

Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé

2018

sur données 2017

SOMMAIRE

METHODOLOGIE.....	5
EDITORIAL.....	7
I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS.....	8
1. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS.....	8
2. RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D’EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS.....	9
2.1. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire.....	9
2.2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur sanitaire.....	11
2.3. Mesure de la satisfaction des usagers.....	18
2.4. Les indicateurs de qualité des établissements de santé en Pays de la Loire : Scope Santé.....	22
2.5. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social.....	23
2.6. Le dispositif de traitement des réclamations à l'ARS.....	25
2.7. Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation.....	27
3. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE.....	28
3.1. Promouvoir la bientraitance dans le secteur ambulatoire.....	28
3.2. Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire	28
3.3. Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance en structures médico-sociale.....	28
4. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE – PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR.....	31
4.1. Prendre en charge la douleur dans le secteur ambulatoire.....	31
4.2. Prendre en charge la douleur dans le secteur sanitaire.....	31
4.3. Prendre en charge la douleur dans le secteur médico-social.....	31
5. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE EN FIN DE VIE.....	32
5.1. Le plan d’action pour le développement des soins palliatifs.....	32
5.2. La prise en charge du malade en fin de vie et la rédaction des directives anticipées	32
6. DROIT A L’INFORMATION : PERMETTRE L’ACCES AU DOSSIER MEDICA.....	34
6.1. L'accès au dossier médical dans le secteur sanitaire	34
6.2. La lettre de liaison.....	35
6.3. Le dossier médical partagé (DMP).....	36
6.4. L'accès au dossier médical dans le secteur médico-social.....	37

7. LA SCOLARISATION DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP.....	38
7.1. Les missions des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.....	38
7.2. Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Pays de la Loire.....	38
8. DROITS DES PERSONNES DETENUES.....	42
9. SANTE MENTALE.....	43
9.1. Composition des CDSP et fonctionnement.....	43
9.2. Eléments statistiques des soins sans consentement.....	43
II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS.....	48
10. ASSURER L'ACCES DE TOUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX.....	48
10.1. Taux de spécialistes en secteur 2.....	48
10.2. Les dépassements d'honoraires en établissements sanitaires.....	48
10.3. Les dépassements d'honoraires en médecine libérale.....	49
10.4. Le reste à charge.....	50
10.5. La démographie médicale.....	51
10.6. La permanence des soins ambulatoires.....	54
10.7. Le recours aux services des urgences.....	54
11. ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS.....	59
11.1. Les commissions d'activités libérales.....	59
11.2. Le nombre de plaintes et réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.....	59
11.3. Les permanences d'accès aux soins (PASS).....	60
12. ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION.....	64
12.1. Les cancers en Pays de la Loire.....	64
12.2. Réorganisation des structures de dépistage du cancer.....	64
12.3. La participation au dépistage du cancer du sein	65
12.4. La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans.....	65
12.5. Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.....	65
12.6. Le dépistage du VIH dans les Pays de la Loire.....	66
13. REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES.....	69
13.1. Les contrats locaux de santé.....	69
13.2. Logements : les procédures d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique.....	70
13.3. L'accueil adapté au public.....	71
13.4. Les besoins liés au vieillissement de la population.....	76
III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS.....	79
14. FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE.....	79
14.1. Les formations organisées pour les représentants des usagers.....	79
14.2. Les formations en direction des Conseils de la Vie Sociale.....	80
14.3. Faire participer et informer les représentants des usagers.....	80

IV. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE.....	83
15. GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LA CRSA ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE.....	83
15.1. Taux de participation des représentants des usagers dans les réunions et commissions de la CRSA :.....	83
15.2. Les représentants des usagers dans les conférences territoriales de santé.....	83
.....V. SYNTHESE DU RAPPORT.....	85
.....VI. RECOMMANDATIONS.....	92
.....VII. SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT 2017.....	93
ANNEXES.....	94
GLOSSAIRE :.....	110

METHODOLOGIE

Ce rapport sur le droit des usagers du système de santé est le douzième 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 composé à partir de membres de différentes commissions de la CRSA a été mis en place.

L'arrêté ministériel du 5 avril 2012 a fixé le cahier des charges des rapports à établir par les CRSA en reprenant 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 cadre, relativement strict, aurait besoin d'être revu et réactualisé afin de prendre en compte les évolutions intervenues dans notre système de santé. La Conférence Nationale de Santé travaille sur ce sujet depuis plusieurs mois, et il est souhaitable que pour le prochain rapport 2019 nous ayons des orientations bien définies.

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

Certaines données servant habituellement de base au rapport n'ont pas pu être recueillies du fait soit de l'abandon du suivi (pour certains indicateurs du PRS) soit du changement de leur périmètre (pour certains indicateurs de la certification par la HAS).

Dans sa rédaction, le rapport reprend le plan du cahier des charges, avec en principe et pour chaque point :

- les données recueillies avec leur analyse,
- les commentaires de la commission spécialisée.

Des focus, rédigés par des membres du groupe de travail, apportent des éclairages sur des sujets traités dans le rapport.

Ce rapport, après adoption en séance plénière de la CRSA, le 19 mars 2019, sera transmis avec les recommandations formulées :

- à Monsieur le Directeur Général 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 de l'Appui à la Transformation de l'Accompagnement-pôle Démocratie Sanitaire et Usagers (DATA) et plus particulièrement Messieurs Bruno JAMES, Antoine AUGER, Mesdames Christine MENARD, Barbara FROGER et Madame Joséphine TEORAN (Attachée d'administration 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.

EDITORIAL

Le rapport annuel « Droits des usagers » constitue toujours un moment fort pour les membres de la CRSA qui le réalisent, car au-delà du recueil de données, son élaboration fait apparaître les évolutions de notre système de santé régional sur des thématiques importantes.

Ce rapport témoigne de la mise en œuvre dans notre région d'actions intégrant la prise en compte de la parole des usagers et de leurs droits dans des domaines tels que la prévention, l'accès à un médecin, la qualité dans le système de santé, le renforcement des missions des instances de démocratie en santé... Certaines de ces actions ont été initiées récemment ce qui peut expliquer que leur impact n'ait pas encore été concrètement perçu par les usagers.

Dans les prochains mois la CRSA, dans le cadre de ses missions, va s'efforcer de sensibiliser et donner la parole à un maximum d'acteurs de la santé de notre région.

Le 25 juin prochain, une rencontre régionale des représentants des usagers, organisée conjointement avec l'ARS, traitera du thème de la qualité du système de santé, avec la volonté de montrer que les usagers peuvent en être partie prenante. Dans la continuité de cette rencontre régionale, la Commission spécialisée en charge de ce rapport travaillera sur la perception des usagers de la prise en compte de la thématique de la bientraitance dans les établissements de santé, à l'instar de ce qui a déjà été réalisé sur les droits des personnes en fin de vie et la prise en charge dans les services des urgences.

Le thème de l'accès aux soins est fréquemment abordé dans les réunions de nos instances de démocratie sanitaire. Entre les perspectives démographiques des professionnels de santé, les ressources humaines disponibles sur les territoires et les attentes des usagers existe un écart qui devra fatalement se combler. Ce mouvement de convergence incontournable devra s'appuyer sur de nouvelles modalités de travail, une nouvelle organisation, de nouvelles coopérations. Dans ce contexte, la CRSA, avec les Conseils Territoriaux de Santé, organisera dans les prochains mois un débat public qui se déclinera dans chacun des territoires, et dans lequel l'expression usagers aura toute sa place.

Les données recueillies et les constats effectués dans le cadre de ce rapport constitueront des contributions importantes à ces deux projets, porteurs, nous en sommes convaincus, de progrès pour notre système de santé.

Denis LEGUAY
Président de la CSRA

Gérard ALLARD
Président de la CSDU

I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

Peu d'éléments ont été recueillis sur la situation actuelle de la formation des professionnels de santé au respect des droits des usagers.

Quelques bonnes prises en compte ont été relevées cependant :

- **dans les formations initiales des infirmier.es :**
 - L'exemple de l'Institut en Formation de Soins Infirmiers de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe montre que ces droits sont bien intégrés dans certains cursus, avec des interventions sur : droits des patients, rôle et place de l'aidant naturel, le handicap, la loi Léonetti /Claeys ; pour un total de 27h de formation.
 - Egalement à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Saumur des interventions portent sur la loi du 4 mars 2002, les droits des usagers, les soins palliatifs et la fin de vie, avec notamment des interventions d'associations de patients.

- **dans les établissements de santé :**
la journée annuelle « droits des patients » est souvent l'occasion de rencontres entre usagers et professionnels de santé sur des thèmes précis (semaine droits des patients annuelle du CHU de Nantes, avec plusieurs actions dont 1 conférence dédiée au consentement ou la fin de vie pour la clinique Rougemont du Mans).

Le Projet Régional de Santé 2018-2022 a pour objectif de renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur. Pour l'atteindre il prévoit notamment la déclinaison opérationnelle suivante : « Encourager le développement d'un module de formation des professionnels de santé « L'utilisateur, un acteur à part entière de sa santé ». Les modalités de mise en œuvre de ce module de formation ne sont pas encore connues.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

L'obtention de données sur la formation initiale des professionnel.les de santé aux droits des usagers reste parcellaire.

La CSDU sera attentive à la mise en oeuvre des actions prévues dans le PRS pour mieux former les professionnel.les de santé sur le respect des droits des usagers et elle souhaite que les formations envisagées puissent intégrer le vécu et l'expertise des représentants des usagers.

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

2.1. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire

a) Le traitement des plaintes/réclamations/doléances par les Conseils de l'Ordre des médecins

Département	Plaintes et doléances reçues				Conciliations				Plaintes transmises			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Loire-Atlantique	127	194	225	197	20	23	23	33	12	17	7	12
Maine-et-Loire	102	134	164	160	7	13	20	8	4	6	7	2
Mayenne	124	41	44	44	3	6	9	5	2	3	1	2
Sarthe	27	22	45	38	13	9	11	13	7	4	5	5
Vendée	58	133	192	184	6	13	16	21	4	8	6	21
TOTAL	438	524	670	623	49	64	79	80	29	38	26	42

Nature des 623 plaintes et doléances en 2017 :

- difficulté/ conflit entre médecins : 67 (77 en 2016)
- difficulté/ conflit entre particuliers et médecins : 485 (509 en 2016)
- difficulté/ conflit entre médecins et établissements de soins : 22 (34 en 2016)
- problèmes d'accès aux soins CMU-C : 0

La grande majorité des doléances reçues n'aboutissent pas à une plainte mais sont éteintes par le simple dialogue engagé avec le médecin par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre. Si cet échange ne suffit pas l'utilisateur peut porter plainte. Dans ce cas le président du conseil départemental accuse réception de la plainte et en informe le mis en cause. Une réunion de conciliation est organisée au cours de laquelle un ou des membres du conseil reçoivent les parties pour leur permettre d'échanger quant aux faits et rapprocher leurs positions. Le plus souvent cette réunion aboutit à la résolution du différend. Cependant si la plainte est maintenue, le conseil départemental l'examine en réunion plénière, puis la transmet à la chambre régionale disciplinaire de première instance avec son avis motivé.

41 affaires ont été enregistrées en 2017 et 41 ont également été jugées par la Chambre disciplinaire du Conseil de l'Ordre, dont 15 émanent de particuliers.

Les principaux motifs des plaintes concernent les problématiques suivantes : comportement du médecin, garde et permanences des soins, secret médical, certificats médicaux.

b) Le traitement des plaintes/réclamations/doléances par l'Ordre des pédicures-podologues

Comme les années précédentes, les données n'ont pas été communiquées.

c) Le traitement des plaintes/réclamations/doléances par l'Ordre des sages-femmes

Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes a traité **7 dossiers** en 2017 dont un seulement a abouti à une plainte. Trois dossiers concernaient des plaintes de patiente envers leur sage-femme, un dossier

impliquait deux sages-femmes, un dossier impliquait une sage-femme et un autre professionnel de santé.

d) Le traitement des plaintes/réclamations/doléances par l'Ordre des pharmaciens

- En 2017, l'Ordre des pharmaciens a enregistré **48 plaintes**, principalement en Maine-et-Loire.
- 29 plaintes émanent de la Présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.
- Il y a eu 6 tentatives de conciliations dont 2 ont abouti.
- 11 affaires ont été jugées en Chambre de Discipline.

Les motifs principaux des plaintes sont : la publicité, l'erreur de délivrance, la sollicitation de clientèle, les dysfonctionnements lors des services de garde ou d'urgence, des plaintes suite à l'inspection de l'ARS.

e) Le traitement des plaintes/réclamations/doléances par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

- En 2017, **1 signalement, 20 réclamations et 16 plaintes** ont été fait auprès de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.
- Il s'agit essentiellement de litiges entre patients et professionnels, comme les désaccords sur les protocoles de soins par exemple.
- Le nombre de conciliations répertoriées est en hausse : on en compte 8 en 2017 contre 3 en 2016.

f) Le traitement des plaintes/réclamations/doléances par l'Ordre des chirurgiens-dentistes

- En 2017 **25 plaintes** ont été transmises : 7 par les Conseils de l'Ordre Départementaux, 13 par les patients, 5 par d'autres organismes.
- 8 plaintes concernaient la qualité des soins, 2 les honoraires et 17 les obligations déontologiques.
- 7 plaintes ont été rejetées et 13 ont fait l'objet d'une sanction.

g) Le traitement des plaintes/réclamations/doléances par l'Ordre des infirmiers

- L'Ordre des infirmiers a reçu **12 réclamations** en 2017, 5 ont fait l'objet d'une conciliation et 2 ont abouti à une plainte.
- Les plaintes émanent du patient ou de sa famille et concernent le manquement aux obligations professionnelles, l'interruption des soins, le refus de soins, le défaut de prise en charge.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les processus de traitement des plaintes et réclamations dans les ordres professionnels fonctionnent conformément à la réglementation. Les ordres ont fait des efforts d'information ces dernières années mais ces processus apparaissent toujours aussi compliqués aux usagers concernés.

La CSDU note depuis plusieurs années une augmentation continue des plaintes des usagers, avec des motifs similaires : prise en charge médicale, comportement des professionnels, accès aux soins....

L'accès aux soins et le refus de soins qui sont indiqués comme motifs de plaintes par plusieurs ordres professionnels mériteraient d'être analysés de façon plus précise.

2.2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur sanitaire

Les données sont issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des Usagers réalisée par la mission Démocratie Sanitaire de l'Agence Régionale de Santé.

a) L'installation des Commissions des usagers (CDU)

Pour rappel, la loi de modernisation du système de santé complétée par le décret n°2016-726 du 1er juin 2016 a institué la commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé qui s'est substituée à la Commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) avec des attributions élargies.

Au 31 décembre 2017 tous les établissements de santé des Pays de la Loire ont mis en place leur CDU et 89 % des établissements ont actualisé le règlement intérieur de l'instance.

➤ ENQUETE 2017 REPRESENTANTS DES USAGERS

Une enquête a été réalisée au mois de novembre 2018 par l'Agence Régionale de Santé auprès des représentants des usagers. Elle portait sur le fonctionnement des commissions des usagers des établissements de santé de la région Pays de la Loire en 2017.

L'enquête a été adressée à 328 représentants des usagers ayant au moins 1 mandat sur la région Pays de la Loire ; 187 questionnaires ont été réceptionnés.

Certaines données de cette enquête sont intégrées ci-dessous et la synthèse de l'enquête fait l'objet de l'annexe 2.

b) Bilan quantitatif des réponses par établissement

Les CDU doivent remettre chaque année à l'ARS leur rapport d'activité.

Pour les activités de l'année 2017, 115 des 116 rapports d'activité attendus ont été transmis à l'ARS : 36 en Loire- Atlantique, 33 en Maine-et-Loire, 10 en Mayenne, 21 dans la Sarthe et 15 en Vendée.

c) Fonctionnement des CDU

Composition et participation :

Au 1er janvier 2018, 424 représentants des usagers sur 468 ont été désignés dans les CDU, soit 87 %.

La désignation des membres titulaires n'est pas problématique : 92 % des sièges en qualité de titulaire sont occupés.

La désignation des membres en qualité de suppléant semble plus difficile mais s'est améliorée et 75% des suppléants sont désignés.

Au 15 décembre 2017, **la désignation des 4 représentants des usagers** est complète pour 76 % des établissements, l'absence des 4 représentants s'explique par une démarche en cours ou une absence de candidature. 1 établissement fonctionne sans représentant des usagers.

A la fin de l'année 2017, comme en 2016, **44 associations différentes** sont présentes dans les commissions des usagers ligériennes, elles étaient 40 en 2016 et 39 en 2015.

En 2017, selon 75 établissements, la CDU affiche un **taux de participation de représentants des usagers** supérieur à 70% et 4 établissements affichent un taux de participation inférieur à 50% (8 en 2016).

Nombre de séances plénières des CRUQPC/CDU			
	2015	2016	2017
Aucune réunion		1 %	
Moins de 4 réunions	29 %	33 %	20%
4 réunions	63 %	52%	71%
Plus de 4 réunions	8 %	14 %	8%

La réglementation est respectée par 79% des établissements qui se réunissent au moins 4 fois par an.

On note que le nombre d'établissements réalisant au moins 4 réunions par an augmente régulièrement : 82 établissements en 2017 contre 73 établissements en 2015.

Pour les CDU qui se sont réunies moins de 4 fois, les établissements le justifient par des difficultés organisationnelles, un changement de direction, des difficultés de disponibilité des membres ou encore l'annulation de réunion non reprogrammée.

Pour les CDU qui se sont réunies plus de 4 fois, les motifs sont la préparation de la certification, des réunions exceptionnelles pour le projet des usagers ou la validation du rapport d'activité, des réunions conjointes avec le Conseil de la vie sociale, des réunions sur les différents sites de l'établissement, des réunions à thème (droits des patients)...

➤ **ENQUETE 2017 REPRESENTANTS DES USAGERS**

93% des représentants des usagers ayant répondu sont satisfaits du déroulement des réunions.

Transmission du rapport de la CDU : 78% des CDU transmettent leur rapport à d'autres instances de l'établissement. Ces données continuent d'être en baisse par rapport à 2016 (84 %) malgré la modification du calendrier qui devait permettre aux établissements la validation, l'avis et la transmission aux autres instances du rapport d'activité de la CDU.

Information aux usagers : les supports de communication utilisés par les établissements pour informer les usagers et le personnel sont principalement le livret d'accueil et l'affichage. La communication orale et les réunions, l'intranet et le journal interne sont aussi un vecteur de communication privilégié vers le personnel.

Sur les documents d'information destinés aux usagers, 83 % (75% en 2016) des établissements y précisent le nom et les coordonnées des représentants des usagers.

94 % des établissements déclarent qu'il est possible pour les usagers de contacter un membre de la CDU à tout moment en cas de difficultés, soit par mail, soit par téléphone.

➤ **ENQUETE 2017 REPRESENTANTS DES USAGERS**

D'après l'enquête réalisée auprès des représentants des usagers, 63% d'entre eux pensent qu'ils sont connus auprès des personnes assurant le standard ou l'accueil de l'établissement et 51% pensent qu'ils le sont auprès des professionnels de l'établissement (soins, administratifs...). 76% des représentants des usagers pensent cependant qu'ils ne sont pas facilement identifiés par les usagers de l'établissement (malades, familles et proches...).

d) Les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire

Les dispositifs de traitement des plaintes et réclamations :

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

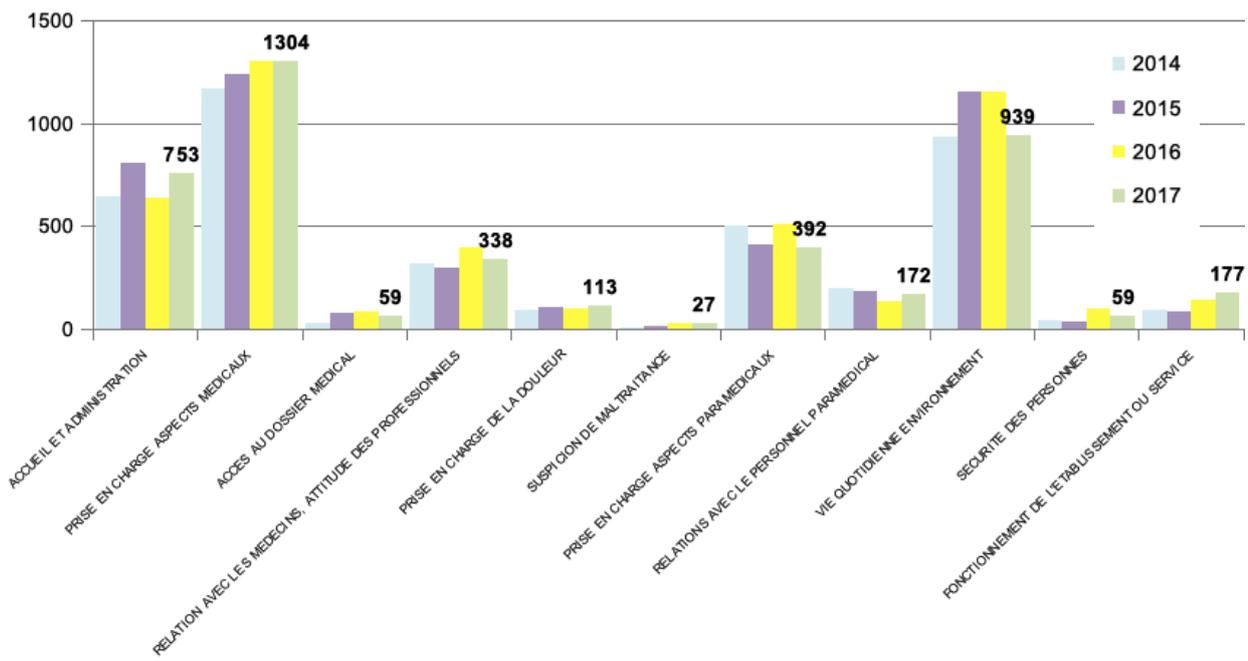
Le nombre de plaintes et réclamations :

Au cours de l'année 2017, les établissements déclarent avoir reçu **4352 réclamations**, ce nombre reste stable (4 281 en 2016 et 4 296 en 2015).

11 établissements n'ont pas enregistré de réclamations en 2017.

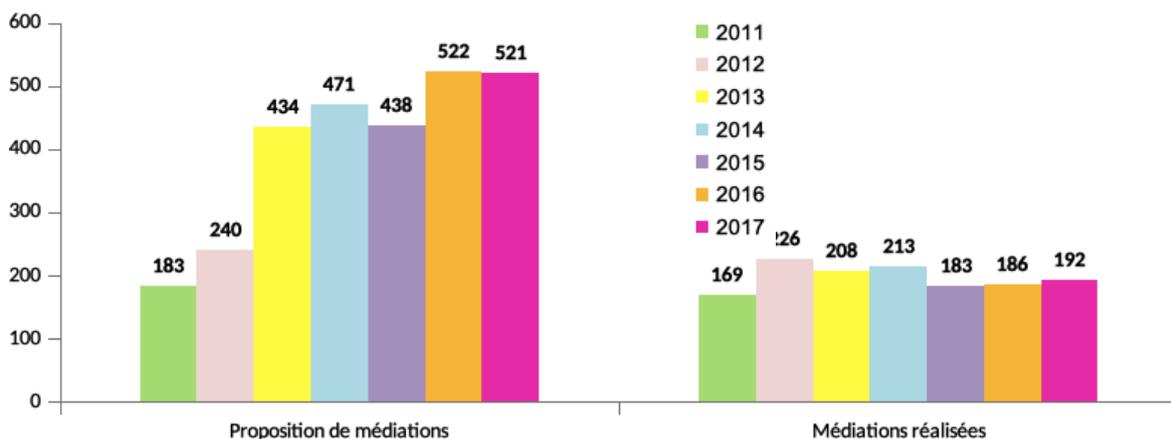
Les motifs des réclamations :

la majorité des réclamations recensées en 2017 porte, comme les années précédentes, sur la prise en charge des aspects médicaux (30%) et la vie quotidienne et l'environnement (22%).



Le traitement des plaintes et réclamations : pour les établissements ayant précisé le délai de prise en charge des réclamations le délai minimum oscille entre 0 et 30 jours, comme en 2016. Le délai maximum est de 323 jours pour un établissement.

La médiation : le nombre d'établissements proposant une médiation est stable en 2017. Comme en 2016, 58 établissements déclarent avoir proposé au moins une médiation.



En 2017, ces établissements ont proposé 521 médiations dont 37% ont été mises en œuvre. Ces chiffres sont stables par rapport à 2016 mais le pourcentage de réalisation de ces demandes est en baisse par rapport à 2015 (42%). En effet, si depuis 2011 on note une progression du nombre de propositions de médiations, le nombre de médiations mises en œuvre n'augmente pas proportionnellement.

Les médiateurs médecin et non médecin sont simultanément saisis mais 85% des médiations sont organisées avec le médiateur médecin.

En 2017, 28 sur 192 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers dans 16 établissements ligériens.

93% des établissements informent les usagers de la possibilité de saisir le médiateur : principalement par le livret d'accueil (pour 87% des établissements), par affichage (pour 44%), par le site internet (pour 39%) ou encore par des brochures spécifiques (10%) ou d'autres moyens non précisés par l'établissement (14%).

Parmi les 57 établissements n'ayant signalé aucune demande de médiation, 98% ont précisé cependant que les usagers sont informés de cette possibilité.

88% des établissements déclarent informer les usagers qu'ils peuvent se faire accompagner d'un représentant des usagers lors de la rencontre avec le médiateur alors que seulement 66% des représentants des usagers déclarent que c'est bien le cas.

e) Le traitement des évènements indésirables graves liés aux soins

La commission des usagers au sein des établissements de santé a vu son rôle confirmé et renforcé et elle a désormais accès à la liste des événements indésirables graves survenus ainsi qu'aux actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier, dans le respect de l'anonymat des patients.

99 % des établissements affirment mettre en place cette procédure.

➤ **ENQUETE 2017 REPRESENTANTS DES USAGERS**

70% des RU signalent que les EIG sont examinés à chaque CDU et 60% d'entre eux déclarent que c'est également le cas pour les mesures prises suite à un EIG.

f) Les communications aux usagers

Le livret d'accueil : En application de l'article L.1112-2 du Code de Santé Publique, un livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son admission ou à un proche le cas échéant.

Remis par 98 % des établissements, le livret d'accueil est donné principalement lors de l'entrée en hospitalisation (85%). Lorsque l'hospitalisation est programmée, 46% des établissements remettent le livret d'accueil en amont.

La remise du livret d'accueil est accompagnée systématiquement d'explications orales pour 75 établissements ligériens (contre 82 en 2016).

La charte de la personne hospitalisée : la charte de la personne hospitalisée vise à faire connaître leurs droits aux personnes hospitalisées, elle doit être affichée dans les locaux fréquentés par celles-ci.

Dans les établissements de santé ligériens, 99 % (contre 95% en 2016) déclarent l'insérer dans le livret d'accueil et 94 % (contre 83%) déclarent l'afficher dans les lieux fréquentés par les usagers.

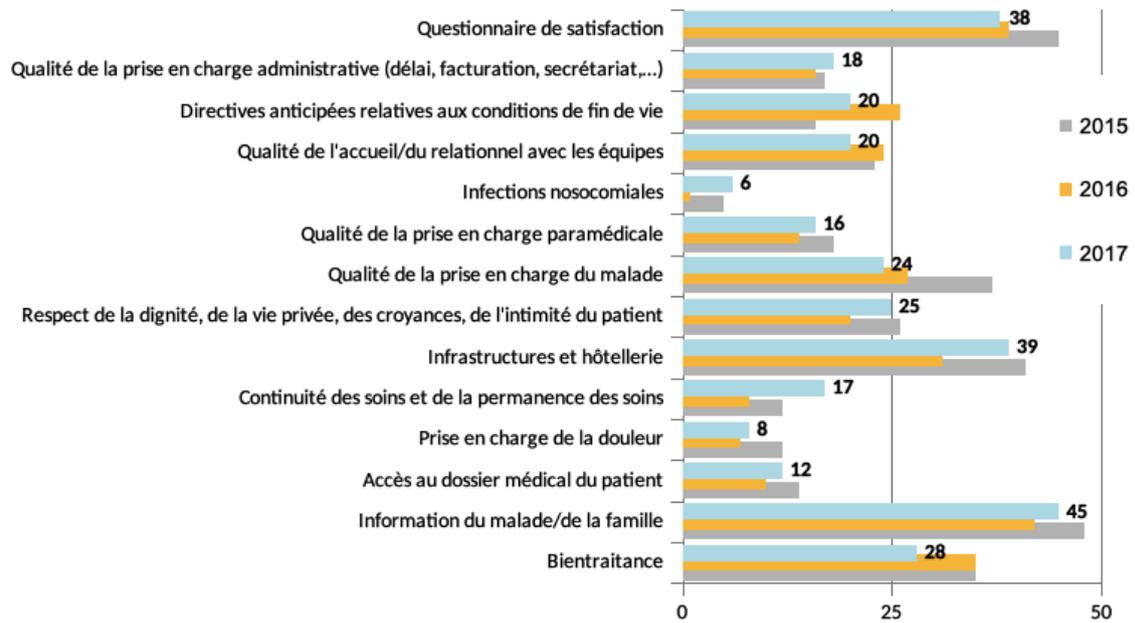
g) Les thèmes de recommandation des CDU en 2017

Le rapport d'activité annuel de la CDU constitue un levier de la politique d'amélioration de la qualité et de la prise en charge au sein de chaque établissement. Conformément à l'article R.1112-80 du code

de la santé publique, il incombe à la CDU par ses avis et propositions de formuler des recommandations.

En 2017, 88 établissements indiquent avoir formulé des recommandations.

Les thèmes des recommandations formulées par les établissements révèlent la diversité des sujets abordés.



Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

En région Pays de La Loire les Commissions des usagers sont bien intégrées au fonctionnement des établissements de santé et leurs nouvelles missions sont mises en œuvre progressivement.

La CSDU note la progression de la représentation des usagers et l'amélioration continue du fonctionnement des CDU :

- 92 % des sièges en qualité de titulaire de représentants des usagers sont occupés,
- le taux de participation des représentants des usagers est supérieur à 70%,
- 79% des CDU des établissements se réunissent au moins 4 fois par an,
- les CDU ont accès à la liste des événements indésirables graves liés aux soins (EIG).

Dans les points d'amélioration possible du fonctionnement des CDU, la CSDU relève :

- une baisse du nombre de rapports des CDU transmis aux autres instances de l'établissement : 78% des CDU en 2017, contre 84 % en 2016. Il est dommageable que le travail fait en CDU soit méconnu des autres instances et notamment des instances dirigeantes de l'établissement (en particulier les commissions médicales). La CSDU souhaite que ce point s'améliore et préconise que le rapport de la CDU soit présenté de vive voix aux instances dirigeantes par des membres de la commission dont au moins un est un représentant des usagers.
- L'enquête menée auprès des représentants des usagers montre le décalage de perception de suivi des EIG : 99 % des établissements affirment mettre en place la procédure d'examen des EIG et de suivi des mesures par les CDU, alors que seuls 60% des RU déclarent être informés des mesures prises suite à un EIG.
- Il existe un écart entre ce que les établissements mettent en place pour faire connaître les RU et la perception de leur notoriété par ces derniers : si 94% des établissements déclarent qu'il est possible pour les usagers de contacter un membre de la CDU, 76% des représentants des usagers pensent qu'ils ne sont pas facilement identifiés par les usagers de l'établissement. Ce manque de connaissance des représentants des usagers et de leur rôle est confirmé par le fait que seulement 28 sur 192 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers.

La CSDU souhaite que les représentants des usagers soient davantage identifiables et soutient le projet « Silhouette » mis en œuvre par France Asso Santé, dont l'objectif est de faire connaître les représentants des usagers et leurs missions auprès des patients de chaque établissement.

FOCUS

Faire connaître les représentants des usagers

- Les représentants des usagers sont encore méconnus et manquent de (re)connaissance auprès des usagers et d'une partie des professionnels de santé. Ils ne peuvent donc pas exercer pleinement leurs missions de représentation et d'information sur les droits auprès des usagers.
- France Assos Santé met donc en place une action dans tous les établissements de santé dont les objectifs sont les suivants :
 - Aider les Représentants d'usagers du système de santé à se faire connaître des usagers et des professionnels.
 - Faire collaborer les représentants des usagers et leur référent au sein de l'établissement de santé.
 - Renforcer l'effectivité des droits des usagers en lien avec les représentants des usagers.
 - Promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.
- L'action consiste à mettre dans chaque hall d'établissement de santé des Pays de la Loire :
 - Une silhouette « Représentant des usagers » de taille humaine.
 - Un dépliant de présentation du représentant des usagers personnalisable par les établissements.
 - Un document expliquant le projet aux établissements de santé et aux représentants des usagers.

2.3. Mesure de la satisfaction des usagers

a) Les questionnaires de satisfaction des usagers

L'utilisation du questionnaire de sortie est rendue obligatoire par le cadre réglementaire. Selon l'article R.1112- 67 du Code de Santé Publique « tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ».

99% des établissements ont utilisé un questionnaire de sortie en 2017.

Comme en 2016, 4 établissements déclarent avoir un taux de retour des questionnaires supérieur à 75%.

b) Les enquêtes de satisfaction

80% des établissements réalisent des enquêtes et transmettent les résultats à la CDU.

Ponctuelle ou annuelle, l'enquête peut s'adresser à un pôle ou un service, un profil de patients spécifiques ou traiter un sujet particulier (restauration, bienveillance...).

97 % des représentants des usagers connaissent le questionnaire de satisfaction de l'établissement ; associés à la réalisation du contenu de l'enquête de satisfaction (69 %), ils sont également informés des résultats produits (84 %).

c) Le dispositif E-satis et les résultats en médecin - chirurgie- obstétrique

Piloté depuis janvier 2015 par la Haute Autorité de Santé le dispositif e-Satis mesure la satisfaction des patients hospitalisés. La participation des établissements au dispositif est obligatoire ou facultative selon le volume de séjours de plus de 48h en MCO et suivant la proportion de patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés.

L'établissement est chargé de recueillir les adresses e-mail des patients et de les transmettre à un organisme indépendant. Deux semaines après sa sortie, le patient reçoit un courrier électronique contenant un lien unique, individuel et sécurisé lui permettant de se connecter au questionnaire e-Satis en ligne.

Le questionnaire national de satisfaction comprend 53 questions de mesure de la satisfaction et de l'expérience qui permettent de détailler les différentes étapes du parcours du patient et de repérer les actions d'amélioration à mettre en place au plus près de leurs attentes.

Par rapport à 2016, première année de mesure de la satisfaction par questionnaire en ligne, l'évolution de la participation en un an est positive et encourageante :

- 94.4% des établissements, dont la participation était obligatoire, ont participé cette année.
- le taux de patients répondants est de 17,3%

Les résultats globaux :

Score moyen de satisfaction globale	2016	2017	2018
PDL	74.7	74.7	74.5
National	72.7	73.2	73.3

La répartition des établissements en Pays de la Loire :

Répartition par niveau de satisfaction des patients hospitalisés dans des établissements de santé de la région Pays-de-la-Loire	2016	2017	2018
A	4	5	5
B	8	14	18
C	7	9	11
D	0	2	2
Total	19	30	36

Les résultats par thématique :

Thématique	PDL	National	PDL	National
Accueil	76	73	75	73
Prise en charge médicale	81	80	81	81
Prise en charge para-médicale	82	81	82	81
Chambre	73	72	73	58
Repas	60	58	61	58
Organisation de la sortie	64	63	64	63

A la question "Recommanderiez-vous cet établissement ?" Les pourcentages de réponse positive vont de 44% pour l'établissement le moins recommandé à 83% pour l'établissement le plus recommandé.

d) Le dispositif national e – SATIS en chirurgie ambulatoire

Les résultats globaux :

Score moyen Sat Globale	2018
PDL	77
National	76

La répartition des établissements en Pays de la Loire :

Répartition par niveau de satisfaction des patients admis pour une chirurgie ambulatoire dans des établissements de santé de la région Pays-de-la-Loire	2018
A	5
B	7
C	15
D	1
Total	28

A la question "Recommanderiez-vous cet établissement ?" Les pourcentages de réponse positive vont de 52% pour l'établissement le moins recommandé à 93% pour l'établissement le plus recommandé.

Le développement du dispositif pour les établissements SSR, pour l'hospitalisation à domicile et pour les EHPAD débutera en 2019.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

En Pays de la Loire la satisfaction des usagers recueillie par l'application e-Satis aussi bien en MCO qu'en ambulatoire obtient un score légèrement supérieur à la moyenne nationale mais le score MCO est en légère baisse.

Les moyennes sont un élément de compréhension mais il faut aussi noter qu'il y a des écarts importants de satisfaction des patients suivant les établissements, en particulier à la question «Recommandiez-vous cet établissement de santé » où les différences vont pratiquement du simple au double.

Les résultats régionaux par thématique appellent clairement l'attention des établissements sur la qualité de la restauration et les conditions de sortie (moins de 65% de satisfaction).

La CSDU se félicite de l'extension prévue de la mesure de la satisfaction des usagers, selon un processus indépendant, aux EHPAD, aux Soins de suite et de réadaptation et à l'hospitalisation à domicile. Il est important que la mesure soit faite à partir d'outils validés et que les usagers et leurs représentants les utilisent pour proposer des améliorations de fonctionnement des services et de l'accueil des patients et familles.

L'obtention de données sur la formation initiale des professionnel.les de santé aux droits des usagers reste parcellaire.

La CSDU sera attentive à la mise en œuvre des actions prévues dans le PRS pour mieux former les professionnel.les de santé sur le respect des droits des usagers et elle souhaite que les formations envisagées puissent intégrer le vécu et l'expertise des représentants des usagers.

FOCUS **Mieux mesurer la satisfaction des patients :
une évolution positive.**

Par R. Raud, membre de la CSDU

Dans le projet « Ma santé 2022 » porté par le gouvernement, la mesure de la satisfaction des patients après un épisode de soin devrait être systématisé.

En 2019 la mesure de la satisfaction des patients sera étendue aux soins de suite et de rééducation (Ssr), à l'hospitalisation à domicile (Had) et aux EHPAD, puis à partir de 2020 elle devrait concerner les soins de premier recours dans les structures coordonnées comme les centres de santé.

Evaluer la qualité et la pertinence des soins avec tous les acteurs, dont et surtout les patients, doit devenir systématique. En effet toute évolution de la qualité des soins doit reposer sur les indicateurs de satisfaction. Cela peut être la capacité à lire le journal après une opération de la cataracte, la facilité à monter l'escalier après une opération du genou, ou encore la qualité de vie en cas de pathologies chroniques. Dans le même temps les questionnaires doivent se simplifier et surtout être compréhensibles pour les usagers. Il y a donc lieu de proposer des critères simples mais suffisamment précis et adaptés. Ainsi le critère de satisfaction en cas d'opération du genou ne peut être le même si vous avez 30 ans ou 80 ans.

Si l'on peut craindre des réticences de certains professionnels de santé, la majorité comprend rapidement que l'enjeu de cette réforme est d'améliorer les soins, la prise en charge des patients et le système de santé.

Pour les usagers et leurs représentants il ne s'agit nullement d'une démarche de jugement et de sanction du praticien, mais bien d'une évaluation. Afin d'améliorer les pratiques médicales les questionnaires de satisfaction des patients ne doivent pas être remis uniquement au professionnel de santé concerné et les processus d'évaluation doivent se dérouler dans la plus grande transparence afin de permettre une évolution des pratiques pour le bien être des usagers.

Le grand défi auquel nous sommes confrontés est celui de la participation des patients. Sur l'ensemble du territoire des Pays de la Loire les associations de patients et d'usagers doivent informer et mobiliser pour que les personnes concernées remplissent les questionnaires et fassent remonter leurs préoccupations.

2.4. Les indicateurs de qualité des établissements de santé en Pays de la Loire : Scope Santé

a) Contenu et fonctionnement de Scope Santé

La HAS met à disposition du public des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS). Ces indicateurs, développés et validés avec les professionnels de santé, les patients et usagers, sont utilisés comme outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé.

Le site internet ScopeSanté.fr est public et destiné prioritairement aux patients et à leurs proches, il permet :

- d'informer les usagers sur le niveau de qualité des établissements de santé publics et privés.
- de connaître le niveau de certification par la HAS, de façon globale et par thématique
- de connaître les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- de savoir si l'établissement pratique fréquemment l'activité médicale recherchée.
- de comparer les établissements entre eux.

Mieux informé l'utilisateur dispose d'une information objective pour échanger avec son médecin de son orientation vers un hôpital ou une clinique.

b) Les résultats en Pays de la Loire

➤ La certification des établissements : l'échelle de notes de la certification

Note A : l'établissement a été certifié. Son niveau de qualité est très satisfaisant sur les thématiques portées Par la certification.

Note B : l'établissement a été certifié avec recommandation(s)/avec recommandation d'amélioration ; son niveau de qualité est satisfaisant sur les thématiques portées par la certification. Cependant, la HAS recommande à l'établissement de s'améliorer sur certains sujets, pour atteindre le niveau d'exigence demandé.

Note C : l'établissement a été certifié avec obligation d'amélioration ; son niveau de qualité n'est pas satisfaisant sur les thématiques portées par la certification ; dans un délai défini par elle, la HAS impose à l'établissement la mise en œuvre d'actions d'amélioration sur certains sujets ciblés sinon la HAS prononcera une « non certification » (niveau « E »).

Note D : l'établissement est certifié avec réserve(s)/est en sursis à certification ; son niveau de qualité est critique sur certaines thématiques et conduit la HAS, pour les sursis à certification, à différer sa décision. Après un délai fixé par la HAS, l'établissement devra démontrer qu'il s'est amélioré sinon la HAS prononcera une « non certification » (niveau « E »).

Note E : l'établissement n'est pas certifié ; la gravité des dysfonctionnements sur certaines thématiques constatés par la HAS rend impossible la certification de l'établissement.

➤ **Résultats de la certification des 193 établissements ou services certifiés dans les Pays de la Loire :**

Nombre d'établissements		Note
2016	2017	
58	83	A
119	94	B
13	17	C
1	2	D
0	0	E
191	196	Total

➤ **Les autres indicateurs mesurés**

La HAS mesure également d'autres éléments qu'elle classe de A à D : la cotation A peut être considérée comme très satisfaisante, la cotation B comme moyenne, la cotation C nécessite de mettre rapidement en œuvre des actions d'amélioration.

Résultats en médecine – chirurgie - obstétrique - 2018	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Traçabilité de la douleur en post opératoire	44%	39%	17%	0
Qualité du dossier d'anesthésie	78%	12%	10%	0

2.5. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social

a) Les Conseils de la Vie Sociale

Créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le but du CVS est de renforcer les droits des résidents hébergés dans des établissements médico-sociaux. Il est composé de représentants des familles, du personnel de l'établissement et des résidents, il donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement et à la vie des résidents. Son rôle est uniquement consultatif. Il se réunit au minimum trois fois par an.

Installation et fonctionnement des CVS

Pas de données disponibles.

Participation des représentants des usagers dans les CVS

Ces dernières années, dans le cadre de ce rapport, il était préconisé aux établissements de santé disposant d'un service médico-social d'associer des représentants des usagers de la CDU au fonctionnement des CVS.

Parmi les 47 établissements signalant leur rattachement à un service médico-social :

- 47% déclarent que les membres de la CDU participent aux réunions du conseil de la vie sociale.

- seulement 6 établissements (3 établissements en 2016) déclarent organiser en même temps les réunions du conseil de la vie sociale et les réunions de la CDU.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Le Schéma régional de santé dans son action "Renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur, ses attentes, et ses besoins, reprend en déclinaisons opérationnelles l'action suivante : "Susciter, le cas échéant, la participation d'associations agréées d'utilisateurs dans les Conseils de la Vie Sociale. ».

La CSDU note qu'il y a besoin d'un investissement de la part des directions d'établissements et des institutions pour assurer le fonctionnement effectif des CVS, notamment afin d'assurer une réelle implication des résidents.

Dans les établissements de santé adossés à un établissement médico-social il existe également une marge de progrès importante pour faire participer les représentants des usagers des CDU à la vie du CVS.

Dans certains Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), avec l'appui de l'URIOPPS, une réflexion est en cours sur les moyens d'améliorer le fonctionnement des CVS : une piste envisagée consiste à permettre à des membres des CDCA d'y siéger.

L'expérimentation proposée par la CSDU qui avait pour objectif d'impliquer les représentants d'associations agréées du système de santé dans un conseil de la vie sociale de Maine-et-Loire ayant échoué, la CSDU suivra cette nouvelle proposition avec intérêt.

b) Les personnes qualifiées

La fonction de personne qualifiée a été instaurée par l'article L 311-5 du 23 février 2010 du Code de l'action sociale et des familles : « 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 établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le président du conseil départemental ». Les arrêtés sont signés pour une durée de 3 ans.

Les interventions en 2017 :

- 3 en Sarthe (prise en charge des personnes handicapées)
- 2 en Vendée et une présentation du dispositif auprès de futurs professionnelles du service à la personne
- 1 en Maine-et-Loire
- aucune intervention en Loire-Atlantique mais 3 sollicitations sans suite
- 2 en Mayenne

Les délégations territoriales de l'ARS réfléchissent à ce dispositif qui fonctionne difficilement :

- **Pour la délégation territoriale de la Mayenne** « Un travail important est à mener en ce qui concerne les réclamations pouvant relever du champs de compétence des personnes qualifiés. (...) La question dépasse celle de l'amélioration du dispositif et va au-delà du simple objet affiché de l'arrêté, à savoir "aider à faire valoir ses droits", en allant jusqu'à la question de la résolution de situations de blocages entre ESMS et usagers-résidents. En conclusion, les

personnes qualifiées entre elles et la formation spécifique à l'expression des usagers du CTS trouvent ici un sujet de travail.”

- **La délégation territoriale de la Sarthe a noté les évolutions et problématiques suivantes :**
- le dispositif semble souvent méconnu des usagers mais également de certains établissements, même si l’affichage de l’arrêté est respecté,
 - un dispositif Personnes qualifiées, propre à la MDPH, existe et tend à une confusion des rôles,
 - la saisine ne peut se faire que par courrier postal, et la création d’une adresse mail générique est souvent demandée,
 - lors du renouvellement en 2016, les nouvelles personnes qualifiées nommées ont exprimé le besoin d’une formation, ou tout au moins d’un cadrage formalisé de leurs missions. Il serait nécessaire qu’une lettre de cadrage soit adressée à chaque personne qualifiée lors des renouvellements, avec un « kit » outils (trame de rapport d’intervention, échéances attendues, modalités de déplacement...) comme cela avait été envisagé avec le projet de cahier des charges.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Comme les années précédentes, le recours à la personne qualifiée est très peu utilisé (8 interventions en 2017). Certaines évolutions du recours aux personnes qualifiées portées par les délégations territoriales de l’ARS méritent d’être soutenues.

Pour faire fonctionner le dispositif, l’investissement commun des pouvoirs publics, des Conseils départementaux et des établissements est important et nécessaire.

2.6. Le dispositif de traitement des réclamations à l’ARS

Le plus souvent les réclamations sont traitées par les Conseils des ordres des professionnels de santé en ambulatoire, par les établissements de santé dans le sanitaire, et par les structures spécialisées dans le secteur médico-social.

Cependant un certain nombre de réclamations est adressé directement ou en copie à l’Agence. L’Agence semble être désormais identifiée par les usagers qui adressent directement leur réclamation soit à la cellule usagers réclamation, soit aux délégations territoriales. Les requérants sont principalement des usagers et représentants de l’usager (parents, enfants, tuteur...). Par ailleurs, 71 courriers adressés initialement au Ministère de la Solidarité et de la Santé ont été réorientés vers l’ARS Pays de la Loire.

585 réclamations ont ainsi été reçues au cours de l’année 2017 par la Direction d’Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique et examinées en commission régionale.

Après une baisse en 2015 le nombre de réclamations est de nouveau en progression.

Plaintes et réclamations reçues par l'ARS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Etablissement de santé	124	119	157	204	169	146	170 ↑
Secteur Personnes âgées	97	91	124	147	139	144	118
Secteur Personnes handicapées	53	50	64	82	57	47	97 ↑
Ambulatoire	28	27	39	51	32	45	75 ↑
Défauts d'offre de soins	NR	NR	NR	NR	49	107	97
Pharmacie Laboratoire	NR	NR	NR	NR	1	6	3
Autres domaines	80	64	54	61	50	24	23
Détenus	NR	NR	NR	NR	4	3	1
Santé Environnement	NR	NR	NR	NR	5	4	1
TOTAL	382	351	438	545	506	526	585

a) Les réclamations relatives aux établissements de santé

- **Problèmes de qualité des soins médicaux** : 49% des réclamations déplorent la prise en charge et les prescriptions médicamenteuses et 23% se plaignent d'un délai de prise en charge trop long.
- **Problèmes d'organisation ou de fonctionnement d'un établissement/service/pôle** : 30% des réclamations pointent le manque de personnels soignants ou non soignants. Depuis 2016, il est constaté que ce motif est de plus en plus cité par les usagers, dans le secteur médico-social et des établissements de santé. Les réclamations ciblant le service des urgences ou le service du SAMU progressent également.

b) Les réclamations relatives aux établissements médico-sociaux pour enfants :

L'augmentation importante des réclamations dans le domaine des établissements médico-sociaux pour enfants correspond à la recrudescence, sur le 1er semestre 2017 principalement, des courriers de parents en attente d'une place pour leur enfant en IME.

La recherche infructueuse, l'attente d'une place en établissement ou la prise en charge non adaptée pour un enfant handicapé ainsi que le changement de réglementation de la prise en charge des actes des professionnels de santé libéraux pour les enfants en établissement sont les 2 principaux motifs de réclamation du secteur personnes handicapées enfants.

Presque la moitié des réclamations relatives à une attente de place dans un établissement pour enfants handicapées concernent le territoire de la Loire-Atlantique.

c) Les réclamations relatives aux établissements pour personnes âgées :

Elles ont diminué en 2017 mais représentent cependant encore plus de 30% des réclamations reçues à l'ARS :

- 23% de ces réclamations concernent les problèmes d'organisation ou de fonctionnement et notamment le manque de personnel soignant ou non soignant
- 20% de ces réclamations concernent la qualité de l'hôtellerie, des locaux (notamment l'hygiène et le ménage) et la restauration.

d) Les réclamations relatives au secteur ambulatoire :

Elles portent principalement sur :

- la mise en cause du professionnel de santé, et pour 10% l'attitude du professionnel de santé (agissements, discours, propos...),
- des problèmes d'organisation ou de fonctionnement dont 6% liés aux transports sanitaires.

On note sur le 2ème semestre, plusieurs réclamations sur les difficultés de reconnaissance et prise en charge des usagers atteints de la maladie de Lyme.

En 2017, 68 réclamations alertaient sur les difficultés de désigner un médecin traitant. Si ce taux est en baisse par rapport à 2016, ces signalements concernent à 94% le territoire de la Vendée (secteur la Roche sur Yon, les Herbiers, Pouzauges, Luçon,...).

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les réclamations de l'année 2017 concernent principalement et comme les années précédentes : les établissements de santé, les établissements pour personnes âgées et les établissements pour personnes handicapées.

Avec cette année des réclamations fortes concernant le manque de places en établissements pour enfants en situation de handicap, et une inquiétude concernant le changement de réglementation de la prise en charge de professionnels de santé libéraux pour les enfants en établissement.

Les réclamations concernant les établissements pour personnes âgées mettent en avant de façon très globale le fonctionnement, la qualité et les conditions de vie dans les établissements.

Les réclamations concernant le secteur ambulatoire sont en augmentation, elles mettent en cause les attitudes de professionnels de santé et la prise en charge des soins de santé.

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

Le nombre de nouveaux dossiers enregistrés par la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) est en augmentation constante : 207 nouveaux dossiers en 2017, contre 187 en 2016 et 164 en 2015.

Elle en a traité 255 en 2017.

Le délai moyen entre la date de la demande et la date à laquelle le dossier est déclaré complet a poursuivi sa diminution : 3,9 mois en 2017 contre 5,6 mois en 2016 et 8,7 mois en 2015.

Demandes d'indemnisation amiable				
	2014	2015	2016	2017
Nouveaux dossiers	186	164	187	207
Dossiers traités	137	191	247	255
	2014	2015	2016	2017
Nombre d'avis rendus en commission	91	138	169	179
Dont avis positifs	40	55	56	70
Dont refus d'indemnisation :		75	98	104
Pour rejet	27	30	55	64
Pour abandon		33	30	27
Pour incompétences/irrecevabilités		12	13	13

La Commission s'est réunie 8 fois en 2017 (contre 7 en 2016) et a rendu 232 décisions (contre 169 en 2016).

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

3.1. Promouvoir la bientraitance dans le secteur 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. Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire - Données issues des rapports des CDU

92% des établissements déclarent mettre en œuvre des actions de promotion de la bientraitance, telles que : l'élaboration d'une charte éthique avec les professionnels et les patients ; la participation à des groupes de travail animés par le réseau Quali-santé ; les regards croisés sur la bientraitance ; la formation des professionnel.les ; la réalisation d'enquêtes en lien avec les représentants des usagers ; la constitution d'un logo dédié à la bientraitance.

En 2017, 66% des établissements ont proposé au personnel des formations et des séances de sensibilisation à la bientraitance, alors qu'ils étaient 78% en 2016.

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

a) La qualité de l'accompagnement en EHPAD

Comme en 2016, 91% des EHPAD ont répondu aux indicateurs Flash, soit 528 EHPAD.

Les plans d'amélioration continue de la qualité

En 2017, 90% des EHPAD des Pays de la Loire ont un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) (contre 88% en 2016) notamment suite à la mise en œuvre des évaluations internes et externes.

Les Projets de Vie Personnalisés

Chaque personne accueillie en établissement médico-social devrait bénéficier d'un projet de vie personnalisé (PVP). En Pays de la Loire, en 2017, 73% des résidents de la région disposent d'un projet personnalisé formalisé, en augmentation continue depuis 2013 (50%).

Dans un quart des EHPAD, seuls 60 % des résidents disposent d'un PVP. Ils étaient 50% en 2016.

Informatisation des dossiers usagers et dossier de liaison d'urgence

Sur 528 EHPAD répondant à l'enquête, 75% affirment que le dossier usager est complètement informatisé. On observe une forte progression dans ce domaine (56% des dossiers étaient informatisés en 2016 et 39% en 2013).

La progression est sensible dans le secteur public hospitalier qui reste néanmoins le moins informatisé.

97% des établissements déclarent que tous les résidents disposent d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ou d'une fiche de transfert (+18% par rapport à 2013).

En 2017, 69 % des résidents ayant chuté ont bénéficié d'un suivi individuel (71% en 2016).

Les évènements indésirables graves

La politique de signalement des évènements indésirables (EI) est ancrée dans l'organisation des EHPAD : 98% des EHPAD disposent d'une fiche de déclaration des EI en 2017.

La culture de l'analyse des évènements indésirables progresse lentement : 77% en 2017 contre 75 % en 2016 et 69 % en 2015.

L'association QualiREL Santé (Qualité-Risques-Evaluation-Etablissements Ligériens) est une Structure Régionale d'Appui à la qualité et la sécurité des soins. Elle a pour vocation de contribuer à l'amélioration de la qualité, à l'évaluation et à la gestion des risques dans les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région Pays de la Loire.

QualiREL Santé met à disposition en libre accès un kit « Sur le Chemin des Attentes de la Personne : le projet personnalisé » ainsi qu'un e-learning sur les enjeux et la mise en œuvre du projet personnalisé sur son site internet www.qualirelsante.com (septembre 2017).

b) La qualité de l'accompagnement dans les établissements pour personnes handicapées

Les données disponibles proviennent des indicateurs Flash 2018 réalisés à partir des données de 2017.

89% des établissements pour personnes handicapées ont répondu, soit 459 établissements, 2% de plus qu'en 2016.

Les projets de vie

90% des personnes handicapées accompagnées bénéficient d'un projet de vie formalisé

80% des projets personnalisés ont été réévalués avec la personne accompagnée en 2017, les chiffres sont stables par rapport à 2016.

Le secteur de l'enfance est toujours plus avancé (91% des établissements) que le secteur des adultes (66% des établissements) dans cette démarche.

Seulement 56% des ESMS révisent les projets personnalisés aux âges clés de la vie.

L'expression collective

L'objectif est de réaffirmer la place et le droit des usagers au-delà de l'exercice réglementaire du Conseil de la Vie Sociale.

82% des ESMS ont mis en place des groupes d'expression collective en dehors du CVS (réunion d'unité éducative, réunion de famille, réunion d'atelier...), ils sont moins développés dans les services du secteur de l'enfance.

Les protocoles de gestion des situations de maltraitance

69% des 459 établissements ayant répondu à l'indicateur Flash ont mis en place un protocole de gestion des situations de maltraitance du fait du personnel (hausse de 8 points par rapport à 2014).

L'écart intra-régional sur ce dispositif reste très marqué : ainsi 78% des établissements de Loire- Atlantique ont mis en place un tel protocole contre seulement 48% des établissements vendéens, en hausse tout de même par rapport à 2016 (34% en Vendée).

Les évènements indésirables graves

Si la politique de signalement des EI est bien ancrée dans le mode de fonctionnement des ESMS, les modalités d'organisation interne d'analyse des risques sont à systématiser :

- 95% des ESMS disposent de fiches de déclaration des EI (progression de 12 points depuis 2014)
- 73% des ESMS organisent des réunions d'analyse des EI (+11% par rapport à 2014)
- 48% des EI sont liés à des situations de violence du fait de l'utilisateur (en majorité constatées par les IME et les ITEP), résultat stable par rapport à 2016
- les protocoles de gestion des risques de violence sont rédigés dans 59% des ESMS (65% en 2016).

c) La qualité de l'accompagnement dans les établissements pour Services de Soins Infirmiers à Domicile

Comme en 2016, 90% des SSIAD ont répondu aux indicateurs Flash, soit un total de 100 SSIAD.

Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)

En 2017 la démarche qualité est formalisée par un PACQ dans 76 % des SSIAD de la région (14% de SSIAD ont répondu l'avoir partiellement formalisé) et par un dispositif organisé de traitement des remontées d'informations sur l'évolution de la situation de la personne dans 91 SSIAD.

Des modalités formalisées de réévaluation des soins dispensés à la personne accompagnée existent dans 72% des SSIAD.

Un dossier administratif et d'admission informatisé est mis en place dans 86% des SSIAD

Projet personnalisé

72 % des personnes prises en charge par un SSIAD bénéficient d'un projet personnalisé.

Un groupe de travail dédié aux SSIAD au sein de la Structure Régionale d'Appui QualiREL Santé a été lancé le 30 mars 2018. La mise en oeuvre du projet personnalisé par la co-construction d'outils de mise en oeuvre, et le partage d'expériences constitue une thématique prioritaire plébiscitée par les participants.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les outils que constituent les projets de vie personnalisés, les protocoles de gestion des situations de maltraitance, les protocoles de gestion des événements indésirables graves, sont intégrés au fonctionnement de la plupart des équipes des établissements médico-sociaux, même s'il reste des progrès à faire.

La CSDU s'interroge en effet sur la prise en compte et la mise en oeuvre des projets personnalisés au quotidien et constate que la perception de la bientraitance par les usagers et leurs familles n'est pas mesurée.

La CSDU souhaiterait que soit évaluée la bientraitance du point de vue de l'utilisateur : qu'est-ce que la bientraitance pour l'utilisateur ? Qu'est-ce que la maltraitance ?

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

4.1. Prendre en charge la douleur dans le secteur ambulatoire

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

4.2. Prendre en charge la douleur dans le secteur sanitaire

L'article L.1110-5 du Code de la Santé Publique précise que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ».

Les données 2017 de la Haute Autorité de Santé reprises dans Scope Santé sur la traçabilité de la douleur indiquent une note globale régionale de 82%.

En médecine-chirurgie-obstétrique en post opératoire les résultats sont les suivants :

- 44% des établissements sont en classe A (61% en 2016)
- 39% en classe B (30% en 2016)
- 17% en classe C (12% en 2016)

4.3. Prendre en charge la douleur dans le secteur médico-social

Pas de données.

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

5.1. Le plan d'action pour le développement des soins palliatifs

Le plan régional triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie de décembre 2015 a orienté son action autour de 4 axes.

Sont repris ci-dessous des exemples d'actions menées en 2017 :

Axe 1 : Améliorer l'information pour favoriser le respect des droits et permettre au patient d'être au centre des décisions qui le concernent :

- Une lettre de sensibilisation a été adressée à l'ensemble des commissions des usagers et des CVS (envoi en janvier 2018).
- Un relai via le site de l'ARS et les réseaux sociaux de la campagne nationale sur la fin de vie « Fin de vie : parlons-en » a été fait en lien avec le service communication de l'ARS.

Axe 2 : Améliorer les pratiques par la formation et l'accompagnement des professionnels et des bénévoles pour s'inscrire dans une démarche palliative globale :

- Les 18 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) de la région ont été accompagnées dans la formation de leurs personnels.
- Accompagnement de la formation des libéraux de Vendée.

Axe 3 : Rendre accessible la démarche palliative quel que soit le lieu de vie dans le respect des choix de chacun et améliorer la fluidité entre les différents dispositifs :

- Implication dans l'évaluation du dispositif IDE de nuit des EHPAD et objectif confirmé de généralisation du dispositif
- Accroissement des moyens des EMSP pour assurer une couverture exhaustive des établissements et services médicaux sociaux du territoire et aller vers les acteurs du domicile.

Axe 4 : Réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès en Pays de la Loire

- Augmentation du nombre de lits identifiés en Unité de soins palliatifs (USP) : création de l'USP du Mans, création de l'USP de St Nazaire, augmentation du nombre de lits des USP existantes à Angers et à Nantes.
- Reconnaissance contractuelle pour de nouveaux lits identifiés de soins palliatifs (LISP) pour les zones « déficitaires » : Sud Vendée, renfort de l'EMSP de Laval afin de mieux répondre aux besoins du territoire et notamment en SSR.
- Ouverture d'une nouvelle autorisation dédiée au projet d'Unité de soins palliatifs « Maison de Nicodème » à Nantes.

5.2. La prise en charge du malade en fin de vie et la rédaction des directives anticipées (Source : Synthèse des rapports des CDU)

a) La personne de confiance

98 % des établissements (deux de plus qu'en 2016) attestent de l'existence d'une procédure de désignation de la personne de confiance au sein de leur service.

L'information est réalisée auprès des usagers par l'affichage ou par le livret d'accueil pour la majorité des établissements ligériens (96%) ; ou dans le cadre de la procédure d'accueil/entrée (85%).

b) La fin de vie

81% des établissements ligériens déclarent avoir mis en place une procédure de gestion des soins de fin de vie (68 % en 2016).

Parmi les 22 établissements (même chiffre en 2016) n'ayant pas de procédure d'organisation des soins de fin de vie :

- 16 établissements ne sont pas concernés par cette thématique ;
- 5 établissements indiquent solliciter des équipes mobiles (contre 19 en 2016)
- 1 établissement indique solliciter un référent désigné dans des unités soins palliatifs.

85% des établissements déclarent mettre en œuvre des mesures d'accompagnement de la famille et des proches dont : la présence d'une association dans l'établissement, l'organisation d'un suivi par un psychologue ou une assistante sociale, la possibilité de séjourner auprès du malade en fin de vie, le suivi par les équipes mobiles, l'autorisation de visites 24h/24, un espace de rencontre.

c) Les directives anticipées

87% (contre 83% en 2016) des établissements ont mis en place une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées.

Le nombre d'établissements ayant mis en place une procédure de recueil des directives anticipées continue également sa progression (77% des établissements en 2017 contre 70% en 2016 et 65% des établissements en 2015).

La formation du personnel sur la procédure de rédaction des directives anticipées relatives à la fin de vie est également en augmentation (66% des établissements en 2016, contre 63% en 2015).

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Depuis quelques années les établissements de santé ont beaucoup progressé dans la mise en place des procédures de gestion de la fin de vie, de désignation de la personne de confiance et de gestion des directives anticipées.

Il reste à informer davantage les usagers pour qu'ils comprennent les outils et s'en saisissent notamment concernant la rédaction des directives anticipées.

La CSDU note avec intérêt la mise en œuvre du plan régional triennal qui se traduit par une augmentation des moyens dirigés vers les soins palliatifs: unités mobiles, lits dédiés....Il conviendra d'évaluer pour le renouvellement de ce plan si ces moyens sont suffisants pour correspondre à la forte attente de nos concitoyens sur l'amélioration de l'accompagnement de la fin de vie.

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

6.1. L'accès au dossier médical dans le secteur sanitaire - Source : données issues des rapports CDU

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 ».

a) Les procédures

Les conditions d'accès au dossier médical sont précisées dans les articles L.1111-7 et R.1111-1 à 7 du Code de la Santé Publique. Parmi les obligations qui incombent aux établissements de santé, ceux-ci doivent offrir différentes modalités d'accès au dossier médical, dont la possibilité d'une consultation sur place. Par ailleurs, le délai maximum de traitement des demandes d'accès au dossier médical est fixé à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers plus anciens.

Tous les établissements ont mis en place une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical.

b) Les demandes d'accès au dossier médical

Dans les établissements de santé ligériens, 79% (contre 84% en 2016) ont été sollicités en 2017 pour au moins une demande d'information médicale.

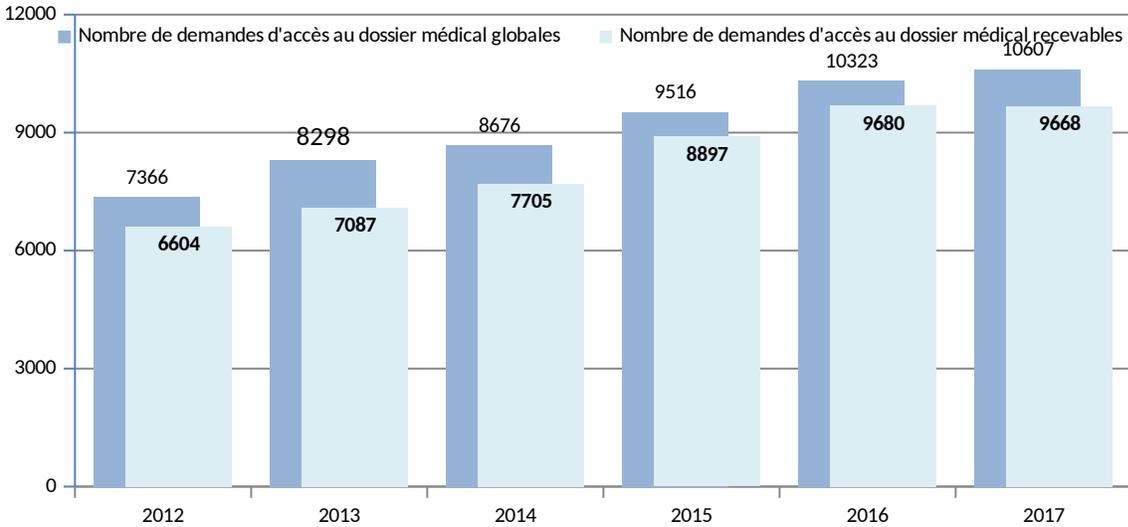
Parmi ces 91 établissements, 63% ont enregistré moins de 40 demandes. Les établissements déclarant n'avoir reçu aucune demande d'information médicale sont principalement des établissements de type centre hospitalier de proximité (ex-hôpitaux locaux), hospitalisation à domicile ou soins de suite et de réadaptation.

Le nombre de demandes d'information médicale continue de progresser puisque 10 607 demandes ont été enregistrées (+ 284).

Les demandes de dossier médical proviennent majoritairement des patients (pour 76 % des établissements) et des ayants droits ou tiers habilités (pour 69 % des établissements). La majorité des établissements ligériens confirme la disponibilité du dossier médical sur place.

En 2017, le nombre de demandes non recevables est en hausse (643 en 2016 et 939 en 2017).

76 % des demandes recevables concernent des dossiers de moins de 5 ans.



c) Les délais de réponse

64% des établissements ne respectent pas le délai de 8 jours pour la remise des dossiers médicaux de moins de 5 ans

22% des établissements ne respectent pas le délai de 2 mois pour la remise des dossiers de plus de 5 ans

6.2. La lettre de liaison

Depuis janvier 2017, l'usage de la lettre de liaison médicale est entrée en vigueur et se généralise, remplaçant le Compte Rendu d'Hospitalisation (CHR). Elle vise à rendre obligatoire l'échange d'informations entre professionnels de santé à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation.

L'enjeu est de faire du médecin traitant le pivot et le coordonnateur du parcours du patient, afin de garantir la sécurité et la continuité de la prise en charge tout au long du parcours du patient entre la ville et l'hôpital.

La lettre de liaison doit comporter 6 critères médicaux :

- Motif d'hospitalisation
- Synthèse médicale du séjour
- Risques liés à l'hospitalisation
- Actes techniques et examens complémentaires
- Traitements médicamenteux
- Planification des soins.

Elle est remise au patient le jour même de sa sortie et transmise au médecin traitant. Elle a également vocation à être versée dans le Dossier Médical Partagé.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la Haute Autorité de Santé indiquent que 94% des établissements doivent rapidement en œuvre des actions d'amélioration.

Répartition des établissements de la région par classe de performance :

2% sont en classe A	Plus de 8 dossiers sur 10 sont bien tenus
4% en classe B	8 dossiers sur 10 sont bien tenus
92% en classe C	Moins de 8 dossiers sur 10 sont bien tenus

Les domaines dans lesquels les établissements doivent progresser sont les suivants :

- la remise au patient le jour de la sortie

- la mention des risques liés à l'hospitalisation
- les traitements médicamenteux

6.3. Le dossier médical partagé (DMP)

Initié en 2004 le Dossier Médical Personnel n'avait pas pu être concrètement mis en oeuvre. C'est désormais l'Assurance Maladie qui en a la charge. Elle a pu constituer un DMP "racine" à partir de ses propres informations issues des remboursements et de ses fichiers couvrant la quasi-totalité de la population.

Au 20 janvier 2019 187 372 dossiers ont été créés en Pays de la Loire ; ils sont principalement ouverts dans les officines de pharmacies et sur internet.

Dans les 9 départements où il a été testé depuis 2016, 461 478 dossiers ont été créés et 2245 professionnels de santé et 83 établissements de santé l'utilisent. Il s'agit désormais de généraliser le dispositif sur tout le territoire. L'Assurance Maladie a commencé une vaste campagne d'information sur la possibilité pour les patients de donner leur consentement à la création de leur DMP ou de créer leur DMP eux-mêmes.

Du côté des professionnels de santé la mise en place du carnet de santé numérique nécessite un déploiement technique des logiciels capables de transmettre des documents rapidement et facilement.

Libellé département	Cumuls (toutes périodes) Données au 20 janvier 2019						
	Nombre DMP créés total	Internet	Accueil	PSL	ES	Officines	AS
Loire-Atlantique	58 326	18 097	4 144	3 443	8 854	22 779	1 009
Maine-et-Loire	42 625	8 116	5 421	3 048	493	25 547	0
Mayenne	21 008	2 491	446	2 791	278	14 996	6
Sarthe	24 555	5 594	6 193	1 212	30	11 526	0
Vendée	40 858	8 265	3 432	2 264	6 299	20 598	0
TOTAL	187 372	42 563	19 636	12 758	15 954	95 446	1 015

PSL : professionnelles de santé libéraux – ES : établissements de santé – AS : autres structures

En mars 2019 le groupe de travail régional fera un premier bilan d'étape sur les expériences menées notamment avec les établissements de santé engagés dans la démarche de déploiement du DMP.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les patients souhaitent de plus en plus être informés sur leur état de santé et sur les soins prodigués comme le montre l'augmentation forte et continue des demandes de dossiers médicaux depuis 2012. Dans les établissements de santé les procédures d'accès sont globalement respectées avec néanmoins quelques difficultés pour respecter les délais de transmission.

La lettre liaison remplace désormais le compte-rendu d'hospitalisation mais les établissements ne parviennent pas encore à répondre à tous les critères requis pour en faire un outil efficace.

La remise de la lettre de liaison, reprenant toutes les données nécessaires, le jour de sa sortie d'hospitalisation au patient devrait être une priorité des établissements afin d'assurer l'information de celui-ci et de permettre la continuité des soins. Cela nécessite notamment que les établissements revoient leur organisation pour assurer une remise de la lettre conforme le jour même.

La CSDU rappelle son souhait de voir repris ce point dans les dialogues de gestion entre l'ARS et les établissements afin d'en faire un objectif prioritaire de gestion de qualité.

Concernant le Dossier Médical Partagé : du côté des usagers et de leurs représentants l'enjeu de réussite de ce nouveau DMP n'est pas seulement le nombre de dossiers ouverts mais surtout l'enregistrement en continu dans le dossier des soins et traitements reçus, afin qu'usagers et professionnels puissent disposer des informations nécessaires en vue d'un meilleur diagnostic et d'une prise en charge coordonnée. L'implication des professionnels est indispensable à l'effectivité du DMP.

La CSDU s'interroge sur l'accès au DMP pour les personnes n'ayant pas accès aux outils informatiques. En effet il n'est pas possible d'ouvrir un DMP si l'on ne dispose pas d'une adresse électronique et d'un numéro de téléphone. Aussi l'accès à leurs propres informations pour les personnes souffrant de la fracture numérique sera extrêmement limité.

6.4. L'accès au dossier médical dans le secteur médico-social

Concernant les plaintes reçues par l'ARS en 2017 pour le secteur médico-social, aucune ne concerne l'accès au dossier médical.

7. LA SCOLARISATION DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

7.1. Les missions des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Conformément au décret du 11 décembre 2014 portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), au vu du projet personnalisé de scolarisation, peut se prononcer pour une orientation en milieu scolaire ordinaire ou au sein des unités d'enseignement, y compris à temps partagé entre l'unité d'enseignement et l'établissement scolaire.

Elle peut également se prononcer sur un maintien à l'école maternelle ou encore sur des mesures de compensation de nature à favoriser la scolarité de l'élève handicapé, notamment sur l'attribution d'un matériel pédagogique adapté ainsi que sur les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales nécessaires. Les professionnels de la MDPH travaillent en étroite relation avec ceux de l'Education Nationale.

Les dispositifs de scolarisation (ULIS - Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire : ULIS-école, ULIS- collège, ULIS-lycée) permettent la scolarisation dans le premier et le second degré d'un petit groupe d'élèves présentant des troubles des fonctions cognitives ou mentales, auditives, visuelles ou motrices. Sont également concernés par ce dispositif les élèves présentant des troubles envahissants du développement, des troubles spécifiques du langage ou dysphasiques voire des troubles multiples associés.

7.2. Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Pays de la Loire

a) Les données régionales 2017

Les indicateurs Flash de 2017 de l'ARS donnent les chiffres suivants :

- 71% des enfants de 6 à 16 ans accueillis en établissement sont scolarisés en Unité d'Enseignement interne à leur établissement et 28 % sont en inclusion scolaire en milieu scolaire ordinaire (partielle, séquentielle ou totale).
- Ce sont les enfants d'ITEP qui bénéficient de la plus large inclusion scolaire (54%) ; elle ne concerne que 11% des enfants d'Institut Médico-Educatif (IME),
- 21% des enfants accueillis en établissement sont scolarisés au sein d'une unité d'enseignement localisée dans un établissement scolaire (unité d'enseignement externalisée), contre 23% en 2016.

b) Les données par département.

Les données et tableaux sont issus des rapports des Maisons Départementales de l'Autonomie.

En Maine-et-Loire :

L'année 2017 est marquée par une augmentation des demandes concernant les personnes en situation de handicap, enfants, adolescents et adultes.

En 2017, en termes de scolarisation des jeunes en situation de handicap dans le Maine-et-Loire :

- **1^{er} degré** : 1 634 élèves handicapés scolarisés en totalité ou partiellement en classe ordinaire ou avec accompagnement d'un dispositif contingenté, soit une **augmentation de 15,1 % par rapport à 2016.**
- **2nd degré** : 1 281 élèves handicapés scolarisés en totalité ou partiellement en classe ordinaire ou avec accompagnement d'un dispositif contingenté, soit une **augmentation de 11,2 % par rapport à 2016.**

Le taux d'accord concernant les demandes d'orientation scolaire est de 93,5%.

Les demandes d'aide humaine scolaire ont progressé de 19% (+ 238 demandes). Le taux d'accord est de 83,5%.

En Maine-et-Loire le délai moyen global de réponse pour tous les droits et prestations est de 3,8 mois en 2017 (5 mois en 2016).

En Vendée :

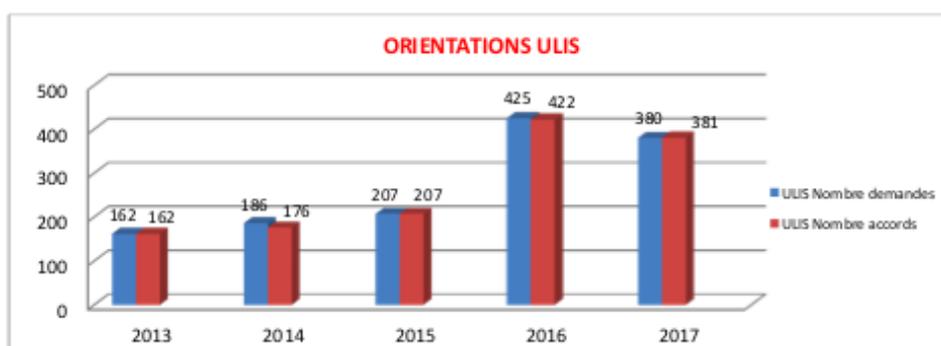
Le délai de traitement des dossiers enfants est de 4,8 mois.

L'orientation scolaire en ULIS : elle connaît une baisse (-8,8 %) en 2017 due en particulier à une meilleure gestion de l'offre et de la demande ; la répartition des élèves se fait aussi en fonction des secteurs géographiques et de nouveaux dispositifs mis en place progressivement.

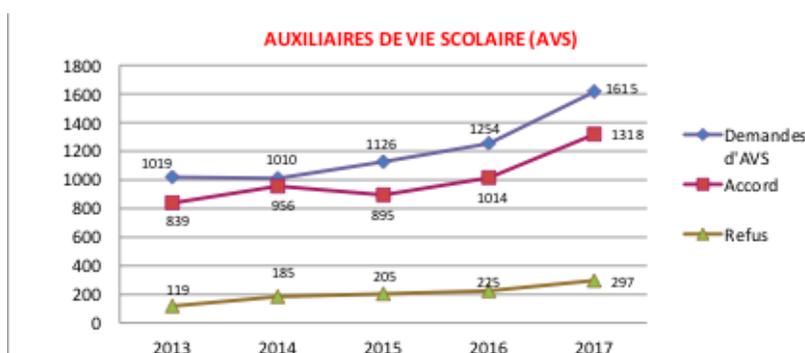
Les demandes d'auxiliaires de vie scolaire : la demande d'AVSI est à la hausse comme la plupart des prestations. La CDAPH consacre toujours beaucoup de temps et de décisions aux demandes d'AVS. Cela se confirme en 2017 avec une forte hausse de 20 % (+200) et cela interroge sur l'évolution de ce dispositif et de l'inclusion scolaire de manière générale.

En Sarthe :

En 2017 les demandes d'orientation scolaire ont augmenté de 11 %.



Le rapport de la MDPH de la Sarthe précise que « nombre d'enfants pour lesquels les parents avaient sollicité une orientation en classe ordinaire ont été orientés vers une classe adaptée dans un établissement ordinaire au regard de leurs besoins et de leurs capacités. »



L'accompagnement des élèves en milieu scolaire ordinaire par les AVS enregistre une augmentation de près de 29 %. Les accords représentent 81 % des décisions.

Le rapport de la MDPH de la Sarthe explique l'évolution du nombre de demandes par :

- i. une meilleure information des parents et des équipes éducatives qui sollicitent plus facilement cette prestation

- ii. par la non intégration des enfants dans un établissement ou un service pour lequel la CDAPH avait validé l'orientation. Cet état de fait les contraint à intégrer un établissement scolaire dit « ordinaire » avec l'étayage d'une AVS.
- iii. par l'absence de soins pour des difficultés mineures pouvant générer une aggravation des troubles du comportement nécessitant alors un accompagnement dans le milieu scolaire.

Le rapport de la Sarthe note : « Enfin le contexte économique, favorisant l'aggravation des difficultés sociales au sein de certaines familles, peut être un facteur déclenchant de la survenue de troubles psychologiques et de comportement. »

En Loire-Atlantique :

Plus de 7700 élèves en situation de handicap sont scolarisés en Loire-Atlantique à la rentrée 2017. Plus de 7 enfants en situation de handicap sur 10 sont scolarisés en milieu ordinaire.

L'année 2017 a connu une hausse de 10 % des demandes d'orientation scolaire et d'AVS alors que le nombre de demandes stagnaient depuis 2012. Avec un total de 1134 orientations scolaires, ces décisions bénéficient d'un taux d'accord qui s'élèvent à 80% et se font majoritairement en ULIS.

17% des enfants sont orientés en classe ordinaire ; 14% en classe spécialisé ; 69% en ULIS.

En Mayenne :

Le service « Enfants » de la MDA 53 gère un peu plus de 3000 dossiers d'enfants reconnus dans le champ du handicap. 80 % de ces enfants sont scolarisés à temps plein ou à temps partiel en milieu scolaire ordinaire.

En 2017 le nombre d'élèves porteurs de handicap scolarisés a augmenté :

- de 5% dans le 1er degré
- de 12% dans le 2nd degré

La reconnaissance du handicap dans le 2^{de} degré est en augmentation et permet une meilleure prise en charge.

Augmentation du nombre de classes ULIS :

Les classes ULIS sont passées de 48 à 67 en 5 ans dans l'académie, avec la création de 19 ULIS en lycées professionnels, dont 5 en 2017.

Les élèves en attente d'affectation en ULIS :

6% des élèves sont en attente d'affectation en ULIS contre 10% au niveau national pour 2017.

La suite de la scolarité :

60% des élèves d'ULIS-collège vont en ULIS-Lycée professionnel, mais cela ne concerne pas tous les départements : une difficulté particulière est pointée en Mayenne et en Sarthe où les élèves retournent de façon plus importante en IME après l'ULIS collège, du fait du manque d'ULIS LP.

Les demandes d'auxiliaires de vie scolaire :

48% des élèves scolarisés en milieu ordinaire ont une AVS ; 63% ont une AVS individuelle et 37 % une AVS mutualisée.

c) La mise en place de la Réponse Accompagnée pour Tous

Depuis 2015, l'ensemble des territoires s'est engagé progressivement dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».

Au cœur de la démarche un droit nouveau introduit par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé entre pleinement en vigueur au 1er janvier 2018. Il s'agit du droit pour les personnes de demander l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG) dès lors que la décision prise en CDAPH ne peut se concrétiser de manière

satisfaisante. L'élaboration de plan d'accompagnement global peut également être proposée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH en charge de l'évaluation de la situation et des besoins de la personne.

C'est une étape importante pour les droits des personnes en situation de handicap. Il ne s'agit pas pour la personne de prétendre à une prestation nouvelle parmi d'autres prestations, mais de susciter un accompagnement permettant la co-construction d'une réponse réaliste et adaptée à sa situation.

En effet, toute demande de plan d'accompagnement global (PAG) ne donnera pas forcément lieu à la signature d'un PAG si une réponse accompagnée peut être proposée sans cette formalisation.

L'enjeu est en effet d'apporter une réponse accompagnée véritablement élaborée avec la personne et son entourage.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Toutes les Maisons Départementales de l'Autonomie ont connu une augmentation continue des demandes d'ULIS ces dernières années. Cette augmentation s'explique par le souhait des parents et des pouvoirs publics de promouvoir l'inclusion des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire mais la scolarisation en milieu ordinaire se heurte à :

- une mauvaise représentation du handicap à l'école,
- une difficulté d'accès à l'accueil périscolaire, aux sorties scolaires, aux transports.
- un manque de capacités d'accueil des écoles.

D'autre part cette hausse continue des demandes d'ULIS s'explique aussi par le fait qu'un nombre important d'enfants est maintenu en ULIS faute de place en établissement spécialisé.

Ce que traduit également l'augmentation continue des demandes d'accompagnement scolaire (AVS) : en effet une partie de la croissance des demandes d'AVS s'explique par la non intégration des enfants dans un établissement ou un service pour lequel la CDAPH avait validé l'orientation. Cet état de fait les contraint à intégrer un établissement scolaire dit « ordinaire » avec l'étayage d'une AVS.

8. DROITS DES PERSONNES DETENUES

Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Afin d'offrir aux personnes détenues prises en charge par l'administration pénitentiaire une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, la loi de janvier 1994 a supprimé la médecine pénitentiaire pour confier aux hôpitaux les missions de prévention et de soins des personnes détenues.

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Au sein de chaque établissement pénitentiaire les soins médicaux sont assurés par une Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire.

Au 1er janvier 2018, **2 288 personnes** étaient écrouées au sein des différents établissements pénitentiaires des Pays de la Loire : établissement spécialisé pour mineurs d'Orvault, maison d'arrêt pour hommes et femmes de Nantes, centre de détention pour hommes de Nantes, maison d'arrêt pour hommes d'Angers, maison d'arrêt pour hommes de Laval, maison d'arrêt pour hommes du Mans, maison d'arrêt pour hommes de La Roche sur Yon, maison d'arrêt pour hommes de Fontenay le Comte.

Le nombre de consultations est très important puisque pour 2 288 personnes on dénombre pour la seule année 2017 :

- 9864 consultations en USMP psychiatrique et 21 404 consultations en USMP somatique.
- 42 975 consultations par d'autres professionnels non médicaux.
- 11% des consultations programmées ne sont pas réalisées.

Ces données s'expliquent par l'état de santé de la population carcérale. Ainsi le livre du PRS « Programme régional pour l'accès aux soins et à la prévention - Améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes placées sous-main de justice » mentionne :

“Plus de la moitié des personnes détenues en France, ont des antécédents psychiatriques avant leur entrée en détention. Une sur six a été hospitalisée en psychiatrie. Les troubles psychotiques en détention ont une prévalence 5 à 10 fois plus importantes qu'en population générale, les dépressions majeures sont multipliées par 4 : le taux de suicide des hommes incarcérés majeurs est 7 fois supérieur à la moyenne nationale.

Au niveau national, les personnes détenues âgées de plus de 50 ans représentent 11 % de la population carcérale. Même si elles restent minoritaires, elles présentent des problématiques sanitaires spécifiques et complexes nécessitant une prise en charge particulière. Enfin, la population carcérale, à l'instar de la population générale, vieillit et les conséquences du vieillissement en détention, concernant notamment la perte d'autonomie, doivent être anticipées.”

9. SANTE MENTALE

Les données sont issues des cinq rapports annuels des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques des Pays de la Loire.

La synthèse complète figure en annexe 2.

9.1. Composition des CDSP et fonctionnement

La CDSP est composée de :

- deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près 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, désignés par le représentant de l'Etat dans le département.
- un médecin généraliste désigné par le préfet.

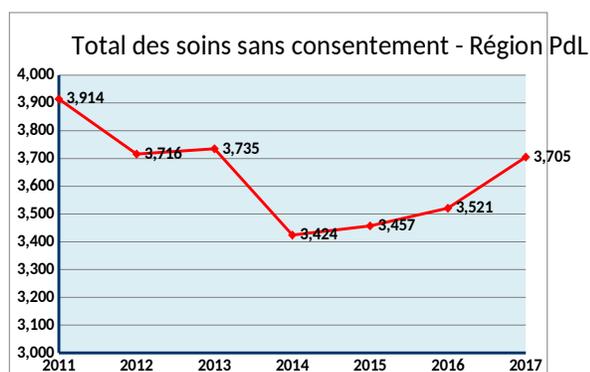
La CDSP de Vendée est confrontée à des difficultés de fonctionnement récurrentes avec simultanément l'absence de magistrat, de vice-président, de médecin généraliste ainsi que d'un psychiatre.

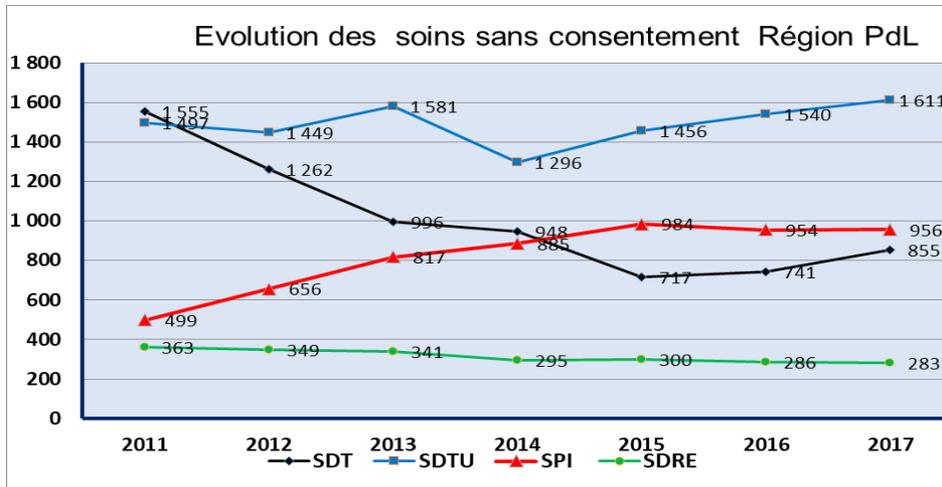
Les CDSP ont notamment pour mission :

- de connaître de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de toutes décisions de maintien de ces soins et des levées de ces mesures,
- de recevoir les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, ou de leur conseil et examine leur situation,
- de visiter les établissements habilités, vérifie les informations figurant sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées,
- de proposer au juge des libertés d'ordonner la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet.

9.2. Eléments statistiques des soins sans consentement

Le nombre d'admissions sans consentement est reparti à la hausse de manière assez significative puisque l'on atteint pratiquement en 2017 le nombre d'admissions de 2013. Cette tendance masque néanmoins des différences notables si l'on considère les évolutions de chaque type d'admission sur la période 2011 - 2017.





a) Admissions en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat ou sur décision de justice (SDRE) :

Elles sont au nombre de 283 en 2017. Pour la période 2011 – 2017 l'ensemble des deux mesures SDRE connaît une érosion lente et régulière d'un peu plus de 20 % sur 8 ans.

Quatre conditions doivent être réunies pour mettre en œuvre une mesure SDRE :

1. La présence de troubles mentaux,
2. L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins,
3. La nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière,
4. L'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement.

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un certificat médical, le maire arrête à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il en réfère dans les 24h au préfet, qui statue sans délai sous forme d'un arrêté (L. 3213-2).

b) Admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT / SPI / SDTU) : 3423 admissions

Admission en soins à la demande d'un tiers (SDT) : 855 admissions en 2017. On note une baisse globale de près de 55% de 2011 à 2015 sur l'ensemble de la Région puis une stabilisation à tendance haussière se fait jour sur les deux années suivantes (+20 %). Toutefois la situation par territoire est plus contrastée.

Le tiers est toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient : un membre de sa famille ou de son entourage, une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.

Admission en soins pour péril imminent (SPI) : 956 admissions en 2017.

La procédure de péril imminent concerne les hypothèses où la personne qui nécessite des soins est isolée socialement ou lorsque l'entourage refuse de signer la demande d'admission sans consentement.

On note une forte hausse (de près de 90 %) jusqu'en 2015 avec une corrélation nette avec la baisse concomitante des SDT.

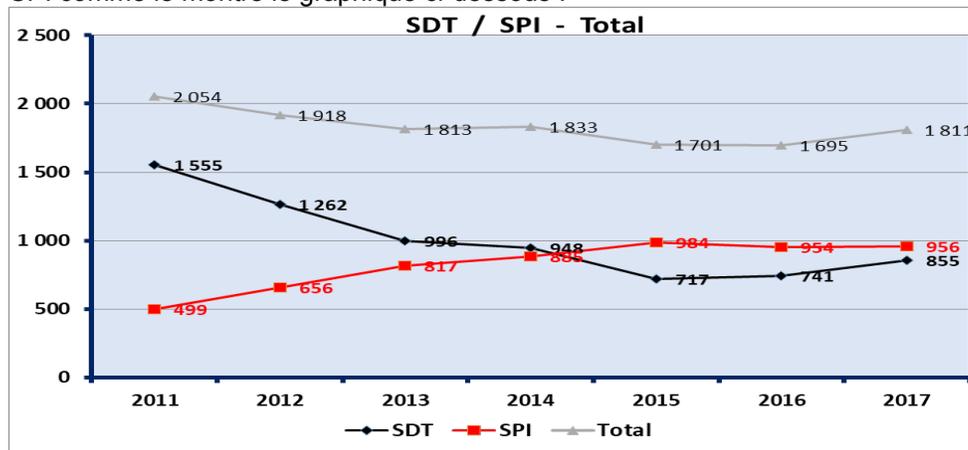
Admission en soin selon la procédure dite "d'urgence" (SDTU) : 1 611 admissions en 2017.

Elle permet, en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité d'autrui, d'admettre une personne sur les bases d'une demande de tiers et d'un certificat médical pouvant émaner d'un médecin de l'établissement.

La situation est relativement stable. Cependant, si la situation est fort différente d'un département à un autre sur la période 2011 – 2017. Elle est également assez hiératique d'une année sur l'autre et ce pour chacun des cinq territoires.

c) La compensation entre les différentes mesures :

Les précédents rapports avaient déjà souligné une étroite corrélation entre la baisse des SDT et la hausse de la mesure SPI comme le montre le graphique ci-dessous :



Trois hypothèses avaient alors été esquissées :

1. Une modification notable des pratiques médicales : cette voie est à écarter ou reste très marginale.
2. Une réticence des familles à assumer le rôle de tiers : cette cause est réelle mais ne suffit pas à expliquer le phénomène
3. La désertification médicale : elle trouve là une conséquence concrète. Dans les communautés urbaines il est relativement aisé de faire appel à une organisation de type « SOS médecin » pour établir le premier certificat, il en va tout autrement en milieu rural où la désertification médicale est une réalité extrêmement préoccupante.

9.3 Visite des établissements

Le fonctionnement de chacune des CDSP requière deux visites annuelles par établissement. Au regard de cette obligation la réalité est assez disparate par territoire compte-tenu de la charge que cette disposition implique pour les membres des CDSP.

Chambre de soins intensifs (CSI) :

Une évolution notable de l'agencement des CSI est constatée avec des aménagements en cours ou programmés. Ils se déclinent de manière spécifique selon les établissements : les équipements, les modalités de prise de repas, les modalités de retour dans les services etc. Une réflexion éthique et une réelle préoccupation du mieux-être des patients sont ressenties.

Par contre la mise en place du registre de suivi des CSI au sein de chaque établissement est plus contrastée. Cette mise en œuvre apparaît complexe. Des mises en place de registres « papiers » ont souvent un caractère provisoire donc incomplet dans l'attente d'une informatisation, laquelle se révèle souvent complexe et les documents qui en résultent sont souvent peu lisibles et exploitables.

Il reste donc beaucoup à faire dans la déclinaison des principes posés dans la circulaire DGOS du 27 mars 2017. Le rapport de la CDSP de Loire-Atlantique est particulièrement développé et précis sur ces points.

Hospitalisation des mineurs en service adulte :

Cette situation est particulièrement critique en Loire-Atlantique et perdure depuis des années. La plupart de ces mineurs sont considérés en soins libres et n'ont de ce fait pas accès au juge des libertés. Les placements en CSI sont

cependant nombreux pour leur propre protection faute d'équipements adaptés dans les services de pédopsychiatrie. Une extrême attention doit être portée à ces situations dans la mesure où elles contreviennent aux besoins spécifiques de jeunes en grande souffrance rendant le sens du soin problématique.

Patients au long cours :

Leurs présences effective et sans rupture au sein des établissements en séjours hospitaliers dépassent la plupart du temps les 5 années avec de grandes difficultés pour s'exprimer. De fait ils échappent à tout contrôle, la fermeture de la chambre, le recours à la CSI et la contention étant par ailleurs, eux, effectifs. La structure hospitalière est-elle la plus appropriée pour prendre ces personnes en charges ?

Examen des réclamations et des plaintes :

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 688 pour l'année 2017. Ce chiffre apparaît très nettement en baisse par rapport aux trois années précédentes.

57 patients ont été reçus, à leur demande, par les Commissions en entretiens individuels. Ce nombre est également en baisse.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

La CSDU requière la plus grande attention de l'ARS des Pays de la Loire quant aux conclusions suivantes :

I. La nécessité d'une vigilance particulière concernant la mise en œuvre et l'utilisation des pratiques d'isolement et de contention (CSI) et notamment :

- la pratique de mise en CSI pour répondre à une mesure de protection pour des jeunes qu'ils soient préadolescents et/ou adolescent,
- la mise en place effective et l'utilisation systématique du registre permettant de répertorier les séjours en CSI conformément aux dispositions de l'Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 ainsi que de la Recommandation de bonnes pratiques de la HAS relatif à l'isolement en psychiatrie générale de février 2017.

II. L'importance des missions de la CDSP ne paraissent pas en adéquation avec les moyens et les temporalités dont elle dispose. En particulier, les membres de Commissions évoluant dans le secteur libéral n'ont pas la possibilité de libérer le temps nécessaire en raison de leurs fonctions.

III. Un partage de réflexion entre les différentes CDSP de la Région Pays de la Loire sur les différents sujets couverts par celles-ci s'avérerait profitable en particulier concernant l'amélioration de pratiques, les droits des patients, la mise en place du registre de placement en CSI, etc...



FOCUS

Cinq projets labellisés droits des usagers en 2018

Le label droit des usagers met en avant chaque année des expériences exemplaires et des projets innovants dans le domaine des droits des usagers.

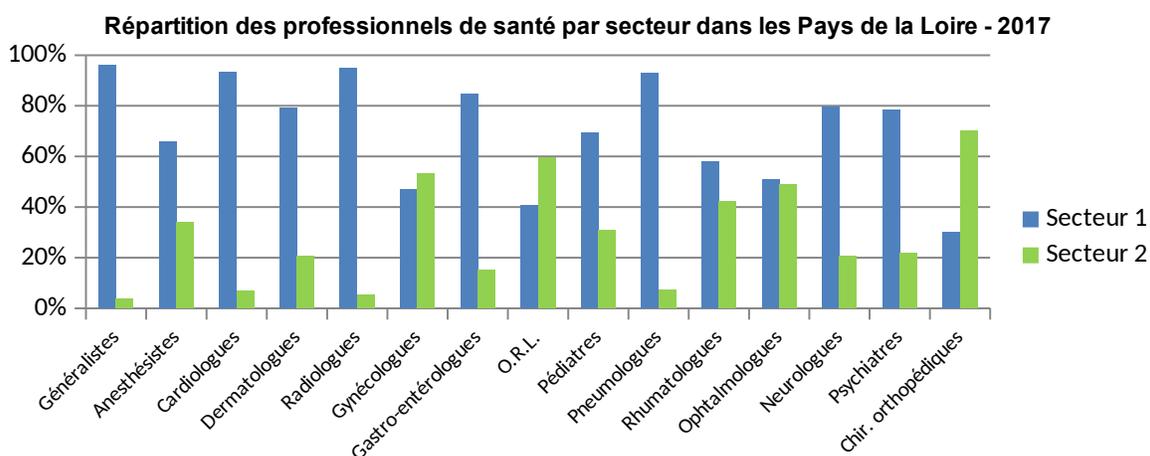
Pour l'édition 2018, 5 projets ont été labellisés en région Pays de la Loire :

- Projet “ Palette conseils : prise en compte des aidants par l'association AL'FA Répit Le relais des aidants à DREFFEAC (44)
- Projet “ Droits des usagers selon le parcours du patient” de la clinique La Brière à Guérande (44)
- Projet “ Formation des personnels : jeu le quoiquesse” du CSSR Le Bodio à Pontchâteau (44)
- Projet “ Livret de liaison patient” de l'ICO de l'Ouest à Angers (49)
- Projet “ Les directives anticipées pour tous” de la MAIA Nord Sarthe et Perche Sarthois au Mans (72)

II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

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

10.1. Taux de spécialistes en secteur 2



De manière générale, les spécialistes en secteur 2 augmentent dans la région en 2017 :

- En particulier, la proportion d'anesthésistes : 31% en 2016, 34% en 2017
- On observe la même dynamique pour les gastro-entérologues : 12% en 2016, 15% en 2017.
- Les spécialités qui restent stable en secteur 2 sont les cardiologues, les dermatologues, les gynécologues et les neurologues.
- Le taux de médecins généralistes en secteur 2 reste également stable à 4%.

10.2. Les dépassements d'honoraires en établissements sanitaires

Les indications concernant les Pays de la Loire sont extraites de la base de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, elles concernent les cliniques privées et sont disponibles sur le site de l'ATHI : <http://www.scansante.fr/applications/depassements-honoraires>

Actes thérapeutiques liés à :	Nb de séjours		Taux de séjours avec dépassements d'honoraires				Prix unitaire moyen			Dépassements moyens			
	2016	2017	2012	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2012	2015	2016	2017
Bulbe oculaire	52 450	54280	32,5%	42%	42%	47,7% ↑	436	439	441	125	133	132	134 ↑
Oreille	7 997	7 502	16,8%	21%	22%	24,6% ↑	173	171	174	157	169	164	174 ↑
Veines	10 570	10702	39,8%	41%	41%	40,8% ↑	258	253	253	152	166	168	170 ↑
Dents	22 209	22 458	NR	33%	35%	40,8% ↑	186	188	187	NR	73	80	81 ↑
Appareils génitaux (H)	8 598	9 203	56,8%	69 %	71%	71,8% ↑	394	409	408,6	165	241	267	271 ↑
Articulations des membres inférieurs	20 849	20 597	63,7%	71%	69%	68,6% ↑	605	615	624	233	281	288	285
Sein	4 027	4234	59,5%	66%	69%	68,1% ↑	396	390	400	516	579	609	619 ↑
Procréation. Grosse nouveauté	13 792	5372	45,8%	46%	38%	38,8% ↑	315	313	315	112	128	130	103

10.3. Les dépassements d'honoraires en médecine libérale

L'exemple des gynécologues-obstétriciens et des ophtalmologistes :

		Base de remboursement de la Sécurité Sociale	Coût moyen secteur 2	% de médecins en secteur 2
Gynécologie-obstétrique	Maine-et-Loire	28 Euros	44 Euros	43%
	Loire-Atlantique		42 Euros	52%
	Sarthe		41 Euros	26%
	Mayenne		37 Euros	46%
	Vendée		42 Euros	31%
Ophtalmologie	Maine-et-Loire	28 Euros	42 Euros	27%
	Loire-Atlantique		40 Euros	56%
	Sarthe		43 Euros	53%
	Mayenne		38 Euros	19%
	Vendée		41 Euros	35%

Source : 60millionsdimpatients.org - 2018

10.4. Le reste à charge

Un sondage réalisé en 2018 par la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles indique que 10% des Français n'ont pas d'assurance complémentaire : le nombre de personnes avec assurance complémentaire est passé en un an de 75% à 66% chez les 18-24 ans et de 84% à 80% chez les ménages à revenus modestes.

Or l'objectif de « Reste à charge zéro » qui doit permettre d'ici à 2021 le remboursement intégral de certaines lunettes et prothèses dentaires et auditives ne s'adresse qu'aux personnes ayant une assurance complémentaire. De plus cela fait craindre une augmentation du tarif des assurances complémentaires avec comme effet collatéral l'impossibilité pour davantage d'usagers d'acquitter les primes d'assurance.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

L'accessibilité financière aux soins est un sujet qui revient régulièrement dans le questionnement des usagers :

« 37% des ligériens déclarent avoir renoncé à certains soins parce que le remboursement en était trop limité, ce chiffre atteint 51% pour les personnes en situation de perte d'autonomie qui ont souvent des difficultés à l'achat de dispositifs de réduction de leur handicap (mobilité, vision, audition...) » (Source : L'évaluation du PRS I)

Les dépassements d'honoraires des médecins ne sont pas l'unique cause de l'augmentation des restes à charge mais ils en sont la vision la plus ressentie par les usagers.

Dans les Pays de la Loire le nombre de médecins en secteur 2 progresse dans certaines spécialités (anesthésistes, gastro-entérologues...).

De même on note une augmentation forte et continue des actes chirurgicaux avec dépassements d'honoraires pour certaines spécialités : pour les actes thérapeutiques liés au sein le taux de séjours avec dépassement d'honoraires était de 59,8% en 2012, il est de 68,1% en 2017 ; pour le bulbe oculaire le taux de séjours avec dépassement d'honoraires était de 32% en 2015, il est de 47% en 2017.

La tendance est donc à la croissance des restes à charge pour les honoraires médicaux pour le patient. Il convient dès lors de mieux l'informer sur le fonctionnement des prises en charge (ou non) par l'assurance maladie et les assurances complémentaires.

La CSDU ne peut que reprendre les termes de ses commentaires du rapport 2017 : « Cette banalisation du dépassement d'honoraires cumulée avec la hausse des coûts des complémentaires de santé, en particulier pour les personnes âgées, pose la question du reste à charge, question liée naturellement à celle du renoncement aux soins. »

Il s'agit d'une réelle interrogation que la CRSA devrait s'approprier.

10.5. La démographie médicale

a) Les difficultés d'accès à un médecin traitant

Le livret du PRS 2018-2022 sur l'accès aux soins de santé primaire indique :

« Au moins 10 % de la population régionale n'accède qu'à 2,5 consultations de médecin généraliste par an, alors que la moyenne nationale se situe à 4 (indicateur APL : Accessibilité Potentielle Localisée).

Cette situation cache des disparités infrarégionales. En effet, on constate aujourd'hui qu'il y a toujours de fortes inégalités de répartition des professionnels de santé au sein de la région et les écarts se creusent entre les départements (la Sarthe, la Mayenne et la Vendée sont moins bien dotés que le Maine et Loire et la Loire Atlantique), et entre les territoires infra départementaux

Les zones urbaines sont également concernées par les difficultés démographiques alors qu'elles n'avaient été que peu prises en compte jusqu'ici dans les dispositifs d'attractivité mis en place. Trois agglomérations de la région sont particulièrement touchées (Laval, Saumur et le Mans).”

b) Remédier à la difficulté de déclarer un médecin-traitant : un exemple de service médical de proximité à Laval

Un diagnostic a été établi pour la Ville de Laval et son agglomération avec la constatation d'un nombre croissant et conséquent de patients dépourvus de médecin traitant.

Une organisation originale expérimentale reposant sur la ressource de médecins récemment retraités a été conçue et le service a ouvert mi-juin 2017. L'objectif du dispositif est de proposer un accès aux soins pour les patients sans médecin traitant en période de continuité des soins (8h – 20h) au sein d'une « structure de médecine générale ».

- La part des patients du centre bénéficiant de la CMUC est importante : elle représente 31,5% des patients alors que dans l'agglomération lavalloise ils ne sont que 8,8 %.
- La patientèle du centre âgée de + de 65 ans (6 %) est moins importante que celle du département (17,1 %). En revanche, la part des patients du centre bénéficiant d'une ALD est relativement faible (8,5 % contre 17,2 % dans l'agglomération).
- 70 % des patients du centre proviennent de 6 communes de l'agglomération lavalloise. 26 % des patients proviennent d'autres communes dont certains hors département.
- 95,7 % des patients du centre sont affiliés au Régime Général (notamment RSI, SLM étudiantes). 61,6 % dépendent de la CPAM de la Mayenne. La part des étudiants et des patients affiliés à des CPAM hors département est assez importante respectivement 11,3 % et 12,9 %.

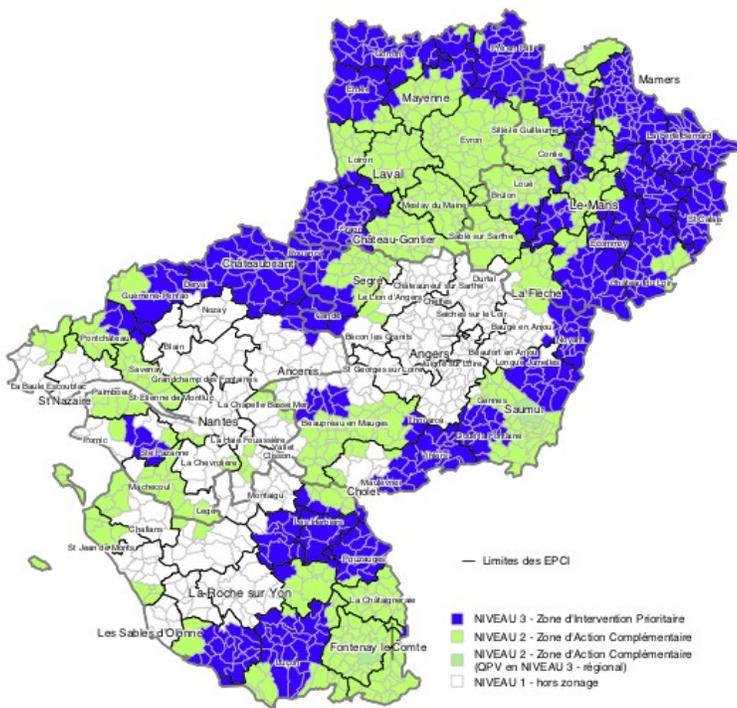
Il y a eu une montée en charge de l'activité entre juin 2017 et janvier 2018, suivie d'une phase de fluctuation, puis le mois d'octobre 2018 a constitué le volume d'activité le plus haut depuis l'ouverture, avec 1314 consultations.

c) La définition de nouveaux zonages

Le zonage permet de cibler les territoires les plus fragiles et de favoriser l'installation en octroyant des aides en fonction du degré de fragilités.

I. nouvelle définition du zonage pour les médecins

Le zonage effectif au 1er janvier 2018 a pour objectif de cibler les moyens dédiés pour améliorer la démographie médicale.



Désormais, la couverture populationnelle régionale fait l'objet d'une augmentation significative, de 25,6% en 2012 à 46,8% aujourd'hui.

Les zones d'intervention prioritaire vont couvrir 18,2 % de la population, soit plus de 660 000 habitants (13 % antérieurement).

Les zones d'action complémentaire quant à elles représenteront 28,60% de la population régionale, soit plus d'un million d'habitants (12,8% antérieurement).

Deux types d'aide sont prévues pour les professionnels s'installant dans les zones sous-dotées :

a) Les aides à l'installation prévues par la convention médicale 2016 favorisant l'exercice des médecins généralistes :

- le contrat d'aide à l'installation médecins (50 000 euros versés en deux ans, pour un engagement de cinq ans)
- le contrat de transition pour les médecins de plus de 60 ans aidant à l'installation d'un médecin de moins de cinquante ans
- le contrat de stabilisation et de coordination
- le contrat de solidarité territoriale médecins

b) Les mesures et aides prévues dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2 :

- le contrat d'engagement de service public
- le contrat de praticien territorial de médecine générale
- le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire
- le contrat de praticien territorial médical de remplacement

ii. nouvelle définition du zonage des masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes

Le nouveau zonage a été défini suite aux constatations suivantes :

Pour les orthophonistes :

Il y a des difficultés d'accès aux orthophonistes dans la région avec davantage de zones très sous dotées par rapport au national (13,4% contre 12,8%). Les zones sous dotées se situent en Mayenne, en Sarthe et aussi en Vendée.

Il y a très peu de zones sur dotées par rapport au national (1,4% contre 12%) et peu de zones très sur dotées (7,7% contre 10%). Il y a par contre beaucoup de zones intermédiaires.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes :

Il y a très peu de zones sur dotées par rapport au national et peu de zones très dotées (2,2% contre 22%). Il y a par contre beaucoup de zones intermédiaires, et beaucoup de zones très sous dotées par rapport au national (19% contre 13%). Ces zones se situent en Mayenne et en Sarthe.

d) Les Maisons de Santé Pluri professionnelles en Pays de la Loire

La région des Pays de la Loire compte désormais 75 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), en cours de projet ou en activité. En 2010 le nombre de MSP était de 4.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les précédents rapports relatifs aux droits des usagers du système de santé ont pointé les inégalités d'accès à un médecin dans la région. De nombreuses mesures sont prévues dans le PRS 2 et la CSDU sera attentive à leur mise en oeuvre ainsi qu'à l'impact du nouveau zonage et des mesures financières qui l'accompagnent.

Ces mesures seront-elles suffisantes pour permettre à chaque ligérien qui le souhaite de pouvoir disposer d'un médecin traitant en 2022 (ainsi que le prévoit le plan "Ma santé 2022) ? Il faut rappeler que dans certains territoires plus de 18% de la population n'a pas de médecin traitant désigné (la moyenne régionale est de 10%).

L'expérimentation du service médical de proximité de Laval montre que dans les zones sous dotées il existe un véritable besoin d'accès à un médecin généraliste et que ce besoin est particulièrement ressenti par certaines catégories de patients : dans ce nouveau service 31,5% des patients sont à la CMU-C alors que dans l'agglomération lavalloise, ils ne sont que 8,8%.

e) Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Ce dispositif a été créé dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 et renforcé dans sa mise en place lors des annonces du plan « Ma santé 2022 » en septembre 2018. Il vise à assurer une meilleure coordination des professionnels de santé sur les territoires et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé.

Cette démarche territoriale et populationnelle est à l'initiative des professionnels de santé libéraux et associe d'autres acteurs selon les projets.

Plusieurs démarches de mise en place de CPTS sont en cours sur la région : Montaigu, Fontenay le Comte, Bécon les Granit, Sud Mayenne... La liste n'est pas exhaustive.

L'ARS en liaison avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé, a établi un cahier des charges qui fixe le cadre des CPTS et définit un certain nombre d'actions pouvant être repris dans un projet de santé¹.

Les thématiques retenues dans le cadre du projet de santé doivent :

- contribuer à la résolution de problèmes organisationnels nécessitant une meilleure articulation entre les acteurs du territoire tels que les sorties d'hospitalisation, l'articulation médecin traitant-EHPAD, les soins non programmés ou encore la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.
- organiser la réponse à un problème de santé identifié sur le territoire (exemples : addiction, santé mentale, pathologie chronique ...).

¹<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-11/CdC%20R%C3%A9gional%20CPTS.pdf>

Le cahier des charges régional des CPTS prévoit dans son annexe 1 « Dans la mesure du possible, l'avis des usagers du territoire est recueilli lors de cette étape de diagnostic. »
Des financements importants sont mis à la disposition des CPTS pour l'élaboration du projet de santé (15 000€), et les frais de fonctionnement (50 000€ par an pendant 2 ans).

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

La mise en place des CPTS doit pouvoir répondre à de nombreuses attentes de la population sur les territoires, en particulier pour faciliter les parcours de santé.

L'élaboration du projet de santé est une phase importante dans la constitution des CPTS et comme le préconise le cahier des charges les usagers doivent participer à la phase de diagnostic, et pas seulement « dans la mesure du possible ». Cette présence des usagers dans la phase diagnostic doit, pour la CSDU, être poursuivie dans son élaboration et dans son suivi.

Comme les autres dispositifs dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours, celui-ci devra être évalué compte-tenu notamment de ses implications financières.

10.6. La permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoire (PDSA), instaurée par décret du 13 juillet 2010, consiste à organiser l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients devenant ainsi un véritable service public. Le numéro 116-117 permet de contacter un médecin de garde aux heures de fermeture des cabinets médicaux, c'est-à-dire tous les soirs après 20h, le week-end à partir du samedi 12h et les jours fériés.

Un nouveau cahier des charges régional de la PDSA a été mis en place en 2017 et un comité de pilotage fait le bilan régulièrement des PDSA. Il ressort du bilan 2017 qu'il reste des difficultés et des carences de médecins sur un certain nombre de secteurs, ces difficultés sont liées à la démographie médicale (en Sarthe en particulier) et au manque de volontaires (en Loire-Atlantique notamment).

10.7. Le recours aux services des urgences²

En 2017 trente points d'accueil, dont trois unités d'urgences pédiatriques (CHU de Nantes et Angers, Centre hospitalier du Mans), sont autorisés par l'Agence régionale de santé pour exercer une activité d'urgences hospitalières.

Le recours aux services des urgences a augmenté de manière assez continue dans la région au cours des 12 dernières années au rythme annuel moyen de 3,5% (de 591 000 passages en 2004 à 921 000 en 2017).

Le taux de recours aux services des urgences de la région reste inférieur à la moyenne nationale : respectivement 244 et 321 passages pour 1000 habitants en 2017.

55% des passages sont liés à un diagnostic médicochirurgical, 37% sont d'origine traumatologique, 3% psychiatrique, 2% toxicologique, et 3% d'une autre nature ; 27% des passages se concluent par une hospitalisation.

² Source : Observatoire Régional des Urgences

14% des passages aux urgences sont classés en CCMU 1 (classification clinique des malades aux urgences), c'est-à-dire qu'aucun acte complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient n'a été effectué durant la prise en charge dans le service des urgences.

FOCUS Etude de l'Observatoire Régional de la Santé sur la perception des équipes des services des urgences des Pays de la Loire

La CRSA a confié à l'Observatoire régional de la santé (ORS) la réalisation d'une étude sur la perception qu'ont les équipes des services d'urgences des Pays de la Loire de l'augmentation du recours de la population à ces services, de la nature des situations de santé qui en sont à l'origine, des raisons de ces évolutions et de l'impact de cette augmentation sur le fonctionnement de leurs services.

EXTRAITS :

➤ **Une augmentation significative de l'activité des services et des professionnels.**

L'ensemble des professionnels des établissements enquêtés rapportent une forte augmentation du recours aux urgences (cotée à 3,95 en moyenne) au cours des dernières années. Les professionnels ont également tous rapporté une forte augmentation de leur activité, cotée à un degré similaire (4,25 en moyenne), sur la même période.

Interrogés sur les caractéristiques des patients dont le recours aux services d'urgences a le plus augmenté au cours des dernières années, les professionnels de l'ensemble des établissements s'accordent pour citer :

- les personnes âgées souvent polyopathologiques et/ou avec des problèmes de perte d'autonomie,
- les patients qui viennent pour une consultation relevant, selon eux, de la médecine générale,
- les patients qui viennent pour une consultation de spécialiste ou des examens complémentaires, notamment d'imagerie.

L'ensemble des médecins urgentistes s'accordent pour dire que, bien que de nombreuses consultations réalisées aux urgences pourraient relever de la médecine générale de ville, l'ensemble des passages dans leurs services sont justifiés. Ces recours répondent, en effet, systématiquement selon eux, à un besoin de santé ressenti par des patients qui n'ont pas trouvé de réponse ailleurs ou qui ont jugé que les urgences étaient la meilleure solution pour répondre à leur problème.

➤ **Pénurie de l'offre extrahospitalière et évolution sociétale vers le « tout, tout de suite » : deux principales raisons de l'augmentation des recours aux SU**

1. Raisons en lien avec les pratiques, perceptions et demande des patients

De nombreux professionnels ont regretté l'utilisation des SU comme d'un service de « consultation à toute heure » avec de nombreux patients qui se présentent aux heures de permanence des soins pour des symptômes qui remontent à plusieurs jours, sans aggravation particulière. Néanmoins, les professionnels rapportent que le souhait d'immédiateté de prise en charge manifesté par la population découle probablement autant de comportements de consommateurs (plaçant la santé au même niveau que d'autres biens) que d'une plus grande information des personnes qui s'inquiètent et consultent plus rapidement, par exemple en cas de douleurs thoraciques ou de signes annonciateurs d'accident cardiovasculaires (AVC). Ils concèdent qu'il s'agit là « du prix à payer » des campagnes d'information pour une meilleure prise en charge de ces pathologies. La majorité des professionnels, notamment les secrétaires et infirmières d'accueil, indiquent également, que les usagers des SU méconnaissent les alternatives aux services d'urgences ou leur fonctionnement.

2. Raisons en lien avec l'organisation du système de soin, en amont et en aval des SU

Le manque de disponibilité des professionnels libéraux (notamment de celle des médecins généralistes) et des centres d'imagerie est l'autre raison principale de l'augmentation des recours aux SU évoquée par l'ensemble des professionnels. Tous rapportent ainsi que de nombreux patients viennent aux urgences en déclarant avoir demandé un rendez-vous à son médecin / centre d'imagerie sans l'avoir obtenu dans un délai qu'ils jugeaient acceptable.

Les professionnels indiquent également que les SU constituent souvent un « passage obligé » avant toute hospitalisation du fait :

des circuits souvent complexes de l'organisation d'une hospitalisation et du manque de temps des médecins généralistes pour gérer cette tâche,

de la demande des services hospitaliers que les patients soient « préparés » sur le plan administratif (enregistrement) et/ou médical (prescription et réalisation des bilans préalables) au niveau du SU.



L'organisation de la prise en charge médicale dans les EHPAD est également, de l'avis des professionnels, à l'origine d'un nombre important de passages aux urgences des résidents pour toute hospitalisation, voire pour toute prise en charge médicale.

➤ **Concernant l'impact de l'augmentation du recours aux urgences sur la prise en charge des patients, l'ensemble des professionnels ont indiqué :**

- une augmentation des temps d'attente avant et pendant la prise en charge,
- un raccourcissement du temps passé par les professionnels auprès des patients,
- des difficultés pour respecter la confidentialité et l'intimité des patients.

➤ **Leviers d'actions identifiés par les professionnel.les**

Interrogés sur les principaux leviers d'actions nécessaires pour que l'augmentation des recours aux SU restent acceptables pour les professionnels comme les patients, les équipes s'accordent pour demander : plus de moyens en termes d'effectifs médicaux (voire paramédicaux), d'espace et de matériel mais aussi de disponibilité dans les services d'aval, un renfort de l'offre extrahospitalière, une meilleure information de la population sur l'offre de soins pertinente au regard de leurs problèmes de santé.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

L'organisation de la réponse aux demandes de soins non programmés est un des enjeux de schéma régional de santé.

Les résultats attendus sont définis comme suit :

- des recours aux urgences réellement justifiés qui se font sans rupture de parcours pour le patient
- une offre de premier recours pluri-professionnelle organisée collectivement au niveau territorial qui est en capacité de répondre à toutes les demandes de soins ne relevant pas d'une structure d'urgences.

Avec des déclinaisons opérationnelles qui correspondent à un certain nombre de recommandations de la CSDU :

- vérifier et améliorer en continue la qualité des structures d'urgences
- améliorer la disponibilité de la médecine générale pour les demandes de soins inopinées.

Pour mener à bien les actions nécessaires à l'atteinte de ces résultats, la CSDU souhaite rappeler le constat fait lors de l'élaboration du PRS : « Les enquêtes menées auprès des usagers par la DREES en 2013, par la commission droits des usagers de la CRSA (rapport de janvier 2017), et au CH de Saint-Nazaire (rapport de mars 2017) montrent que, loin d'être consumériste, l'utilisateur est rationnel : il recherche une offre qui lui garantisse une réponse rapide et efficace.

C'est faute de trouver une réponse adaptée dans le secteur ambulatoire qu'il a recours aux services hospitaliers, ce qui constitue une rupture de parcours. »

En ce qui concerne les structures d'urgences de notre région et comme l'indique l'étude de l'ORS, ces services sont de plus en plus en tension, ce qui ne contribue pas à améliorer les conditions de séjour et de soins des patients concernés.

11. ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS

11.1. Les commissions d'activités libérales des établissements publics de santé et la commission régionale de l'activité libérale

L'activité libérale dans les établissements publics de santé correspond à l'activité réalisée à titre « privé » par certains médecins hospitaliers au sein même de l'établissement. Seuls les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale sous certaines réserves. La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder de 20% la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Un contrat est signé entre l'établissement et le praticien.

- En Pays de la Loire 222 contrats sont signés
- 29 spécialités sont représentées
- 17 établissements sont concernés
- le nombre de contrats signés va de un contrat par établissement (CH Saumur, EPSM de la Sarthe) à 52 (CHU Nantes)

La commission de l'activité libérale de l'établissement (CAL) est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Tous les établissements de santé publics des Pays de la Loire disposent désormais d'un représentant des usagers au sein des CAL.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation du système de santé a créé la Commission Régionale de l'Activité Libérale (CRAL), qui s'est réunie, pour la 1ère fois dans les Pays de la Loire, en septembre 2018.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les CAL et les CRAL sont en place et assurent désormais leur mission de rapport et de contrôle.

Le rapport annuel de la CRAL note que "L'information du patient concernant le choix entre l'activité libérale et l'activité publique n'est pas systématique".

La CSDU rappelle donc la nécessité d'informer les patients sur :

- les plages horaires des professionnels dédiées à cette activité,
- les modalités de prise en charge lorsque le professionnel consulte en libéral au sein de l'établissement, et en particulier la tarification pratiquée.

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

En 2016, les Conseils de l'Ordre de la région n'ont enregistré qu'une plainte pour refus de soin d'une personne en CMU-C.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les associations de patients et de représentants d'usagers font remonter de nombreuses difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Si elles se font connaître auprès des associations ces personnes n'entament cependant pas de procédure de réclamations ou de plaintes ce qui rend cette problématique non-visible.

La prise de rendez-vous devient également de plus en plus complexe pour les personnes précaires victimes de la fracture numérique puisqu'elle se fait désormais souvent par internet, excluant ainsi les personnes non connectées.

11.3. Les permanences d'accès aux soins (PASS)

Les PASS sont des dispositifs médico sociaux ayant pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Dans la région des Pays de la Loire, depuis 2010, 21 PASS sont réunies dans une coordination régionale installée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes.

Les données ci-dessous sont extraites de la synthèse des rapports 2017 des PASS :

File active des PASS :

Loire-Atlantique 2016	Nantes 2545	Saint Nazaire 522	Ancenis 32
2017	2472 ↓	530 ↑	34 ↑
Maine et Loire 2016	Angers PASS 525	Cholet 100	Saumur 139
2017	638 ↑	136 ↑	127 ↓
Vendée 2016	La Roche/Yon 677	Challans 81	Fontenay-le-Comte 43
2017	161*	52 ↓	44
Mayenne 2016	Laval	Nord Mayenne 120	Château Gontier 19
2017	565	187 ou 140 ↑	39 ↑
Sarthe 2016	Le Mans 551	La Ferté Bernard 105	Château du Loir 31
2017	530 ↓	43 ↓	25 ↓

*indicateurs calculés sur le temps d'ouverture des nouvelles consultations de novembre et décembre 2017

En Loire-Atlantique :

la baisse de la file active à Nantes s'explique par l'important changement de fonctionnement : les consultations médico-sociales sont désormais uniquement sur rendez-vous.

La PASS de Saint Nazaire a vu ses consultations médicales fortement augmenter en 2016 avec l'arrivée massive des réfugiés, pour se réduire en 2017.

En Maine-et-Loire :

A Cholet la PASS a vu son activité augmenter, avec la création de plusieurs dispositifs d'accueil de demandeurs d'asile. La PASS de Saumur est peu fréquentée.

En Vendée :

L'année 2017 a permis à l'équipe de la PASS de la Roche s/Yon d'ouvrir des salles de consultations médicales et paramédicales dédiées PASS, hors services des urgences pour mieux se centrer sur leur cœur de métier.

A ce jour, les consultations sociales PASS ne sont pas encore distinctes des consultations sociales de l'établissement hospitalier ne permettant donc pas une visibilité de l'activité.

En Mayenne :

les consultations sociales de la PASS de Laval ne sont pas encore distinctes des consultations sociales de l'établissement hospitalier ne permettant donc pas une visibilité de l'activité.

La file active a progressé de plus de 17 % entre 2016 et 2017. Cette augmentation concerne plus spécifiquement des hommes. (+85 hommes en 2017) provenant notamment des Centres d'Accueil et d'Orientation du département.

A Mayenne on constate une majoration de 20% du nombre d'hommes migrants ayant consultés du fait de l'ouverture des CAO de Mayenne et d'Ernée qui accueillent des hommes seuls.

En Sarthe :

A La Ferté Bernard le public est constitué de personnes vieillissantes, avec des troubles cognitifs présentant de grosses difficultés de maintien à domicile.

Les problématiques relevées par la synthèse des PASS sont les suivantes :

- **Contexte migratoire** : il a engendré pour certaines PASS une saturation qui conduit à une réorganisation interne entre accueil infirmier et consultations médicales notamment ; il présente également le risque de perte des " anciens précaires", une augmentation du budget PASS (examens complémentaires notamment en matière de dépistage médicalisée, dépenses pharmaceutiques y compris pour des pathologies complexes), la nécessaire évolution de l'accompagnement par les travailleurs sociaux et le recours à l'interprétariat.
- **L'accès aux soins buccodentaires** : même si les PASS sont volontaires, cet accès aux soins spécialisés est à soutenir.
- **L'accès à l'interprétariat est à conforter** mais un équilibre est à trouver entre un accès ouvert à toutes les consultations et le coût d'un tel accès. Des solutions sont aussi à trouver pour ne pas alourdir le budget.
- **La Démographie médicale pèse encore** : absence de relais par la médecine de ville, difficultés à réorienter les patients (prise en charge des patients à la PASS malgré leurs droits ouverts), et plus particulièrement pour les PASS de Mayenne, Nantes et la Roche/Yon. Les rapports d'activité 2018 permettront de mesurer l'impact de l'accès à l'interprétariat pour les médecins généralistes sur la file active des PASS.
- **Une méconnaissance du dispositif PASS existe encore** avec une redynamisation nécessaire à mener en matière de communication intra et extra hospitalière et de signalétique. Les actions d'information sont à poursuivre notamment en faveur des collectivités, instituts de formation et professionnels de premier recours.

Les évolutions positives suite au contexte migratoire :

- Augmentation des consultations médico-sociales, des consultations psychologiques et aussi, pour certaines PASS, évolution de l'activité infirmier vers des consultations de première évaluation et d'orientation.
- Ouverture de plages horaires dédiées pour les consultations médicales (PSSL, Laval, Fontenay-le-Comte, la Roche s/Yon, Cholet)
- Travaille en lien étroit avec les partenaires externes et internes (l'ensemble des PASS ayant vécu l'augmentation du contexte migratoire sauf pour Nantes qui connaît une diminution de l'implication de certains partenaires associatifs)

Le groupe de travail santé-précarité de la CRSA a lancé en 2018 un premier sujet de travail autour du repérage de la précarité.

Il souhaite également mettre en avant :

la nécessaire valorisation de la parole des usagers

la nécessité de trouver un équilibre entre l'appui à l'intégration des personnes précaires dans les dispositifs de droit commun et l'appui aux dispositifs spécifiques
le non-recours et les questions de renoncement (fracture numérique, questions financières, accessibilité adaptée pour les jeunes).

la nécessité d'être vigilant quant au risque de cloisonnement par population et la nécessité de conserver un caractère universel

avec cependant l'identification de problématiques spécifiques :

- i. les risques majeurs de précarité pour les jeunes et les personnes vieillissantes et pour les conduites addictives)
- ii. les actions « migrants » et « personnes placées sous main de justice »

FOCUS Le Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies/Accompagnées

Le Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies/ Accompagnées (CCRPA) est une instance qui a été mise en place le 20 juin 2012 en Pays de la Loire.

Il s'agit d'une instance qui permet de recueillir la parole des personnes accueillies ou accompagnées, pour contribuer à l'évaluation et à l'élaboration des politiques publiques.

Le CCRPA est un interlocuteur reconnu au niveau national et régional.

Ce Conseil est composé en majorité de personnes en précarité, ou fragilisées à un moment de leur vie, et donc accompagnées par des dispositifs les plus adaptés à leurs besoins des professionnels (travailleurs sociaux, directeurs, etc) des représentants de l'Etat ou des collectivités.

En Région des Pays de la Loire, l'URIOPSS pilote le CCRPA et le co-anime avec la Fédération Nationale des Acteurs de la Solidarité (FNARS).

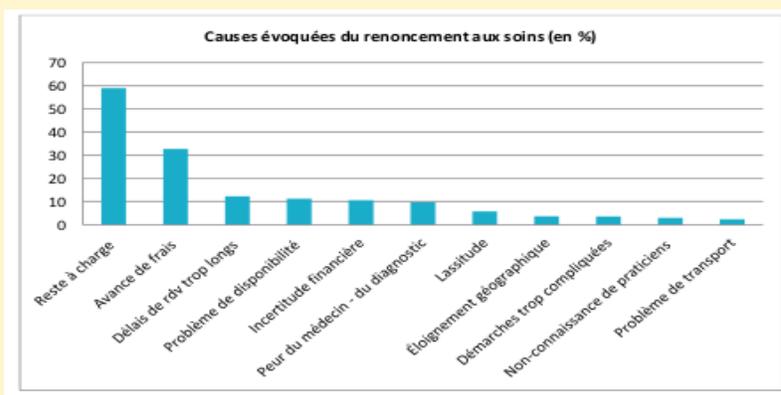
Le comité régional des personnes accueillies et accompagnées s'est réuni à Nantes le 31 janvier 2017 pour dresser le bilan de ses travaux depuis sa création. A cette occasion, une trentaine d'usagers, de représentants associatifs, de bénévoles et de représentants de services de l'État ont pris la parole sur des sujets les concernant comme la santé, la vie dans les structures, l'hébergement, le logement ou encore l'accès à l'emploi, à la culture et au sport.

FOCUS Les cellules de lutte contre le renoncement aux soins : un nouveau dispositif

Le but de ces cellules est d'identifier, en coopération étroite avec les acteurs médico-sociaux de l'Assurance Maladie et les partenaires institutionnels et associatifs du tissu local, les personnes en situation de renoncement aux soins, pour leur proposer des solutions personnalisées et les accompagner jusqu'à ce que les soins nécessaires soient réalisés.

L'Assurance Maladie va désormais au-devant des personnes qui méconnaîtraient leurs droits administratifs ou qui rencontreraient des difficultés pour accéder aux soins.

Au total, depuis la première expérimentation, 35 433 assurés ont bénéficié de ce dispositif, soit une moyenne de 325 assurés pris en charge chaque semaine en France. Parmi les accompagnements clôturés, près d'un dossier sur deux a abouti à une réalisation des soins, 12 701 assurés ont vu leurs droits ouverts, 6 030 ont été mieux orientés dans le système de soins, 4 480 ont bénéficié d'un accompagnement financier, et 1 392 assurés ont pu bénéficier d'une orientation vers un partenaire. Le dispositif a commencé à se déployer en Pays de la Loire en 2017 et concerne désormais tous les départements.



L'étude menée entre 2014 et 2017 par l'Observatoire des non-recours aux droits et services dressait le tableau suivant des causes évoquées du renoncement aux soins. En Pays de la Loire le taux de renoncement aux soins était de 25,7% en Loire-Atlantique, de 22,9% en Mayenne, de 27,6% en Sarthe, et de 20,4% en Vendée.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

La mise en place des cellules de lutte contre le renoncement aux soins par l'Assurance Maladie est une réponse intéressante au vue de l'ampleur du phénomène de renoncement aux soins. Elle doit se faire en coopération avec l'ensemble des acteurs concernés et avec des moyens suffisants au regard des enjeux et du nombre de personnes concernées.

12. ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION

12.1. Les cancers en Pays de la Loire

Dans la région des Pays de la Loire les cancers affectent plus de 136 600 personnes, soit près de 4% des Ligériens. Chaque année sur la période 2007-2016, 21007 nouveaux cas de cancer sont estimés, toutes localisations confondues, dont 56% chez l'homme. Les cancers sont à l'origine de 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans. En 2015, on recensait 5 655 décès parmi les hommes et 3 920 parmi les femmes.

En Pays de la Loire, le vieillissement de la population conjugué à l'augmentation du tabagisme et des consommations excessives d'alcool et à la dégradation relative des habitudes nutritionnelles laissent présager une augmentation de l'incidence régionale du cancer dans les années à venir.

Les disparités départementales sont importantes :

- l'incidence et la mortalité sont contrastées selon les départements
- la Loire-Atlantique et plus modérément la Vendée ont une situation nettement plus défavorable que le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne
- la situation est souvent plus favorable en Mayenne que dans les autres départements.

12.2. Réorganisation des structures de dépistage du cancer

Pour répondre aux enjeux posés par le plan cancer 2014-2019, Les 5 structures départementales de dépistage ont été fusionnées en 2018 pour constituer un nouveau centre régional de coordination du dépistage du cancer (CRCDC).

Le CRCDC a repris les activités de dépistage organisé des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, portées jusqu'à présent par 5 associations départementales. L'objectif est de poursuivre l'amélioration de la qualité du dépistage organisé en augmentant le taux de participation des ligériens au dépistage organisé et en développant une politique « d'aller vers » pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Cette nouvelle association a également pour mission d'étendre au niveau régional le dépistage du cancer du col de l'utérus expérimenté en Maine et Loire. Le contrat d'objectifs pluriannuel d'objectifs et de moyens en cours de négociation associant l'ARS, l'Assurance Maladie et le CRCDC a pour but de répondre aux enjeux épidémiologique territoriaux, de mieux mobiliser les populations et les professionnels de santé pour toucher les publics les plus éloignés du système de santé.

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

En 2016-2017 le taux de dépistage du cancer du sein dans les Pays de la Loire est de 59,7% (contre 61,9% en 2015) et en recul continu depuis 2012.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette baisse de participation : l'impact de la controverse nationale et internationale sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein, une possible augmentation des démarches de dépistage individuel en raison du recours à la tomosynthèse non incluse dans le programme organisé, une éventuelle baisse de l'offre médicale en sénologie...

Comme les années précédentes, la région des Pays de la Loire reste encore en tête du classement des régions réalisant le meilleur taux de dépistage malgré une baisse qui suit le mouvement national. La Loire Atlantique est 2ème au classement des départements avec un taux de 61,8%. Les autres départements ligériens sont à des niveaux de 59,4% pour le Maine-et-Loire, 58,3% pour la Mayenne, 57,4% pour la Sarthe et 58,9% pour la Vendée.

Taux de dépistage de cancer du sein	2012	2013	2014	2015	2016-2017
Pays de la Loire	64%	62,9%	62,7%	61,9%	59,7%
Taux national	52,7 %	51,6 %	52,1%	51,5 %	49,9%

Source : Institut de Veille Sanitaire, Santé publique France

12.4. La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans

La région des Pays de la Loire, comme l'an passé, est en tête des régions avec un taux de dépistage de 41% (contre 33,5% pour la France entière). Les taux départementaux se répartissent ainsi : 41,7% en Loire Atlantique, 44,7% en Maine et Loire, 38,7% en Mayenne, 38,4% en Sarthe et 39,5% en Vendée.

La participation qui était en légère diminution depuis 2010-2011, passant de 32% à 29,8% en 2013-2014, a chuté de manière importante à 23% en 2014-2015, puis augmenté au cours de la période 2015-2017. La forte baisse observée s'explique par l'interruption de l'activité de dépistage organisé fin 2014 puis le lancement du test immunologique en avril 2015.

Le taux de participation est plus élevé chez les femmes (34,7%) que chez les hommes (32%), il augmente avec l'âge chez les deux sexes.

12.5. Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Les couvertures vaccinales ont poursuivi leur augmentation en 2016 (données 2017 non encore disponibles). Elles atteignaient 90% pour la 1^{ère} dose ROR et 80% pour la 2^{ème} dose dans tous les départements, et rejoignaient le niveau national moyen. Ces valeurs sont cependant encore insuffisantes pour prévenir tout risque épidémique.

Rubéole

Depuis 1985, la promotion de la vaccination en France a entraîné une baisse très importante du nombre d'infections en cours de grossesse avec un risque d'interruption de grossesse et de naissance d'enfants porteurs de malformation.

Toutefois, depuis 2010, entre 5 et 10 infections rubéoleuses survenant durant la grossesse sont encore recensées chaque année.

Oreillons

Les niveaux de couverture vaccinale ont entraîné une très forte réduction du nombre de cas. Actuellement, la maladie a pratiquement disparu chez l'enfant. Cependant, même après deux doses, la protection peut finir par disparaître, expliquant la survenue très occasionnelle de cas chez des jeunes adultes vaccinés dans l'enfance. Dans ce cas, la maladie est pratiquement toujours bénigne et les complications exceptionnelles.

Rougeole

La France est engagée dans une stratégie d'élimination de la rougeole. Il est nécessaire qu'au moins 95% des enfants soient immunisés pour éliminer cette maladie. En l'absence de couverture vaccinale suffisante, le virus continue de circuler en France et, au cours du premier trimestre 2018, plus de 1000 cas ont été notifiés aux ARS dont un décès.

En Pays de la Loire, 91 cas de rougeole ont été déclarés entre janvier et mars 2018, contre 7 sur l'ensemble de l'année 2017.

Les cas étaient survenus majoritairement dans des contextes de cas groupés chez des gens du voyage, dans le milieu de la petite enfance, en milieu scolaire ou à l'université. La moitié des cas étaient des enfants âgés de moins de 5 ans.

Parmi les cas éligibles à la vaccination, 95% n'étaient pas vaccinés.

12.6. Le dépistage du VIH dans les Pays de la Loire³

En 2017, 4457 personnes séropositives (4 293 personnes en 2016) bénéficient d'un suivi médical sur la région. 135 personnes (170 en 2016) ont découvert leur séropositivité en 2017 dont 33% (26 % en 2016) à un stade tardif. Ce dernier chiffre démontre un déficit de dépistage et probablement de nombreuses occasions manquées de proposer un test VIH qui ne peut se faire qu'accompagné d'autres recherches d'infections sexuellement transmissibles.

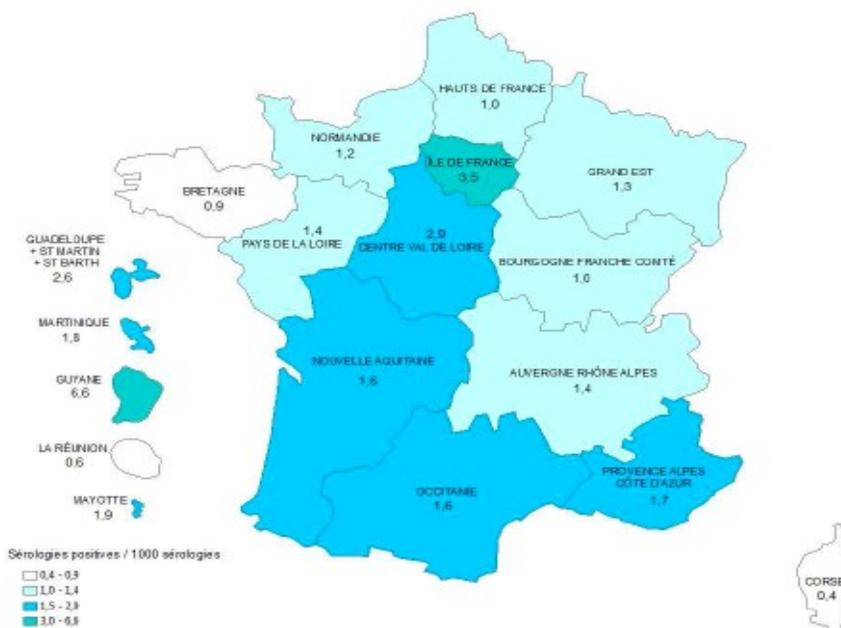
Selon les estimations, entre 545 et 680 personnes ignorent qu'elles sont infectées par le VIH en Pays de la Loire (1000 personnes en 2016).

Le dépistage du VIH par sérologie a augmenté depuis l'année précédente. 239 510 sérologies VIH ont été réalisées en 2017 soit 64 pour 1000 habitants (contre 61 pour 1000 en 2016). Le nombre de dépistages dans la région est donc en légère augmentation. Pour autant, les Pays de la Loire demeurent une des régions au plus faible nombre de sérologies réalisées.

La proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués en Pays de la Loire, estimée à 1,4 en 2017 (1,2 en 2016) était équivalente à celle retrouvée en France métropolitaine hors Ile-de-France (1,4/1000 tests). Ce taux était à 1,5 entre 2008 et 2013 en Pays de la Loire.

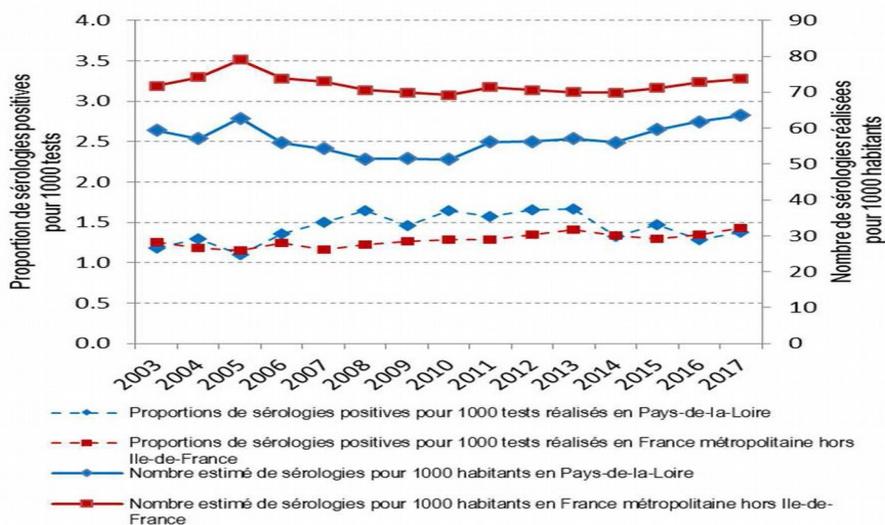
³(Source : *Bulletin de santé publique - décembre 2018 sur les données 2017 co-rédigé par Corevih Pays de la Loire et Santé Publique France*)

Nombre de sérologies positives pour 1000 tests par région française en 2017 :



Source : SpFrance, données LaboVIH validées en 2018

Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et de la proportion de sérologies positives pour 1000 tests en Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2003-2017 :



Source : SpFrance, données LaboVIH, 2017

Tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) :

En Pays de la Loire, 1245 TRODs (Test Rapide d'orientation diagnostique) ont été effectués en 2017 (contre 1068 TRODs en 2016) dont 3 positifs. Ils ont été réalisés par les associations AIDES, Logis Montjoie, ALIA et le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage de Vendée, Loire Atlantique et Mayenne.

Le nombre de TROD réalisés est en augmentation mais la pratique des TRODs semble moins ciblée car le taux de TRODs positifs est en diminution.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les acteurs de la prévention engagée dans la lutte contre le cancer font le constat de la baisse continue du pourcentage de la population dépistée sur notre région avec en particulier une participation au dépistage du cancer colorectal très insuffisante.

L'information aux usagers reste donc primordiale, notamment pour répondre à leurs interrogations suite aux controverses concernant la mammographie de dépistage du cancer du sein, le sur diagnostic et le sur traitement.

Les polémiques concernant les vaccins sont également nombreuses, l'implication des usagers et des associations sera donc essentielle pour mener avec succès l'extension de l'obligation vaccinale.

Concernant le dépistage du VIH les actions à destination des publics les plus exposés devraient être plus soutenues.

Il en est de même concernant les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique : leur nombre est en augmentation mais le travail de ciblage nécessite d'être davantage soutenu, renforcé et coordonné.

Sur l'efficacité des mesures de prévention, Il conviendrait, si cela n'est déjà fait, d'évaluer le lien entre les moyens mis en œuvre pour les actions de prévention et les résultats attendus et obtenus.

FOCUS Le Pass Santé du Conseil Régional des Pays de la Loire

La Région des Pays de la Loire propose aux Ligériens âgés de 15 à 19 ans un e.pass santé qui permet, en tout anonymat, de bénéficier de consultations gratuites auprès de professionnels de santé (contraception, gestion du stress, arrêt du tabac...).

Ce dispositif cible particulièrement la prévention des addictions, la contraception, le dépistage des MST, les conseils sur l'alimentation et la gestion du stress.

Quatre e-coupons téléchargeables servent de moyens de paiement auprès des professionnels de santé partenaires renseignés sur l'application pour bénéficier de :

deux consultations médicales (médecin généraliste, pédiatre, sage-femme ou gynécologue)

une analyse médicale (sur ordonnance pour un bilan de santé en vue d'une prescription de contraceptif ou pour le dépistage d'infections sexuellement transmissibles avec ou sans ordonnance)

un autotest de dépistage du virus du Sida ou des contraceptifs en pharmacie (sans ordonnance pour l'autotest, des préservatifs masculins ou féminins et avec ordonnance pour les autres contraceptifs)

Pour bénéficier de cette prise en charge, le jeune doit au préalable solliciter un entretien avec un référent (au sein des établissements scolaires) qui validera son éligibilité au dispositif et l'orientera en fonction de ses besoins.

Au 26 septembre 2018, 3600 demandes d'E. pass ont été réalisées, 600 ont été activés, 230 coupons ont été utilisés chez un des 700 professionnels de santé partenaires déjà référencés (pharmaciens, médecins, laboratoires d'analyse).

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

Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'Agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. Il peut porter sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

L'objectif d'un CLS est de :

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité.

Pour l'ARS, le dispositif permet de :

- mettre en cohérence le projet régional de santé avec les politiques de santé menées par les collectivités ;
- mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé ;
- et de consolider par contrat les partenariats locaux et inscrire la démarche dans la durée.

Au 31 janvier 2019, 23 CLS sont signés.

13.2. Logements : les procédures d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique

a) Les logements dégradés en Pays de la Loire

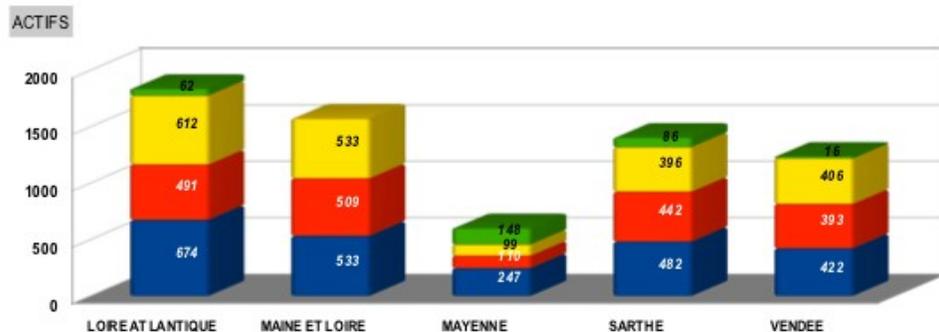
L'Insee a étudié et complété le risque de bâti dégradé par des indicateurs de surpeuplement et de performance énergétique afin de répondre à l'adéquation du logement aux besoins des habitants. Le risque de vulnérabilité pour leurs habitants de cumuler ces difficultés a pu être évalué.⁴

De cette enquête il ressort :

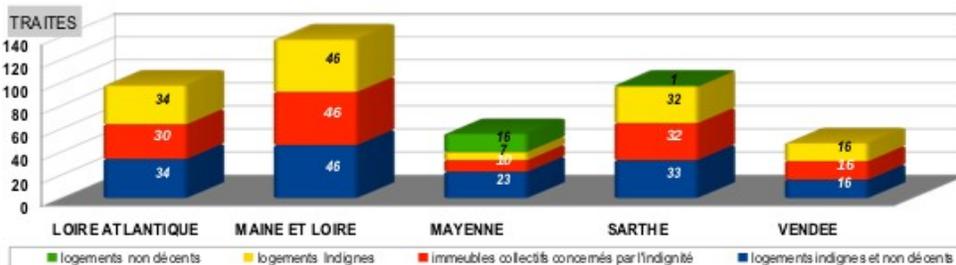
- 5% des ménages du parc privé sont en situation de surpeuplement soit 62 400 ménages. Le taux de surpeuplement a été divisé par 2 entre 1998 et 2006 au niveau national : il a tendance à stagner depuis 2006.
- 11% des ménages vivent dans un logement probablement énergivore soit 145 700 ménages
- 2% des ménages vivent dans un logement présentant un risque de bâti dégradé soit 29100 ménages

Nombre de logements indignes et non décents repérés et traités entre 2016 et 2018 :

⁴ Insee Analyses Une approche des conditions de logement dégradées – Septembre 2018



Soit **2 358** situations actives au niveau régional dont **152** ont fait l'objet d'un traitement sur la période 2016-2018



Source: ORTH/24-11-2018

En trois ans 277 logements ont pu sortir de l'indignité avec les aides de l'Agence Nationale de l'Habitation : 63 en Loire-Atlantique ; 43 en Maine-et-Loire ; 17 en Mayenne ; 35 en Sarthe ; 119 en Vendée.

b) Le nombre de logements en Pays de la Loire ayant donné lieu à une procédure au titre du code de la santé publique

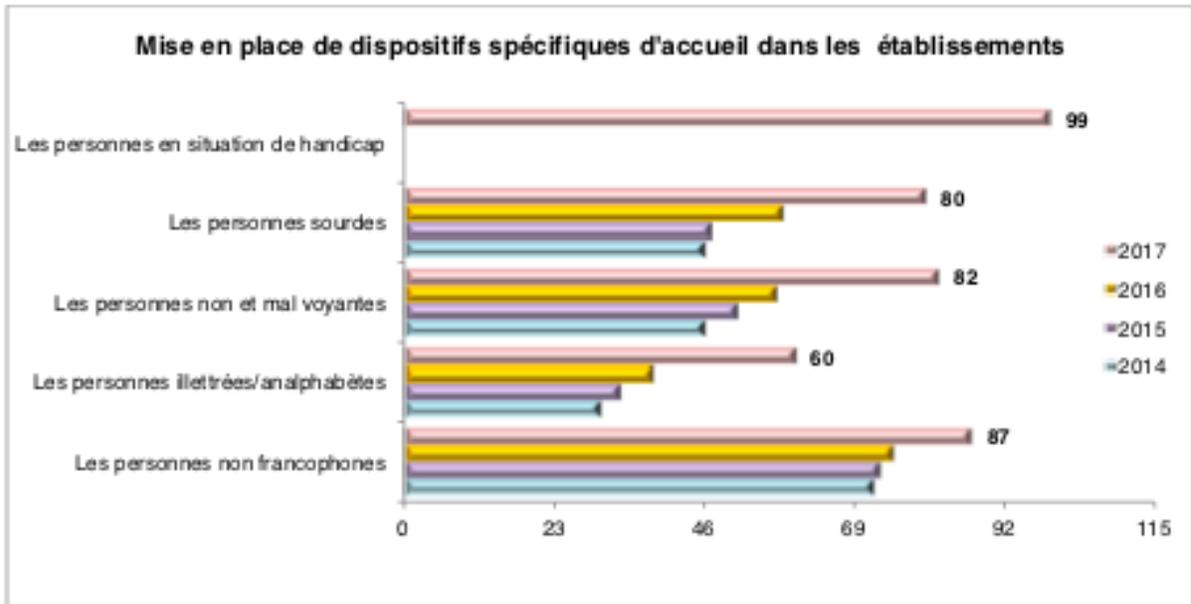
Le nombre de procédures est en forte hausse. Le département de Loire-Atlantique et, particulièrement, la métropole nantaise, contribuent pour 69% à cette augmentation.

Année	Nombre de logements en Pays de la Loire ayant donné lieu à une procédure au titre du code de la santé publique
2012	114
2013	157
2014	190
2015	127
2016	120
2017	172

L'ARS, la DREAL, la CAF de Maine-et-Loire et l'Insee ont renforcé leur partenariat afin que le croisement des données du bâti, social et de santé permette de préciser les caractéristiques des territoires concernés. Suite à l'étude de l'Insee, l'ARS a repris l'analyse pour préciser les territoires concernés à l'échelle des EPCI.

13.3. L'accueil adapté au public - Les données sont déclaratives et issues des rapports des CDU.

Les établissements s'investissent dans l'accueil des publics dits « spécifiques », cependant 10 établissements ne semblent pas avoir mis en œuvre de dispositif d'accueil adapté (non francophones, illettrés/analphabètes, non et mal voyantes, sourds ou déficients auditifs ou en situation de handicap). Le principal motif évoqué est que ces situations se



présentent rarement dans leur établissement et que leur organisation s'adapte aux besoins en fonction des demandes spécifiques.

Sur la région Pays de la Loire, 97 % des établissements déclarent l'accessibilité de leurs locaux aux personnes à mobilité réduite.

Globalement le nombre d'établissements ayant mis en place des dispositifs d'accueil a fortement progressé entre 2016 et 2017 pour chacune des catégories de patients.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

La réduction des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tout le territoire est un des objectifs du PRS Pays de la Loire, ce défi est important !

Dans le cadre de ce rapport, il n'est pas possible de relever toutes les actions réalisées, menées, ou à mettre en œuvre.

La CSDU souhaite attirer l'attention sur :

- l'augmentation des procédures pour logement insalubre, qui dénote à la fois une action volontariste des autorités en charge de l'habitat indigne mais également un réel problème de qualité de l'habitat,
- l'amélioration sensible en 2017 des conditions de prise en charge des personnes ayant besoins de mise en place de dispositifs spécifiques d'accueil dans les établissements de santé sachant qu'il reste encore à faire en particulier pour les patients illettrés, sourds ou malvoyants,
- les initiatives menées en Pays de La Loire par certaines associations telles que la médiation en santé et l'interprétariat comme outils d'égalité à la santé ou la sensibilisation des futurs médecins à la problématique de personnes âgées et de l'accompagnement à domicile,
- la prise en charge du vieillissement, qui n'apparaît pas anticipé, compte tenu de la croissance démographique des personnes âgées.

La CSDU s'interroge toujours sur le manque d'actions spécifiques menées en direction des bidonvilles et des squats.

FOCUS La médiation en santé et l'interprétariat professionnel comme outils d'égalité d'accès à la santé

Médecins du Monde Pays de la Loire

Depuis plusieurs années, avec d'autres associations, Médecins du Monde, s'appuyant sur des observations de terrain, dénonce l'accroissement des inégalités d'accès à la santé. Les personnes en situation de précarité éprouvent des difficultés à faire valoir leurs droits par méconnaissance du système de santé, complexité administrative, éloignement, barrière de la langue...et se retrouvent trop souvent dans des situations de non recours ou de recours tardif aux soins.

A la recherche de solutions innovantes, fin 2010, l'association a décidé de s'engager dans un programme expérimental national de médiation sanitaire. Trois autres associations en France ont participé à l'expérimentation une dans les Hauts de France et deux en région parisienne. Cette phase expérimentale a duré deux ans et a été soutenue par la Direction Générale de la Santé et coordonnée au niveau national par l'Association pour l'Accueil des Voyageurs (ASAV). L'objectif était d'évaluer la pertinence de la médiation sanitaire auprès du public rom ou tout autre public en situation de précarité avec une approche de santé maternelle et infantile.

Au bout de 2 ans, le programme expérimental national ayant fait la preuve de son efficacité pour l'amélioration de l'accès à la santé de la population visée, il s'est prolongé et MdM a poursuivi sa participation. La volonté affichée était de pouvoir étendre la pratique de la médiation en santé à tout public en en faisant la promotion et en formant des médiateurs.

Pour cela un travail a été initié avec la Haute Autorité de Santé et en octobre 2017, cette dernière a validé et publié les référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques de médiation en santé tout en la distinguant de l'interprétariat professionnel. Les résultats prometteurs de la médiation en santé incitaient à travailler à son extension. Dans cet esprit, le programme de médiation porté par MdM PDL est en cours de transfert à l'association nantaise Les Forges Médiation. L'objectif est de promouvoir la démarche de médiation en santé auprès de toute personne en situation de précarité et de vulnérabilité au regard de la santé à l'échelle d'un territoire.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

D'une part l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;

D'autre part la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Selon le référentiel HAS :

« La médiation en santé est un processus temporaire* de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer :

L'équité en santé** en favorisant le retour vers le droit commun ;

Le recours à la prévention et aux soins ;

L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;

La prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de la vulnérabilité du public.

- Malgré l'intérêt de la démarche, les difficultés liées à l'obstacle de la langue demeuraient. En effet, le recours à l'interprétariat professionnel, assez bien implanté en milieu hospitalier, était absent des cabinets de médecine ambulatoire si l'on excepte un dispositif instauré en Alsace. Fin 2014, la coordination du programme de médiation en santé de MDM Pays de la Loire a lancé un groupe de travail régional sur la problématique d'accès aux soins de premiers recours pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Dans un premier temps, quelques médecins concernés par l'accueil de patients allophones ont montré de l'intérêt pour la démarche, puis le groupe de réflexion s'est enrichi de la présence de la PASS, de l'ASAMLA, de l'APTIRA et du SAMU social. Après un rapprochement avec l'URML des Pays de la Loire, cette dernière a décidé la création d'une commission « Précarité » afin de porter particulièrement ces sujets. Cette commission s'est mise au travail et a abouti notamment à l'élaboration d'un guide d'accompagnement des personnes en situation de précarité mis à disposition de tous en ligne sur le site internet de l'URML.



Des temps de formation médicale initiale et continue, sur la précarité, la médiation en santé et sur l'interprétariat professionnel ont été proposés. Un projet d'accès à l'interprétariat professionnel pour les médecins libéraux a été présenté à l'Agence Régionale de Santé qui en a rapidement perçu la plus-value. Le financement pour l'interprétariat a été accordé pour une première phase d'expérimentation, et renouvelé en 2019 et l'accès est maintenant généralisé à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes de la région, les fonds étant gérés par l'URML des Pays de la Loire. Entre juillet 2017 et septembre 2018, 238 praticiens ont adhéré au programme et 687 demandes d'interprétariat téléphoniques par l'intermédiaire de la plateforme ISM ou en présence physique ont été effectuées sur la région. Comme il est souligné sur le site de l'URML, l'interprétariat professionnel permet notamment le respect des règles déontologiques par le recueil du consentement éclairé du patient. Une thèse de médecine récente portant sur l'apport de l'interprétariat met en avant les réponses les plus recensées dans l'observation: une progression dans le plan de soin, le dénouement de problématiques non résolues auparavant, une meilleure compréhension des demandes du patient, la délivrance des informations et d'une éducation thérapeutique.

En conclusion, l'inscription dans la nouvelle loi de santé de 2016 de la médiation sanitaire et de l'interprétariat professionnel en tant qu'outils distincts mais complémentaires d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, pour des populations éloignées du système de santé est une grande avancée. Des projets de médiation en santé commencent à émerger autour de certaines ARS.

En Pays de la Loire le PRAPS, outre la promotion de l'autonomie des personnes, préconise la mise en place de dispositifs d'accompagnement par la médiation, un égal accès aux soins des personnes migrantes par l'accès à l'interprétariat et un soutien des professionnels de santé pour faciliter la prise en charge des personnes en situation de précarité. Ces orientations croisent la volonté des acteurs de proximité de promouvoir la médiation en santé et l'interprétariat comme outils d'égalité d'accès à la santé.

13.4. Les besoins liés au vieillissement de la population

FOCUS Sensibiliser les futurs médecins à la problématique des personnes âgées et de l'accompagnement à domicile : un exemple de coopération entre une faculté de médecine et une association de soins à domicile.

Depuis avril 2014 des liens se sont développés entre l'association Anjou Soins Services Accompagnement et le Département de Médecine Générale d'Angers. L'objectif est de permettre aux futurs professionnel.les de santé de mieux connaître le milieu de l'aide à domicile et d'améliorer les contacts entre médecins, soignants et aidants.

Ainsi il a été proposé d'utiliser la structure de l'association d'aide et soins à domicile pour rédiger des thèses à sens pratique pour les futurs médecins, à travers la découverte d'un outil qu'ils pourront utiliser plus tard dans leur quotidien.

Il en résulte que 5 étudiants ont présenté la thèse suivante le 22 avril 2017 : « Etude de la circulation de l'information autour du sujet âgé dépendant au sein d'une association de soins au domicile en Maine et Loire ».

Ce travail a permis de souligner d'une part l'importance d'un rapprochement de l'aide et du soin, de l'adaptation du secret professionnel et de l'autre l'insuffisance de communication entre les médecins et les soignants-aidants du domicile.

Il a montré que la communication est fonction de la hiérarchie, du degré d'autonomie des travailleurs du domicile, de la relation salarié-patient, et de la responsabilité médico légale.

Ce travail a mis en avant :

- l'existence une variété de modes de transmission,
- l'importance de la communication qui permettra la vigilance et l'adaptation au patient et au travail en équipe,
- l'importance d'une réflexion sur la transmission, la question du secret médical et du secret partagé,
- la nécessité d'un lien à établir avec les autres professionnels, ce qui peut être difficile, notamment avec les médecins.

Actuellement 8 étudiants sont en cours de rédaction d'une thèse dont le sujet est « Quels sont les déterminants bio-psycho-sociaux de la ré-hospitalisation précoce des patients âgés pris en charge à domicile par Anjou soin services Accompagnement ? ».

Le résultat sera bientôt disponible et permettra peut-être de mieux comprendre les raisons des allers et retours entre l'hôpital et le domicile.

D'autres sujets seront sans doute proposés ; toujours dans un but d'une meilleure prise en charge de l'utilisateur (Ecoute, empathie, proximité, qualité du soin, respect de leurs droits, de leur personne), écoute de ses personnels aidants et soignants (Formation) et d'une formation de qualité des futurs médecins généralistes.

FOCUS FACE AU VIEILLISSEMENT, QUELS ENGAGEMENTS ?

Roger Raud, membre de la CSDU

Dans ses rapports relatifs au respect des droits des usagers la CSDU tente de mettre en exergue les besoins en équipements des personnes âgées notamment concernant l'hébergement en EPHAD.

Un scénario de l'Insee repris par France Stratégie relève que les besoins vont fortement s'accroître dans les années à venir. L'Insee note ainsi « Les personnes d'au moins 85 ans progresseront de près de 1,4 million entre 2030 et 2040, soit une augmentation de 54% ». Cette tendance ira de pair avec des situations de dépendance plus longues. Ainsi aujourd'hui parmi les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), la durée de dépendance atteint quatre ans en moyenne, rappelle le rapport, mais elle devrait augmenter "d'environ un an à l'horizon 2040" . Ainsi grâce aux progrès de la médecine, on vit de plus en plus vieux mais pas toujours en bonne santé et les structures de soins et d'accueil doivent suivre l'évolution de ces besoins. Il faut noter de plus l'épuisement des personnels et des familles. Alors que les "plans dépendance" sont sans cesse repoussés.



Par ailleurs la CSDU a relevé dans le bilan de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie paru en janvier 2019 et portant sur l'année 2017 que « les plans de création de places s'achèveront dans les 5 années à venir ». Les Agences régionales de santé ont prévu d'installer 16 279 places sur la période 2018-2022, dont 80% d'ici la fin de l'année 2019 mais face à l'allongement du temps de placement dans les EPHAD et à l'augmentation de la population concernée, la CNSA souligne que « sur la période 2017-2022, le taux d'équipement devrait diminuer progressivement de 10%. »

Il y a donc matière à réflexion pour garantir une bonne prise en charge des personnes âgées, que ce soit en établissement ou hors établissement.

III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS

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

L'article L. 1114-1 du code de la santé publique prévoit que les représentants des usagers (RU) suivent une formation de base délivrée par les associations agréées habilitées par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Elle est obligatoire pour les représentants d'usagers nouvellement nommés depuis le 1er juillet 2016.

En région Pays de la Loire, 2 associations ont délivré cette formation : La FNATH (Association des Accidentés de la Vie) et le CISS PAYS DE LA LOIRE.

14.1. Les formations organisées pour les représentants des usagers

a) La formation de base des représentants des usagers

Depuis la parution de la loi de modernisation du système de santé, le code de la santé publique prévoit que les représentants des usagers siégeant dans les instances hospitalières ou de santé publique suivent une formation de base délivrée par les associations agréées habilitées par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Elle est obligatoire pour les représentants d'usagers nouvellement nommés depuis le 1er juillet 2016 et dure deux jours.

En 2017, sur 77 représentants des usagers concernés par la formation de base, 58 ont suivi la formation proposée par le CISS Pays de la Loire ou la FNATH.

b) Les formations complémentaires

La mise en place de la convention entre l'ARS et le CISS Pays de la Loire a permis de proposer des sessions de formation aux représentants des usagers

En 2017 le CISS Pays de la Loire a formé 189 représentants des usagers. Les représentants proviennent, comme en 2015 et 2016, essentiellement de Loire- Atlantique et du Maine-et-Loire.

Les formations proposées permettent aux représentants des usagers de compléter leurs connaissances sur des thèmes ciblés essentiels à leur rôle dans les instances auxquelles ils participent : «RU en avant», « RU : l'essentiel», « Défense le droit des usagers», « La certification », « Représenter les usagers, qualité et sécurité du patient», «Le rapport annuel de la CDU, y participer, l'exploiter », « RU : en Commission des Usagers » et « RU : Qualité et Sécurité du Patient».

Depuis janvier 2018 la réalisation et le financement des formations des représentants des usagers sont assurés par France Assos Santé (FAS) et sa délégation régionale des Pays de La Loire.

➤ **ENQUETE 2017 REPRESENTANTS DES USAGERS**

90% des représentants des usagers indiquent avoir suivi une formation dans le cadre de leur représentation, majoritairement proposée par le CISS ou France Assos santé (67 %), par leur association (18 %) ou par l'établissement (6 %).

14.2. Les formations en direction des Conseils de la Vie Sociale

Pour répondre aux besoins les formations ont été construites dans le but de :

- renforcer les compétences des élus des CVS pour exercer leur rôle
- renforcer l'attractivité de cette instance
- conforter la fonction d'élu et de représentant
- donner le sens du mandat
- permettre et valoriser des échanges de pratiques.

Le financement de ces formations est assuré par les crédits alloués à la démocratie sanitaire.

a) Les formations CVS dans le secteur des personnes âgées

Elles sont organisées et menées par l'URIOPPS.

Formation initiale :

Les formations CVS pour le secteur des personnes âgées programmées en 2016 ont eu lieu au début de l'année 2017, et ont été réparties sur 4 modules différents.

- Le conseil de la vie sociale et la fonction de représentant
- La préparation d'une réunion du CVS
- Le déroulement de la réunion du CVS
- Les modalités de suivi et de mise en œuvre d'avis et propositions du CVS

83 participants ont été formés en 2017 à l'ensemble des modules, dans tous les départements sauf en Mayenne.

Rencontres inter CVS « 2 ans après... » :

4 rencontres ont été organisées en 2017 pour **19 participants** dans les départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

b) Les formations CVS dans le secteur personnes handicapées

Elles sont organisées par le CREAI.

Comme prévu dans la convention avec l'ARS Pays de la Loire, une rencontre inter-cvs a été organisée par le CREAI en novembre 2017 avec les participants la formation 2016 sur le territoire de la Mayenne (seul département ayant répondu à la proposition de formation proposé par le CREAI Pays de la Loire en lien avec l'ARS en 2016).

11 représentants au sein des CVS étaient présents, représentants de l'ESAT Robida, de l'ESAT Géneteil, de l'ESAT Les Espaces et de l'ESAT le PONCEAU. Cette rencontre avait pour objectif de dresser un bilan de la formation un an plus tard et d'animer sur le plan local les échanges et réflexions entre pairs sur la fonction d'élu au CVS et sur l'expression et la participation des usagers.

En 2018, 5 cycles de formation sont organisés par le CREAI dans la Région.

14.3. Faire participer et informer les représentants des usagers

Deux nouvelles lettres d'information aux usagers ont été diffusées en 2017.

La sixième journée des représentants des usagers a eu lieu le 20 juin 2017, le thème était la nouvelle loi de santé 2016 et les nouvelles instances de démocratie sanitaire. 300 personnes étaient présentes.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

Les formations proposées aux représentants des usagers sur la région sont à la fois nombreuses et variées, et un très grand nombre de représentants des usagers y participe.

Une vigilance particulière doit être portée par l'ARS sur le respect de l'obligation de formations initiale des représentants des usagers.

La CSDU réitère son souhait de voir évoluer l'ensemble des formations des membres des CVS vers des rencontres territoriales qui seraient à la fois des temps de formation, d'information et d'échanges. Pour la CSDU l'animation territoriale des CVS, en particulier ceux des EHPAD, doit être la priorité.

La CSDU souhaite également que se concrétise l'objectif figurant dans le schéma régional de santé "Renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur, ses attentes et ses besoins" qui permettrait notamment de susciter la participation d'associations agréées du système de santé dans les CVS.

IV. 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

15.1. Taux de participation des représentants des usagers dans les réunions et commissions de la CRSA :

2017	Nombre de réunions	Représentants des usagers	Taux de participation 2015	Taux de participation 2016	Taux de participation 2017
Séance plénière	4	15 titulaires 21 suppléants	79 %	87 %	77% chez les titulaires
Commission Permanente	3	3 titulaires 4 suppléants	88 %	88 %	89%
Commission Spécialisée Droits des Usagers	5	12 titulaires 15 suppléants 9 suppléants en attente de nomination	58 %	84%	60%

15.2. Les représentants des usagers dans les conférences territoriales de santé

a) Taux de participation des représentants des usagers

Département	Nombre de réunions de CTSen 2017	Nombre total de représentants d'usagers convoqués en 2017 à chaque réunion	Taux de participation (au nombre total d'usagers présents / nombre total de représentants d'usagers convoqués * 100)		
			2015	2016	2017
44	4	20 RU convoqués	75%	62%	43%
49	4	9 RU convoqués	62%	50%	53%
53	4	11 RU convoqués	38%	26%	59%
72	3	12 RU convoqués	62%	62%	66%
85	1	12 RU convoqués	37%	30%	67%
Pays de la Loire			55%	46%	55%

b) La Formation d'expression des usagers dans les CTS

Au 1er janvier 2017, les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) ont remplacé les Conférences de territoire. Cette nouvelle instance doit « organiser au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers en intégrant celles des personnes en situation de pauvreté ou de précarité ».

Elle est composée de 12 membres : six membres du collège des usagers et six membres des collèges des professionnels et offreurs de santé, des collectivités territoriales de démocratie sanitaire et de l'Etat et des organismes de sécurité sociale.

Les formations d'expression des usagers sont désormais en place dans quatre des cinq Conférences Territoriales de Santé, seul le CTS de Vendée n'a pas encore mis en place sa formation :

- **en Loire-Atlantique** la formation du CTS 44 a choisi d'orienter ses travaux sur les moments de fragilité ou de rupture dans les parcours de soins et les dispositifs de coordination pour les personnes âgées, en situation de handicap, migrantes, atteintes de cancer, de la maladie d'Alzheimer... Son objectif est de relayer la parole des usagers auprès des autres instances du territoire et de faire des propositions concrètes d'ici la fin de son mandat.

- **en Maine-et-Loire** c'est le sujet de la place de l'utilisateur au sein des maisons de santé pluri disciplinaires qui sera traité en 2019.

- **en Sarthe** : les travaux s'orientent vers l'expression des personnes âgées à domicile avec ou sans handicap.

- **en Mayenne** la formation d'expression des usagers souhaite travailler sur 4 sujets :

- les droits des usagers prévus par la loi : retravailler les processus de saisine des comités des usagers et CVS ; repérer et valoriser les expériences intéressantes, rendre audible la parole des usagers, analyser les compte-rendus des CVS, revisiter les livrets d'accueil des établissements de santé ;
- la lisibilité des dispositifs de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ;
- rendre les usagers autonomes : rendre accessible aux usagers les dispositifs existants, travailler l'aide aux aidants
- promouvoir une structure inter-CVS.

Commentaire de la commission spécialisée droits des usagers

La participation des représentants des usagers à la CRSA et dans les Conférences Territoriales de Santé reste satisfaisante malgré une baisse dans certaines instances qui peut s'expliquer par la longueur du processus de renouvellement des personnes ayant choisi de démissionner.

Quatre des cinq Conférences Territoriales de Santé ont mis en place les formations d'expression des usagers avec un programme de travail déterminé. L'articulation de leurs travaux avec la CSDU est à organiser.

V. SYNTHÈSE

Ce douzième rapport annuel relatif aux droits des usagers du système de santé de la CRSA est dans la continuité des précédents. Il se veut conforme au décret du 31 mars 2010 conférant aux CRSA « l'évaluation annuelle 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 » et il respecte le cahier des charges de l'arrêté ministériel du 5 avril 2012.

Ce cadre réglementaire, s'il apparaît très contraignant, a l'avantage de permettre une continuité dans le suivi des indicateurs et de maintenir une attention autour du respect et de la promotion des droits des usagers. Ce cadre, relativement strict, aurait besoin d'être revu et réactualisé afin de prendre en compte les évolutions intervenues dans notre système de santé. La Conférence Nationale de Santé travaille sur ce sujet depuis plusieurs mois, et il est souhaitable que pour le prochain rapport nous ayons des orientations bien définies.

L'analyse des données et éléments reçus par la Commission spécialisée droits des usagers fait ressortir plusieurs actions intégrant la prise en compte de la parole des usagers et de leurs droits. Certaines actions ont été mises en œuvre récemment, leur efficacité n'a pas encore été concrètement perçue par les usagers :

- pour remédier aux inégalités d'accès à un médecin dans la région de nombreux dispositifs sont mis en place : nouveaux zonages avec aide financière à l'installation, établissement du cahier des charges régional des communautés professionnelles territoriales de santé, soutien au développement des maisons pluriprofessionnelles de santé, augmentation du nombre des contrats locaux de santé, développement de projets locaux expérimentaux.
- La prise en compte de la bientraitance s'est améliorée dans les établissements de santé et médico-sociaux et se traduit notamment par une plus grande sensibilisation et formation des professionnels. Néanmoins le nombre de doléances des usagers concernant cette thématique est toujours aussi important.
- La fusion des 5 structures départementales de dépistage du cancer s'est faite en 2018 pour répondre aux enjeux posés par le plan cancer 2014-2019 et au fait que dans notre région le nombre de dépistages est en diminution constante.
- Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés, notamment en ULIS, ne cesse de progresser, mais le manque de places en établissement médico-social est préoccupant pour les familles.
- Les commissions des usagers des établissements de santé ont désormais un fonctionnement bien ancré au sein des établissements mais il reste à leur donner plus de visibilité auprès des patients.

Des points de vigilance sur plusieurs sujets sont à mettre en avant :

- la prise en compte de la parole des résidents et de leurs familles dans le secteur médico-social (notamment dans les EHPAD) est à améliorer.
- L'accessibilité financière aux soins est un sujet qui revient régulièrement dans le questionnement des usagers. Le manque de données ne permet ni de mettre en avant les points positifs qui semblent être présents en Pays de la Loire ni de cibler les points d'amélioration possibles.
- L'accès aux soins non programmés est à améliorer notamment en rendant l'accès à un médecin traitant possible pour tous, en assurant une meilleure visibilité de l'organisation de la permanence des soins, et en améliorant les conditions de prise en charge des soins aux urgences.
- Dans un contexte économique difficile l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes en situation de précarité se pose de façon cruciale comme d'ailleurs pour certaines catégories de patients spécifiques (personnes en situation de handicap, détenu.es...).

16.1 Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

16.1.1 Le processus d'évaluation du respect des droits des usagers

A. Le traitement des plaintes et réclamations

a) Ambulatoire

Les processus de traitement des plaintes et réclamations dans les ordres professionnels fonctionnent conformément à la réglementation. Des efforts d'informations ont été faits ces dernières années mais ces processus apparaissent toujours aussi compliqués aux usagers concernés.

La CSDU note depuis plusieurs années une augmentation continue des réclamations et plaintes des usagers auprès des différents ordres professionnels, avec des motifs similaires : prise en charge médicale, comportement des professionnels, accès aux soins....

L'Agence Régionale de Santé a reçu 75 plaintes concernant le secteur ambulatoire, elles portaient principalement sur l'attitude du professionnel de santé et des problèmes d'organisation ou de fonctionnement.

b) Sanitaire

Le nombre de plaintes et réclamations reçues par les établissements de santé est stable sur les deux dernières années : 4352 plaintes en 2017, 4296 plaintes en 2016.

La majorité des réclamations porte sur la prise en charge des aspects médicaux (30%) puis sur la vie quotidienne et l'environnement de l'hospitalisation (22%).

L'Agence Régionale de Santé a également reçu directement 170 réclamations qui pointaient notamment la prise en charge et le manque de personnel soignant et non soignant.

En 2017, les établissements de santé ont proposé 521 médiations dont 186 ont été mises en œuvre. Si depuis 2011 on note une progression du nombre de propositions de médiations, le nombre de médiations mises en œuvre n'augmente pas proportionnellement et les représentants des usagers ne sont sollicités que dans 15% des médiations pour accompagner les patients.

Les établissements mesurent de plus en plus la satisfaction des usagers : 99 % des établissements ont utilisé un questionnaire de sortie en 2017 et 80% des établissements réalisent des enquêtes et transmettent les résultats à leur Commission des Usagers (CDU).

Les patients sont également prompts à donner leur avis : le taux de patients répondant au questionnaire e-satis a doublé et est de 25,8%. En Pays de la Loire la satisfaction des usagers recueillie par l'application e-Satis obtient un score légèrement supérieur à la moyenne nationale (74,7% de satisfaction en Pays de la Loire contre 73,2% au national) mais le score en médecine-chirurgie- obstétrique est en légère baisse. Les résultats régionaux par thématiques appellent clairement l'attention des établissements sur la qualité de la restauration et les conditions de sortie (moins de 65% de satisfaction).

Enfin les écarts de satisfaction d'un établissement à l'autre sont très importants : ainsi à la question "Recommanderiez-vous cet établissement ?" les pourcentages de réponse positive vont de 44% pour l'établissement le moins recommandé à 83% pour l'établissement le plus recommandé.

c) Médico-social

L'ARS est de plus en plus sollicitée directement par les patients et usagers : en 2017 elle a reçu 215 plaintes concernant les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Avec cette année des réclamations fortes concernant le manque de places en établissements pour enfants en situation de handicap. Les réclamations concernant les établissements pour personnes âgées mettent en avant de façon très globale, et ce depuis de nombreuses années, le fonctionnement et la qualité des établissements.

Comme les années précédentes, le recours à la personne qualifiée sur la région reste très peu utilisé (8 interventions en 2017). Certaines évolutions pour faire évoluer le dispositif portées par les délégations territoriales des ARS méritent d'être soutenues afin de réfléchir plus globalement à la résolution de situations de blocages entre établissements et usagers et résidents.

B. La Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

Le nombre de nouveaux dossiers enregistrés par la CCI est en augmentation constante : 207 nouveaux dossiers en 2017, contre 187 en 2016 et 164 en 2015. La CCI a traité 255 dossiers en 2017 et le nombre d'avis positifs rendus reste inférieur à 50 % : il est de 39% en 2017.

C. La Commission régionale de l'activité libérale (CRAL)

La CRAL est désormais en place et s'est réunie pour la première fois en septembre 2018 : en Pays de la Loire 222 contrats d'activité libérale en établissement public de santé sont signés, 29 spécialités sont représentées et 17 établissements sont concernés. La CSDU rappelle la nécessité d'informer les patients sur:

- les plages horaires des professionnels dédiées à cette activité,
- les modalités de prise en charge lorsque le professionnel consulte en libéral au sein de l'établissement, et en particulier la tarification pratiquée.

16.1.2 Le fonctionnement des instances de représentation des usagers

a) Les commissions des usagers (CDU)

La CSDU note la progression de la représentation des usagers et l'amélioration continue du fonctionnement des CDU désormais bien intégrées au fonctionnement des établissements de santé :

- 92 % des sièges en qualité de titulaire de représentants des usagers (RU) sont occupés,
- le taux de participation des représentants des usagers est supérieur à 70%,
- 71% des CDU des établissements se réunissent au moins 4 fois par an,
- les CDU ont accès à la liste des événements indésirables graves liés aux soins (EIG).

Cependant il faut relever également :

- une baisse du nombre de rapports des CDU transmis aux autres instances de l'établissement : 78% des CDU en 2017, contre 84 % en 2016.
- un écart entre ce que les établissements mettent en place pour faire connaître les RU et la perception de leur notoriété par ces derniers : si 94% des établissements déclarent qu'il est possible pour les usagers de contacter un membre de la CDU, 76% des représentants des usagers pensent qu'ils ne sont pas facilement identifiés par les usagers de l'établissement.

b) Les Conseils de la vie sociale (CVS)

Il y a besoin d'un investissement de la part des directions d'établissements et des institutions pour assurer le fonctionnement effectif des CVS, notamment afin d'assurer une réelle implication des résidents.

Dans les établissements de santé adossés à un établissement médico-social il existe également une marge de progrès importante pour faire participer les représentants des usagers des CDU à la vie du CVS.

L'expérimentation proposée par la CSDU qui avait pour objectif d'impliquer les représentants d'associations agréées du système de santé dans un CVS de Maine-et-Loire ayant échoué, la CSDU suivra avec intérêt la proposition de certains Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), avec l'appui de l'URIOPPS, de permettre à des membres des CDCA de siéger dans les CVS.

16.1.3 Droit au respect et à la dignité de la personne

a) Le droit au respect et à la dignité de la personne dans les établissements de santé

92 % des établissements de santé mettent en place des actions de promotion de la bientraitance à destination du grand public, des patients ou du personnel. En 2017 66% ont proposé à leur personnel des formations et des séances de sensibilisation. Ces données traduisent une meilleure prise en compte de cette thématique par les personnels des établissements de santé et leur direction.

b) Promotion de la bientraitance et qualité de l'accompagnement dans les établissements médico-sociaux

La disponibilité des données relatives à la qualité de l'accompagnement augmente chaque année : les outils que constituent les projets de vie personnalisés, les protocoles de gestion des situations de maltraitance et les protocoles de gestion des événements indésirables graves sont intégrés au fonctionnement de la plupart des équipes des établissements. Il reste cependant des progrès à faire et il convient de s'interroger sur la prise en compte et la mise en oeuvre des projets personnalisés au quotidien. Ainsi 66% des établissements pour adultes ont des projets de vie pour leurs résidents mais seulement 43% les révisent aux âges clefs de la vie (18-25 ans /35-45 ans).

c) Le droit au respect et à la dignité de la personne en fin de vie

Les établissements progressent dans les domaines de la procédure de gestion des soins de fin de vie, de désignation d'une personne de confiance, d'information sur les directives anticipées :

- 98 % des établissements attestent de l'existence d'une procédure de désignation de la personne de confiance au sein de leur service,
- 81 % des établissements ligériens déclarent avoir mis en place une procédure de gestion des soins de fin de vie (68 % en 2016),
- 87% (contre 83% en 2016) des établissements ont mis en place une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées.

16.1.4 Droit à l'information

La demande de dossiers médicaux est forte et continue depuis 2012 : 7366 demandes en 2012 et 10 607 demandes en 2017.

Dans les établissements de santé les procédures d'accès au dossier sont globalement respectées avec néanmoins quelques difficultés pour respecter les délais de transmission.

La remise de la lettre de liaison le jour de sa sortie d'hospitalisation au patient devrait être une priorité des établissements afin d'assurer l'information de celui-ci et de permettre la continuité des soins. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la Haute Autorité de Santé indiquent que 94% des établissements doivent rapidement mettre en œuvre des actions d'amélioration sur ce point.

Concernant le dossier médical partagé l'enjeu doit non seulement être l'ouverture de ce dossier par les usagers (180 000 ouverts début 2018) mais également et surtout l'enregistrement en continu dans les dossiers des soins et traitement reçus afin qu'usagers et professionnels puissent disposer d'informations nécessaires en vue de meilleurs diagnostics et d'une prise en charge coordonnée.

16.1.5 Assurer la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ou adapté

Toutes les Maisons Départementales de l'Autonomie ont connu une augmentation continue des demandes de place en Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) ces dernières années (de 5% à 15% entre 2016 et 2017, excepté en Vendée). Cette augmentation s'explique par le souhait des parents et des pouvoirs publics de promouvoir l'inclusion des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire . Mais la scolarisation en milieu ordinaire se heurte à une mauvaise représentation du handicap à l'école, une difficulté

d'accès à l'accueil périscolaire, aux sorties scolaires, aux transports et à un manque d'offre quantitative et qualitative (en Mayenne 6% des élèves sont attende d'affectation en ULIS).

D'autre part cette hausse continue des demandes d'ULIS s'explique aussi par le fait qu'un nombre important d'enfants est maintenu en ULIS faute de place en établissement spécialisé.

Enfin les demandes d'accompagnement de vie scolaire sont en augmentation constante également (+20% en Maine-et-Loire, Vendée, Sarthe). Cette hausse reflète aussi la non intégration des enfants dans un établissement ou un service pour lequel la CDAPH avait validé l'orientation ; cet état de fait les contraint à intégrer un établissement scolaire dit « ordinaire » avec l'étayage d'une AVS.

16.1.6 Santé mentale : les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)

Le nombre d'admissions sans consentement est reparti à la hausse de manière assez significative puisque l'on atteint pratiquement le nombre d'admissions de 2013, soit 3705 admissions en 2017.

Cette tendance masque néanmoins des différences notables si l'on considère les évolutions de chaque type d'admission sur la période 2011 – 2017 : les précédents rapports avaient déjà souligné une étroite corrélation entre la baisse des admissions à la demande d'un tiers et la hausse des admissions pour péril imminent.

La synthèse régionale des rapports des CDSP met également en avant les éléments suivants :

- Une réflexion éthique et une réelle préoccupation du mieux-être des patients sont ressenties concernant les chambres de soins intensifs (CSI) mais la mise en place du registre de suivi des CSI au sein de chaque établissement est plus contrastée.
- L'hospitalisation des mineurs en service adulte est particulièrement critique en Loire-Atlantique et perdure depuis des années. Une extrême attention doit être portée à ces situations dans la mesure où elles contreviennent aux besoins spécifiques de jeunes en grande souffrance rendant le sens du soin problématique.
- 688 dossiers présentant une particularité ont été examinés en 2017 par les CDSP à l'occasion des visites d'établissements. Ce chiffre est très nettement en baisse par rapport aux trois années précédentes.
- Des patients, au nombre de 57 ont été reçus, à leur demande, par les Commissions en entretiens individuels. Ce nombre est en baisse pour la seconde année consécutive.

16.2 RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

16.2.1 Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux

a) L'accessibilité financière

L'accessibilité financière aux soins est un sujet qui revient régulièrement dans le questionnaire des usagers : 37% des ligériens déclarent avoir renoncé à certains soins parce que le remboursement en était trop limité, ce chiffre atteint 51% pour les personnes en situation de perte d'autonomie qui ont souvent des difficultés à l'achat de dispositifs de réduction de leur handicap (mobilité, vision, audition...). (Source : *Evaluation du PRS I*). Dans les Pays de la Loire le nombre de médecins en secteur 2 progresse dans certaines spécialités (anesthésistes, ORL...) et on note une augmentation forte et continue des actes chirurgicaux avec dépassements d'honoraires pour certaines spécialités.

Les dépassements d'honoraires des médecins ne sont pas l'unique cause de l'augmentation des restes à charge, mais ils en sont la vision la plus ressentie des usagers et la tendance est bien à la croissance des restes à charge pour le patient qu'il convient de mieux informer sur les fonctionnements des prises en charge par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.

b) La démographie médicale

Le nombre de médecins dans la région et leur répartition sur le territoire régional inquiète usagers et professionnels. De nombreuses actions sont désormais en place :

- un nouveau zonage pour les médecins, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes accompagné de mesures d'accompagnement est en place,
- 75 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont en cours de projet ou en activité,
- le cahier des charges des Communautés Professionnelles de Santé a été publié en 2018,
- des initiatives locales émergent comme le service médical de proximité à Laval.

Tous ces dispositifs devront être évalués.

c) Les permanences d'accès aux soins

La file active est stable sur la région (5583 en 2017 contre 5490 en 2016) mais avec des différences selon les départements et entre les villes. Une baisse de la file active à Nantes qui s'explique par le fait que les consultations médico-sociales sont désormais uniquement sur rendez-vous. A Saint Nazaire la PASS a vu ses consultations médicales fortement augmenter en 2016 avec l'arrivée massive des réfugiés, pour se réduire en 2017. A Cholet et Mayenne l'activité a augmenté en 2017 suite à la mise en place de dispositifs à destination des demandeurs d'asile. En Sarthe à La Ferté Bernard le public est constitué de personnes vieillissantes, avec des troubles cognitifs présentant de grosses difficultés de maintien à domicile.

Les problématiques suivantes ont notamment été relevées dans la synthèse régionale des PASS : le contexte migratoire pèse pour certaines PASS et a conduit à des réorganisations internes ; la démographie médicale pèse avec l'absence de relais par la médecine de ville (des difficultés à réorienter les patients existent plus particulièrement pour les PASS de Mayenne, Nantes et la Roche/Yon) ; une méconnaissance du dispositif PASS existe encore et une redynamisation est nécessaire en matière de communication intra et extra hospitalier et de signalétique.

d) La permanences des soins ambulatoires (PDSA)

Un nouveau cahier des charges régional de la PDSA a été mis en place en 2017 et un comité de pilotage fait le bilan régulièrement. Il ressort du bilan 2017 qu'il reste des difficultés et des carences de médecins sur un certain nombre de secteurs, ces difficultés sont liés à la démographie médicale (en Sarthe en particulier) et au manque de volontaires (en Loire-Atlantique notamment).

e) Le recours aux services des urgences

Le recours aux services des urgences a augmenté de manière assez continue dans la région au cours des 12 dernières années, au rythme annuel moyen de 3,5% (de 591 000 passages en 2004 à 921 000 en 2017).

Le taux de recours aux services des urgences de la région reste inférieur à la moyenne nationale : respectivement 244 et 321 passages pour 1000 habitants en 2017. 27% des passages se concluent par une hospitalisation et 14% des patients font l'objet d'un examen simple sans acte complémentaire.

La CRSA a confié à l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire (ORS) la réalisation d'une étude sur la perception qu'ont les équipes des services d'urgences régionaux de l'augmentation du recours de la population à ces services. Il en ressort notamment que ces services sont de plus en plus en tension, ce qui ne contribue pas à améliorer les conditions de séjour et de soins des patients concernés.

f) Le recours aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité

Les personnes en situation de précarité éprouvent des difficultés à faire valoir leurs droits par méconnaissance du système de santé, complexité administrative, éloignement, barrière de la langue, et se retrouvent trop souvent dans des situations de non recours ou de recours tardif aux soins.

Une seule plainte en ambulatoire concernait le refus d'accès aux soins d'une personne en CMU, et l'Assurance Maladie ne fournit aucune information sur ce point. Cependant les associations de patients et de représentants d'usagers font remonter de nombreuses difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Si elles se font connaître auprès des associations ces personnes n'entament cependant pas de procédure de réclamations ou de plaintes ce qui rend cette problématique non-visible.

Sur le secteur de Laval le projet de service médical de proximité a pointé que la part des patients du centre bénéficiant de la CMUC et n'ayant pas accès à un médecin traitant représente 31,5% des patients alors que dans l'agglomération lavalloise ces personnes ne représentent que 8,8 % de la population.

De plus la prise de rendez-vous devient également de plus en plus complexe pour les personnes précaires victimes de la fracture numérique puisqu'elle se fait désormais souvent par internet, excluant ainsi les personnes non connectées ; il en est de même pour le dossier médical partagé qui nécessite d'avoir numéro de téléphone et adresse électronique pour être créé.

16.2.2 Assurer l'accès aux structures de prévention

En 2016-2017 le taux de dépistage du cancer du sein dans les Pays de la Loire est de 59,7% (contre 59,4% en 2016) et en recul continu depuis 2012.

Concernant le dépistage du cancer colorectal la région des Pays de la Loire est toujours en tête des régions avec un taux de 41% avec des différences entre les départements : 38,4% en Sarthe à 44,7% en Maine et Loire.

L'information aux usagers reste donc primordiale, notamment pour répondre à leurs interrogations suite aux controverses concernant la mammographie de dépistage du cancer du sein, le surdiagnostic et le surtraitement.

Les polémiques concernant les vaccins sont également nombreuses, l'implication des usagers et des associations sera donc essentielle pour mener avec succès l'extension de l'obligation vaccinale.

Le dépistage du VIH par sérologie est en légère augmentation : 239 510 sérologies réalisées en 2017, soit 64 pour 1000 habitants (contre 61 pour 1000 en 2016). Pour autant, les Pays de la Loire demeurent une des régions au plus faible nombre de sérologies réalisées. Il en est de même concernant les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique : leur nombre est en augmentation mais le travail de ciblage nécessite d'être davantage soutenu, renforcé et coordonné.

16.2.3 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

Au 31 janvier 2019 23 contrats locaux de santé sont signés dans les Pays de la Loire.

b) La lutte contre les logements insalubres et l'habitat indigne

La coordination des différents services de l'État et l'accompagnement des acteurs locaux a permis de mettre en place un dispositif volontariste et efficient. Le nombre de logements ayant donné lieu à une procédure au titre du code de la santé publique est en forte hausse : 172 logements déclarés insalubres en 2017 contre 120 en 2016. Le département de Loire-Atlantique, et particulièrement la métropole nantaise, contribuent pour 69% à cette augmentation.

L'Insee a étudié le risque de bâti dégradé par des indicateurs de surpeuplement et de performance énergétique : 62 400 ménages seraient en situation de surpeuplement, 145 700 ménages vivent dans un logement probablement énergivore, 29 100 ménages vivent dans un logement présentant un risque de bâti dégradé.

16.3 CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

16.3.1 La formation des représentants des usagers

Depuis la parution de la loi de modernisation du système de santé, le code de la santé publique prévoit que les représentants des usagers siégeant dans les instances hospitalières ou de santé publique suivent une formation de base délivrée par les associations agréées

habilitées par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Elle est obligatoire pour les représentants d'usagers nouvellement nommés depuis le 1^{er} juillet 2016 et dure deux jours.

En 2017, sur 77 représentants des usagers concernés par la formation de base, 58 représentants des usagers ont suivi la formation proposée par le CISS Pays de la Loire ou la FNATH.

Le CISS Pays de la Loire a également poursuivi ses formations : 189 représentants des usagers ont été formés sur différents sujets concernant le droit des usagers.

Les formations des membres des conseils de la vie sociale dans le secteur des personnes âgées sont organisées et menées par l'URIOPPS : 83 participants ont été formés en 2017 dans tous les départements sauf en Mayenne.

4 rencontres inter CVS ont été organisées en 2017 pour 19 participants dans les départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Les formations CVS dans le secteur personnes handicapées sont organisées par le CREAL : une rencontre inter-cvs a été organisée en novembre 2017 sur le territoire de la Mayenne : 11 représentants étaient présents.

16.3.2 La participation des représentants des usagers à la CRSA et dans les conférences de territoire

La participation des représentants des usagers à la CRSA et dans les Conférences Territoriales de Santé reste satisfaisante. Le taux de participation des représentants des usagers dans les réunions et commissions de la CRSA est de 75% ; le taux de participation dans les Conférences territoriales de santé est de 55%. La participation est cependant en légère baisse et cela peut s'expliquer par la longueur du processus de renouvellement des personnes ayant choisi de démissionner.

Quatre des cinq Conférences Territoriales de Santé ont mis en place les formations d'expression des usagers avec un programme de travail déterminé. L'articulation de leurs travaux avec la CSDU est à organiser.

VI. Recommandations

Recommandation 1 Les Commissions des Usagers des établissements de santé

L'enjeu pour l'année 2018 est celui du renouvellement des membres des CDU.

Il conviendra :

- d'assurer une présence des représentants des usagers au moins équivalente à celle d'aujourd'hui,
- d'être vigilant quant au respect de l'obligation de formation initiale des représentants des usagers.

Recommandation 2 Le document de sortie et de fin d'hospitalisation

Les dispositions concernant l'établissement de la lettre de liaison nécessitent le suivi de leur mise en œuvre par l'ARS. Les résultats de chaque établissement devraient être insérés dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Recommandation 3 Les indicateurs de qualité

Les indicateurs de qualité des établissements de santé sont peu connus du grand public. A l'instar de la communication faite par la Haute Autorité de Santé lors de la publication des résultats annuels, l'ARS pourrait réaliser une communication adaptée.

Recommandation 4 Les conseils de la vie sociale (CVS)

“Renforcer la prise en compte de la parole de l’usager, ses attentes et ses besoins” est un des objectifs du Projet Régional de Santé. Les Conseils de la Vie sociale doivent répondre à cette exigence or certains CVS, en particulier dans les EHPAD, ont des difficultés de fonctionnement. Pour progresser il conviendrait :

- de mettre en place des rencontres territoriales qui seraient à la fois des temps de formation, d’information et d’échanges,
- de susciter la participation de membres d’associations d’usagers ou des Comités Départementaux de la Citoyenneté et de l’Autonomie (CDCA) dans les CVS.

Recommandation 5 Bienveillance

Il serait utile de connaître ce que les résident.e.s des établissements médico-sociaux et leurs proches entendent par bienveillance, comment ils/elles la définissent ; ce travail permettrait de décliner des items spécifiques évaluables.

Cette même approche pourrait être également déclinée pour les personnes bénéficiant de soins et services à domicile. Cette recommandation est en phase avec l’objectif opérationnel du PRS2 « Faire de la qualité un enjeu partagé entre acteurs et usagers » et en particulier « Faire des usagers un réel partenaire de la qualité de sa prise en charge et de son accompagnement. »

Ce thème de la qualité sera celui de la prochaine journée des représentants des usagers organisée conjointement par l’ARS et la CRSA.

Recommandation 6 Santé mentale

Les Commissions Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP) font part dans leur rapport annuel d’un certain nombre de constats qui mériteraient d’être examinés par l’ARS.

En particulier, une vigilance particulière est nécessaire concernant la mise en œuvre et l’utilisation des pratiques d’isolement et de contention (CSI) pour les préadolescents et adolescents et pour la mise en place effective du registre permettant de répertorier ces séjours en CSI.

Recommandation 7 L’implication des usagers dans les projets des Communautés professionnelles des territoires de santé

L’élaboration du projet de santé est une phase importante dans la constitution des Communautés professionnelles des territoires de santé (CPTS). Le cahier des charges régional prévoit la participation des usagers dans la phase diagnostic. Cette présence des usagers et de leurs représentants devrait être effective aussi bien dans la phase diagnostic que dans l’élaboration et le suivi du projet de santé des CPTS.

Recommandation 8 L’accès aux soins pour tous

Les données sur l’accessibilité financière aux soins ne sont toujours pas mises à la disposition des instances de démocratie sanitaire, que cela soit par l’ARS ou l’Assurance Maladie, en particulier les informations concernant l’évolution des dépassements d’honoraires, l’Optam, les refus de soins...

Une étude de la CRSA sur les freins à l’accessibilité aux soins (accessibilité financière, accessibilité à l’information et compréhension de l’information) serait à initier.

Recommandation 9 La scolarisation des enfants en situation de handicap

Associer l’Education Nationale à l’élaboration des contrats d’objectifs et de moyens des établissements médico-sociaux , à l’aide d’une convention annexe de collaboration, afin de définir à chaque fois un plan d’action local de contribution partagée pour atteindre l’objectif de 50% d’externalisation des classes d’IME.

VII. SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT RELATIF AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS 2017

Recommandations	Suivi au 28.02.2019
<p>La formation des professionnels de santé sur les droits des usagers</p> <p>Un volet sur les droits des usagers, porté par des représentants des usagers, pourrait être inséré dans le module de formation des professionnels « L'utilisateur, un acteur à part entière de sa santé » prévu dans le PRS2.</p>	<p>Cette action est prévue dans le projet régional de santé 2018-2022 mais n'a pas encore été mise en œuvre.</p>
<p>Les Commissions des Usagers des Etablissements de Santé</p> <p>Une enquête auprès des représentants des usagers permettrait de dresser un bilan de la mise en place des commissions des usagers et de la mise en œuvre de leurs nouvelles missions.</p> <p>L'ARS devrait appuyer une démarche pour mieux faire connaître les représentants des usagers, leurs missions, et notamment le dispositif de la médiation.</p> <p>L'enquête auprès des représentants des usagers a été réalisée avec un taux de réponse satisfaisant (60%) Les résultats figurent en annexe 1</p>	<p>Pour mieux faire connaître les représentants des usagers dans les CDU, une action « Silhouette » menée par France Assos Santé Pays de La Loire est mise en œuvre en 2019 avec un financement de la démocratie sanitaire.</p>
<p>Les indicateurs de qualité</p> <p>La connaissance, à la fois par les représentants des usagers et le grand public, de l'outil Scope Santé, permettrait de répondre aux exigences de transparence demandée par les usagers.</p>	<p>La journée des représentants des usagers programmée le 25 juin 2019 sur le thème de la qualité du système de santé permettra d'aborder ce sujet.</p> <p>L'outil « Scope Santé » a été présenté dans la Newsletter à destination des représentants des usagers de l'ARS.</p>
<p>Bienveillance</p> <p>Il serait utile de connaître ce que les résident-e-s des établissements médico-sociaux et leurs proches entendent par bienveillance, comment ils/elles la définissent ; cette analyse permettrait de décliner des items spécifiques évaluables.</p> <p>Cette recommandation est en phase avec l'objectif opérationnel du PRS2 « Faire de la qualité un enjeu partagé entre acteurs et usagers » et en particulier « Faire des usagers un réel partenaire de la qualité de sa prise en charge et de son accompagnement. »</p> <p>Ce thème de la qualité pourrait être celui de la prochaine</p>	<p>Ce thème sera abordé lors de la journée des représentants des usagers du 25 juin 2019. Des contacts ont été pris avec l'association Qualirel pour étudier la possibilité de mieux connaître, à travers une enquête, l'attente des résident-e-s des EHPAD et de leur famille.</p>

<p>journée des représentants des usagers organisée conjointement par l'ARS et la CRSA.</p>	
<p>Documents de sortie et de fin d'hospitalisation</p> <p>Les dispositions concernant l'établissement d'un document de sortie à la fin d'une hospitalisation nécessitent un suivi dans leur mise en œuvre par l'ARS.</p> <p>Les résultats de chaque établissement devraient être insérés dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.</p>	<p>Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.</p>
<p>Santé mentale</p> <p>Une vigilance particulière est nécessaire concernant la mise en œuvre et l'utilisation des pratiques d'isolement et de contention (CSI) notamment pour la mise en place effective du registre permettant de répertorier les séjours en CSI et son utilisation pour des jeunes entre 12 et 14 ans dans les services de psychiatrie.</p>	<p>La Synthèse des rapports des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques de la région montre que si des progrès ont été enregistrés, il reste encore à faire.</p>
<p>L'accès aux soins pour tous</p> <p>Les données sur l'accessibilité financière aux soins ne sont toujours pas mises à la disposition des instances de démocratie sanitaire, que cela soit par l'ARS ou l'Assurance Maladie, en particulier les informations concernant l'évolution des dépassements d'honoraires, l'Optam, les refus de soins...</p> <p>L'information des usagers sur les conditions de remboursement des honoraires des professionnels de santé est à renforcer.</p> <p>Une étude de la CRSA sur les freins à l'accessibilité financière aux soins intégrant un volet connaissance et compréhension de l'information serait à initier.</p>	<p>Une présentation par le Directeur Régional de la gestion du risque de la CPAM Pays de La Loire est envisagée en juin 2019. Il est souhaitable que cette intervention permette plus de transparence sur ce sujet.</p>
<p>Les Conseils de la vie sociale</p> <p>La mise en place de l'expérimentation de la désignation d'un représentant des usagers issu d'une association agréée au sein des CVS des EHPAD volontaires du Maine-et-Loire doit être poursuivie en Maine-et-Loire et si possible étendue à d'autres départements.</p>	<p>Cette expérimentation n'a pas abouti.</p>
<p>L'expression des usagers dans les Conseils Territoriaux de Santé (CTS)</p> <p>Dans chaque CTS une formation d'expression des usagers est en cours de mise en place, il conviendrait d'articuler leur travail avec la CSDU, notamment pour le rapport annuel relatif aux droits des usagers.</p>	<p>Dans les CTS de la région, 4 formations d'expression des usagers ont été désignées. Compte tenu de cette mise en place récente, la collaboration souhaitée entre ces formations et la CSDU pour la rédaction de ce rapport n'a pu être réalisée.</p>

ANNEXES

- Annexe 1** Synthèse de l'enquête du bilan de l'enquête auprès des représentants des usagers relative au fonctionnement de la commission des usagers
- Annexe 2** Synthèse des rapports annuels des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques

BILAN DE L'ENQUETE AUPRES DES REPRESENTANTS DES USAGERS RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DES USAGERS

L'enquête réalisée au mois de novembre 2018 auprès des représentants des usagers porte sur le fonctionnement de la commission des usagers des établissements de santé de la région Pays de la Loire de l'année 2017.

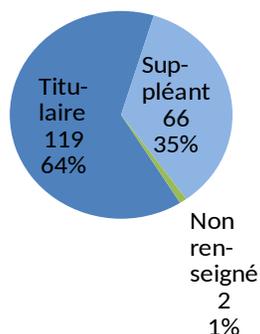
1 - Retour d'information suite à l'enquête auprès des représentants des usagers

Au 31 décembre 2017, 424 sièges de représentants des usagers sont pourvus sur 468 sièges à pourvoir.

L'enquête a été adressée à 328 représentants des usagers ayant au moins 1 mandat sur la région Pays de la Loire par mail et par courrier pour les représentants des usagers n'ayant pas d'adresse mail.

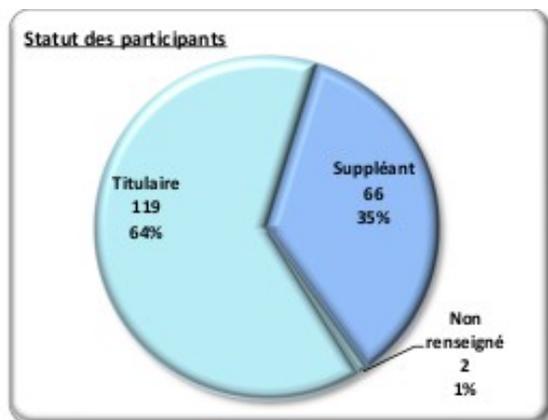
187 questionnaires ont été réceptionnés dont 8 questionnaires en format papier, soit un taux de participation de 44 % contre 33 % en 2015.

Statut des participants

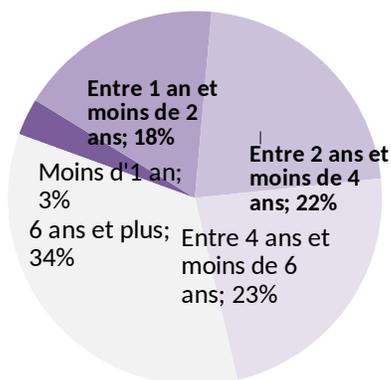


2 – La représentation en qualité de RU

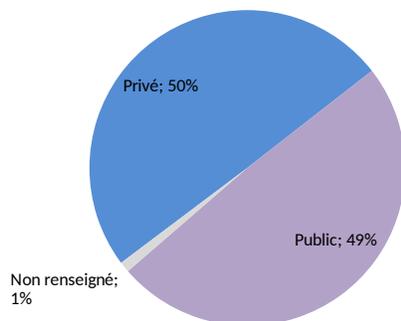
L'enquête réalisée au mois de novembre 2018 auprès des représentants des usagers porte sur le fonctionnement de la commission des usagers des établissements de santé de la région Pays de la Loire de l'année 2017.



Ancienneté du mandat

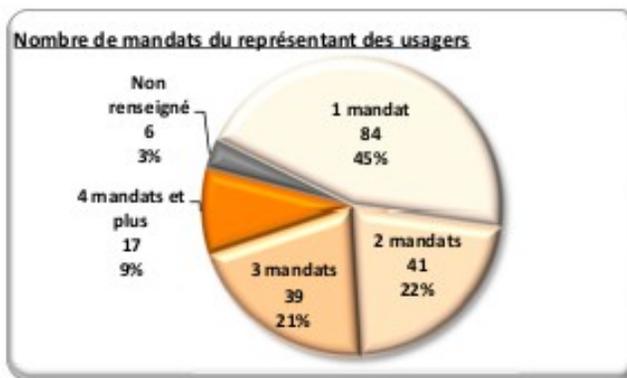


Statut de l'établissement



Les participants sont principalement des titulaires siégeant en établissement public ou privé et ayant une ancienneté de plusieurs mandats.

17 représentants des usagers précisent siéger dans 4 CDU et plus mais, majoritairement, les représentants ont 1 mandat.

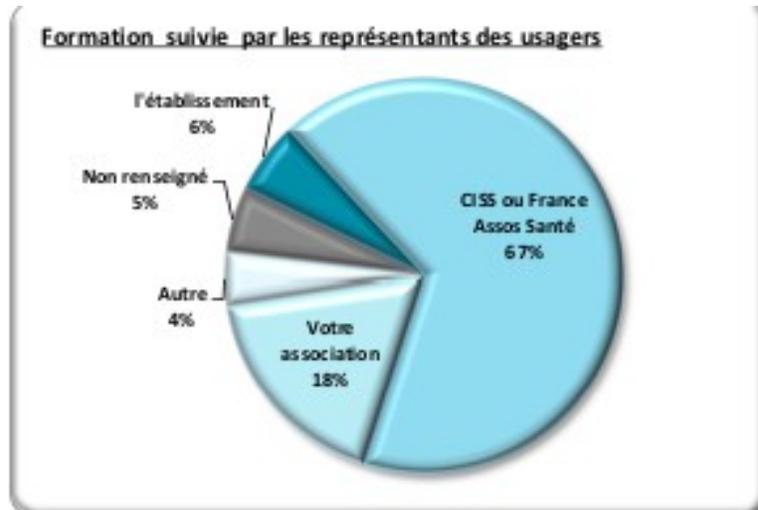


63 % des représentants des usagers déclarent être connus par les personnes assurant le standard ou l'accueil et seulement 46 % des répondants pensent qu'ils sont identifiés facilement par les professionnels de l'établissement.

Si 59 % des représentants des usagers de la CDU vont à la rencontre des usagers de l'établissement (via salle d'attente, maison des usagers...), 76 % des représentants pensent ne pas être facilement identifiés par les usagers (famille, proche, patient).

3 – Formation des membres de la CDU

90 % des représentants des usagers indiquent avoir suivi une formation dans le cadre de leur représentation, majoritairement proposée par le CISS ou France Assos santé (67 %), par leur association (18 %) ou par l'établissement (6 %). 29 représentants ont suivi leur dernière formation en 2018, 63 en 2017, 37 en 2016.



Pour les accompagner dans leurs missions de représentant des usagers, ils souhaiteraient des formations :

- sur des sujets tels que :

- les plaintes et les réclamations, la médiation, l'accompagnement en fin de vie ;
- Le rôle de représentant des usagers, être président ou vice-président CDU ;
- La qualité et la sécurité des soins ;
- L'éthique ;
- Le rôle du représentant en secteur hospitalier psychiatrie.

- sur des notions réglementaires et juridiques autour des droits des patients ;

- sur le fonctionnement des établissements ;

- sur des rencontres axées sur l'échange des pratiques, le partage d'expériences et de connaissances

4 - Fonctionnement de la commission des usagers

Visite de l'établissement

165 représentants ont eu l'occasion de visiter l'établissement dans lequel ils siègent.

Composition

Parmi, les répondants :

13 représentants des usagers assurent la fonction de président de la commission des usagers ;

27 représentants des usagers assurent la fonction de vice-président de la commission des usagers.

Les réunions

79 % des représentants affirment qu'un calendrier prévisionnel des réunions est mis en place.

Les représentants sont satisfaits du déroulement des réunions.

93 % des représentants des usagers déclarent que l'établissement invite les représentants des usagers suppléant à participer aux réunions de la commission des usagers en présence de leur titulaire.

71 % des représentants des usagers affirment que les établissements ont réalisé au moins 4 réunions en 2017 (64 % en 2015).

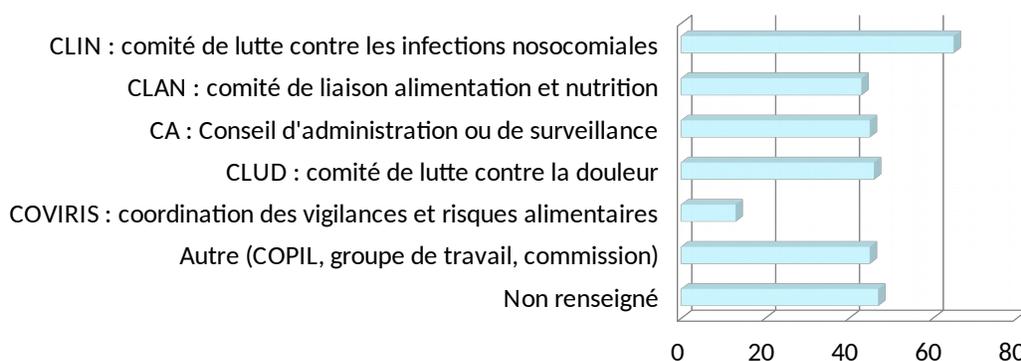
Selon la synthèse régionale des rapports d'activité de la commission des usagers, données 2017, 71 % des établissements se réunissent au moins 4 fois par an.

L'ordre du jour est adressé aux représentants dans 98 % des cas. 94 % des membres sont destinataires du compte rendu de réunion.



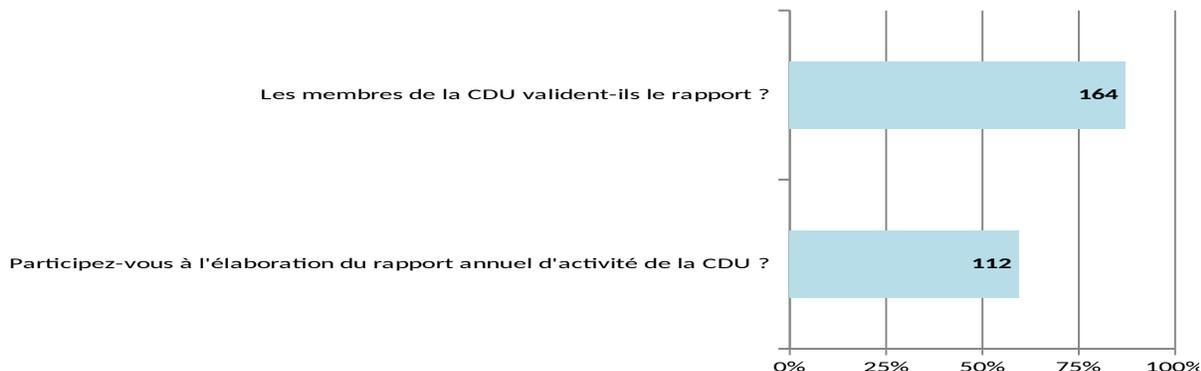
Les représentants des usagers sont invités à participer à d'autres instances au sein de leur établissement. Ils participent majoritairement au comité de lutte contre les infections nosocomiales (65 RU). Ils participent également à diverses instances telles que des COPIL (qualité, communication, fin de vie), des comités (usagers, éthique), des commissions (activité libérale, CME, CSIRMT), des groupes de travail (droit des patients, soins palliatifs), au conseil de la vie sociale.

Parmi les 80 répondants ayant un établissement rattaché à un service médico-social (EHPAD), 24 représentants participent au conseil de la vie sociale, soit 30 %. Les réunions sont organisées majoritairement en dehors de la CDU (pour 54 % des représentants).



Le rapport d'activité

Si 60 % des représentants des usagers participent à l'élaboration du rapport annuel d'activité annuel de la CDU, 88 % le valident.



En 2017, des recommandations sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge ont été formulées par la CDU pour 82 % des répondants. 78 % des représentants affirment l'existence d'un suivi de la mise en place des recommandations en lien avec la CDU.

Concernant le projet des usagers de l'établissement, parmi les 75 répondants :

12 % répondent qu'il est établi par la CDU ;

4 % répondent qu'il est établi par la direction de l'établissement seule ;

84 % répondent qu'il est établi en commun, direction et RU CDU ;

31 % répondent de la participation d'associations de bénévoles non représentée en CDU.

Moyens alloués au fonctionnement de la CDU

➤ ***L'indemnisation des déplacements***

Plus de 40 % (63 % en 2015) des représentants des usagers affirment ne pas être indemnisés dans le cadre de leurs missions parce qu'ils ne la sollicitent pas.

5 – Plaintes et réclamations

Les représentants connaissent la procédure de traitement des plaintes et réclamation de l'établissement (95 %).

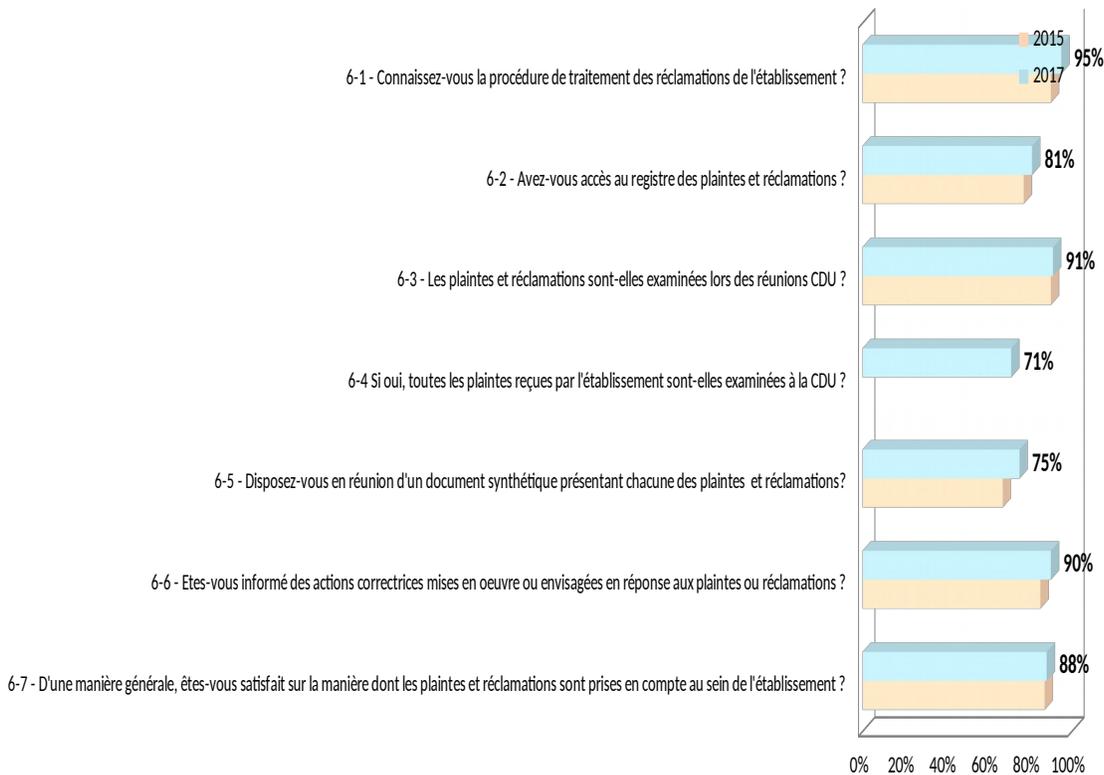
Si, les plaintes sont examinées lors des réunions CDU pour 91 % des répondants, 71 % déclarent qu'elles sont examinées en totalité en commission des usagers.

81% confirment l'accès au registre des plaintes et réclamations.

75 % des représentants disposent d'un document synthétique des plaintes et réclamations.

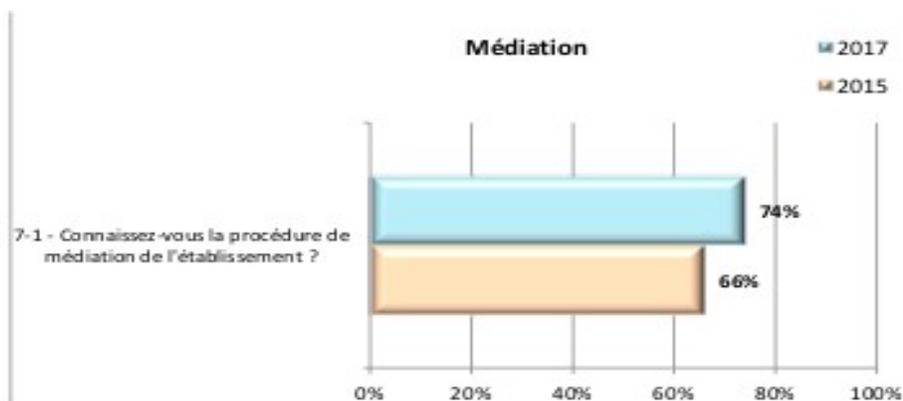
La majorité des représentants affirme être tenue au courant des actions correctrices mises en œuvre (90 %).

De façon générale, 88 % des représentants sont satisfaits sur la manière dont les plaintes et réclamations sont prises en compte au sein de l'établissement. Toutefois, des représentants signalent des difficultés d'obtention d'explications concernant les plaintes par le corps médical, des difficultés d'accès au registre et des plaintes et réclamations qui leur parviennent trop tardivement.



6 – Médiation

74 % des représentants connaissent la procédure de médiation de l'établissement.



Pour 66 % des représentants des usagers, les établissements informent les usagers qu'ils peuvent se faire accompagner d'un représentant des usagers lors de la rencontre avec un médiateur.

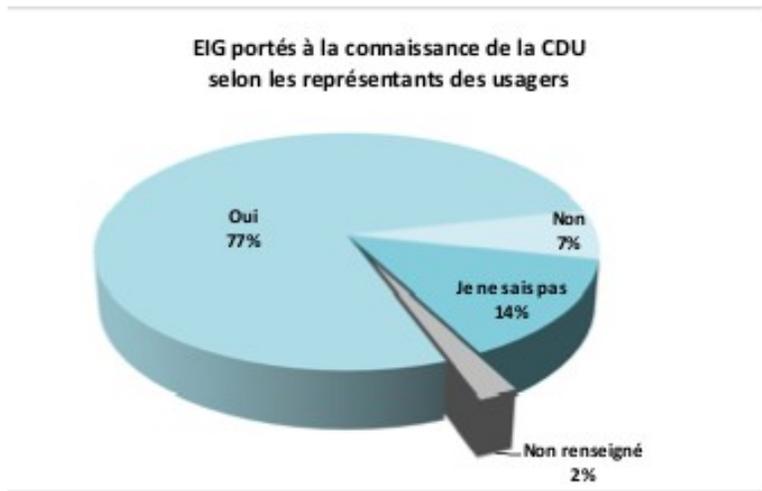
Selon la réglementation, le médiateur adresse le compte-rendu de médiation au président de la CDU qui le transmet aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant. 35 % des représentants ont signalé l'absence de demande de médiation. 41 % des répondants ont reçu les rapports de médiation.

Selon la synthèse régionale des rapports d'activité de la commission des usagers, données 2017, 56 établissements communiquent les rapports aux membres CDU (49 %).

8 – Les événements indésirables graves associés à des soins

La commission des usagers au sein des établissements de santé voit son rôle confirmé et renforcé : elle a désormais accès à la liste des événements indésirables graves (EIG) survenus ainsi qu'aux actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier, dans le respect de l'anonymat des patients (Article L. 1112-3 du code de la santé publique).

Selon la synthèse régionale des rapports d'activité de la commission des usagers, pour 77 % des établissements, la CDU a reçu une présentation des EIG survenus en 2017.



Si les EIG sont portés à la connaissance de la CDU pour 77 % des représentants, 70 % des RU signalent qu'ils sont examinés à chaque CDU.

Les mesures prises derrière chaque EIG sont examinées en CDU pour 60 % des répondants.

9 – Mesure de satisfaction des usagers

97 % des représentants connaissent le questionnaire de satisfaction de l'établissement.

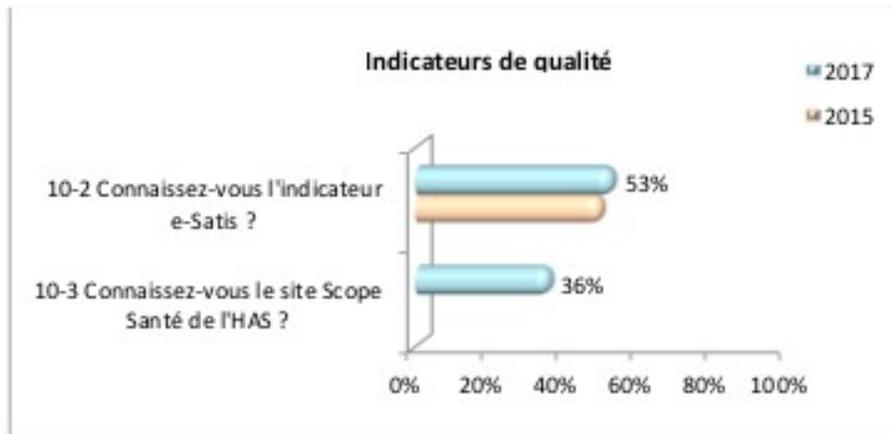
Associés à la réalisation du contenu de l'enquête de satisfaction (69 %), ils sont également informés des résultats produits (84 %).



10 – Indicateurs de qualité

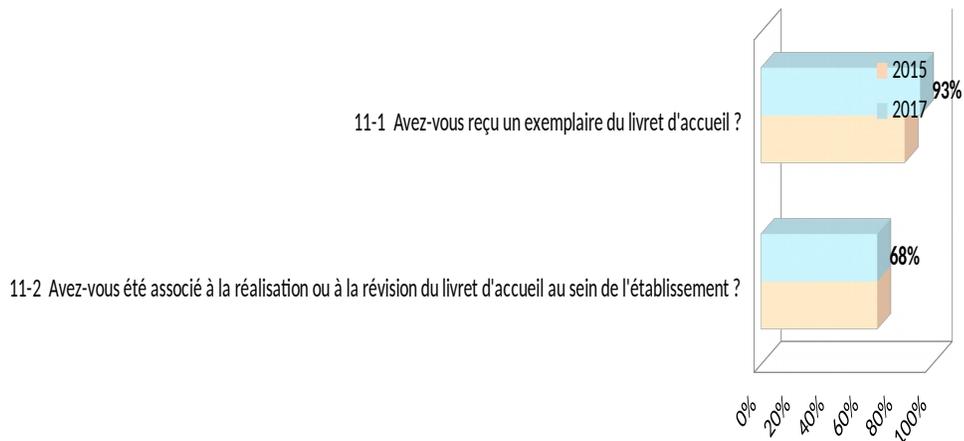
Les résultats des indicateurs de qualité de l'établissement sont examinés à la CDU pour 87 % des répondants. L'indicateur E-satis est connu par la moitié des représentants.

Selon la synthèse régionale des rapports d'activité de la commission des usagers, données 2017, 37 % des établissements participent à ce dispositif national.



11- Livret d'accueil

Depuis la dernière enquête de 2015, le pourcentage des membres associés à la réalisation du livret d'accueil au sein de l'établissement n'a pas évolué.



12 - Certification de l'établissement

72 % des membres ont participé à la certification de l'établissement.



Commentaires des représentants des usagers

De manière générale, les représentants des usagers sont satisfaits de leur représentation au sein de la CDU de leur établissement (74 %).

Un participant remercie l'envoi du questionnaire et souligne son intérêt qui lui permet de s'exprimer.

Toutefois, certains participants évoquent :

- leur manque de temps ou de moyens pour jouer pleinement le rôle de RU
- l'impression d'être peu ou pas utile ou de ne pas être entendu
- le manque de rencontres avec les usagers
- une méconnaissance du représentant des usagers par les usagers
- l'absence en réunion de certains membres de la CDU

ANNEXE 2

Commissions Départementales des Soins Psychiatriques Rapport de synthèse pour l'année 2017

Préambule

Le présent rapport est établi sur la base des données et informations mentionnées dans chacun des cinq rapports annuels 2016 des CDSP (Commissions Départementales des Soins Psychiatriques) des départements constituant les territoires de l'ARS Pays de la Loire.

La CDSP a 8 missions principales :

- 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 de 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 relatives à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet,
- Elle statue sur les modalités d'accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement

La CDSP est composée de :

- **Deux psychiatres**, l'un désigné par le procureur général près 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, désignés par le représentant de l'Etat dans le département,
- **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.

Compte-tenu des évolutions constatées, il est apparu important de préciser brièvement la nature et les conditions de mise en œuvre des mesures d'admission aux soins sans consentement dans les établissements publics de santé mentale. Seules les plus significatives et les plus connues des usagers de la psychiatrie ont été retenues afin de ne pas alourdir la lecture du rapport.

1 Admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat – SDRE- (L.3213-1)

- Quatre conditions doivent être réunies :
 - La présence de troubles mentaux,
 - L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins,
 - La nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière,
 - L'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement.

- En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un certificat médical,
 - Le maire arrête à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il en réfère dans les 24h au préfet, qui statue sans délai sous forme d'un arrêté (L. 3213-2).

2 Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers –SDT (L.3212-1-2°-1)

2.1 Trois conditions doivent être réunies :

- 2.1.1** La présence de troubles mentaux
- 2.1.2** L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
- 2.1.3** La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Le tiers est toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient : un membre de sa famille ou de son entourage, une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.

Deux certificats médicaux, datant de moins de 15 jours, attestant que les troubles rendent impossible le consentement de la personne.

3 Admission en soins psychiatriques en procédure d'urgence –SDTU (L. 3212-3)

La procédure dite "d'urgence" permet, en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité d'autrui, d'admettre une personne sur les bases d'une demande de tiers et d'un certificat médical pouvant émaner d'un médecin de l'établissement.

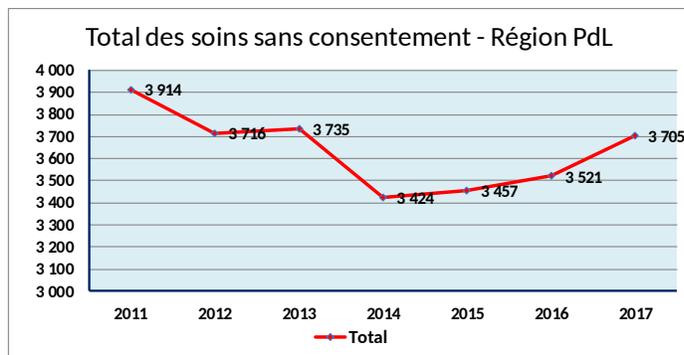
4 Admission en soins psychiatriques en procédure de péril imminent - SPI (L. 3212-1-2-2°)

Cela concerne les hypothèses où la personne qui nécessite des soins est isolée socialement ou lorsque l'entourage refuse de signer la demande d'admission sans consentement.

Dans ce cas, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'établissement au vu d'un seul certificat médical circonstancié, établi obligatoirement par un médecin extérieur de l'établissement, attestent de la nécessité immédiate d'une hospitalisation. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant par exemple.

1. Éléments statistiques des soins sans consentement :

Un accroissement de l'ensemble du nombre d'admissions sans consentement tous types confondus, est reparti à la hausse de manière assez significative puisque de l'on atteint pratiquement en 2017 le nombre d'admission de 2013. (Graphe n°1 ci-dessous)



Graphe n°1 (hors SDT vers SDRE, Transfert sanitaire, Transfert UMD, Irresponsabilité pénale)

Cette tendance masque néanmoins des différences notables si l'on considère les évolutions de chaque type d'admission sur la période 2011 -2017. (Graphe n°2 ci-après)

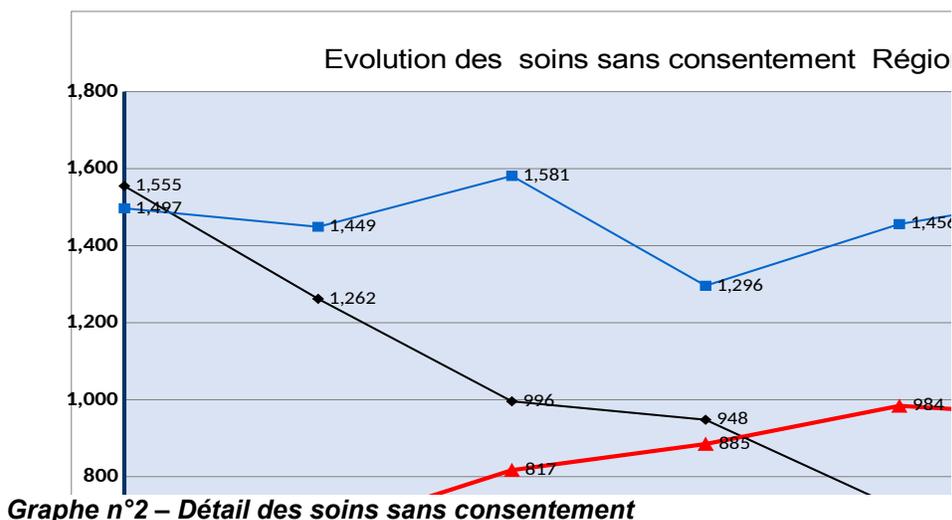
a. Admissions en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat ou sur décision de justice (SDRE)

- L.3213-1 dite « demande direct Préfet »	78
- L.3213-2 dite « mesure provisoire Maire »	205
Total SDRE	283

Pour la période 2011 – 2017 l'ensemble des deux mesures SDRE connaît une érosion lente et régulière d'un peu plus de **20 %** sur 8 ans.

b. Admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT / SDTU / SPI)

- L.3212-1 dite normale - SDT.....	855
- L.3212-3 dite urgence - SDTU.....	1 611
- L.3212-1-2° dite péril imminent - SPI.....	956
Total SDT	3 423



Graphe n°2 – Détail des soins sans consentement

Pour les SDT

Une baisse globale de près de 55% de ce type d'admission est constatée de 2011 à 2015 sur l'ensemble de la Région puis une stabilisation à tendance haussière se fait jour sur les deux années suivantes (+20 %). Toutefois la situation par territoire est plus contrastée comme le montre le graphe n°4.

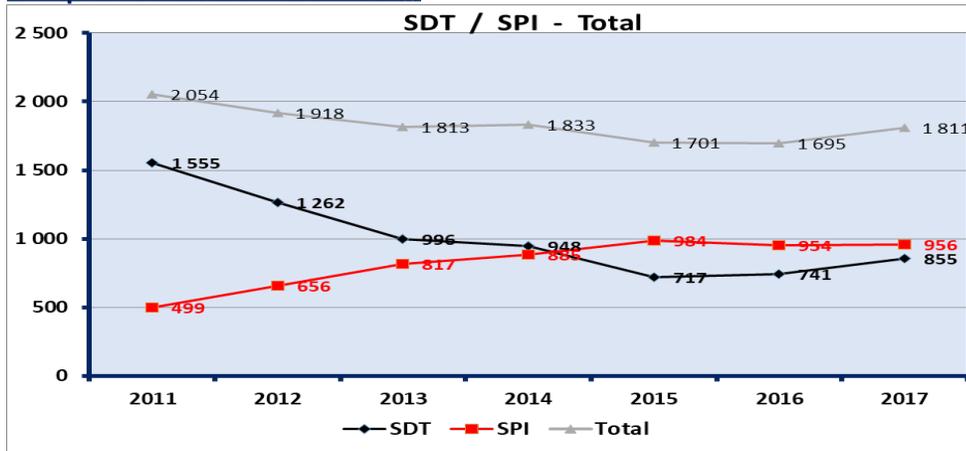
Pour les SDTU

Concernant le montant global des SDTU sur l'ensemble de la Région la situation est relativement stable. Cependant, si la situation est fort différente d'un département à un autre sur la période 2011 – 2017. Elle est également assez hiératique d'une année sur l'autre et ce pour chacun des cinq territoires.

Pour les SPI

Après une forte hausse globale de près de 90 % jusqu'en 2015 enregistrée sur la période examinée pour l'ensemble de la Région avec une corrélation nette avec la baisse concomitante des SDT.

Compensation entre SDT et SPI :



Graphe n°3 – Compensation entre SDT et SPI

Les précédents rapports avaient déjà souligné une étroite corrélation entre la baisse des SDT et la hausse de la mesure SPI. Corrélation presque parfaite puisque le nombre global des mesures cumulées SDT + SPI se montre relativement stable sur les années 2014, 2015, 2016 et 2017 :

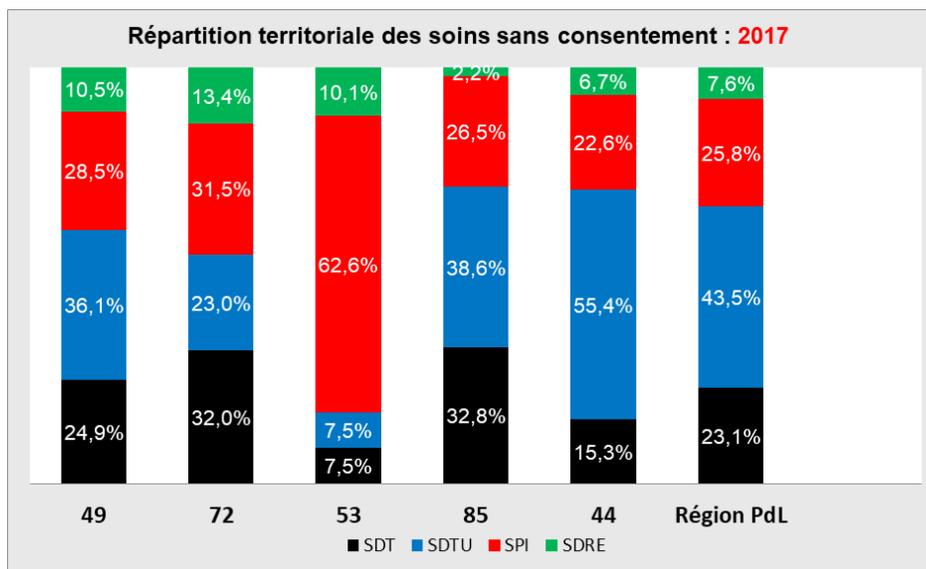
2014 : 1 833 mesures, 2015 : 1 701 mesures, 2016 : 1 695 mesures, 2017 : 1 811 mesures

Trois hypothèses avaient alors été esquissées

- **Une modification notable des pratiques médicales**
Cette voie est à écarter ou reste très marginale.
- **Une réticence de famille à assumer le rôle de tiers**
Signer l'hospitalisation sans consentement de leur proche reste un geste très éprouvant d'autant qu'il s'impose après une période d'extrême tension entre ce proche et son entourage. De plus, la crise une fois apaisée, le proche a parfaitement conscience que son enfermement a été pris par son père, sa mère ou son époux. Il s'ensuit généralement entre la personne malade et l'aidant signataire une période conflictuelle ou se mêle l'amertume et la rancœur pour chacun. Cette cause est réelle mais ne suffit pas à expliquer le phénomène
- **La désertification médicale**
Elle trouve là une conséquence concrète. C'est aujourd'hui une réalité. Dans les communautés urbaines il est relativement aisé de faire appel à une organisation de type « SOS médecin » pour établir le premier certificat, il en va tout autrement en milieu rural où la désertification médicale est une réalité extrêmement préoccupante.

C. Disparités des Territoires

Le graphe n°4 ci-après illustre les disparités notables de prises en charge entre les différents territoires en termes de répartition des 4 types d'admissions pour des soins sans consentement.



Graphe n°4 – Disparité des Territoires

L'Annexe n°1 au présent rapport, synthétise, sous différentes formes graphique, les disparités des différents départements en termes d'évolution des différents modes d'admissions en soins sans consentement (SDRE, SDT, SDTU, SPI)

Le tableau ci-après met en relies la part relative des admissions SDRE au regard de l'ensemble des admissions sans consentements et ce pour chaque Territoire

2017	Population	Admissions sans consentement	% Admissions sans consentement / Population	Admissions SDRE	% SDRE / admissions sans consentement
Pays de la Loire	3 662 232	3 705	0,10%	283	7,6%
Loire - Atlantique	1 330 000	1 303	0,10%	87	6,7%
Maine-et-Loire	800 191	901	0,11%	95	10,5%
Mayenne	307 500	227	0,07%	23	10,1%
Sarthe	569 035	447	0,08%	60	13,4%
Vendée	655 506	827	0,13%	18	2,2%

Ces disparités mériteraient une investigation de la part des CDSP.

2. Fonctionnement des CDSP :

a. Composition des CDSP :

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, de la Loire-Atlantique tant au regard de la qualité et de la quantité des membres qui les constituent, respecte les dispositions prévues par loi.

Toutefois celle de la Vendée est confrontée à des difficultés de fonctionnement récurrentes avec simultanément l'absence de magistrat, de vice-président, de médecin généraliste ainsi que d'un psychiatre. Cette situation a déjà été notée chaque année depuis 2012. Son prolongement est particulièrement regrettable au vu de questionnements qui se font jour. **Voir Annexe 1.**

b. Visite des Etablissements :

i. Nombres de visites

Le fonctionnement de chacune des CDSP requière deux visites annuelles par établissement. Au regard de cette obligation la réalité est assez disparate par territoire compte-tenu de la charge que cette disposition implique pour les membres des CDSP.

ii. Remarques générales sur la situation de personnes hospitalisés et droits des patients :

CSI (Chambre de soins intensifs)

Une évolution notable de l'agencement des CSI est constatée avec des aménagements en cours ou programmés. Ils se déclinent de manières spécifiques selon les établissements : les équipements, les modalités de prise de repas, les modalités de retour dans les services etc. Une réflexion éthique et une réelle préoccupation du mieux-être des patients sont ressenties.

Par contre la mise en place du registre de suivi des CSI au sein de chaque établissement est plus contrastée. Cette mise en œuvre apparait complexe. Des mises en place de registres « papiers » ont souvent un caractère provisoire donc incomplet dans l'attente d'une informatisation, laquelle se révèle souvent complexe et les documents qui en résultent sont souvent peu lisibles et exploitables

Il reste donc beaucoup à faire dans la déclinaison des principes posés dans la circulaire DGOS du 27 mars 2017. Le rapport de la Loire-Atlantique est particulièrement développé et précis sur ces points.

Hospitalisation des mineurs en service adulte

Cette situation est particulièrement critique en Loire-Atlantique et perdure depuis des années. La plupart de ces mineurs sont considérés en soins libres et n'ont de ce fait pas accès au JLD. Leurs placements en CSI sont cependant nombreux pour leur propre protection faute d'équipements adaptés dans les services de pédopsychiatrie.

Une extrême attention doit être portée à ces situations dans la mesure où elles contreviennent aux besoins spécifiques de jeunes en grande souffrance rendant le sens du soin problématique.

Patients au long cours

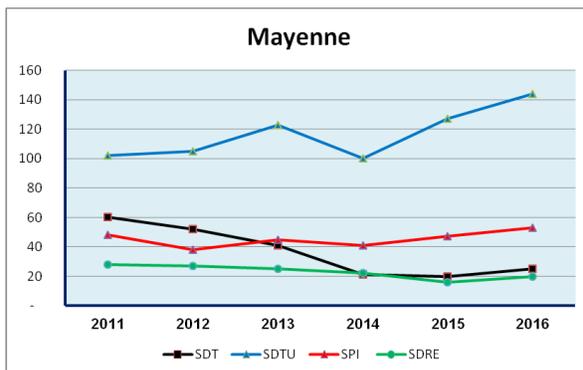
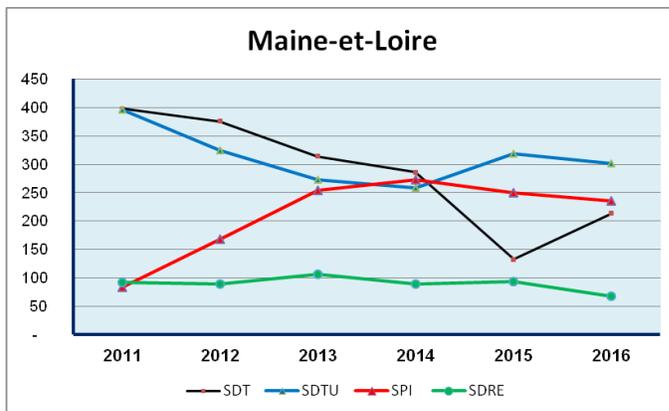
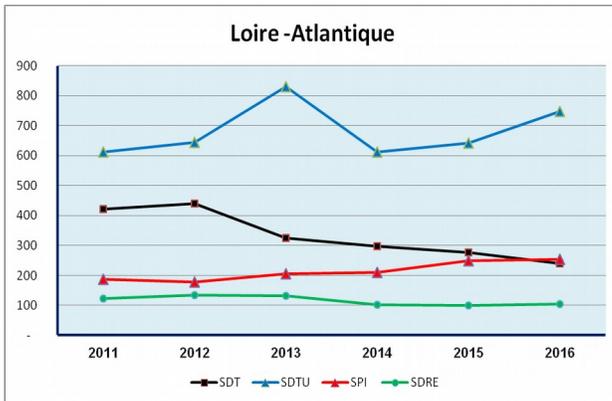
Leurs présences **effective** et **sans rupture** au sein des établissements en séjours hospitaliers dépassent la plupart du temps les 5 années avec de grandes difficultés pour s'exprimer. De fait ils échappent à tout contrôle, la fermeture de la chambre, le recours à la CSI et la contention étant par ailleurs, eux, effectifs. La structure hospitalière est-elle la plus appropriée pour prendre ces personnes en charges ?

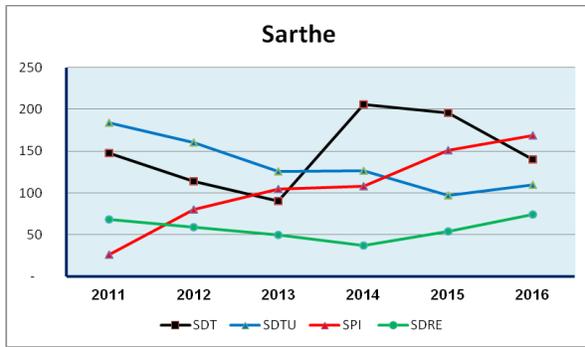
iii. Examen des réclamations et des plaintes

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 688 pour l'année 2016. Ce chiffre apparait très nettement en baisse par rapport aux trois années précédentes de l'ordre de 40% pour retrouver un niveau de 2012.

Des patients, au nombre de 57 ont été reçus, à leur demande, par les Commissions en entretiens individuels. Ce nombre de patient reçus est en baisse pour la seconde année consécutive par rapport aux années précédentes.

Annexe n° 1 : Evolution des différents modes d'admissions en soins sans consentement dans les territoires des Pays de la Loire





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
- APL : Accessibilité potentielle localisée
- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
- ARS : Agence régionale de santé
- ASIP : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
- AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
- CAF : Caisse d'allocation Familiale
- CAL : Commission d'activité libérale
- CRAL : Commission régionale d'activité libérale
- CAPS : Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins (maison médicale de garde)
- CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation
- CDAPH : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées
- CDCA : Conseil départemental à la Citoyenneté et à l'autonomie
- CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
- CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
- CDU : Commission des usagers
- CH : Centre Hospitalier
- 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
- CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- CRAL : Commission Régionale de l'activité libérale
- 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
- CTS : Conseil territorial de santé
- CVS : Conseil à la vie sociale
- DADSPS : Direction d'appui à la démocratie et au pilotage stratégique
- 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
- DIPC : Document individuel de prise en charge
- DLU : Dossier de liaison urgente
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DREAL : Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement
- DT : Direction Territoriale
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
- EIG : Evènement Indésirable Grave
- ESA : Equipes spécialisées Alzheimer
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- ESMS : Etablissement social et médico-social
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FAM : Foyer d'accueil Médicalisé
- URASS : Union Régionale des associations agréées du système de santé
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- IGAS : l'Inspection Générale des Affaires Sociales
- IQSS : Indicateurs qualité et de la sécurité des soins
- InVS : Institut National de Veille Sanitaire
- IME : Institut Médico-Educatif
- IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
- IQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
- IREPS : Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé
- JLD : Juge des Libertés et de la Détention
- MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapée
- MNA : Mineur non accompagné
- MLLE : Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
- MSP : Maison de santé pluri professionnels
- ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- ORTHI : Outil de Repérage et de Traitement de l'Habitat Indigne
- ORU : Observatoire régional des Urgences
- PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- PDLHI : Pole départemental de lutte contre l'habitat indigne
- PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PRIAC : 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
- PVP : Projets de vie personnalisés
- QualiREL : Qualité risques évaluation établissements ligériens
- 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 : Soins psychiatriques Sur Demande d'un Tiers
- SDTU : Soins psychiatrique procédure d'urgence
- SDRE : Admission en soin psychiatriques Sur Demande du Représentant de l'Etat
- SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
- SISAC : Système d'information sanitaire des alertes et crises
- SLD : Séjour de Longue Durée
- SM : Santé Mentale
- SMPR : Services médico-psychologiques régionaux

- SPI : Soins psychiatriques de péril imminent
- 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
- TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
- UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
- UHSI : Unité hospitalière Sécurisée Interrégionale
- 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
- URIOPSS : union régionale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé