contrats locaux de santé (CLS)

Créés par la loi Hôpital, patients, santé, territoires en 2009, les contrats locaux de santé constituent une déclinaison infra-territoriale du Projet régional de santé (PRS). Ils sont conclus entre les collectivités territoriales et l'ARS.

3 thématiques « socles » sont retenus par l'ARS Pays de la Loire et doivent faire l'objet d'une négociation dans chaque CLS :

- Prévention, Promotion de la santé, Santé-Environnement ;
- Accès aux soins, Offre de santé, Education Thérapeutique du Patient (ETP) ;
- Parcours personnes âgées ou publics spécifiques.

13.2. Les CLS en Pays de la Loire

Au 1er novembre 2015, 14 CLS sont signés : L'île d'Yeu, La Roche sur Yon, Mayenne, Nantes, Saint Aignan – Renazé – Pays Craonnais, Trélazé, Angers, Allonnes – Coulaines – Le Mans, Laval, La Châtaigneraie, Baugé, Pays de Redon - Bretagne sud, Cholet, Saint-Nazaire.

Une quinzaine de CLS sont en projet.

A compter de 2014 il est prévu de procéder à l'exploitation des rapports d'activités des CLS et de lancer un processus de revue annuelle. L'objectif est de faire évoluer les CLS sur la base des 3 thématiques retenues.

13.3. Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux

Extrait du CODERPA du Maine-et-Loire sur les écarts d'équipements interrégionaux :

« Le CODERPA considère comme intéressant de connaître la situation qui relate les écarts d'équipement interrégionaux et interdépartementaux en établissements et services médicaux sociaux pour personnes âgées, mais il propose de préciser la cible. En effet, si les écarts donnent une tendance, en la matière il serait également intéressant de connaître de manière précise le nombre de lits disponibles rapportés aux nombres de résidents possibles et d'avoir une projection dans le temps.

Par ailleurs, quelle crédibilité peut-on donner aux chiffres quand l'analyse s'appuie sur les dépenses de l'Assurance Maladie dont la maîtrise est réelle et que les budgets globaux sont en diminution constante ? La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour 2015 va perdre 1 % de ses recettes et il vient d'être signifié par exemple pour le département de Maine-et-Loire que les subventions du CD 49 seraient identiques à 2014. Un constat : les dotations reculent d'année en année.

Le CODERPA reconnaît que la situation est difficile mais qu'elle n'est pas impossible, il s'agit surtout d'une volonté politique qui doit passer par l'attribution de financement pérenne à la protection sociale, la perte d'autonomie devant relever uniquement de la sécurité sociale

Afin de répondre aux besoins des personnes âgées, le CODERPA invite le CD 49 à répondre à l'équation que pose Cap Retraite. En effet, cet organisme a publié une statistique qui annonce un doublement de la population des personnes âgées de plus de 80 ans à l'horizon 2040 passant ainsi de 46 183 à 90 173. Il évalue le nombre de lits à savoir 22 697 lits pour 11 700 actuellement soit la création de 110 établissements de 100 lits avec le personnel y afférent.

Le CODERPA rappelle que la note de l'INSEE de janvier 2014 table pour la Région en ce qui concerne la dépendance sur la création de 7 300 à 11 000 personnes supplémentaires en équivalent temps plein pour accompagner la hausse du nombre de personnes âgées entre 2013 et 2020. Sans aucune exagération, ce chiffre peut être doublé à 2040. Il y a donc là un enjeu extraordinaire.

Dans le même temps, il y a lieu d'avoir des situations intermédiaires avec la création de foyers ou îlots à des prix accessibles qui seraient un tremplin vers les EHPAD puisque pour la grande partie des personnes relevant de ce collège, il sera leur dernière demeure. »

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU s'interroge, comme le CODERPA, sur la volonté affichée de ne pas créer de lits supplémentaires en EHPAD dans la région alors que les plus de 65 ans représenteront 26% de la population en 2040 contre 18% aujourd'hui (soit une augmentation de 280000 personnes).

La CSDU s'interroge également sur l'accessibilité financière aux EHPAD et l'existence d'EHPAD non habilités à l'aide sociale.

La CSDU réitère donc son souhait d'une analyse fine de l'évolution démographique de chaque département et sur l'évaluation des besoins de places en EHPAD.

13.4. Logements : les procédures d'insalubrité au titre du code de la santé publique

Depuis la circulaire du 22 février 2008 la lutte contre l'habitat indigne est un axe prioritaire de la politique de logement de l'Etat.

Elle représente un enjeu fondamental en terme de santé publique.

L'habitat indigne recouvre l'ensemble **des locaux présentant des désordres pouvant porter atteinte à la santé et/ou à la sécurité des occupants.**

➤ **Les atteintes à la santé peuvent être les suivantes** : pathologies respiratoires, intoxications au monoxyde de carbone, risque d'exposition au plomb, pathologies infectieuses...

➤ **Les atteintes à la sécurité peuvent être** : risque d'électrocution ou d'explosion, risque de péril avec les immeubles ou partie d'immeubles menaçant de s'effondrer, pathologies ou risque liés au fonctionnement défectueux des équipements communs, etc.

13.4.1. L'évolution du nombre de procédures d'insalubrité

En 2014, 190 logements ont fait l'objet d'une procédure au titre du code de la santé publique (**157 en 2013**). Cette évolution à la hausse confirme l'impact de la structuration de la lutte contre l'habitat indigne.

Si le département de la Loire Atlantique reste le plus fort « contributeur », la tendance est à la hausse dans l'ensemble des départements. Les 2 dernières années ont vu une montée en charge des deux derniers pôles créés en Loire Atlantique et en Vendée.

Année	Nombre de procédures d'insalubrité dénombrées Pays de la Loire
2012	114
2013	157
2014	190

13.4.2. La lutte contre l'habitat indigne : une action du plan régional de santé environnement (PRSE2)

L'action N°6 du plan régional santé environnement des Pays de la Loire 2010/2013 (PRSE2) « optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne » poursuit plusieurs objectifs :

- Améliorer la connaissance et le repérage des logements indignes.
- Renforcer la mobilisation des outils opérationnels.
- Développer l'information et l'acquisition d'une culture commune entre les acteurs.
- Mettre en place un réseau d'échanges et des outils communs.

Les principaux faits marquants en 2014 :

- Les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne ont à leur disposition, depuis 2014 et dans les 5 départements de la région, deux outils informatiques dont l'interface est attendue en 2015 :

- o L'outil de repérage et de traitement de l'habitat indigne (ORTHI), base de données de recensement des logements indignes repérés par les acteurs et en cours de traitement, administrée par les DDTM et la DDCS 85.
- o Ariane-habitat, un outil partagé de gestion des procédures d'insalubrité administré par l'ARS.

L'interface entre ces 2 outils est attendue en 2015.

- **En 2014, la journée nationale de la lutte contre l'habitat indigne** s'est tenue à Nantes sur le thème : « Lutte contre l'habitat indigne et requalification urbaine : trouver la bonne échelle d'intervention », en présence de nombreuses collectivités locales et associations.

- 2 sessions de formation « Habitat et santé » ont rassemblé chacune environ 40 techniciens territoriaux ou opérateurs techniques délégués par des collectivités territoriales sur des programmes d'amélioration de l'habitat. Elles ont traité de la prise en compte du risque lié au monoxyde de carbone, de la ventilation, de l'éclairage et de la sécurité électrique dans la prise en charge de l'habitat indigne.

13.4.3. La lutte contre les marchands du sommeil

Dans le cadre de la lutte contre les marchands de sommeil il est constaté : une disparité régionale des signalements, une coordination insuffisante entre les services, ainsi qu'une réponse pénale souvent mitigée.

Dans le cadre du PRSE 2010/2013, une information sur les réformes et améliorations des mesures coercitives à l'encontre des marchands de sommeil (loi ALUR du 24 mars 2014 sur l'accès au logement et urbanisme rénové) est faite auprès des services ainsi qu'un travail d'étude en DREAL sur les fonctionnements harmonisés des pôles avec les services de justice.

Une nouvelle méthodologie régionale a été identifiée et s'articule autour des points suivants :

- Identifier les situations qui méritent d'être signalées ;

- Identifier le magistrat référent et le rencontrer pour fixer la marche à suivre ;
- Mettre le maximum d'éléments dans le dossier (notamment écrits) ;
- Obtenir le numéro d'inscription auprès du greffe.

L'enquête est ensuite diligentée par le Procureur auprès des services de Police/Gendarmerie.

Les acteurs de la LHI ont rappelé par ailleurs que l'article 40 de Procédure pénale permet à chacun d'effectuer un signalement sans formalisme particulier.

Commentaires de la CSDU

La CSDU se félicite de l'augmentation constante des procédures d'insalubrité engagées dans la région, cette évolution est en particulier due à la mise en place dans chaque département d'une structure en charge de coordonner les acteurs pour le repérage, le signalement des situations d'indignité et leur traitement opérationnel.

L'augmentation croissante des déclarations d'insalubrité montre l'ampleur du phénomène.

La CSDU regrette néanmoins de ne pas voir d'actions plus visibles de la part des pouvoirs publics sur la lutte contre les marchands de sommeil, ainsi que sur l'existence de squats et de bidonvilles, réalité importante pour laquelle on ignore le nombre de familles concernées.

13.5. L'accueil adapté au public

(Données issues des rapports CRUQPC)

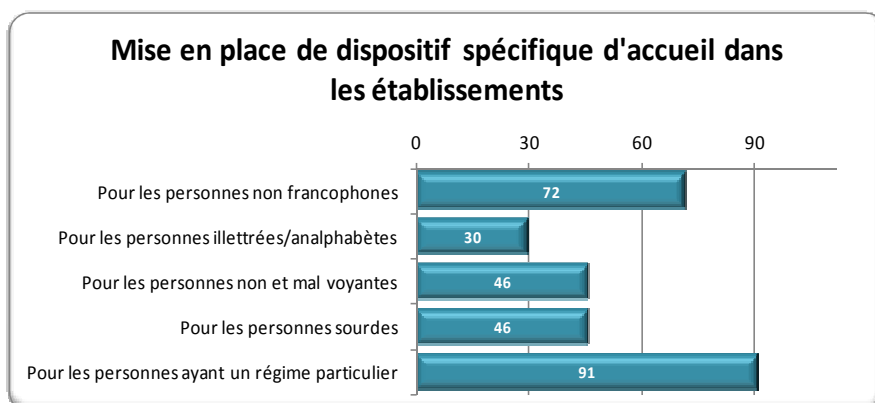
13.5.1. Accessibilité des locaux

Dans la région des Pays de la Loire, 96% des établissements déclarent leurs locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les 4 établissements s'étant déclaré non accessibles précisent cependant que des travaux sont programmés, que l'accessibilité est variable selon le site et/ou les bâtiments plus anciens, ou encore qu'une relocalisation est envisagée en 2019.

13.5.2. Accueil des publics dits spécifiques

Si les indicateurs semblent en progression, ils ne sont cependant pas comparables avec les données 2013 qui ne représentaient que 77 établissements de la région.

Les établissements s'investissent majoritairement dans l'accueil des publics dits « spécifiques », cependant 10 établissements sur 112 n'ont pas mis en œuvre de dispositif d'accueil adapté (pour les personnes non francophones, illettrées/analphabètes, non et mal voyantes, sourdes ou avec un régime particulier).



Dans leurs observations les établissements expliquent faire appel aux compétences du personnel relatives aux langues étrangères et à la langue des signes afin d'élaborer une liste de personnes disponibles en interne.

Pour le public mal voyant diverses initiatives sont citées : livret d'accueil, charte du patient, numéro de chambre ou boutons de l'ascenseur en braille, livret d'accueil sonore, mise à disposition de casque audio, impression en gros caractères, aménagements d'escaliers (dalles podotactiles, contremarche de couleur.)

Des actions sont également mises en place pour les personnes sourdes ou malentendantes.

14. FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE

14.1. Les formations du CISS pour les représentants des usagers en 2014

- **81 représentants ont été formés**, une forte baisse par rapport à 2013 (191 représentants formés).

- Le nombre de module a diminué également avec **5 jours de formation** en 2014 contre 17 jours en 2013.

- La réduction du territoire couvert (Doue-la-Fontaine et Nantes) alors qu'en 2013 tout le territoire régional était couvert.

- Les formations suivantes ont été organisées : RU en CRUQPC, RU et système de santé, bientraitance, séminaire du CISS.

Les personnes formées affirment notamment avoir une meilleure connaissance du fonctionnement des CRUQPC et des établissements, et de disposer d'outils pour l'élaboration du rapport annuel d'activités des CRUQPC.

87,5% des représentants des usagers estiment que la formation a correspondu à leurs attentes.

Des nouveaux besoins de formations ont émergé concernant : l'exploitation des réclamations, la prise de parole des RU, les RU en CRSA.

14.2. Les formations du CISS pour les représentants des usagers en 2015

En 2015 il y a eu une relance des formations des représentants des usagers. 15 formations ont été menées pour 156 personnes ; les thématiques étaient variées : fonctionnement des CRUQPC, indicateurs de qualité, promotion de la bientraitance, éthique, prise de paroles....

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les cycles de formation des représentants des usagers réalisés par le CISS, avec le concours de l'ARS se poursuivent avec un très bon taux de satisfaction. La CSDU note la diminution en 2014 du nombre de formations, situation qui s'est améliorée en 2015, avec des thèmes plus ciblés.

Il convient de conserver l'accessibilité de ces formations à tous les représentants des usagers quelle que soit leur association d'origine.

L'élargissement des missions de plusieurs instances où siègent des représentants des usagers, prévue par la loi de modernisation du système de santé, va nécessiter de prévoir un plan de formation adéquat.

14.3. Les formations des CVS

Dans la continuité de l'action menée en 2014 et pour répondre aux besoins identifiés au niveau régional, le CREAL (Centre Régional de l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptée) et l'URIOPSS (Union Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) proposent une formation action.

Son objectif est d'initier des espaces d'échanges et de réflexion permettant de faire vivre une dynamique collective au sein même des CVS et en inter-CVS sur les territoires.

La démarche proposée compte plusieurs phases :

- La formation proprement dite des représentants élus au CVS pour favoriser la citoyenneté, l'expression et l'exercice des droits,
- La mise en place d'espaces de rencontre et de réflexion avec l'ensemble des représentants des membres des CVS des établissements visés à la première phase pour faire vivre les CVS sur les territoires concernés,
- L'élaboration d'outils permettant de capitaliser et valoriser les bonnes pratiques.

La formation se décline en 4 modules :

- Module 1 : le CVS et la fonction de représentant élu
- Module 2 : la préparation d'une réunion du CVS
- Module 3 : le déroulement de la réunion du CVS
- Module 4 : les modalités de suivi et de mise en œuvre des avis et propositions du CVS.

2 groupes ont été constitués dans chacun des cinq départements : un pour le secteur personnes âgées et un pour le secteur des personnes handicapées.

Secteur « adultes en situation de handicap »

2014					
Départements	Nombre usagers	Nombre représentants familles	Nombre référents professionnels	Total personnes formées	Nombre de CVS
Loire Atlantique	16		6	22	5
Maine-et-Loire	6		4	10	3
Mayenne/ Sarthe MAS	13		7	20	7
Mayenne/ Sarthe ESAT	11	1	3	15	4
Vendée	13	5	16	34	7
Total	59	6	36	101	26

2015					
Départements	Nombre usagers	Nombre représentants familles	Nombre référents professionnels	Total personnes formées	Nombre de CVS
Loire Atlantique	12	1	14	27	2
Maine-et-Loire	13	1	9	23	6
Mayenne/ Sarthe MAS	5	0	7	12	3
Mayenne/ Sarthe ESAT	15	0	9	24	6
Vendée	13	0	5	18	5
Total	58	2	44	104	22

Secteur « Personnes âgées » : Les groupes ont été constitués de manière à mixer les territoires ruraux et urbains. Une cinquantaine d'EHPAD (établissements publics, privés lucratifs, privés non lucratifs) ont été invités sur chaque département. Le principe de participation « à la carte » a été retenu laissant ainsi la possibilité à de nouveaux participants d'intégrer un ou plusieurs modules.

2014				
Départements	Effectifs de représentants de résidents	Effectifs de représentants de familles	Effectifs professionnels et administrateurs	Effectif total en 2014
Loire Atlantique	6	11	3	20
Maine-et-Loire	1	8	0	9
Mayenne	6	7	2	15
Sarthe	4	6	4	14
Vendée	8	8	1	17
Total	25	40	10	75

2015					
Départements	Effectifs de représentants de résidents	Effectifs de représentants de familles	Effectifs professionnels et administrateurs	Effectif total en 2015	Nombre De CVS
Loire Atlantique	3	15	4	22	7
Maine-et-Loire	3	6	3	12	5
Mayenne	7	19	12	38	9
Sarthe	8	16	7	31	8
Vendée	5	16	7	28	9
Total	26	72	33	131	38

La participation globale à la formation a augmenté dans tous les départements des Pays de la Loire. **En Maine-et-Loire** la participation a augmenté par rapport à 2014 mais **elle reste tout de même très faible par rapport aux autres départements.**

Les observations réalisées à la suite des formations peuvent être résumées de la façon suivante :

Les atouts de la formation	Les difficultés constatées
<ul style="list-style-type: none"> - Un réel intérêt pour la démarche pour tous les participants, - La pertinence du ciblage du public par territoire, - L'intérêt de la présence des professionnels en accompagnement des résidents, - La mobilisation d'une partie des adhérents de l'URIOPSS, - La connaissance du paysage médico-social, du contexte institutionnel et de la gestion des EPHAD par l'intervenante, - L'intérêt d'une démarche menée en partenariat avec le CREAL : complémentarité et intérêt du regard croisé PA/PH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de mobilisation des résidents, au regard de leur degré de dépendance, - Difficultés pour les représentants des résidents et des familles à recevoir l'information sur le dispositif de formation, - Carence de représentants suite aux décès de résidents.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les formations pour les membres représentant les résidents ont été engagées en 2014 et reconduites en 2015 et 2016.

L'analyse du déroulement de ces formations montre à la fois des points positifs (intérêts des participants, échanges entre membres...) et les difficultés rencontrées (mobilisation difficile en particulier pour les EHPAD, faible nombre de participants à certaines formations...).

Etant données les difficultés de fonctionnement de certains CVS, en particulier dans les EHPAD, la CSDU préconise de faire évoluer ces formations vers des rencontres territoriales qui seraient à la fois des temps de formation, d'informations et d'échanges.

14.4. Faire participer et informer les représentants des usagers

Conforter la représentation des usagers passe entre autres par leur participation aux différentes rencontres ou colloques ayant trait à notre système de santé.

Sur ce point il faut noter :

- l'organisation le 31 mars 2015 de la 5ème journée des usagers par l'ARS en partenariat avec la CRSA ;
- l'invitation des représentants des usagers aux rencontres ou colloques organisés par l'ARS avec des demandes d'intervention ;
- l'organisation par le CISS Pays de la Loire le 25 novembre 2014 des 5èmes Assises annuelles « le patient acteur dans le parcours de soins coordonnées : accompagnement et autonomie » ;
- la participation des représentants des usagers à des colloques ou séminaires organisés par différentes institutions du monde de la santé (URPS, fédérations hospitalières,..).

FOCUS

La journée des représentants des usagers :

La 5ème journée régionale des représentants des usagers du système de santé était organisée à Angers le 31 mars 2015. Elle a rassemblé un panel d'acteurs du secteur sanitaire et médico-social :

- Représentants des usagers dans les établissements de santé (CRUQPC),
- Présidents et membres du conseil de la vie sociale,
- Représentants d'association,
- Personnes qualifiées,
- Professionnels de santé et du médico-social...

Près de 300 personnes ont participé à cette journée axée autour des tables rondes :

- « Réclamations des usagers ? Quelle médiation ! »
- « Comment faire vivre dans la durée un conseil de la vie sociale ? »

Les présentations et les échanges avec la salle ont permis d'informer, de partager et d'échanger sur les pratiques.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La journée régionale des usagers de mars 2015 a recueilli un écho très favorable auprès des participants. L'organisation d'une nouvelle journée au 4ème trimestre 2016 est à concrétiser sur le thème "La nouvelle loi de santé : de nouvelles missions pour les représentants des usagers".

14.5. Le dispositif d'information ayant trait à leur représentation

Concernant l'information aux représentants des usagers, il faut noter que depuis quelques années l'ARS Pays de la Loire a effectué :

- la mise en ligne sur son site internet d'une partie des différentes représentations exercées par les usagers,
- la diffusion d'une lettre d'information à destination des représentants des usagers,
- la mise en ligne de différents rapports (synthèse CRUQPC, rapport des droits des usagers,...) et le compte-rendu des journées des usagers.

L'information est transmise sur la base **d'un fichier de 289 coordonnées** (285 en 2013) de représentants des usagers, majoritairement des représentants en CRUQPC.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU émet le souhait que :

- la partie « droits des patients et usagers » du site internet de l'ARS sur les différentes représentations des usagers dans les instances soit complétée ;
- l'information en direction des représentants des usagers soit relancée par le biais de la newsletter ;
- les « bonnes pratiques » concernant le droit des usagers soient mieux diffusées par ces canaux de communication.

4

Renforcer la démocratie sanitaire

15. GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LA CRSA ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE

La présence dans les instances des représentants des usagers est un critère d'implication et d'expression collective des usagers.

Les taux de présence des représentants des usagers en 2014 sont les suivants :

- CRSA et commissions spécialisées : 84% (85 en 2013)
- Conférence de territoire : 66% (49% en 2013)

Le taux de participation global et par collège des membres des CRSA en séance plénière est détaillé ci- dessous :

CRSA plénière	2013			2014		
	Nombre de convocations	Présents	Taux de participation	Nombre de convocations	Présents	Taux de participation
Collège 1 Représentants des collectivités territoriales	56	15	14%	70	10	14%
Collège2 Représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux	64	57	89%	80	70	88%
Collège3 Représentants des conférences de territoires	16	12	75%	20	15	75%
Collège 4 Partenaires sociaux	40	16	40%	50	25	50%
Collège 5 Acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale	24	18	75%	30	26	87%
Collège 6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	40	23	57%	45	23	51%
Collège 7 Offreurs des services de santé	136	78	57%	170	125	74%
Collège8 Personnes qualifiées	8	1	13%	10	5	50%
Participation globale	384	220	57%	475	299	63%
Nombre de réunions dans l'année	4			5		

Les taux de participation des représentants des usagers à la CRSA et aux conférences de territoire en 2014 sont les suivants :

CRSA et commissions spécialisées	Nombre de réunions	Nombre de représentants des usagers convoqués	Nombre de représentants des usagers présents	Taux de participation 2014
Séance plénière	5	80	70	88%
Commission permanente	4	8	7	88%
Commission spécialisée droits des usagers	3	18	13	72%
Commission spécialisée médico-social	3	18	15	83%
Commission spécialisée organisation des soins	4	16	9	56%
Commission spécialisée prévention	3	18	18	100%
Total	22	158	132	84%

Conférences de territoire	Nombre réunions	Nombre de sièges	Nombre représentant usagers présents	Taux participation 2014
Loire Atlantique	3	24	18	75%
Maine et Loire	4	32	23	72%
Mayenne	3	24	15	63 %
Sarthe	4	32	17	53%
Vendée	3	24	17	71%
Total	16	136	90	66%

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les taux de participation des représentants des usagers dans les différentes instances de la CRSA restent très élevés (84%).

Dans les conférences de territoire la participation (66%) a augmenté par rapport à 2013 (49%), cette hausse peut s'expliquer par la mise à jour des arrêtés de nomination des usagers.

L'année 2016 verra la mise en place, en application de la nouvelle loi santé, des conseils territoriaux de santé qui se substitueront, avec des missions élargies, aux conférences de territoire.

Il est en particulier prévu au sein de ces Conseils Territoriaux de Santé la constitution d'une commission spécifique organisant l'expression des usagers.

A titre expérimental cette instance pourrait être saisie par les usagers de demandes de médiation, de plaintes et de réclamations.

La désignation des représentants des usagers (en principe 10 par instance) sera du ressort de la Direction Générale de l'ARS.

La CSDU émet le souhait pour les conseils territoriaux de santé que :

- les modalités de désignation des représentants des usagers fassent l'objet d'un échange au préalable avec la CSDU,
- dans l'appel à candidature soient indiquées très clairement les missions des Conseils territoriaux de Santé, en particulier dans leur aspect droits des usagers,
- notre région étudie sa participation à l'expérimentation de demandes de médiation par les usagers auprès cette instance.

Le rapport 2014 relatif au droit des usagers du système de santé émettait 10 recommandations élaborées à partir des éléments du rapport.

La validation tardive du rapport (mai 2015) et l'évolution des structures de l'ARS avec la réorganisation de la Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires (DRUP) et la création de la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique (DADSPS), n'ont pas permis un suivi recommandation par recommandation comme les années précédentes.

Suite à l'examen des recommandations du rapport en Comité de Direction de l'ARS, le 18 janvier 2016, et le retour fait au président de la Commission spécialisée des droits des usagers (CSDU), les pistes suivantes ont été retenues :

Concernant l'amélioration de la prise en charge des patients dans les établissements sanitaires

- mettre en place un groupe de travail qui viserait à proposer des outils standardisés afin de les porter à la connaissance des membres des CRUQPC et d'améliorer la culture qualité de ces derniers. Il s'agirait de repérer les bonnes pratiques de certains établissements et de les diffuser avec l'appui éventuel des réseaux "qualité".

Concernant le partage de la vision des indicateurs et des données de l'ARS pour les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) :

- organiser un retour vers la CSDU de l'analyse transversale et qualitative des projets de vie personnalisés dans le cadre du processus de certification des ESMS ;
- organiser une intervention en CSDU de la Direction d'accompagnement du médico-social sur l'état des lieux du PRIAC⁷ et préciser la politique de l'Agence dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées et des soins à domicile ;
- introduire des points focus dans les ordres du jour de la CSDU afin de permettre le recueil d'indicateurs sur les thématiques du rapport droits des usagers avec l'appui des directions métiers concernées.

Pour optimiser le fonctionnement des conseils de la vie sociale (CVS) et du dispositif des Personnes qualifiées :

- étudier l'opportunité et la faisabilité d'expérimenter une représentation associative des usagers en CVS dans les EHPAD comme dans la région Nord-Pas-de-Calais. Il s'agirait d'abord de disposer d'un retour d'expérience de la région concernée puis de la communiquer en CSDU ;
- proposer et évaluer sur un territoire de santé une rencontre annuelle entre personnes qualifiées et directions territoriales de l'ARS. L'objectif étant de renforcer la place de la médiation dans le médico-social pour le règlement des litiges ;
- informer sur le dispositif des Personnes qualifiées sur le site internet de l'ARS ;
- accompagner l'opportunité de la mise en place du service civique auprès des populations vulnérables au sein des établissements médico-sociaux.

Pour encourager la représentation des usagers dans les commissions d'activité libérale des établissements (CAL) :

- examiner un échantillon des rapports d'activité pour vérifier l'effectivité de la représentation des usagers et le fonctionnement de l'activité libérale, et agir auprès des établissements si nécessaire ;
- étudier l'opportunité, avec la Fédération Hospitalière de France (FHF), de définir un cahier des charges pour faciliter l'élaboration d'un rapport d'activité des CAL ;
- envisager un point sur leur fonctionnement avec la fédération concernée.

Pour rendre plus lisible la gestion des réclamations auprès des usagers du système de santé

⋮

- élaborer un support présentant les différentes démarches de réclamations, accessible sur le site internet de l'ARS avec les liens nécessaires et qui puisse être relayé par les associations d'usagers ;
- engager une étude quantitative et qualitative approfondie des plaintes et réclamations en lien avec les Conseils départementaux et les comités départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie pour identifier les motifs exprimés par les résidents et les familles. L'étude pourrait se limiter à un territoire de santé avec un Conseil départemental sur une période de 6 mois.

Suivi d'une proposition de l'ARS :

- négocier avec la CSDU la possibilité de revoir le contenu du rapport et sa temporalité sur certains thèmes et clarifier son processus d'élaboration en lien avec les contributeurs internes et externes ;
- il est proposé un point sur les droits des usagers lors des réunions annuelles organisées avec les fédérations.

Ce rapport relatif aux droits des usagers du système de santé est le neuvième élaboré pour la région des Pays de la Loire en application de la loi du 9 août 2009 relative à la politique de santé publique.

A partir des éléments fournis pour la réalisation de ce rapport la Commission Spécialisée Droits des Usagers constate une bonne prise en compte des droits des usagers dans certains domaines :

- les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) sont bien inscrites dans le fonctionnement des établissements, ce qui est d'autant plus satisfaisant et rendu nécessaire par l'élargissement de leurs missions dans la loi de modernisation du système de santé,
- les exigences concernant la bientraitance augmentent. Celle-ci fait l'objet de davantage de démarches et d'actions concrètes dans les établissements sanitaires et les établissements sanitaires et médico-sociaux,
- l'étude sur la qualité et la pertinence de l'accompagnement en fin de vie souhaitée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) a permis de mieux comprendre la situation et d'en tirer des enseignements à prendre en compte dans le futur plan pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie,
- la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) a résorbé une partie de son retard dans le traitement des dossiers d'indemnisation,
- les Commissions Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP) assurent leurs missions de façon exhaustive,
- les mesures de lutte contre les déserts médicaux se poursuivent, de même que la réorganisation de la permanence d'accès aux soins,
- les représentants des usagers sont intégrés dans les différentes instances de démocratie sanitaire et y participent activement.

Néanmoins des difficultés ressortent, voire persistent :

- certains conseils de la vie sociale (CVS) en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont des difficultés à remplir leurs missions,
- les plaintes relatives aux séjours en EHPAD continuent à croître et constitue un tiers des plaintes reçues à l'ARS,
- la communication entre patients et professionnels de santé reste un des premiers motifs d'insatisfaction des usagers,
- les délais d'attente pour un rendez-vous en structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique sont longs et seuls 13% des établissements ont une cotation optimale selon le critère de prise en charge de la douleur de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS),
- la difficulté à obtenir des informations sur l'accessibilité financière aux soins est récurrente,
- la participation aux dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal est en baisse, légère mais continue depuis plusieurs années.

16. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

16.1. Le processus d'évaluation du respect des droits des usagers

Comme les années précédentes, les processus de traitement des plaintes et réclamations en ambulatoire, dans les établissements sanitaires et à l'ARS fonctionnent bien. Il est plus difficile d'appréhender de manière exhaustive la façon dont sont traitées les plaintes et réclamations dans le secteur médico-social.

16.1.1. Le traitement des plaintes et réclamations

a) Ambulatoire

Pour l'année 2014 la CSDU a reçu des informations de l'ensemble des ordres.

Le détail fourni par certains ordres permet de mettre en lumière certains motifs de plaintes : les conditions de prise en charge, les montants des honoraires, des difficultés de communication.

La très grande majorité des plaintes et réclamations sont éteintes grâce aux procédures de dialogue mises en œuvre par les Ordres. Peu de plaintes aboutissent à un traitement en Chambre régionale disciplinaire.

Le travail d'information des usagers sur les procédures de dépôt et traitement des plaintes et réclamations est à redynamiser.

b) Sanitaire

Le nombre de plaintes et réclamations reçues par les établissements de santé a légèrement augmenté : 3371 plaintes en 2013, 3613 plaintes en 2014.

Les plaintes concernent avant tout la prise en charge médicale (28%), la vie quotidienne/l'environnement (23%), l'accueil/l'administration (16%), et les relations avec les professionnels de santé (13%).

Le nombre de médiation réalisée est stable (213 en 2014 contre 208 en 2013), mais seulement 45% des médiations proposées par les établissements sont mises en œuvre.

49% des représentants des usagers s'étant exprimés⁸ pensent que l'information aux patients sur la médiation est insuffisante. Ce qui tend à prouver le faible taux de mise en œuvre des médiations.

38% des 545 plaintes adressées à l'ARS en 2014 concernent les établissements de santé. La prise en charge médicale y est également le premier motif d'insatisfaction.

Les thèmes de recommandation des CRUQPC rejoignent les motifs de plaintes des usagers : information du malade et de la famille, infrastructures et hôtellerie, qualité de la prise en charge du malade.

c) La Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

La CCI a résorbé une partie des retards accumulés dans le traitement des dossiers ces dernières années. Elle a rendu 40 avis positifs d'indemnisation en 2014, sur 137 dossiers traités. Les usagers rencontrent souvent des difficultés dans le montage administratif de leur dossier, lors des expertises ou lors de la réunion de la commission ; ils ont besoin d'être accompagnés dès le montage du dossier et tout au long du processus, par les associations d'usagers notamment.

d) Médico-social

41% des plaintes reçues à l'ARS concernent le secteur médico-social, notamment la prise en charge des résidents dans les EHPAD et le manque de places en établissement pour personnes handicapées.

⁸ En 2014 un questionnaire a été diffusé par l'ARS auprès de 280 représentants des usagers et 131 d'entre eux y ont répondu.

La CSDU reste attentive aux plaintes concernant le secteur des personnes âgées dont le nombre est passé de 91 à 146 en deux années.

Les personnes qualifiées sont très peu sollicitées, seulement 9 interventions en 2014. Le besoin subsiste de communiquer sur leur existence et leur rôle, puis d'évaluer le dispositif.

16.1.2. Le fonctionnement des instances de représentation des usagers

Les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) ont désormais un rôle reconnu dans les établissements de santé et sont associées à leur fonctionnement. Dans le secteur médico-social il reste de nombreuses marges de progression pour que les CVS remplissent pleinement leurs missions.

a) Les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

Les CRUQPC sont désormais bien inscrites dans le fonctionnement des établissements de santé :

Tous les établissements ont mis en place une CRUQPC (une seule fonctionne sans représentant des usagers) ; 95,7 % des établissements ont au moins 2 représentants des usagers dans leur CRUQPC ; 66% se réunissent au moins 4 fois par an ; le taux de participation des représentants des usagers est de 75%.

Le bilan de fonctionnement est globalement positif. Il conviendra néanmoins de veiller à la formation des représentants des usagers et à leur implication, notamment au regard de l'élargissement de leurs attributions dans le cadre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

b) Les conseils de la vie sociale (CVS)

Le Conseil de la vie sociale est intégré, connu et jugé nécessaire dans beaucoup de structures médico-sociales. Mais au quotidien il est parfois difficile de le faire vivre. La chute continue de l'indicateur du PRS « pourcentage des établissements médico-sociaux réunissant leur Conseil de la Vie Sociale au moins trois fois par an » en est l'illustration (63% en 2011, 39% en 2014). Même si ce chiffre doit être relativisé en fonction du faible nombre d'établissements inspectés il dénote des difficultés persistantes dans le fonctionnement des CVS en particulier dans les EHPAD, dues notamment au renouvellement fréquent des membres résidents et des familles.

Il reste donc à développer de nouvelles pistes qui inscriront les CVS dans la durée et permettront de faire vivre l'expression des résidents et de les associer réellement au fonctionnement de la structure.

16.2. Droit au respect de la dignité de la personne

16.2.1. Le droit au respect et à la dignité de la personne en fin de vie

En 2014 l'ARS et la CRSA ont souhaité mener une étude sur la qualité et la pertinence de l'accompagnement en fin de vie dans la région et mettre en perspective le regard des acteurs du territoire et les besoins et attentes des usagers. L'étude a été confiée au cabinet Acsantis.⁹

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette étude :

- la prise en compte des droits des patients en fin de vie a progressé ces dernières années dans la région, professionnels et usagers sont d'accord sur ce point ;
- la loi de 2005 est considérée comme une avancée majeure, même si elle a créé des débats. Ses aspects d'application restent encore trop mal connus chez beaucoup de professionnels et encore plus dans la population (directives anticipées, personnes de confiance, ...) ;

⁹ Etude sur le respect des droits des malades en fin de vie pour la CRSA et l'ARS – Acsantis – Novembre 2015.
Téléchargeable sur le site de l'ARS : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Respect-des-droits-des-malades.186695.0.html>

- il existe une importante différence de perception entre professionnels de santé et usagers sur le respect des volontés du patient et l'acharnement thérapeutique ;
- il y a une attente forte de dialogue et d'écoute exprimée par les usagers envers les professionnels de santé, concernant la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de la souffrance psychologique ;
- il est nécessaire de mieux prendre en compte l'accompagnement des personnes en fin de vie par les bénévoles d'associations et les proches des patients.

Le rapport reprend beaucoup de bonnes pratiques mises en œuvre par des acteurs de terrains et souvent peu connues, leur diffusion doit donc être facilitée.

La culture palliative est portée par des professionnels motivés et compétents, cela reste néanmoins trop souvent un sujet de spécialistes. Il conviendrait d'élargir la diffusion de l'information et de permettre une meilleure appropriation par tous les professionnels, en particulier grâce à la formation. Les représentants des usagers dans les CRUQPC, les CVS et les comités d'éthique devraient être plus impliqués sur le sujet de la fin de vie.

16.2.2. Le droit au respect et à la dignité de la personne dans les établissements de santé

a) Promotion de la bientraitance

La part des établissements mettant en œuvre des actions de promotion de la bientraitance est en augmentation constante : 92% des établissements de la région déclarent des actions de promotion de la bientraitance, 97 établissements de la région (contre 45 en 2013) ont proposé au personnel des formations ou des séances de sensibilisation à la bientraitance.

Des marges de progression, au vu des certifications HAS, subsistent néanmoins, et la promotion de la bientraitance doit être une démarche et un questionnement perpétuels.

b) Prise en charge de la douleur chronique

Dans la région, 12 établissements sont concernés par une reconnaissance contractuelle Structure Douleur Chronique (une seule structure en Mayenne). Les délais d'obtention d'un rendez-vous sont très disparates selon les établissements mais atteignent souvent plusieurs mois.

D'après les données de certification de la HAS¹⁰ les marges de progression existent : 10% des établissements ont reçu une cotation C (niveau de satisfaction partiellement atteint) et 47% des établissements une cotation B (niveau de satisfaction en grande partie atteint).

16.2.3. Promotion de la bientraitance et qualité de l'accompagnement dans les établissements médico-sociaux

a) En EHPAD

Les services de l'ARS font de la promotion de la bientraitance en EHPAD une de leurs priorités. Il ressort des inspections (35 établissements et services inspectés en 2014) que les exigences concernant la bientraitance augmentent, tant de la part des familles que des ESMS.

90% des EHPAD ont un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ), c'est une amélioration de 25% par rapport à 2013 ; et 60% des résidents des EHPAD de la région disposent d'un projet de vie personnalisé.

Il reste néanmoins à analyser comment s'inscrit dans la durée la promotion de la bientraitance, particulièrement dans les EHPAD où les personnes sont très dépendantes et le personnel souvent surmené, et comment sont construits et suivis les projets de vie personnalisés.

b) Dans les établissements pour personnes handicapées

Dans les 376 ESMS répondant à l'Enquête Flash de l'ARS sur les projets de vie personnalisé (PVP), une moyenne de 89% des personnes handicapées accompagnées bénéficient d'un projet de vie

10

Analyse du critère 12a de la certification V2010 relatif à la prise en charge de la douleur

formalisé. Mais seuls 57% des ESMS répondant à l'enquête mettent en œuvre une organisation permettant de réviser les projets personnalisés des personnes qu'ils accompagnent aux âges clés de leur vie qui avaient été ciblés à 18 et 40 ans. Or l'accompagnement dans la durée de ces publics est indispensable.

61% des 408 établissements ayant répondu à l'enquête Flash de l'ARS sur le thème de la bientraitance ont établi un document spécifique destiné aux professionnels et travaillé avec eux sur les conduites à tenir. La formalisation de tels protocoles est légèrement plus développée dans les établissements du secteur de l'enfance que dans les établissements du secteur adultes.

16.3. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical

a) Les demandes d'information médicale

Le nombre de demandes d'information médicale continue de progresser en 2014 : 8676 demandes ont été enregistrées dans les établissements de santé, contre 8 298 en 2013 (+4,5%).

Les demandes d'information médicales sont globalement bien traitées dans la région même si seulement 36% des établissements respectent les délais réglementaires d'envoi des dossiers.

b) Le dossier pharmaceutique (DP)

Les pharmaciens se sont mobilisés en Pays de la Loire pour développer le dossier pharmaceutique (1,8 millions de dossiers ouverts).

Ce dossier facilite le rôle de conseil, d'aide et de vigilance du pharmacien, en particulier en dehors de la pharmacie habituelle. La consultation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens hospitaliers est possible ; sa consultation par certains médecins hospitaliers est en cours d'expérimentation.

L'ouverture et la gestion d'un Dossier Pharmaceutique relèvent de la liberté de chacun ; la phase d'explication à l'usager par le pharmacien lors de l'ouverture d'un dossier pharmaceutique pour obtenir son consentement est donc très importante et reste à améliorer.

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

A la rentrée scolaire 2014, 12 346 élèves handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire (11500 en 2013), soit en classe ordinaire, soit en unité localisée pour l'inclusion scolaire.

Le nombre d'orientations scolaires décidées a augmenté en Maine-et-Loire, Loire-Atlantique et Sarthe, il est en léger recul en Mayenne et Vendée.

Les mesures d'aide à la vie scolaire (AVS) sont en hausse également (5400 en 2014, 4889 en 2013) ; notamment l'accompagnement mutualisé.

L'augmentation continue depuis plusieurs années du nombre de demandes d'AVS peut s'expliquer par :

- ◆ une meilleure information des parents et des équipes éducatives qui sollicitent plus facilement cette prestation,

- ◆ la non intégration des enfants dans un établissement ou un service pour lequel la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) avait validé l'orientation. Cet état de fait les contraint à intégrer un établissement scolaire dit ordinaire avec la présence d'un(e) auxiliaire de vie scolaire.

Il faudra suivre l'évolution du nombre d'accompagnement mutualisé et vérifier s'il est toujours pertinent ou bien s'il aboutit parfois à un retour au dispositif d'accompagnement individuel.

16.5. Droits des personnes détenues

La région des Pays de la Loire compte 8 maisons d'arrêts qui sont reliées à 8 unités de consultations et de soins ambulatoires, dans lesquelles les personnes détenues bénéficient des soins délivrés par des professionnels hospitaliers (médecins, dentistes, psychologues, infirmiers...).

Devant les freins à l'accès aux soins des personnes détenues (renoncement, prise en charge ressentie comme inadaptée, etc.), un projet expérimental communautaire est mis en œuvre par Médecins du Monde et les équipes médicales de l'UCSA afin de promouvoir la santé et d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues au centre pénitentiaire de Nantes.

16.6. Santé mentale : les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)

Les CDSP sont bien en place, une seule fonctionne avec un seul psychiatre au lieu de deux.

Toutes observent le minimum de 4 réunions par an sauf la CDSP de Vendée.

Les CDSP observent une baisse significative des admissions à la demande d'un tiers dans la région (sauf dans la Sarthe), et une augmentation notable des mesures dites de « péril imminent » (de 8% en Mayenne à 63% en Maine-et-Loire). Les causes restent à rechercher et à objectiver.

Les CDSP ont examiné 1156 dossiers en 2014, contre 1056 en 2013 et 765 en 2011.

42 patients ont formulé des requêtes, plaintes ou réclamations.

96 personnes ont été reçues en entretien individuel.

Les CDSP n'ont pas constaté d'atteinte aux libertés individuelles, à la dignité des patients, ou l'existence de mauvais traitements ou de conditions dégradantes.

17. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

17.1. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux

a) L'accessibilité aux données de santé

Le Président de la CRSA a sollicité le Directeur Régional chargé de la Coordination de la CPAM afin d'obtenir des données sur l'accessibilité financière des usagers aux professionnels de santé libéraux, ce dernier a répondu : « Vous n'êtes pas sans ignorer le contexte politique dans lequel se trouvent les relations conventionnelles médicales depuis plusieurs mois. Pour cette raison, la Commission Paritaire Régionale des médecins ainsi que l'observatoire régional des pratiques tarifaires ne se sont pas réunis. Il ne m'est donc malheureusement pas possible de vous transmettre ces données alors même qu'elles n'ont pas été présentées au sein de ces instances paritaires. »

La CSDU a pris acte de la réponse de la CPAM, elle s'étonne néanmoins des motifs invoqués alors que les pouvoirs publics déclarent vouloir faciliter l'accès aux données économiques de santé.

b) La démographie médicale

Les Pays de la Loire restent toujours une région fragile du point de vue de la démographie médicale : 13% de la population vit dans un bassin de vie dont la densité médicale en médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale.

La situation est préoccupante en Mayenne et en Sarthe où ces départements ont respectivement 68 et 72 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, contre 81 en moyenne régionale et 87 en moyenne nationale.

Dans le cadre du Pacte Territoire Santé qui vise à lutter contre les déserts médicaux l'ARS soutient notamment le développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Elles sont au nombre de 54 en 2014. Un tiers de ces MSP ont encore des projets de santé embryonnaires qu'il conviendrait de développer.

La CSDU souhaiterait que les usagers soient impliqués dans la construction des projets de santé.

c) La permanence des soins

La permanence des soins (PDSA) a été réorganisée en 2014. Chaque commune de la région est rattachée à un secteur où la régulation des appels est assurée par des médecins ou centres d'appel sous convention avec le centre 15. Le conseil médical est pratiqué dans 41% des appels, le cas échéant il existe également 34 lieux fixes de consultations.

Lorsqu'un médecin de la permanence des soins a été appelé en EHPAD il a permis d'éviter une hospitalisation pour 62% des personnes visitées.

L'augmentation croissante du nombre de passages aux urgences interpelle, elle dénoterait des difficultés d'articulation entre PDSA et urgences.

17.2. Assurer financièrement l'accès aux soins : les commissions d'activité libérale

La représentation des usagers dans ces commissions n'a pas progressé : 7 établissements sur 18 n'ont toujours pas de représentant des usagers. De plus certains établissements ne réunissent pas leur commission.

L'information du patient sur cette activité dans les établissements publics doit être améliorée.

17.3. Assurer l'accès aux structures de prévention

Le taux de dépistage du cancer du sein continue à baisser légèrement (62,7% en 2014 contre 62,9% en 2013). De même que le taux de dépistage du cancer colorectal (37% en 2014 contre 38% en 2013).

L'ARS et l'Assurance Maladie mettent en œuvre des actions pour accroître les taux de dépistage, notamment des populations les plus fragiles. Les contrats locaux de santé ainsi que les MSP les ont intégrées dans leurs objectifs.

La CSDU s'inquiète des baisses de dotation consacrées à la prévention dans ces domaines et de la fragilisation financière de certaines associations qui en découle.

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

a) Les contrats locaux de santé (CLS)

Au 1^{er} novembre 2015, 14 contrats locaux de santé ont été signés (9 en 2014). 15 sont en projet.

Il est prévu de procéder à l'exploitation des rapports d'activité des CLS et de lancer un processus de revue annuelle.

b) La lutte contre les logements insalubres et l'habitat indigne

L'augmentation des procédures d'insalubrité est constante (190 logements en 2014 contre 157 en 2013). Cette évolution est en particulier due à la mise en place dans chaque département d'une structure en charge de coordonner les acteurs pour le repérage, le signalement des situations et leur traitement opérationnel.

Dans le cadre du Projet Régional Santé Environnement les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne ont également de nouveaux outils à leur disposition et la lutte contre les marchands de sommeil a fait l'objet d'une nouvelle méthodologie afin de répondre à la disparité des signalements et à une coordination insuffisante.

c) L'accueil adapté au public

96% des établissements de santé déclarent leurs locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite.

10 établissements sur 112 n'ont pas mis en œuvre de dispositif d'accueil pour les publics dits « spécifiques ». Il conviendra de mesurer les avancées de la mise en place de ces dispositifs dans les années à venir.

d) Les équipements en établissements et services médico-sociaux

La CSDU s'interroge, avec d'autres acteurs, sur la volonté affichée par l'ARS de ne pas créer de lits supplémentaires en EHPAD dans la région alors que les plus de 65 ans représenteront 26% de la population en 2040 contre 18% aujourd'hui¹¹ (soit une augmentation de 280000 personnes).

Il conviendrait donc de mener une étude sur l'évolution démographique de chaque département et sur l'évaluation des besoins de places en EHPAD.

18. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

18.1. Former les représentants des usagers

Les cycles de formation des représentants des usagers réalisés par le CISS se poursuivent, malgré une forte baisse en 2014 : 81 représentants formés contre 191 en 2013.

En 2015, 15 formations (158 participants) ont été réalisées sur des thématiques variées : fonctionnement des CRUQPC, indicateurs de qualité, prise de paroles....

Les formations correspondent à un réel besoin et enregistrent un très bon taux de satisfaction.

Il convient de les poursuivre et de les adapter aux nouvelles missions des représentants des usagers prévues par la nouvelle loi de modernisation du système de santé.

Les formations à destination des membres des CVS engagées en 2014 se sont poursuivies. Si l'intérêt des personnes formées est réel, la mobilisation des membres des CVS reste difficile.

Etant données les difficultés de fonctionnement de certains CVS, en particulier dans les EHPAD, la CSDU préconise de faire évoluer ces formations vers des rencontres territoriales qui seraient à la fois des moments de formation, d'informations et d'échanges.

18.2. Faire participer et informer les représentants des usagers

Conforter la représentation des usagers passe entre autres par leur participation aux différentes rencontres ou colloques ayant trait à notre système de santé.

De façon non exhaustive nous mentionnons :

- la réalisation par le CISS Pays de la Loire le 25 novembre 2014 des 5èmes Assises annuelles « Le patient acteur dans le parcours de soins coordonnés : accompagnement et autonomie » ;
- l'invitation des représentants des usagers aux rencontres ou colloques organisés par l'ARS avec des demandes d'intervention ;
- l'organisation le 31 mars 2015 de la 5ème journée des usagers par l'ARS en partenariat avec la CRSA (300 personnes présentes).

19. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Les taux de participation des représentants des usagers dans les différentes instances de la CRSA restent très élevés : 84%.

Dans les conférences de territoire la participation (66%) a augmenté par rapport à 2013 (49%), cette hausse peut s'expliquer par la mise à jour des arrêtés de nomination des usagers.

11 *Rapport CESER 2014 « La silver economy en Pays de la Loire »*

20. LES RECOMMANDATIONS 2015

RECOMMANDATION N°1 :

LES BONNES PRATIQUES CONCERNANT LES DROITS DES USAGERS

Le rapport 2015 recense beaucoup de bonnes pratiques concernant le droit des usagers (fonctionnement des instances, labels, fin de vie, etc.) ; il conviendrait de mieux les valoriser en les mettant en avant, notamment sur le site internet de l'ARS.

Les difficultés de communication entre professionnels de santé et usagers, recensées à travers l'analyse des plaintes et réclamations, pourraient faire l'objet de recherches de procédés adaptés mis en œuvre dans la région.

RECOMMANDATION N°2 :

LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

Les dispositifs de traitement des plaintes et réclamations devraient être plus lisibles pour le grand public. Une communication ciblée et adaptée s'avère nécessaire. Une première étape pourrait être la mise en place d'un support accessible sur le site internet de l'ARS, pouvant être relayé par les différentes associations.

Les Conseils de l'Ordre pourraient être invités à expliciter sur leur site les processus de traitement des plaintes et réclamations.

La saisine des personnes qualifiées dans le secteur médico-social est très peu utilisée, il apparaît nécessaire d'en évaluer le dispositif en y associant les personnes désignées pour cette mission.

La nouvelle loi de santé prévoit la mise en place des Conseils Territoriaux de Santé et leur accorde la possibilité de traiter les demandes de médiation des usagers. Une expérimentation de ce dispositif en Pays de la Loire mériterait d'être étudiée.

RECOMMANDATION N°3 :

LES CRUQPC

Les représentants des usagers au sein des CRUQPC doivent mieux s'approprier le domaine de la qualité de la prise en charge des patients (examen des indicateurs, propositions d'actions, nouvelle lettre de sortie...).

Ils devront être accompagnés dans les nouvelles missions que prévoit la loi de modernisation du système de santé.

L'augmentation du nombre de séjours en ambulatoire plaide pour le développement d'indicateurs de satisfaction spécifiques à ce type de séjour.

RECOMMANDATION N° 4 :

LES CONSEILS DE LA VIE SOCIALE

Etant données les difficultés de fonctionnement de certains CVS, en particulier dans les EHPAD, il conviendrait de faire évoluer les formations actuelles vers des rencontres territoriales qui seraient à la fois des temps de formation, d'informations et d'échanges.

De plus la CSDU rappelle son souhait d'expérimenter la désignation, au sein des CVS des EHPAD volontaires, d'un représentant des usagers issu d'une association agréée ou d'un CODERPA, à l'instar de l'initiative prise par la CRSA et l'ARS dans la région Nord Pas de Calais.

RECOMMANDATION N° 5 :

LES PERSONNES AGEES ET LES PERSONNES HANDICAPEES

L'analyse des évaluations externes en 2016 devrait permettre d'obtenir un meilleur état des lieux de la situation dans les EHPAD et dans les établissements pour personnes handicapées.

La mise en place des projets de vie personnalisés dans l'ensemble des ESMS ainsi que leur mise à jour doivent être une démarche prioritaire des établissements.

Un certain nombre d'éléments contenus dans ce rapport montre la nécessité d'être attentif à la prise en charge des personnes âgées.

Le besoin existe d'une analyse approfondie des plaintes et réclamations reçues à l'ARS et dans les conseils départementaux pour comprendre le nombre élevé de requêtes des résidents et de leur famille. Dans un premier temps cette analyse pourrait être réalisée à l'échelle d'un département.

La CSDU souhaiterait connaître le nombre d'enfants handicapés déscolarisés faute de place en établissement et en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS).

RECOMMANDATION N° 6 :

LES DROITS DES MALADES EN FIN DE VIE

La CSDU préconise :

◆ d'encourager et de diffuser les initiatives visant à ouvrir des temps de réflexion et d'échanges d'expérience entre professionnels et usagers,

◆ de sensibiliser les représentants des usagers des CRUQPC et des CVS à l'examen des conditions dans lesquelles sont pris en compte les droits des malades en fin de vie dans leurs établissements.

Ces préconisations seraient à reprendre dans le plan régional «Pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018».

RECOMMANDATION N° 7 :

LES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES

En 2014 une augmentation notable (+ 31%) des mesures dites de « péril imminent » a été constatée, les causes devraient être recherchées et objectivées.

L'analyse conduirait à s'assurer que les conditions de prise en charge de certaines personnes malades ne sont pas affectées et, en second lieu, à mettre en œuvre, si nécessaire, les mesures correctives administratives et/ou de parcours de soins.

RECOMMANDATION N°8 :

LES COMMISSIONS D'ACTIVITE LIBERALE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Toutes les commissions d'activité libérale de la région doivent intégrer un représentant des usagers.

L'analyse du fonctionnement de ces commissions et des modalités d'information du patient doit être réalisée.

RECOMMANDATION N°9 :

L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

Les données sur l'accessibilité financière aux soins doivent être mises à la disposition des instances de démocratie sanitaire pour leur permettre de jouer leur rôle. Le constat est que la transmission de ces données est très difficile voire impossible, il conviendrait de lever les freins à cette mise à disposition de données.

RECOMMANDATION N° 10 :

LA FORMATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET L'ANIMATION DU RESEAU.

L'élargissement des missions des instances où les représentants des usagers sont présents, prévu dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé, nécessite de prévoir un plan d'information et de formation adéquat.

La journée des représentants des usagers prévue fin 2016 pourrait reprendre comme thème principal la mise en œuvre de la nouvelle loi. De même, la lettre d'information à destination des représentants des usagers pourrait être relancée à partir de ce thème.

Annexes

Composition du groupe de travail pour la rédaction du Rapport 2015

relatif aux Droits des Usagers

M. Gérard ALLARD, Président de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Françoise ANTONINI, représentante de la commission spécialisée prévention

Mme Cécile ARETIN, représentante de la commission spécialisée organisation des soins

M. Jean-François BABIN, représentant de la commission spécialisée organisation des soins

Dr Dominique BRACHET, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Sylvie CHAPELAIS, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Rolande DOUCET, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

Pr. Jacques DUBIN, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Isabelle FRAPPIER, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

M. Luc GATEAU, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

M. Pierre GIRAUD, représentant de la commission spécialisée médico-sociale

Mme Odile GOMBAULT, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

M. Michel HAARDT, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

M. Thomas HERAULT, représentant de la commission spécialisée organisation des soins

M. André HERVOUET, représentant de la commission spécialisée prévention

M. Benjamin LAPOSTOLLE représentant de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Denyse LE BERRE, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Catherine LEGENDRE, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

M. François LEGENTILHOMME, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

Dr Yunsan MEAS, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

M. Roger RAUD, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Françoise RAMPILLON-MIGNON, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

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

NOR : ETSP1220103A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;

Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bienveillance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur.
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.
6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Renforcer la démocratie sanitaire

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

Art. 2. – Ce rapport est établi sur la base des données mentionnées dans le tableau annexé et disponibles en région ; ces données sont collectées et consolidées par l'agence régionale de santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie étant chargée de leur analyse.

Art. 3. – Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région.

Art. 4. – Le rapport, portant sur les données de l'année précédente, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la Conférence nationale de santé au plus tard au 31 décembre de l'année en cours.

Art. 5. – La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, la directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 avril 2012.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

*Le directeur général
de l'offre de soins,
F.-X. SELLERET*

*Le directeur général
de la santé,
J.-Y. GRALL*

*Le directeur
de la sécurité sociale,
T. FATOME*

*La ministre des solidarités
et de la cohésion sociale,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de la cohésion sociale,
S. FOURCADE*

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

A N N E X E

CAHIER DES CHARGES DU RAPPORT SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Validé par le CNP le 23 mars 2012 (visa CNP 2012-86).

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : – par professions de santé ; – par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		Rapport de l'ANFH pris en application de la circulaire DGOS/ANFH sur la formation des personnels hospitaliers dans les établissements de santé Formations initiales et continues assurées par l'EHESP, l'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc. Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Médico-social		Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux : <ul style="list-style-type: none"> - résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans); - formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux; - formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD); - formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés
	2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé URPS
Sanitaire		Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : <ul style="list-style-type: none"> - proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC; - proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement); - composition et qualité des membres de la CRUQPC; - existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres); Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	Rapports CRUQPC des établissements de santé Enquête SAPHORA Rapports de certification HAS : <ul style="list-style-type: none"> - pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans); - extractions régionales Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)	
Médico-social		Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) : <ul style="list-style-type: none"> - proportion d'établissements disposant d'un CVS; - proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement); - composition et qualité des membres des CVS; - proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS; - nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées 	Résultats du questionnaire ANESM sur la bienveillance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012) Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans) Rapports des CVS ARS	
	3. Droit au respect de la dignité de la personne. - Promouvoir la bienveillance	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseils des ordres des professionnels de santé

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS – référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiqual Evaluation interne Outil « Angélique »
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur		Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie		Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS - référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour

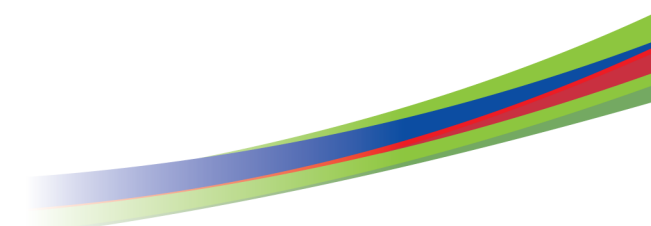
ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	Rapport de certification HAS – critère 14b – PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés: nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits): – en milieu ordinaire: services de l'éducation nationale (rectorat ou académie); – en milieu adapté: maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<p>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</p> <p>Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)</p> <p>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique</p>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<p>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</p> <p>Nombre de formations réalisées</p> <p>Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)</p> <p>Dispositif d'information sur ces formations</p>	ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		<p>Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire</p> <p>Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire</p>	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

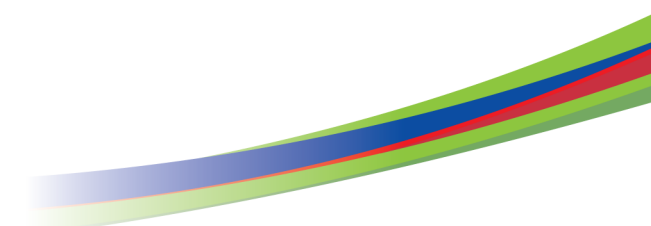
LABELS « droits des usagers du système de santé » 2015

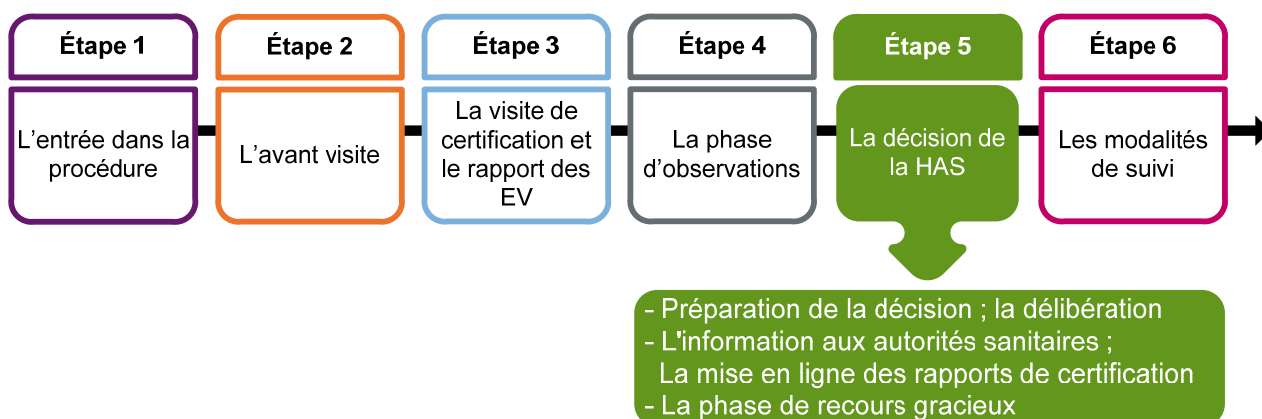
	Intitulé	Porteur	Objectifs	Résumé	Avis
2	Sensibilisation aux droits des usagers	ANSDPAH SAINT-NAZAIRE (service de soins infirmiers à domicile)	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les usagers de la santé de leurs droits. • Permettre aux usagers de la santé d'exprimer leurs droits. • Informer les professionnels de santé et le grand public sur les droits des usagers. 	<p>Suite au constat de la méconnaissance des droits des usagers, dont certains sont bénéficiaires du SSIAD et le manque de sensibilisation des droits des usagers aux professionnels de santé, l'ANSDPAH s'est rapprochée d'un établissement de formation supérieure pour leur proposer de développer un projet de communication autour des droits des usagers visant à mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le site internet de la structure intégrant un support vidéo ciblant les droits des usagers en suscitant la participation des usagers ; http://www.ansdpah.fr/droits-des-usagers.php - Une campagne de sensibilisation (affiches, dépliants) dans les cabinets médicaux, paramédicaux et les structures de santé ; - La création d'un Conseil Technique des usagers au sein de l'ANSDPAH ; - Un petit déjeuner de sensibilisation aux droits des usagers à l'intention des médecins traitants ; - L'organisation d'un forum sur les droits des usagers de la santé en partenariat avec les professionnels du domicile présentant leurs services respectifs. <p>Patients et usagers, professionnels de l'ANSDPAH, étudiants, partenaires de santé du domicile et des structures sont sollicités pour réaliser ce projet initié en 2014. Des difficultés sont rencontrées pour sa mise en œuvre en 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place d'un site et de sa maintenance ; - la recherche de partenaires techniques professionnels ; - la planification du projet selon les contraintes des partenaires ; - l'implication des usagers et des partenaires au travers du support vidéo du site et au travers du forum. <p>Evaluation prévue fin 2015 montre une satisfaction des participants du forum</p> <p>L'instance « comité technique des usagers » a rassemblé des usagers, aidants et représentants des usagers (maison des associations du CH) ainsi que des professionnels lors d'une première réunion fin septembre. Lors de la prochaine réunion prévue en janvier, il est prévu de mettre en place un règlement de fonctionnement de cette instance, mélange de CVS et CRUQPC. Ce comité souhaite mettre en place une fiche de signalement d'évènements pour les usagers à destination du comité.</p>	<u>LABEL</u>
3	Evènement «culture, santé et qualité de vie» et si c'était bon pour la santé	Centre de soins de suite et de réadaptation Le Bodio PONTCHATEAU	<ul style="list-style-type: none"> • Allier l'information, la prévention, la connaissance et l'expérimentation des droits des usagers avec la culture, la santé et la qualité de vie. Les droits des usagers se retrouvent chez de nombreux exposants, chez les prestataires et dans des ateliers d'initiation. • Montrer l'intérêt des médiations dans les besoins psychosociaux face à la maladie et dans la vie quotidienne. 	<p>L'établissement a souhaité créer un évènement culture et santé auquel est ajouté le thème de "qualité de vie". La finalité du projet consiste à ouvrir l'établissement vers l'extérieur, aux établissements et services partenaires et au monde de l'art et de la culture et à apporter de l'information, de la prévention auprès de la population.</p> <p>Une équipe de professionnels a été constituée pour l'organisation de cet évènement (sous forme de 2 journées), coordonné par un animateur socio-éducatif qui a fait appel à des bénévoles de la CRUQPC, des associations locales et des membres des familles ; des établissements partenaires, des associations d'aide à la personne, des personnes comme une sophrologue et une réflexologue, des exposants artistes (professionnels et amateurs) ont été sollicités pour y participer.</p> <p>La communication aux journées des 12 et 13 juin 2015 s'est effectuée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par le biais du journal d'informations télévisées (label 2012) aux patients et aux familles sur les télévisions des chambres - par les affiches et par la distribution des flyers - par des invitations aux professionnels de santé, aux établissements de santé et aux partenaires institutionnels - par la publication d'articles dans la presse locale <p>Elles sont ouvertes au grand public et aux professionnels de santé en entrée libre. Les patients du centre et leurs familles ainsi que les professionnels ont pu visiter les différents exposants. 300 visiteurs sont venus sur le site.</p> <p>Les exposants, par le biais du questionnaire de satisfaction souhaitent renouveler l'expérience. Un bilan a été fait auprès du conseil d'administration du centre. Si l'expérience est renouvelée, il faudra songer à un groupe d'organisation plus ouvert (autres établissements et exposants, associations) créer des commissions d'organisation, voir la configuration des lieux et un partenariat plus grand avec la mairie et la communauté de communes.</p>	<u>LABEL</u>

	Intitulé	Porteur	Objectifs	Résumé	Avis
4	Livret de soins et activités de soutien	Centre de soins de suite et de réadaptation Le Bodio PONTCHATEAU	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter une information sur les possibilités de soins et activités de soutien pour les patients en soins palliatifs et les familles 	Après 16 ans d'expérience en soins palliatifs au fil des années l'établissement a mis en place divers soins et activités de soutien pour améliorer la qualité de vie des patients et des familles. Il était important que ces informations soient regroupées sur un support unique en créant un livret destiné aux patients et aux accompagnants (proches, familles). Pour la conception du livret réalisé en interne, (groupe de travail sur les soins palliatifs, animateur socio-éducatif, responsable qualité) chaque intervenant a décrit son ou ses activités de soins de soutien. Le livret a été ensuite diffusé auprès des médecins, de la CME, du personnel soignant, au groupe soins palliatifs du centre, du réseau de soins palliatifs, des représentants des usagers de la CRUQPC pour avis. Les personnels ont été informés du livret lors de réunions d'équipe et sur les télévisions d'information du personnel dans les infirmeries. La diffusion du livret auprès des patients et des familles ayant débuté, un bilan sera fait en groupe soins palliatifs en début d'année 2016. Des demandes particulières ont été formulées par des patients et des membres des familles concernant entre autre la prise en charge de la douleur, les soins toucher massages, la sophrologie. Ce livret est transposable dans tous les établissements pour les accompagnements en soins palliatifs selon les soins de soutien proposé.	<u>LABEL & Proposition au concours</u>
5	Séminaires Usagers / Administrateurs	Harmonie Cliniques Pays de la Loire Nantes	<ul style="list-style-type: none"> • développer une culture commune entre les administrateurs et les usagers sur les thèmes de la qualité de la prise en charge des patients et les droits des usagers. Ainsi depuis 2011 est organisé un séminaire rassemblant les administrateurs mutualistes et les usagers des instances des établissements 	Le groupe HCPL s'est constitué récemment avec différentes acquisitions d'établissements et il est apparu nécessaire de mettre en oeuvre une action pour partager les valeurs portées par le groupe en termes de qualité / gestion des risques et respect des droits du patient. Cette action cible les usagers (membres des instances CLIN, CRUQPC) des différents établissements mais aussi les administrateurs mutualistes impliqués dans la gestion des structures et poursuit un double objectif : - permettre la formation des participants en matière de qualité / gestion des risques et droits des patients afin de donner les outils aux usagers et administrateurs leur permettant de participer activement à la vie des établissements ; - faire émerger une culture commune entre usagers et administrateurs en partageant les exigences de fonctionnement d'un établissement de santé et les valeurs mutualistes. Depuis 2011, la Coordination Qualité et Gestion des Risques, composée de 4 Responsables Assurance Qualité et d'un directeur d'établissement, organise un séminaire des usagers d'une journée au sein du siège du groupe HCPL. Les thèmes sont centrés sur la qualité, la gestion des risques et les droits des usagers (indicateurs IPAQSS, certification, gestion des plaintes, etc..) mais également sur le fonctionnement du groupe sanitaire mutualiste. Les usagers sont sollicités dans les établissements pour l'élaboration du programme du séminaire et les administrateurs sont tenus informés lors des conseils d'administration. Une évaluation est effectuée à la fin de chaque séminaire et une présentation des résultats est effectuée à la CRUQPC et au Conseil d'Administration des établissements. Les représentants des usagers mieux formés et informés sont beaucoup plus actifs au sein des instances des établissements ; ils souhaitent pérenniser la tenue de ce séminaire.	<u>LABEL</u>
7	Les cafés Ethique au sein du Pôle De Gérontologie du CHU de NANTES	CHU NANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une réflexion et une sensibilisation sur des sujets éthiques centrés sur la personne âgée entre tous les acteurs impliqués en gérontologie. • Créer du lien entre les professionnels, usagers et leurs représentants. • Ouvrir le regard de chacun sur la perception de l'autre. • Organiser une réflexion éthique et offrir un espace de débat et d'écoute dans le respect de chacun. 	Le projet est né du constat que malgré différentes modalités de réflexion éthique existantes, aucune ne répondait aux besoins des différents acteurs du pôle de gérontologie centrés sur des problématiques éthiques autour de la personne âgée et le quotidien. Un groupe pluri professionnel, nomade sur les 4 sites (pour permettre à chacun de participer) du pôle s'est constitué pour mettre en place des réunions intitulé « dans l'ERE du temps » (ERE = Espace de Réflexion Ethique) sous un concept novateur de café éthique afin d'appuyer la volonté d'échanger au sein d'un espace libre,, décentré des pratiques quotidiennes des différents professionnels. Les cafés éthiques permettent des échanges entre soignants, usagers, famille des résidents, aidants)/bénévoles intervenant dans l'accompagnement de la personne âgée, la mise en perspective des points de vues et questionnement, la recherche de sens et son adaptation et l'éveil d'une réflexion éthique centrée sur la personne âgée. Les améliorations attendues sont de mieux prendre en considération la personne âgée dans sa globalité. Le dispositif se déroule sur un thème choisi en amont par une introduction originale (saynète, film, diaporama,...) ainsi qu'une bibliographie remise aux participants (films, livres,, articles, lien internet, contact association,...) – les débats sont modérés par un membre du groupe et l'intervenant extérieur (philosophe, psychologue, médecin, juriste...) pour permettre la circulation des échanges. L'échange autour du café permet des échanges sans organisation hiérarchique selon le principe d'ouverture, de laïcité,, de respect de la différence et de la confidentialité des propos. Une réunion debriefing est réservée à l'analyse (questionnaire de satisfaction de la réunion, évolutions à envisagées,...) Initié en 2011, plusieurs cafés éthiques ont été organisés. Les résultats et l'appréciation générale des participants est très positif, tous déclarent un changement dans leur pratique et relation auprès de la personne âgées par la suite.	<u>LABEL & Proposition au concours</u>



	Intitulé	Porteur	Objectifs	Résumé	Avis
8	Centre Hospitalier de Saumur : la douleur expliquée aux enfants	Centre hospitalier de SAUMUR	<p><u>En rapport avec :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>notre Etablissement :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Présenter les services s - Faire découvrir le milieu hospitalier - Rappeler les principes du service public hospitalier • <u>L'éducation des enfants :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Exposer les moyens non-médicamenteux de prise en charge de la douleur - Evoquer les moyens d'expression et de lutte contre la douleur - Réaliser l'éducation thérapeutique <p>Eviter les appréhensions infantiles du milieu des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Susciter des vocations - Mettre en avant le lieu d'exercice de leurs parents, professionnels du CH - Intégrer les jeunes patients suivis en pédopsychiatrie dans des projets institutionnels du CH <ul style="list-style-type: none"> • <u>L'éducation des parents</u> <ul style="list-style-type: none"> - Exposer les différents moyens de prise en charge de la douleur médicamenteux et surtout non-médicamenteux. Les amener à réfléchir et à dialoguer avec leur enfant pour apporter la meilleur aide en cas de douleur. - Permettre un échange d'expériences entre parents. • <u>La communication</u> <ul style="list-style-type: none"> - Provoquer des échanges entre professionnels de santé et jeune public en dehors de tout contexte de consultation ou d'hospitalisation - Faire passer des messages de bienveillance et de confort pour l'enfant accueilli et hospitalisé • <u>L'éducation des soignants</u> <ul style="list-style-type: none"> - Se mettre à la place d'un jeune patient fréquentant le CH et confronté à la maladie par lui et chez ses proches - Intégrer les étudiants infirmiers qui seront « tutorisés » par les professionnels. Leur apprendre à adapter leur langage verbal et non-verbal en fonction de l'âge de l'enfant. 	<p>Initié par le CLUD (co présidé par médecin, infirmière spécialisé et intégrant représentant des usagers), la dynamique de ce projet a permis de proposer une visite de l'hôpital aux enfants couplées avec la journée mondiale de la douleur. S'appuyant sur le concept de l'hôpital des nounours, l'organisation est orientée vers la prise en charge de la douleur et la connaissance du milieu hospitalier adaptées aux enfants de 5 à 11 ans. En venant à l'hôpital en dehors d'un contexte de stress et/ou d'urgence, l'enfant pourra sans crainte découvrir le milieu hospitalier, dédramatiser et démystifier, faire face et gérer la peur et la douleur.</p> <p>En 2014, il a été proposé un accompagnement spécifique aux parents pour comprendre et aider leur enfant en cas de douleur et plusieurs ateliers/activités ont été installés pour expliquer la douleur aux enfants.</p> <p>De préférence dans le cadre scolaire, un circuit d'1h30 au sein de l'établissement est proposé avec des ateliers (présentation véhicule SMUR, simulation consultation pédiatrique, bloc opératoire, urgences suture, urgence traumatologie, hospitalisation, immobilisation, radio...)</p> <p>2 mois après, des intervenants visitent l'école pour un bilan de satisfaction</p> <p>Mis en œuvre depuis 2011, l'action a été renouvelé en 2013/2014/2015</p> <p>L'évaluation montre une amélioration pour les enfants craintifs, une amélioration importante pour des enfants ayant des proches hospitalisés.</p>	<u>LABEL</u>
9	Guide « accompagnement et soins palliatifs en pratique	Association coordination de l'accompagnement en soins Palliatifs Angevine	<ul style="list-style-type: none"> • Ce guide a pour objectifs d'aider les professionnels de santé à mieux comprendre ce que sont les soins palliatifs, de les informer sur les aides extérieures et les outils mis à leur disposition pour une meilleure prise en charge des patients et de leur entourage. 	<p>Parti du constat que la démarche palliative est méconnue des professionnels de santé et du public, l'équipe mobile de soins palliatifs de Doué la Fontaine a entamé réflexion pour créer un outil pédagogique accessible à tout professionnel en situation d'accompagnement en soins palliatifs quelque soit son lieu d'exercice</p> <p>Ce projet a été proposé aux 3 autres équipes mobiles de soins palliatifs de Maine et Loire convaincue de la nécessité de renforcer l'accès aux soins palliatifs et leur connaissance auprès de tout professionnel concerné</p> <p>Cet outil pédagogique et informationnel comporte différentes thématiques : définition des soins palliatifs, aspects législatifs et réglementaires, dimension éthique dans la démarche de soins, équipes ressources et acteurs de proximité aides possibles pour les accompagnants, ressources structures et associations.</p> <p>Le guide a été imprimé en 2015 en format livret et mis en ligne sur le site internet CASSPA 49, Fonds les soins palliatifs. Il a été présenté au Congrès de la Société Française de l'accompagnement et soins palliatifs, à la journée des Pays de la Loire des soins palliatifs et accompagnement. Remis aux professionnels formés par les Equipes mobiles...</p> <p>Le guide est évalué par les questionnaires de satisfaction remis aux professionnels dont 95% estiment l'utilité de ce guide.</p> <p>L'association JALAMALV ADESPA a été sollicitée pour la relecture du guide</p>	<u>LABEL</u>





POUR EN SAVOIR + : Comment est déterminée la cotation d'un critère ?

Le dispositif conçu pour la V2010 vise à assurer plus de reproductibilité d'où la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de cotation commun aux établissements de santé et aux experts-visiteurs.

Il est demandé à l'établissement dans le cadre de sa phase d'auto-évaluation de se coter critère par critère. À l'issue de la visite, les experts-visiteurs proposent, selon les mêmes modalités, une cotation intégrée dans leur rapport et reprise dans le rapport de certification.

1 – Les règles génériques

La cotation permet de mesurer le niveau de qualité atteint au regard des critères du manuel.

Cette cotation participe également à la détermination du périmètre de la visite :

- Les thématiques liées aux cotations C ou D sont systématiquement investiguées.
- Des critères cotés A ou B sélectionnés de manière aléatoire sont également investigués.
- La V2010 conserve l'échelle à 4 niveaux A, B, C ou D.
En revanche, l'innovation réside dans la construction d'un dispositif de cotation calculée. Ainsi, la cotation est automatiquement déduite des réponses apportées aux éléments d'appréciation.
- En pratique, pour chaque élément d'appréciation, les experts-visiteurs sélectionnent dans le menu déroulant le niveau de satisfaction qu'il estime avoir atteint : « OUI », « EN GRANDE PARTIE », « PARTIELLEMENT », « NON ».
- Un nombre défini de points est attribué à chaque élément d'appréciation en fonction de son degré de satisfaction :
OUI = 20, EN GRANDE PARTIE = 14, PARTIELLEMENT = 7, NON = 0.
✓ Ce nombre de points pour chaque élément d'appréciation est pondéré en fonction de l'étape (E1 Prévoir, E2 Mettre en œuvre, E3 évaluer et améliorer) à laquelle il appartient.

Ce sont les éléments d'appréciation de l'étape 2 (correspondant à la mise en œuvre du processus) qui sont davantage valorisés.

La somme des points obtenue est ensuite comparée au score maximal atteignable (obtenu lorsque toutes les réponses aux EA sont OUI) selon la formule suivante :

$$\frac{[\text{Score de l'Étape 1} + (\text{Score Étape 2} \times 2) + \text{score Étape 3}] \times 100}{\text{Score maximal}} = \text{XX\%}$$

- **Pour les critères non PEP**

Le pourcentage obtenu pour le critère permet de déterminer la cotation :

- ✓ cotation A : \geq à 89,50 % du score maximal ;
- ✓ cotation B : de 59,50 à 89,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation C : de 29,50 à 59,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation D : de 0 à 29,49 % du score maximal.

- **Pour les critères PEP**

Pour les critères qui entrent dans le cadre des PEP, le dispositif de calcul est identique mais les bornes de la cotation sont décalées. Le niveau d'exigence étant supérieur, il est donc nécessaire de disposer d'un score plus élevé :

- ✓ cotation A : \geq à 89,50 % du score maximal ;
- ✓ cotation B : de 79,50 à 89,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation C : de 44,50 à 79,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation D : de 0 à 44,49 % du score maximal.

Les formulaires du rapport dans SARA intègrent les formules de calcul. La cotation est automatiquement affichée suivant les réponses données à chaque élément d'appréciation.

2 – Les cas particuliers

- ✓ **Le critère 8.g « Maîtrise du risque infectieux »**

Les items constitutifs des indicateurs composant le score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le Ministère de la santé, se retrouvent dans l'ensemble des éléments d'appréciation du critère. Le score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales permet ainsi d'évaluer le critère 8.g : « Maîtrise du risque infectieux ».

La cotation est automatisée et fondée sur la classe associée à la dernière valeur, validée au moment de la visite, du score agrégé, selon le lien d'automatisme suivant :

- si la classe associée à la valeur du score agrégé est A, la cotation pour le critère est A ;
- si la classe associée à la valeur du score agrégé est B, la cotation pour le critère est B ;
- si la classe associée à la valeur du score agrégé est C, la cotation pour le critère est C ;
- si la classe associée à la valeur du score agrégé est D ou E, la cotation pour le critère est D.

Pour les établissements n'ayant pas le score agrégé et ne pouvant pas en justifier l'absence :

La cotation est automatiquement D.

Pour les établissements n'ayant pas le score agrégé et pouvant en justifier l'absence auprès de la Haute Autorité de santé :

La cotation est déterminée selon les modalités habituelles des critères PEP.

✓ **Le critère 8.h « Bon usage des antibiotiques »**

La cotation est fondée sur la classe associée à la dernière valeur de l'indicateur, selon le lien d'automatisme suivant :

- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est A, la cotation pour le critère est A ;
- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est B, la cotation pour le critère est B ;
- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est C, la cotation pour le critère est C ;
- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est D, E ou F, la cotation pour le critère est D.

L'indicateur ICATB généralisé par le Ministère de la santé permet d'évaluer le critère 8.h : « Bon usage des antibiotiques » à l'exception de l'élément d'appréciation relatif à « La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^e heure et la 72^e heure est inscrite dans le dossier du patient ».

Si la réponse pour cet élément d'appréciation est « PARTIELLEMENT » ou « NON », la cotation du critère obtenue à partir du lien automatique, entre valeur et cotation du critère, est abaissée d'un niveau.

Si l'établissement n'a pas procédé au recueil de l'indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales et peut justifier l'absence de ce recueil (exemple : établissement nouvellement créé), la cotation est déterminée selon les modalités habituelles des critères PEP.

Si l'établissement n'a pas procédé au recueil de l'indicateur ICATB sans justification (classe F), la cotation est automatiquement D.

Le critère est considéré comme « NA » pour les établissements non concernés par le recueil de l'indicateur ICATB (établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoire, centres de postcure alcoolique exclusifs et maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé).

✓ **Le critère 21b « Prescription d'examen de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats »**

En cas d'accréditation partielle ou complète du ou des laboratoires de biologie médicale de l'établissement de santé, le critère 21 b est coté automatiquement A.

Le ou les laboratoires non accrédités mais engagés dans la démarche d'accréditation auprès du Comité Français d'accréditation (COFRAC) font l'objet d'une investigation par les experts-visiteurs sur la base des exigences du critère 21b.

La non accréditation et le non engagement dans la démarche d'accréditation peuvent mener à un report de visite.

GLOSSAIRE

- **ADIL** : Agence Départementale d'Information sur le logement
 - **ADOPS** : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
 - **ALMA** : Association de Lutte contre la Maltraitance envers les personnes Agées
 - **ANAH** : Agence Nationale de l'Habitat
 - **ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
 - **ARS** : Agence régionale de santé
 - **ASIP** : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
 - **AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire
 - **AVSI** : Auxiliaire de Vie Scolaire Individuel
 - **AVSM** : Auxiliaire de vie Scolaire Mutualisé
 - **CAF** : Caisse d'allocation Familiale
 - **CAPA-SH** : Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides Spécialisées, les enseignements adaptés et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap
 - **CAPS** : Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins (maison médicale de garde)
 - **CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles
 - **CA-SH** : Certification complémentaire pour les enseignements adaptés à la scolarité des élèves en situation de handicap
 - **CATS** : Comités d'Accompagnement Territoriaux des Soins
 - **CCI** : Commission de Conciliation et d'Indemnisation
 - **CDCPH** : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
 - **CDSP** : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
 - **CFTC** : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
 - **CH** : Centre Hospitalier
 - **CHLVO** : Centre Hospitalier Loire Vendée Océan
 - **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
 - **CISS** : Collectif Interassociatif Sur la Santé
 - **CLAN** : Comité de liaison Alimentation et en Nutrition
 - **CLIS** : Classe pour l'Inclusion Scolaire
 - **CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
 - **CLS** : Contrat Local de Santé
 - **CLUD** : Comité de Lutte contre la Douleur
 - **CME** : Commission Médicale d'Etablissement
 - **CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
 - **CNP** : Conseil National de Pilotage (ARS)
 - **CODERPA** : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
-

- CORECS : Comité Régional de Concertation sur les Soins de 1er recours
 - CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de la Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
 - CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 - CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
 - CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
 - CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
 - CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
 - CSDU : Commission Spécialisée Droits des Usagers
 - CSP : Code de la Santé Publique
 - CVS : Conseil à la vie sociale
 - DEO : Direction de l'Efficienc e de l'Offre (ARS)
 - DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé
 - DGOS : Direction Générale de L'Offre de Soins
 - DMP : Dossier Médical Personnel
 - DREAL : Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement
 - DRUP : Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires
 - DT : Direction Territoriale
 - EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
 - EIG : Evènement Indésirable Grave
 - ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
 - ETP : Education Thérapeutique du Patient
 - FAM : Foyer d'accueil Médicalisé
 - FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
 - FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail
 - GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
 - HAD : Hospitalisation à Domicile
 - HAS : Haute Autorité de Santé
 - HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 - IGAS : l'Inspection Générale des Affaires Sociales
 - InVS : Institut National de Veille Sanitaire
 - IME : Institut Médico-Educatif
 - IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
 - IREPS : Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé
 - JLD : Juge des Libertés et de la Détention
 - LSF : Langue des Signes Française
 - MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
 - MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
-

- **MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapée**
 - **MLLE : Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion**
 - **ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux**
 - **ORS : Observatoire Régional de la Santé**
 - **ORTHI : Outil de Repérage et de Traitement de l'Habitat Indigne**
 - **PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé**
 - **PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie**
 - **PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire**
 - **PMI : Protection Maternelle et Infantile**
 - **PRIAC : le Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie**
 - **PRS : Projet Régional de Santé**
 - **PRSE : Plan Régional Santé Environnement**
 - **PSL : Professionnels de Santé Libéraux**
 - **ROR : Vaccin Rubéole, Oreillons, Rubéole**
 - **RU : Représentants des Usagers**
 - **SAMU : service d'aide médicale urgente**
 - **SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé**
 - **SDC : Structure d'étude et de traitement de la Douleur Chronique**
 - **SDT : admission en soins psychiatriques Sur Demande d'un Tiers**
 - **SDRE : admission en soin psychiatriques Sur Demande du Représentant de l'Etat**
 - **SISAC : système d'information sanitaire des alertes et crises**
 - **SLD : Séjour de Longue Durée**
 - **SM : Santé Mentale**
 - **SMPR : Services médico-psychologiques régionaux**
 - **SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale**
 - **SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins**
 - **SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile**
 - **SSR : Soins de Suite et de Réadaptation**
 - **TED : Trouble Envahissant du Développement**
 - **TICE : Technologie de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement**
 - **TRD : Traçabilité de l'évaluation de la Douleur**
 - **UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires**
 - **UDAF : Union Départementale des Associations Familiales**
 - **ULIS : Unités localisées pour l'Inclusion Scolaire**
 - **URAF : Union Régionale des Associations Familiales**
 - **URAPEI : Union Régionale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis**
 - **URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé**
-



Conférence régionale de la santé et de l'autonomie Pays de la Loire

ARS Pays de la Loire

CS 56233

44262 NANTES Cedex 2

ars-pdl-representation-usagers@ars.sante.fr