

Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé

2019

sur données 2018

SOMMAIRE

METHODOLOGIE.....	4
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.....	6
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....	6
2.1 Ambulatoire.....	6
2.2 Sanitaire.....	7
2.3 Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux.....	17
2.4 Médico-social.....	18
3. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance.....	21
3.1 Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire.....	21
3.2 Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance en structures médico-sociale.....	22
4. Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en charge la douleur.....	24
4.1 Prise en charge de la douleur dans les établissements médico sociaux.....	24
4.2 Prise en charge de la douleur dans les établissements de santé.....	24
5. Droit au respect de la dignité de la personne en fin de vie.....	24
5.1 Le plan régional de développement des soins palliatifs.....	24
5.2 Les soins palliatifs dans le bilan des inspections d'EHPAD 2016/2017/2018.....	25
5.3 Rédiger des directives anticipées.....	25
5.4 Désigner une personne de confiance.....	25
6. Droit à l'information	26
6.1 L'accès au dossier médical dans les établissements de santé.....	26
6.2 La lettre de liaison à la sortie.....	26
6.3 Le déploiement du Dossier Médical Partagé.....	27
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....	28
7.1 Scolarisation et accompagnement des enfants en situation de handicap.....	28
7.2 La réponse accompagnée pour tous.....	29
8. L'accès à la santé des personnes détenues.....	30
9. Santé mentale.....	32
9.1 Composition et missions de la Commission départementale de soins psychiatriques.....	32
9.2 Remarques générales sur la situation de personnes hospitalisées et droits des patients	33
10. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux.....	36
10.1 Répartition des professionnels par secteur.....	36
10.2 Les dépassements d'honoraires en médecine libérale.....	38
10.3 Les dépassements d'honoraires en établissements sanitaires.....	40
10.4 La démographie médicale.....	41
10.5 Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	43
10.6 Le fonctionnement des services d'urgences.....	44
10.8 La permanence des soins ambulatoires (PDSA).....	45
10.9 Le transport des patients.....	46
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.....	47
11.1 Les Commissions d'Activités Libérales (CAL) en établissement de santé.....	47
11.2 Le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.....	48

12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	49
12.1 La fusion des structures départementales de dépistage du cancer.....	49
12.2 La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans.....	50
12.3 La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans.....	50
12.4 Couvertures vaccinales « rougeole, oreillons et rubéole ».....	50
12.5 Le dépistage du VIH en Pays de la Loire.....	51
13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.....	51
13.1 Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.....	51
13.2 La prise en charge des patients en situation de handicap.....	53
13.3 Les permanences d'accès aux soins.....	53
13.4 Les contrats locaux de santé (CLS).....	55
13.5 Logements : les procédures d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique.....	55
Les projets labellisés droits des usagers.....	59
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.....	60
14.1 La formation des représentants des usagers (RU).....	60
14.2 La formation des membres de Conseil de la Vie Sociale.....	60
14.3 Faire participer et informer les représentants des usagers.....	61
15. Garantir la participation des représentants des usagers dans les instances de démocratie sanitaire.....	64
15.1 Taux de participation globale et par collège des membres de la CRSA et conférence de territoire. .	65
15.2 Les conférences territoriales de santé et les formations d'expression des usagers.....	66
V SYNTHÈSE.....	69
VI RECOMMANDATIONS.....	79
VII SUIVI DES RECOMMANDATIONS 2018.....	82
VII GLOSSAIRE.....	84

Ce rapport a été réalisé par la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA des Pays de la Loire entre le 1^{er} octobre 2019 et le 6 mars mars 2020. Il ne tient donc pas compte de l'impact significatif sur notre système de santé de l'épidémie de Covid-19 survenue à partir de mars 2020.

METHODOLOGIE

Ce rapport sur le droit des usagers du système de santé est le treizième 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.

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, 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 Mission Démocratie Sanitaire et Usagers et plus particulièrement Messieurs Benoît JAMES, Antoine AUGER, Mesdames Christine MENARD, Barbara FROGER pour leur aide notamment dans le recueil de données.
- Madame Muriel DURAND Présidente de la Commission de Conciliation et Indemnisations (CCI) Pays De Loire pour sa disponibilité et ses apports sur l'activité de la CCI
- Mesdames Magali BONHOMMEAU (Direction de l'Offre de Santé et en faveur de l'autonomie ARS) Nathalie SCHUFFENECKER (Délégation Territoriale 44 ARS) pour leur aide à l'analyse des données fournies par leur service.
- Madame Hélène DEVAUX, en appui à la commission spécialisée, pour l'analyse des données du rapport, la rédaction 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.

I. Orientation 1 - Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers

Données indisponibles.

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

2.1 Ambulatoire

2.1.1 Données du Conseil de l'ordre des médecins

Département	Plaintes et doléances reçues				Conciliations				Plaintes transmises			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Loire-Atlantique	194	225	197	219	23	23	33	31	17	7	12	11
Maine-et-Loire	134	164	160	177	13	20	8	18	6	7	2	9
Mayenne	41	44	44	52	6	9	5	5	3	1	2	5
Sarthe	22	45	38	48	9	11	13	9	4	5	5	10
Vendée	133	192	184	180	13	16	21	21	8	6	21	incomplet
TOTAL	524	670	623	676	64	79	80	84	38	26	42	35

La chambre régionale disciplinaire a jugé 46 affaires en 2018.

Qui a saisi la chambre disciplinaire :

- les particuliers : 11
- l'ordre départemental des médecins : 12
- l'ordre national des médecins : 12
- autres (ARS, CPAM) : 7

Les principaux motifs des plaintes concernent :

- les certificats médicaux : 11
- les soins thérapeutiques – soins non consciencieux ou dangereux : 8
- le comportement du médecin avec le patient : 7
- la confraternité : 6
- les gardes et permanences des soins : 6

2.1.2 Données du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes

Le nombre de plaintes et réclamations reçues est très variable selon les conseils de l'ordre départementaux : Sarthe (36), Maine-et-Loire (21), Vendée (21), Mayenne (16). Les motifs recensés concernent essentiellement la qualité des soins, le montant des honoraires, les demandes de dossiers médicaux, les déclarations de responsabilité professionnelle...

La Chambre disciplinaire régionale a été saisie de 19 plaintes dont 15 concernaient des obligations déontologiques. 5 plaintes ont été rejetées et 11 ont fait l'objet d'une sanction.

2.1.3 Données du Conseil de l'ordre des sages-femmes

En 2017 l'ordre avait traité 7 dossiers, en 2018 il a traité 1 plainte, 2 conciliations et 1 médiation.

2.1.4 Données du Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

24 plaintes ont été transmises au Conseil de l'ordre en 2018 :

- 11 ont été déposées par les conseils de l'ordre départementaux et transmises directement à la chambre disciplinaire
- 13 ont été déposées par des patients ou des masseurs-kinésithérapeutes dont 7 ont été transmises à la Chambre Disciplinaire des Pays de la Loire.

3 plaintes portent sur les contrats, 5 sont liées aux mœurs et 10 portent sur la déontologie.

2.1.5 Données du Conseil de l'ordre des pharmaciens

Il y a eu 2 conciliations menées avec succès en 2018.

Il y a eu 7 plaintes dont 4 provenant de l'ARS, 2 de patients et 1 du Conseil Régional de l'ordre.

Les plaintes concernent : le non-respect de la confidentialité, un dysfonctionnement lors d'un service d'urgence, le non-respect de la dignité de la profession, l'erreur de délivrance.

En 2018 9 plaintes ont été jugées en chambre régionale.

2.1.6 Données du Conseil de l'ordre des infirmiers

Il y a eu 59 signalements dans la région dont 34 en Loire-Atlantique et 22 en Vendée.

Il y a eu 30 réclamations dont 13 en Loire-Atlantique et 13 en Vendée.

Les plaintes proviennent en grande majorité des confrères et consœurs infirmiers, 3 proviennent de famille de patients et 3 de patients.

12 plaintes ont été transmises en 2018 à la chambre disciplinaire.

Commentaires 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 données reçues des conseils de l'ordre donnent des indications sur les principaux motifs d'intervention des usagers mais ne reflètent pas forcément les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans l'accessibilité aux soins primaires.

Malgré les efforts d'informations faits par les ordres, les processus pour traiter une plainte apparaissent toujours aussi compliqués aux usagers concernés en particulier pour ceux en situation de vulnérabilité.

2.2 Sanitaire

2.2.1 Le renouvellement des membres des Commissions des Usagers (CDU)

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 complétée par le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 a institué la commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé : 2 représentants des usagers et leurs suppléants à désigner dans un délai de 6 mois à

compter de la publication du décret. En région Pays de la Loire, 116 établissements ont installé leur commission des usagers entre le 14 septembre 2016 et le 3 décembre 2016.

En 2019, 113 établissements sont concernés par le renouvellement des mandats de représentants des usagers, 2 établissements sont concernés par un renouvellement en 2020 et 1 établissement sera concerné en 2022, **soit 452 sièges à pourvoir.**

Situation au 2 décembre 2019 :

- 400 sièges de représentants des usagers sont pourvus
- 52 sièges restent à pourvoir
- Soit un taux de désignation de 88 %
- Sur les 331 représentants à renouveler, 258 ont renouvelé leur mandat et 44 sont des nouveaux représentants des usagers

Composition des CDU :

- 71 établissements ont une CDU composée de 4 RU
- 36 établissements ont CDU composée de 3 RU
- 3 établissements ont une CDU composée de 2 RU
- 2 établissements ont une CDU composée de 1 RU
- 1 établissement n'a pas de RU

Répartition des sièges à pourvoir :

- Département 44 : 10 sièges - 10 établissements concernés
- Département 49 : 29 sièges - 21 établissements concernés
- Département 53 : 4 sièges - 3 établissements concernés
- Département 72 : 5 sièges - 4 établissements concernés
- Département 85 : 4 sièges - 4 établissements concernés

2.2.2 Les rapports annuels des Commissions des Usagers

Conformément à l'article L.1112-3 du code de la santé publique, chaque CDU doit transmettre un rapport d'activité annuel à l'Agence régionale de santé. L'élaboration de ce rapport est l'occasion pour la CDU de réaliser chaque année un bilan relatif à son fonctionnement, son activité, ses moyens mais aussi à la politique des établissements en matière d'accueil, de prise en charge et de respect des droits des personnes.

L'ARS réalise une analyse des rapports transmis par l'ensemble des établissements de santé de la région et produit une synthèse régionale de ces rapports, les éléments ci-dessous sont issus de cette synthèse régionale.

Sur les 116 rapports d'activité attendus pour l'année 2018, 7 établissements n'ont pu remettre leur rapport d'activité.

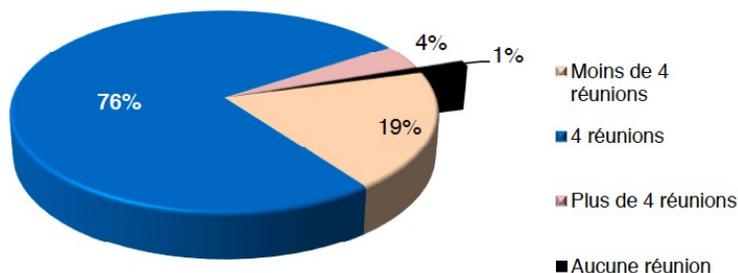
2.2.3 Fonctionnement des Commissions des Usagers

La réglementation est respectée par 76 % des établissements qui se réunissent au moins 4 fois par an. Le nombre d'établissements ayant réalisé au moins 4 réunions a augmenté passant de 60 établissements en 2016 à 84 établissements en 2018.

Les CDU affichent un taux de participation de représentants des usagers supérieur à 70% et seulement 5 établissements un taux de participation inférieur à 50%.

Les représentants des usagers sont également sollicités pour participer à diverses instances au sein du même établissement. Par exemple dans 61 % des établissements, les représentants des usagers sont également désignés au sein du comité de lutte contre les infections nosocomiales (ou équivalent).

Réunions CDU en 2018



2.2.4 Les évènements indésirables graves

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).

Dans 87 établissements la CDU a reçu une présentation des EIG survenus en 2018. Les membres de la CDU ont été informés des actions correctives mises en place dans 99 % des établissements.

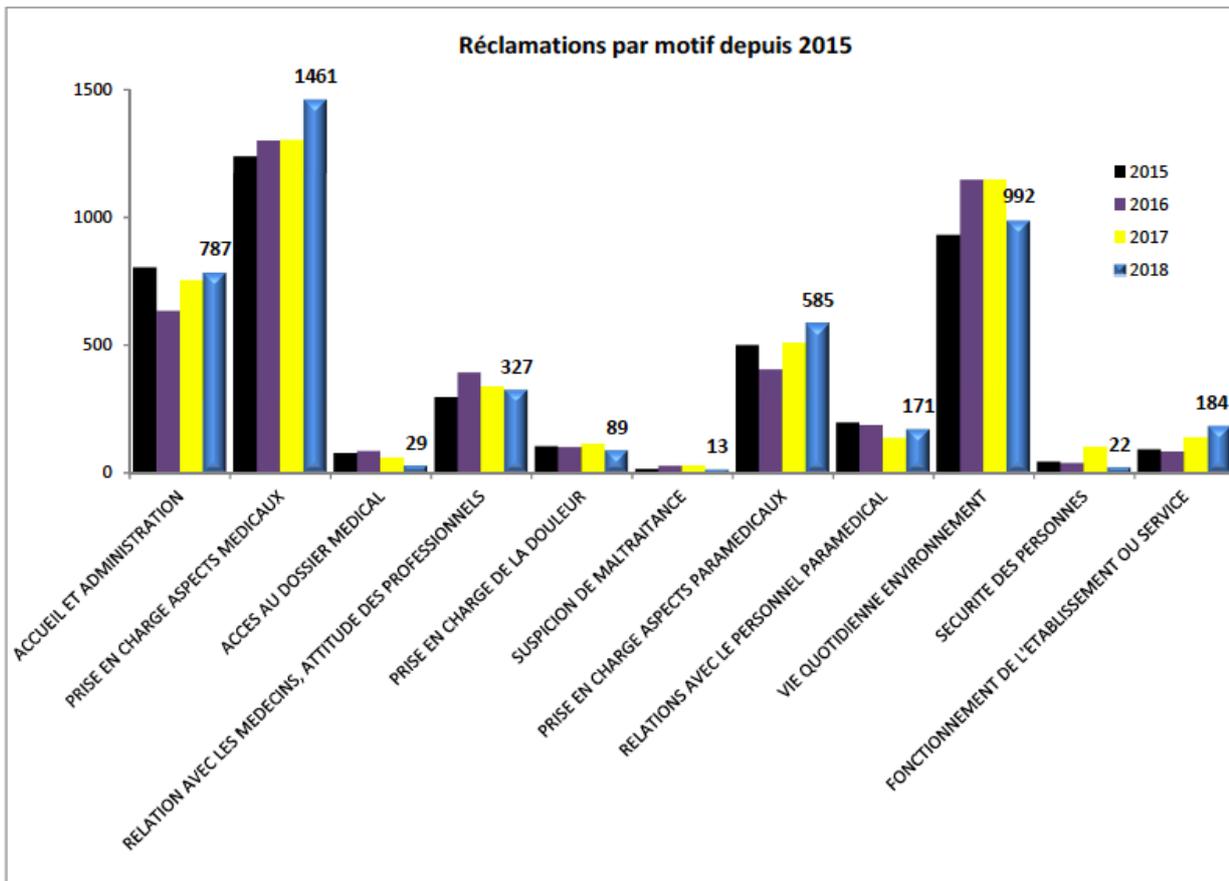
2.2.5 Les recommandations des Commissions des usagers

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 2018, 85 établissements indiquent avoir formulé des recommandations.

2.2.6 Les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire

Nombre de plaintes et réclamations : au cours de l'année 2018, les établissements déclarent avoir reçu 4 364 réclamations, ce chiffre est stable depuis plusieurs années.

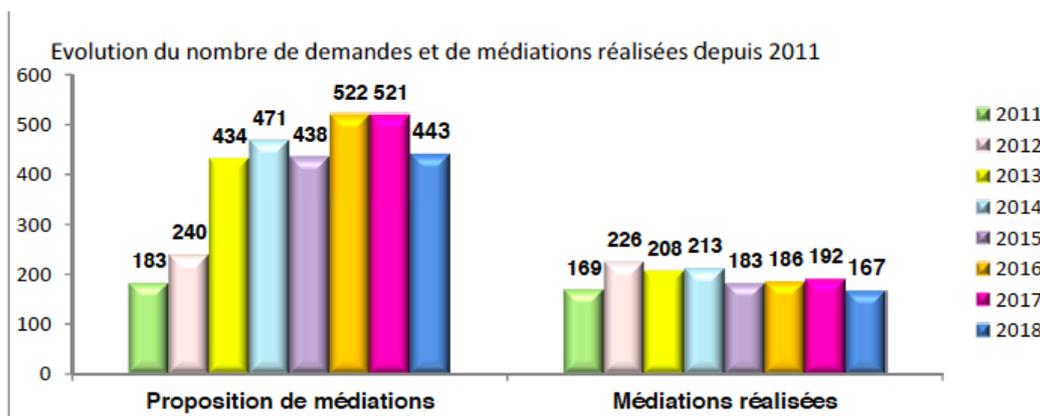
Les motifs des réclamations : comme les années précédentes la majorité des réclamations porte sur la prise en charge des aspects médicaux (31%) et la vie quotidienne et l'environnement (21%).



2.2.7 Les médiations

Le nombre d'établissements ayant proposé au moins une médiation est en légère augmentation en 2018.

Si, depuis 2011, on notait une progression du nombre de propositions de médiations, les données 2018 montrent une baisse du nombre de propositions mais également du nombre de médiations mises en œuvre.



Les établissements (94%) informent les usagers qu'ils peuvent se faire accompagner d'un représentant des usagers lors de la rencontre avec le médiateur.

En 2018 35 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers dans 20 établissements ligériens. 71% des médiations sont organisées avec le médiateur médecin.

Commentaire de la Commission spécialisée droits des usagers

La CSDU se félicite des conditions dans lesquelles s'est déroulé le renouvellement des représentants des usagers dans les Commissions Des Usagers (CDU) des établissements de santé : informations préalables des associations, procédures claires, taux de renouvellement des sièges à pourvoir supérieur à celui de début 2018 (88% pour 87% en janvier 2018). Dans notre région, c'est plus de 300 bénévoles issus de 42 associations agréées qui sont impliqués dans cette représentation.

La synthèse régionale de l'activité des CDU montre que cette instance est bien intégrée au fonctionnement des établissements (réunions régulières, implication des représentants des usagers dans de nombreux groupes de travail, examen des événements indésirables liés aux soins...).

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

- 1) la nécessité pour cette instance de se donner les moyens de mieux s'approprier l'analyse des événements indésirables graves, celles des mesures correctives prises et l'évaluation des résultats de leur mise en œuvre.
- 2) l'importance de bien intégrer tous les représentants des usagers de la CDU dans la vie de l'établissement de santé et en particulier les suppléants, qui ne sont pas systématiquement invités aux réunions de la CDU.
- 3) l'augmentation continue et ce depuis plusieurs années, des plaintes et réclamations liées à la prise en charge médicale et paramédicale, une analyse approfondie de cette évolution serait utile.
- 4) les règles de réalisation des médiations au sens du Code de Santé Publique ne sont pas toujours respectées telles :
 - l'absence d'information à l'utilisateur concernant la possibilité de se faire assister par un représentant des usagers de la CDU lors d'une médiation ;
 - le délai très long de réalisation des médiations et le non établissement d'un compte rendu ;
 - la non indication des voies de recours suite à la médiation ;
 - la non sollicitation d'un avis de la CDU dans le cadre des médiations ;
 - une action de communication des principales règles à respecter pour une médiation dans un établissement de santé serait à réaliser auprès des établissements et des représentants des usagers.

2.2.8 Les plaintes à l'ARS et leur traitement

Depuis juin 2018, l'activité de gestion des réclamations est pilotée par le département Maitrise des Risques en Santé de la Direction de la Santé Publique et Environnementale, chargé d'organiser le processus et la répartition du traitement des réclamations au sein des services de l'ARS, ainsi que la gestion des événements indésirables graves déclarés par les établissements ligériens.

Depuis la création de l'ARS ce sont 4 088 réclamations qui ont été traitées, avec une évolution significative du nombre de réclamations reçues (+ 35 % en 2018 par rapport à 2011).

Au cours de l'année 2018, 44 commissions régionales hebdomadaires ont été organisées et ont permis d'examiner les 585 réclamations reçues par l'ARS. 10 % de ces courriers sont adressés initialement au Ministère de la Solidarité et de la Santé puis réorientés vers l'ARS pour instruction.

En terme de volumétrie, on constate une forte disparité entre les départements ; la Loire-Atlantique étant le département le plus concerné par des courriers usagers.



Volumétrie des réclamations et répartition du traitement

	ET. SANTÉ	ESMS PA	ESMS PH	Défauts d'offre de soins	Ambulatoire	Autres	TOTAL	
Loire-Atlantique	66	55	55	9	35	9	229	39%
Maine-et-Loire	26	26	18	4	14	6	94	16%
Mayenne	13	7	4	3	2		29	5%
Sarthe	26	18	8	11	11	4	78	13%
Vendée	39	12	12	70	13	9	155	27%
REGION	170	118	97	97	75	28	585	
	30%	20%	16%	16%	13%	5%		

ET = établissement de santé - ESMS = établissement médico-social

Concernant le secteur des Personnes Agées, pour l'année 2018, 118 réclamations ont été traitées par l'ARS.

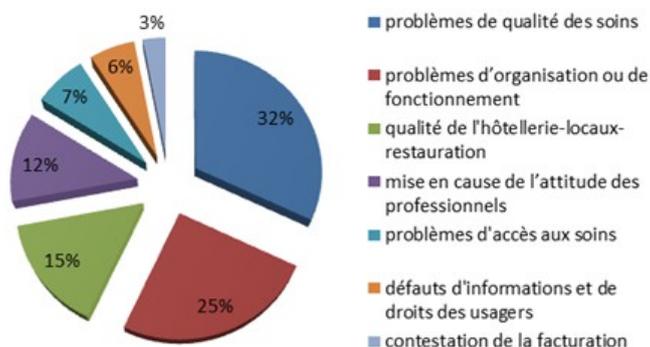
La Loire-Atlantique est le département le plus concerné par des courriers d'utilisateurs et représente 50% des réclamations reçues concernant des EHPAD.

Sur les 583 EHPAD autorisés par l'ARS 85 EHPAD (soit 15 % des EHPAD de la région) ont été mis en cause par au moins une réclamation d'utilisateurs. Sur ces 85 EHPAD, 12 EHPAD ont fait l'objet de plusieurs réclamations d'utilisateurs. Au regard du nombre, de la gravité et des réclamations reçues, 2 inspections non programmées ont été réalisées en 2018 sur le département de Loire Atlantique.

Sur les 2 dernières années (2018 et 2019), les motifs avancés par les plaignants concernant le secteur personnes âgées sont :

- **des problèmes de qualité des soins médicaux ou paramédicaux**, dont principalement des défauts de prise en charge et de prescriptions médicamenteuses
- **des problèmes d'organisation ou de fonctionnement de l'EHPAD** dénonçant principalement le manque de personnel soignant ou non soignant (de jour, de nuit ou de weekend)
- **la qualité de l'hôtellerie, des locaux ou de la restauration**, dont principalement l'hygiène et le ménage des locaux
- **la mise en cause de l'attitude des professionnels de l'EHPAD**, comprenant également les suspicions de maltraitance et de violence entre les résidents
- **des problèmes d'accès aux soins** concernant principalement les difficultés des utilisateurs à trouver une place en EHPAD ou à accéder à un médecin traitant
- **des défauts d'informations et de droits des utilisateurs**, déplorant notamment le respect de la dignité et de l'intimité, ainsi que les modalités d'annonce d'un décès
- **et la contestation de la facturation** du coût d'un EHPAD et du reste à charge par les familles

Répartition des motifs de réclamations secteur Personnes Agées (2018-2019)



FOCUS – La rénovation du processus de traitement des réclamations du secteur médico social :

Par le Département Répartition des risques en santé de

l'ARS

En 2018, l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire a entièrement modifié son processus de traitement des réclamations sur le champ médico-social, dans un objectif d'efficience et d'harmonisation. Pour notre région, ce sont les 5 délégations territoriales (DT) de l'ARS qui globalement traitent toutes les réclamations du champ médico-social (Personnes Agées et Personnes Handicapées), soit près de 35 % du total annuel reçu à l'ARS. Ce choix de répartition permet essentiellement de s'appuyer sur les compétences médico-sociales, des animateurs territoriaux présents au sein des DT, notamment grâce aux relations de proximité qu'ils entretiennent avec les acteurs locaux tels que les Conseils Départementaux (CD) et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Concernant plus particulièrement les établissements à compétence conjointe ARS/CD, et notamment les EHPAD, nous avons souhaité travailler en étroite collaboration avec les 5 Conseils Départementaux (CD) au traitement de ses réclamations. A ce titre, nous assurons une meilleure traçabilité des réclamations reçues par l'ARS ou par le CD, nous permettant de disposer de l'exhaustivité des courriers émanant d'usagers et mettant en cause les EHPAD de la région. L'articulation avec les 5 CD permet également d'assurer une meilleure répartition des dossiers à traiter entre les DT et les CD, avec un principe de partage du traitement des réclamations à hauteur de 50% pour chacune des autorités administratives.

Cette décision de répartition du traitement des réclamations médico-sociales est prise lors des commissions régionales hebdomadaires, auxquelles participent le service réclamations, le département Inspection Contrôle, les DT et les CD. Cette pluralité d'acteurs assure une prise de décision collective et réactive pour un traitement adéquat de la réclamation, avec si nécessaire, l'orientation vers la procédure de nomination d'une personne qualifiée, la réalisation d'une inspection inopinée non programmée...

Lors de l'instruction des réclamations, et selon la nature de celles-ci, nous informons régulièrement les usagers qu'il convient de transmettre leur réclamation en première intention au directeur de l'EHPAD mis en cause, afin que ce dernier apporte une réponse concrète au requérant. Notre objectif est de rappeler qu'il incombe de la responsabilité de l'établissement de répondre en tout point aux dysfonctionnements constatés par les résidents ou leurs familles. L'ARS et le CD interviennent en seconde intention, principalement en cas de difficultés pour le requérant à obtenir les réponses escomptées, ou lorsque la réponse apportée par l'EHPAD est insatisfaisante et qu'elle nécessite d'effectuer des rappels et des préconisations auprès de l'établissement, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Enfin, par la mise en place de cette nouvelle organisation, nous assurons dorénavant une meilleure réactivité dans l'instruction des réclamations d'usagers, nous permettant de réduire considérablement les délais de réponse aux requérants.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La CSDU note que le processus de traitement des plaintes et réclamations par l'ARS est bien établi.

L'analyse des plaintes et réclamations concernant les EHPAD montre bien tous les points de vigilance à avoir sur la prise en charge des résidents : qualité des soins, conditions de vie, suspicion de maltraitance manque de personnels, accès à un médecin traitant...

La nouvelle organisation du traitement des plaintes et réclamations du secteur médico-social a le mérite de rapprocher ce traitement des établissements concernés avec l'implication des Conseils Départementaux. Par contre, la CSDU s'interroge sur les conditions de réactivité rendues nécessaires par une prise en charge rapide des situations signalées.

2.2.9 Mesure de la satisfaction des usagers

a) **Le dispositif national e-Satis** : le dispositif national e-Satis mesure la satisfaction des patients hospitalisés en médecine-chirurgie et obstétrique (MCO). 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 dans l'établissement.

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.

En Pays de la Loire il y a eu 17166 questionnaires de patients complets et exploitables en 2019, versus 10775 en 2018.

b) Satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h :

Les résultats globaux :

Les résultats sont stables depuis 4 ans alors que dans le même temps la part des établissements participant a doublé et que le nombre de patients participant au recueil a été multiplié par 5.

Score moyen de satisfaction globale	2016	2017	2018	2019
PDL	74.7	74.7	74.5	74.7
National	72.7	73.2	73.3	73.4

63 % des établissements de santé sont en classe A ou B, ce chiffre est stable en 2019 par rapport à 2018.

Les résultats par thématique :

Thématique	2018		2019	
	PDL	National	PDL	National
Accueil	75	73	75.3	73.4
Prise en charge médicale	81	81	80.9	80.6
Prise en charge para-médicale	82	81	82.4	81.2
Chambre	73	58	72.9	72.1
Repas	61	58	61.5	57.9
Organisation de la sortie	64	63	64.6	63.6

A la question « Recommanderiez-vous cet établissement ? » : l'établissement qui obtient la meilleure note atteint 87 % de patients qui recommanderaient l'établissement où ils ont été hospitalisés. L'établissement qui obtient la moins bonne note atteint 47 % de patients qui recommanderaient l'établissement.

c) Satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire :

Score moyen	2018	2019
PDL	77	76.9
National	76	76.4

A la question « Recommanderiez-vous cet établissement ? » : l'établissement qui obtient la meilleure note atteint 91 % de patients qui recommanderaient l'établissement où ils ont été

hospitalisés en ambulatoire. L'établissement qui obtient la moins bonne note atteint 46 % de patients qui recommanderaient l'établissement.

d) Expérimentation du dispositif de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation

L'expérimentation démarrera dans la semaine du 18 novembre 2019 et s'achèvera début 2020. Tous les établissements ayant une activité de SSR en hospitalisation complète peuvent participer. La participation est basée sur le volontariat.

A l'avenir une expérimentation du dispositif de mesure de la satisfaction et expérience des patients hospitalisés en HAD sera également entreprise.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La CSDU se félicite que la mesure de la satisfaction des patients s'étende progressivement à l'ensemble des services et que les usagers soient de plus en plus nombreux à y contribuer (17166 questionnaires patients exploitables en 2019 contre 10 775 en 2018).

La CSDU note néanmoins que la satisfaction des patients est mesurée en analysant des données qui sont collectées par mail, cela exclut dès lors les patients qui subissent la fracture numérique et n'ont pas accès à un ordinateur et/ou à internet.

Si la note régionale en MCO est acceptable (73,4) l'indice de satisfaction des patients varie cependant beaucoup selon les établissements (de 46 à 91%).

En prenant en compte les thématiques, les conditions de sortie des patients restent un point d'amélioration important pour les établissements.

Les données recueillies indiquent également une note globale de satisfaction de l'ambulatoire légèrement supérieure au MCO (76,9 contre 73,4).

2.2.10 Les données de Scope Santé

a) La certification des établissements

Les résultats régionaux sont similaires aux résultats nationaux. Les thématiques les plus pourvoyeuses de décisions sont : la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge au bloc opératoire et la prise en charge aux urgences.

Les enseignements généraux suivants ont été relevés par l'Agence Régionale de Santé :

- un effet levier encore insuffisant sur l'engagement des professionnels dans la démarche
- le temps de la certification qui prend encore trop le pas sur une démarche qui se doit d'être continue
- une appropriation relative du Compte Qualité
- une terminologie et des outils manquant de simplicité
- un processus de décision peu lisible et délivrée trop à distance

Niveaux de décision	112 décisions en région
A - Certification	48
B – Certification avec recommandation(s) d'amélioration	59
C – Certification avec obligation(s) d'amélioration	4
D – Sursis à statuer	1
E – Non certification	0

La certification actuelle est en cours d'évolution (Version 2020), avec un nouveau référentiel adapté au profil des établissements. L'évaluation par la méthode Patient-traceur sera renforcée ainsi que l'analyse du résultat pour le patient.

b) Eléments de l'évaluation de la qualité de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Evaluation de la qualité de la tenue du dossier patient en HAD : score moyen régional 87 - 86 au niveau national:

Des améliorations sont à apporter pour bien identifier la personne de confiance, tracer l'accord du médecin traitant, améliorer l'évaluation des équipements au domicile du patient.

Evaluation de la coordination en HAD (score moyen régional 76 - 74 au niveau national): il manque des informations sur les personnes intervenant auprès des patients, il convient d'améliorer les réunions pluridisciplinaires, le dossier HAD doit être remis au médecin traitant.

Evaluation du risque d'escarre en HAD (score moyen régional 81 - 82 au niveau national): 2 personnes sur 10 n'en bénéficient pas.

Dépistage des troubles nutritionnels (score moyen régional 78 - 77 au niveau national) la piste d'amélioration concerne le suivi de la mesure du poids.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Les résultats régionaux des indicateurs de qualité repris dans Scope Santé sont globalement légèrement supérieurs aux moyennes nationales (sauf pour la transmission de la lettre de liaison, voir point 6.2), il en est de même pour les résultats des certifications des établissements.

La CSDU rappelle que les résultats des indicateurs de qualité sont publics et qu'en particulier les établissements de santé doivent les afficher, les faire paraître dans le livret d'accueil et sur leur site internet. Il est également souhaitable que les représentants des usagers se les approprient et les utilisent comme outils de dialogue avec les établissements.

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

Les éléments figurant dans cette partie ont été recueillis lors de l'audition de Madame Muriel DURAND Présidente de la CCI des Pays de La Loire.

Deux procédures existent pour les usagers qui souhaitent saisir la CCI : la procédure de conciliation avec désignation d'un médiateur (très peu utilisée) et la procédure de demande d'indemnisation.

La conciliation est quelquefois mise en œuvre lorsque les critères d'indemnisation ne sont pas remplis.

Après une augmentation constante ces dernières années le nombre de dossiers traités par la CCI est en diminution : 177 nouveaux dossiers en 2018 contre 207 en 2017.

Le délai moyen entre la date à laquelle le dossier est déclaré complet et son passage en commission a diminué passant de 8,9 mois à 8,3 mois, mais toujours plus important qu'en 2015 (6,5 mois), par contre le délai moyen entre la demande de saisie de la CCI et la date à laquelle le dossier est déclaré complet est passé de 8,7 mois en 2015 à 3,3 mois en 2018.

Le délai moyen de la notification de l'avis de la CCI est inférieur à 1 mois.

	2015	2016	2017	2018
Nouveaux dossiers enregistrés	164	187	207	177
Nombre d'avis rendus en commission	146	169	196	162
Décisions rendues par la présidente seule	53	57	36	49
Avis d'indemnisation	55	56	64	55
Refus d'indemnisation :	75	98	104	81
Pour rejet	30	49	54	45
Pour abandon	33	30	27	23
Pour incompétences/irrecevabilités	12	13	13	13

Les décisions rendues sans passage devant la commission :

La présidente de la CCI rend des décisions de rejet sans qu'il y ait de passage du dossier devant la commission. En 2018 : 26 décisions ont été rendues par la présidente avant expertise lorsqu'il n'y avait pas de doute sur le dossier (essentiellement lié aux critères) et 23 décisions ont été rendues par la présidente après demande d'expertise.

Les expertises :

- toutes les demandes d'indemnisation ne font pas l'objet d'une expertise
- il existe une difficulté à trouver des experts et certains patients peuvent également rencontrer des difficultés lorsqu'il s'agit de se déplacer pour une expertise. Seule la commission peut ordonner une contre-expertise, prise en charge par l'ONIAM.

La commission se réunit 8 fois par an :

- environ 30 dossiers sont étudiés par commission
- les membres reçoivent le rapport en même temps que toutes les parties
- les décisions se prennent par échanges et consensus

Le calcul de l'indemnisation :

la CCI liste la nature des indemnités (soins, déplacements, tierces personnes, perte de gains professionnels, aménagement du domicile...). La CCI ne liquide pas ; la liquidation se fait en discussion amiable entre le débiteur et le patient ou son représentant. L'assureur et l'Oniam peuvent refuser l'avis de la CCI car la décision n'est pas exécutoire. L'Oniam suit généralement les décisions de la CCI (à 97%) par contre les assureurs rejettent souvent la décision de la CCI.

Il n'existe pas de recours possible contre les décisions de la CCI.

Les frais d'assistance et représentation supportés par les usagers peuvent être pris en charge s'il y a indemnisation. Pour l'Oniam c'est un forfait. Les usagers peuvent également mettre en œuvre leurs assurances juridiques (protection juridique).

Commentaire de la Commission spécialisée droits des usagers

La saisie de la CCI par l'utilisateur pour permettre l'indemnisation d'accidents médicaux est un moyen rapide et peu onéreux pour faire valoir ses droits, néanmoins les critères de prise en compte sont contraignants (AIPP supérieure à 24%)

Pour la CCI des Pays de la Loire, la CSDU note pour 2018 :

- une légère diminution du délai de traitement des dossiers, la procédure globale entre le dépôt du dossier et l'avis rendu par la CCI ne dépassant pas un an.
- un pourcentage d'avis d'indemnisation équivalent aux années précédentes (31%)
- une mobilisation importante des membres de la commission (étude des dossiers, présence...)

Suite aux échanges avec la Présidente de la CCI, la CSDU souhaite remettre l'accent sur les éléments permettant aux usagers de mieux faire valoir leurs droits devant la CCI :

- ne pas saisir la CCI trop tôt et le faire quand le dossier est complet
- possibilité de saisir la CCI à plusieurs reprises

Lorsque la demande concerne un établissement privé de santé il est possible de mettre en cause l'établissement et le médecin

L'accompagnement des usagers (avocat, associations...) n'est pas obligatoire mais il est peut-être très utile, dès le début de la procédure, et surtout lors de l'expertise. Cet accompagnement s'avère également nécessaire lors de la négociation du versement des indemnités, notamment avec les assureurs.

2.4 Médico-social : rendre effectif l'évaluation du respect des droits des usagers

2.4.1 Bilan du fonctionnement des conseils de la vie sociale (CVS)

a) Le cadre réglementaire

Créé par la loi du 2 janvier 2002 le CVS est une instance élue présidée par un représentant des résidents ou des familles et qui représente l'ensemble des personnes vivant, travaillant ou participant à la vie d'un établissement médico-social.

Les personnes suivantes y siègent : des représentants des résidents, des représentants des familles, ou, s'il y a lieu des représentants légaux, des représentants du personnel, un représentant de l'organisme gestionnaire (par exemple, si l'établissement est public, un membre du conseil municipal siège au conseil de la vie sociale). Les représentants des résidents et des familles sont élus pour une durée de trois ans maximum par tous les résidents et leurs familles dans le cadre d'élections organisées par l'établissement. Les représentants du personnel sont élus par les salariés. Le Conseil de la vie sociale est un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement. Fonction de son ordre du jour il a la possibilité de faire appel à un invité, à titre consultatif. Les représentants des résidents et des familles élus au conseil de la vie sociale interviennent bénévolement.

Attributions : le conseil de la vie sociale doit obligatoirement être consulté sur des documents importants, tels que le règlement de fonctionnement de l'établissement et le projet d'établissement dans le cadre de leur élaboration ou de leur révision. Il peut donner son avis et fait des propositions sur les projets de travaux, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, la mise en place de nouveaux services, le programme des animations, l'organisation intérieure, la vie quotidienne, la restauration...

Le rôle du conseil de la vie sociale est uniquement consultatif.

b) Le bilan des inspections d'EHPAD 2016/2017/2018 de l'ARS

Il indique que 33% des EHPAD ont reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives concernant les conseils de la vie sociale : « Les demandes ont porté essentiellement sur la conformité du fonctionnement du CVS à la réglementation (articles L 311-6, D 311-16 à 22 du CASF), mais aussi sur des aspects plus qualitatifs (préparation des réunions et communication insuffisantes, sujets de vie quotidienne peu ou pas abordés etc.). 75% des EHPAD ont un CVS qui se réunit trois fois par an, conformément à ce que prévoit la réglementation (versus la moitié lors du dernier bilan réalisé en 2016), 15% d'entre eux ont un CVS qui ne se réunit que 2 fois par an, et

pour les 10% restant, le CVS est à réactiver. En outre, 8% des demandes de mesures correctives ont porté sur l'élaboration d'un règlement intérieur du CVS. »

FOCUS

Le Conseil départemental métropolitain à la citoyenneté et à l'autonomie (CDMCA) et les Conseils de la vie sociale (CVS)

Une contribution de René Pavageau, membre du collège usagers de la CRSA des Pays de la Loire

Des états généraux des EHPAD ont été organisés par le Conseil départemental de Loire-Atlantique en 2018 et le CDMCA a ensuite été impliqué. Suite à ces états généraux il a été décidé que le CDMCA s'engage à faire un état des lieux des CVS : une enquête a été élaborée afin de faire un état des lieux des bonnes pratiques et de les partager. Cette enquête a porté sur l'accueil et la prise en charge des résidents, le fonctionnement des CVS, également sur la façon dont le CDMCA pourrait accompagner les établissements (par une réunion annuelle départementale de tous les CVS, des outils de mise en réseau entre les CVS, des conférences...).

Accompagnée d'une lettre de présentation cette enquête a été adressée à l'ensemble des EHPAD : 61 sur 180 ont répondu. Les premiers éléments statistiques font apparaître que tous les CVS remplissent les conditions fixées par la loi concernant la représentation des 4 collèges, que 60% éprouvent des difficultés à recruter, qu'ils sont majoritairement présidés par des résidents (72%), que si les formations dispensées par l'URIOPSS sont connues (80%) seuls 23% des membres des CVS y ont participé.

Les CVS se réunissent majoritairement (93%) 3 ou 4 fois par an. Les thèmes prioritairement abordés sont : l'organisation interne et la vie quotidienne ; les activités et l'animation socio-culturelle ; les projets de travaux et les équipements. La participation des membres est assidue (96%) et il existe des liens avec les conseils d'administrations des établissements (67%).

Cette enquête fait apparaître également :

- la prise en compte des demandes du CVS par le conseil d'administration de l'établissement à 67%
- des difficultés à trouver des candidats en raison de l'augmentation de la dépendance des résidents
- des initiatives intéressantes pour recueillir la parole des résident-e-s avec des réunions des familles
- l'intérêt à réunir l'ensemble des CVS une fois par an, à organiser des conférences sur des thématiques liées au vieillissement : mesures de protection, information sur les maladies neuro-évolutives, la situation des aidants...

Une exploitation plus approfondie des enquêtes sera réalisée en 2020 et pourrait déboucher sur des propositions d'action.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Depuis plusieurs années Les différents rapports droits des usagers de la CRSA attire l'attention sur la nécessité d'améliorer le fonctionnement des CVS en particulier dans les EHPAD.

La démarche réalisée par le CDMCA 44 d'entamer un travail sur le fonctionnement des CVS des EHPAD est à souligner. Des réponses reçues par le CDMCA 44 il apparaît que pour les établissements ayant répondu (un tiers), le conseil de vie sociale fonctionnerait globalement correctement avec une implication certaine des membres de cette instance. IL reste à s'interroger sur les établissements n'ayant pas répondu. Ce début d'analyse est

à approfondir et ce travail sur le fonctionnement mériterait d'être déployé dans d'autres départements. Il pourrait d'ailleurs être mené avec les formations d'expression des usagers des Conseils Territoriaux de Santé et/ou les formations spécialisées des Personnes Agées des CDCA.

La CSDU rappelle que le Schéma régional de santé prévoit dans sa thématique « Renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur » l'action suivante « Susciter le cas échéant, la participation d'associations agréées dans les Conseils de la vie sociale. Dans un premier temps, il serait peut-être nécessaire pour avancer dans cette démarche d'examiner, dans les établissements médico-sociaux faisant partie d'une entité ayant un établissement sanitaire, les liens qui peuvent exister entre le CVS et la CDU et au besoin de promouvoir des interactions entre ces deux instances.

FOCUS

RELANCER LA DYNAMIQUE DES CONSEILS DE LA VIE SOCIALE

Une contribution de Roger Raud, membre de la CRSA des Pays de la Loire, Collège usagers

Afin de relancer la dynamique des Conseils de la vie sociale il conviendrait de s'appuyer sur les initiatives :

- comme celle du CDCA de Meurthe et Moselle qui a organisé des rencontres spécifiques avec les résidents et représentants des familles d'une part, et les représentants des personnels et de la direction d'autre part. A chaque fois, ces rendez-vous ont permis de rappeler le rôle du CVS, d'échanger sur les bonnes pratiques de fonctionnement de cette instance et son impact sur la bientraitance des résidents et le bien-être de tous en EHPAD .
- mais également sur celle des Deux Sèvres qui a mis en place 15 correspondants territoriaux du CDCA dans les CVS des Ehpads, avec le soutien du Conseil départemental des Deux Sèvres et de l'ARS. Une lettre de mission a été rédigée par le Conseil départemental et le Conseil territorial de santé. Une charte sur le respect des règles de comportement du correspondant, ses engagements et son implication dans le CVS a été également adoptée. Le CVS s'engage de son côté à envoyer au correspondant territorial toutes les informations nécessaires à la bonne tenue de la séance. Les frais de déplacement, de formation et de mise en réseau des correspondants sont pris en charge par l'ARS.

2.4.2 Le dispositif des personnes qualifiées

En Loire-Atlantique : 3 personnes qualifiées sont désignées et il y a eu une sollicitation dans le domaine des personnes âgées.

En Mayenne : 3 personnes qualifiées sont désignées et il n'y a eu aucune sollicitation en 2018.

En Vendée : 6 personnes qualifiées sont désignées. En 2018 il y a eu 5 sollicitations et 2 interventions dans le secteur des personnes handicapées. Dans ce département un bilan qualitatif et quantitatif sera réalisé en 2019.

En Maine et Loire : 3 personnes qualifiées sont désignées et 1 sollicitation a été reçue concernant le secteur des personnes âgées dont le traitement a duré plus de six mois.

En Sarthe : 6 personnes qualifiées sont désignées.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La CSDU constate, une nouvelle fois, le peu de recours dans la région à cette possibilité de médiation pour régler les difficultés intervenant dans le secteur médico-social.

Les causes sont sûrement diverses : dispositif peu connu des usagers, complexité de la procédure pour recourir à la personne qualifiée, réticence des décideurs à mettre en œuvre cette possibilité...

La CSDU tient à rappeler une nouvelle fois que pour faire fonctionner le dispositif, l'investissement commun de l'ARS, des Conseils départementaux et des établissements est nécessaire, ce qui n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui sur la région.

3. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance

3.1 Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire *(Données issues de la synthèse régionale des rapports des commissions des usagers)*

92% des établissements mettent en œuvre des actions de promotion de la bientraitance, telles que :

- Mise en place d'une charte éthique bientraitance élaborée avec les professionnels et les patients
- Travail en partenariat avec réseau Qualirel Santé
- Enquête regards croisés sur la bientraitance
- Formation des professionnels
- Réalisation d'enquêtes en lien avec les représentants des usagers

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

3.2.1 Bilan des inspections de l'ARS

Un bilan des inspections d'EHPAD réalisé en 2016, 2017, 2018 sur la base des demandes de mesures correctives dans le cadre d'un programme de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux a été rendu public fin 2019.

Ce travail résulte de l'analyse de 48 rapports rédigés à l'aide de la grille d'inspection utilisée dans la région Pays de la Loire. Il révèle que :

- 56% des EHPAD ont reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives concernant les formations en bientraitance.
- 65% des établissements n'ont pas élaboré de protocole spécifique de prévention et de traitement des situations de maltraitance. Cette proportion est sensiblement identique à celle qui avait été observée lors de la précédente synthèse.
- 67% des établissements inspectés ont reçu une demande de mesure corrective relative à la mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident. Il a été demandé à 25% des EHPAD de formaliser une procédure, et à 19% d'entre eux de réaliser une élaboration pluridisciplinaire des projets personnalisés. En termes de contractualisation, des demandes de mesures correctives portant sur la formalisation d'un avenant annuel au contrat de

séjour ont concerné 37,5% des établissements. Force est de constater que les établissements ont des difficultés à traduire les projets personnalisés en objectifs opérationnels évaluables, à les actualiser régulièrement, et à en assurer le suivi. D'ailleurs, ces projets ne font que rarement l'objet d'un avenant au contrat de séjour, tel que préconisé par l'ANESM, même si des évolutions sont notables au regard de la précédente synthèse de 2016.

3.2.2 Les données issues des enquêtes Flash 2018 de l'ARS (Les données sont déclaratives)

a) Les enquêtes Flash EHPAD (données 2018)

503 EHPAD ont répondu aux indicateurs, soit 83 % des EHPAD.

Les plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ) : la démarche qualité est formalisée par un PACQ dans 90 % des EHPAD de la région en 2018 (+26 points depuis 2013).

Les Projets de Vie Personnalisés (PVP) : chaque personne accueillie en établissement médico-social devrait bénéficier d'un projet de vie personnalisé (PVP). 75% des résidents de la région disposent d'un projet personnalisé formalisé, ce chiffre est en augmentation continue depuis 2013 (moins de 50% en disposaient alors).

Prévention des chutes : 75 % des résidents ayant chuté ont bénéficié d'un suivi individuel, comme les années précédentes (+6 points par rapport à 2017)

Les évènements indésirables graves (EIG) : depuis 2015, la politique de signalement des évènements indésirables est ancrée dans l'organisation des EHPAD : 98% des EHPAD disposent d'une fiche de déclaration des EIG en 2017. La culture de l'analyse des EIG progresse également : 69 % des EIG ont fait l'objet d'un plan d'actions correctrices.

b) Les enquêtes Flash des établissements pour personnes handicapées (données 2017)

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'usager (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) Les enquêtes Flash des établissements pour Services de Soins Infirmiers à Domicile (données 2018)

93% des SSIAD ont répondu aux indicateurs Flash, soit un total de 93 SSIAD.

Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)

En 2018 la démarche qualité est formalisée par un PACQ dans 79 % des SSIAD de la région (+3 points par rapport à 2017).

Des modalités formalisées de réévaluation des soins dispensés à la personne accompagnée existent dans 76% des SSIAD (+4 points).

Projet personnalisé : 71 % des personnes prises en charge par un SSIAD bénéficient d'un projet personnalisé, ce chiffre est en baisse de 1 point par rapport à 2017.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

L'importance de la bientraitance est prise en compte dans les établissements médico sociaux mais la mise en œuvre de mesures concrètes et leur suivi (formation, protocoles spécifiques, mise en place des projets personnalisés) doivent être renforcés pour être mieux intégrés au quotidien et avoir un impact réel sur la vie des résidents.

Pour les EHPAD, la CSDU constate qu'il reste beaucoup à faire sur l'élaboration des projets personnalisés des résidents en particulier sur leur réactualisation et leur suivi, un tiers des EHPAD ayant à mettre en place des mesures correctives sur ces points.

La question se pose également de la bientraitance au domicile concernant l'activité des SSIAD ; la CSDU tient à souligner que le maintien à domicile et la prise en charge ne peuvent être envisagés que si le domicile ne présente aucun danger pour le malade et le personnel (électricité, chauffage, hygiène...).

4. Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en charge la douleur

4.1 Prise en charge de la douleur dans les établissements médico sociaux

Les missions d'inspection de l'ARS ont constaté que les personnels étaient attentifs à la prise en charge de la douleur en EHPAD : repérage, évaluation et surveillance des actions mises en oeuvre. Les demandes d'actions correctives (11% des établissements) sont liées à un manque de formalisation du dispositif, particulièrement pour ce qui concerne la traçabilité du suivi de la douleur.

4.2 Prise en charge de la douleur dans les établissements de santé

(sources : données des indicateurs d'évaluation des établissements de santé)

Évaluation et prise en charge de la douleur en MCO : les indicateurs de qualité des établissements de santé indiquent que 98 % des établissements de santé sont en classe A et B. Au niveau national 92 % des établissements sont en classe A et B.

Évaluation et prise en charge de la douleur en SSR : les indicateurs de qualité des établissements de santé indiquent que 81% des établissements de santé sont en classe A et B. Au niveau national 84 % des établissements sont en classe A et B.

Ces indicateurs concernent la traçabilité de l'information dans le dossier patient.

5. Droit au respect de la dignité de la personne en fin de vie

5.1 Le plan régional de développement des soins palliatifs (Source : ARS – décembre 2019)

L'évaluation des équipes mobiles de soins palliatifs a eu lieu en 2014/2015 et des constats ont été posés concernant des manquements et des ruptures de parcours. Depuis, il a été établi un plan régional (2015/2016) et le PRS 2018-2021 comprend un livret spécifique « Soins palliatifs ».

Pour les années à venir la volonté est de lancer une nouvelle dynamique en s'appuyant sur un nouveau plan national. Toutefois, le travail commence en région sans attendre ce nouveau plan national.

Les objectifs des dernières années étaient de :

- renforcer une partie de l'offre sanitaire. Le nombre de lits identifiés a en effet triplé.
- accompagner des équipes de soins palliatifs financièrement
- mettre en place des dispositifs d'appui aux professionnels leur permettant d'avoir des échanges sur la thématique..

Le bilan de la démarche élaborée depuis 2015 :

- un travail est fait sur la qualité de ce qui est délivré dans les lits identifiés de soins palliatifs
- la région Pays de la Loire était très en retard concernant l'offre en unité de soins palliatifs et le retard est désormais comblé
- les équipes mobiles de soins palliatifs sont la pierre angulaire du déploiement de la démarche, elles interviennent en milieu sanitaire, sociale, médico-social, elles ont notamment un rôle de formation et de sensibilisation des professionnels.

Les perspectives et les enjeux :

L'objectif du travail accompli entre 2015 et 2018 était de combler les manques en terme d'offre ; il reste désormais l'enjeu du parcours de fin de vie et celui de la qualité.

L'ARS souhaite favoriser l'innovation et travailler sur des nouvelles modalités d'organisation :

- en s'assurant de la bonne marche des dispositifs, de la formation des professionnels ; la problématique de la démographie médicale se pose aussi pour ce secteur et même de façon plus accrue.
- en poursuivant les efforts de formation, initiale et continue, pour rentrer dans une logique de démarche, notamment plus précoce.

Sur chaque territoire vont se dessiner de nouveaux dispositifs de coordination qui vont résulter de la fusion des Maia, des réseaux, des plateformes territoriales d'appui. Les dispositifs de soins palliatifs doivent faire partie de ces réseaux afin de résoudre notamment les situations complexes. Il serait souhaitable de retrouver sur chaque territoire désigné l'ensemble des structures précitées y compris CLIC et CPTS.

5.2 Les soins palliatifs dans le bilan des inspections d'EHPAD 2016/2017/2018

« 23% des EHPAD ont fait l'objet de mesures correctives portant sur la formalisation des partenariats avec les services et équipes mobiles spécialisés en soins palliatifs, ainsi que sur la

diffusion de bonnes pratiques en interne. Les soignants expriment, en effet, la complexité des prises en charge des résidents en fin de vie nécessitant un travail en équipe pluridisciplinaire et l'intervention de professionnels expérimentés (HAD, réseaux de soins palliatifs, équipes mobiles de soins palliatifs). Dans ce cadre, la place de la psychologue de l'établissement est à renforcer pour accompagner les soignants. »

5.3 Rédiger des directives anticipées *(données issues de la synthèse régionale des rapports des CDU)*

L'article L.1111-11 du code de la santé publique dispose que « toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant ».

89 % des établissements ont mis en place une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées.

L'information de l'usager sur la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie se fait principalement par l'affichage et/ou le livret d'accueil (84 %) et à l'accueil, par les personnels des services (43 %). Certains établissements diffusent l'information via des plaquettes spécifiques, le site internet, par les représentants des usagers à l'espace des usagers ou lors de la semaine sécurité du patient.

Le nombre d'établissements ayant mis en place une procédure de recueil des directives anticipées progresse (87 % des établissements en 2018 ; 77 % des établissements en 2017, 70 % des établissements en 2016 65 % des établissements en 2015 et 61 % en 2014).

5.4 Désigner une personne de confiance *(données issues de la synthèse régionale des rapports des CDU)*

Selon l'article L.1111-6 du code de la Santé publique, en cas d'hospitalisation dans un établissement de santé, il doit être proposé à toute personne majeure de désigner par écrit une personne de confiance pour l'accompagner dans ses démarches et ses examens médicaux et « qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

99 % des établissements attestent de l'existence d'une procédure de désignation de la personne de confiance au sein de leur service.

6. Droit à l'information

6.1 L'accès au dossier médical dans les établissements de santé *(données issues de la synthèse régionale des rapports des CDU)*

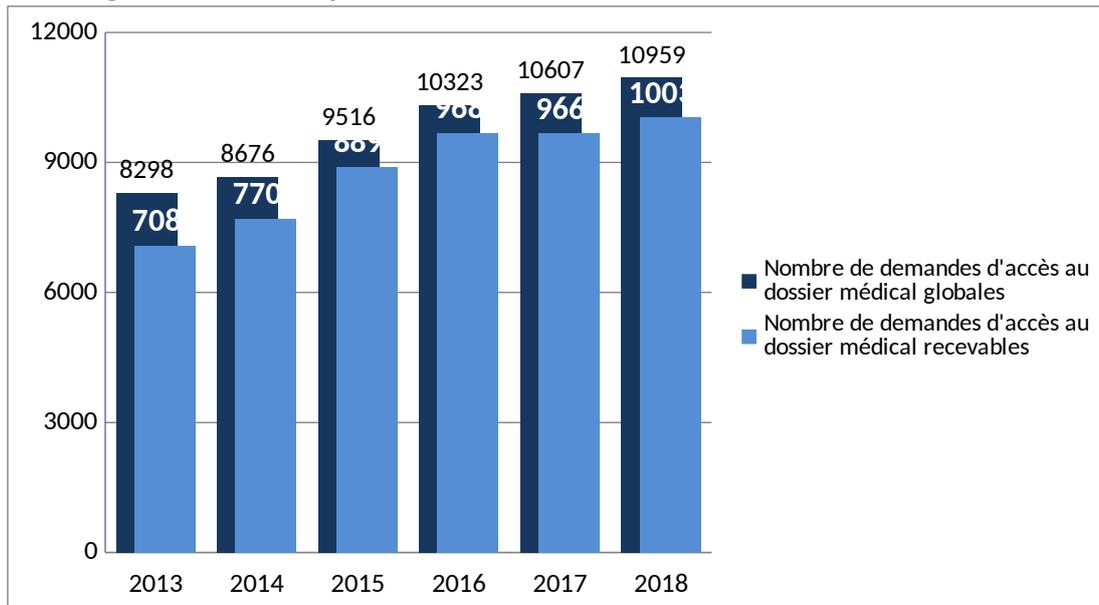
Les conditions d'accès au dossier médical sont précisées dans les articles L.1111-7 et R.1111-1 à 7 du Code de la Santé Publique. Parmi les obligations qui incombent aux établissements de santé, ceux-ci doivent offrir différentes modalités d'accès au dossier médical, dont la possibilité d'une consultation 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.

Le nombre de demandes d'information médicale continue de progresser puisque 10 959 demandes ont été enregistrées (+ 352).

En 2018, le nombre de demandes non recevables est en baisse par rapport à l'année 2017 (939 en 2017 et 924 en 2018.).

66 % des demandes recevables concernent des dossiers de moins de 5 ans.

40% des établissements ayant reçu des demandes de dossiers de moins de 5 ans dépasse le délai réglementaire de 8 jours.



6.2 La lettre de liaison à la sortie

Depuis janvier 2017, l'usage de la lettre de liaison médicale est entré en vigueur et se généralise, remplaçant le Compte Rendu d'Hospitalisation (CHR), et 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.

Cette lettre de liaison doit être remise au patient le jour de sa sortie.

Les indicateurs de qualité des établissements de santé indiquent :

- [sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO](#) :

15 % des établissements de santé analysés (56 établissements et 4439 dossiers analysés) sont classés en classe A ou B, contre 23 % au niveau national. L'amélioration à apporter concerne principalement les informations concernant l'aspect médicamenteux.

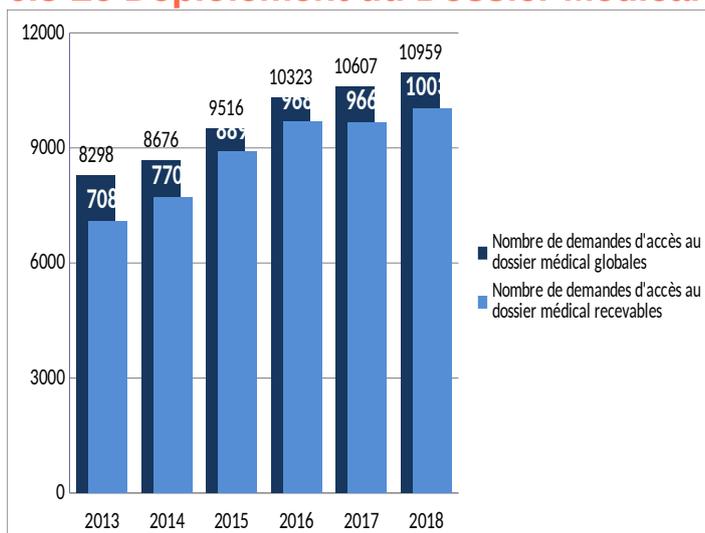
- [sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie en chirurgie ambulatoire](#) :

21 % des établissements de santé sont classés en classe A ou B, contre 24 % au niveau national

- [sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie en SSR](#) :

27 % des établissements de santé sont classés en classe A ou B, contre 50 % au niveau national

6.3 Le Déploiement du Dossier Médical Partagé



En 2018 et 2019 il y a eu une dynamique assez forte en termes de création de DMP puisque, au 13 octobre 2019 7,5M de DMP sont ouverts en France, dont 381.000 en Pays de La Loire (soit 1 habitant sur 10).

Il faut maintenant accompagner l'ensemble des professionnels pour l'alimentation automatique du DMP avec les éléments pertinents qui permettront d'améliorer le parcours de soins.

Des groupes de travail ont été mis en place avec les établissements sanitaires, les EHPAD et les professionnels libéraux.

Il existe encore des freins qui sont de 2 ordres :

i. L'interopérabilité des systèmes informatiques des établissements et des EHPAD :

Au niveau des établissements sanitaires de la région, l'ARS va financer 40 établissements sur le domaine « Echange et partage » qui fixe des objectifs en termes d'alimentation. Ce financement va accélérer la mise en conformité des systèmes d'information. Les EHPAD sont également accompagnés financièrement par les CPAM pour adapter leur système informatique.

Un plan d'accompagnement financier des établissements médico-sociaux est étudié actuellement par le ministère.

Par ailleurs la CNAM travaille avec les laboratoires et les cabinets de radiologie pour assurer une alimentation automatique du DMP avec les images et des données de biologie.

ii. L'organisation et le temps médical :

Certains établissements et EHPAD doivent encore se saisir du sujet pour définir leur stratégie d'alimentation.

Les professionnels libéraux doivent identifier les patients pour lesquels l'envoi du volet de synthèse médicale est prioritaire et nécessaire.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Le dossier médical :

Dans les établissements de santé, les procédures d'accès au dossier médical sont globalement respectées avec toujours quelques difficultés pour respecter les délais réglementaires.

La lettre de liaison :

Les indicateurs de qualité concernant la lettre de liaison indiquent que seuls 15 % des établissements sont en classe A ou B. Il reste donc de très importants progrès à faire pour faire de la lettre de liaison un outil qui soit complet et efficace pour les usagers et les professionnels de santé du premiers recours.

Le dossier médical partagé :

La CSDU note les efforts faits par l'assurance maladie et l'ARS pour permettre l'alimentation des DMP par les établissements de santé, les EHPAD...mais cela sera-t-il suffisant pour donner de la visibilité et répondre à l'attente des usagers ayant ouverts un DMP. Ainsi, avec pratiquement 400 000 dossiers ouverts dans la région à fin 2019, de nombreux usagers s'interrogent sur la faible utilisation qui en est faite par les professionnels de santé, en particulier par les médecins traitants. L'enjeu pour le DMP n'est désormais plus l'ouverture par les usagers, mais l'alimentation par les professionnels et les établissements de santé, afin que l'objectif d'assurer la continuité des soins soit rempli. A ce nouveau stade, de nombreux freins sont exprimés au sein des

hôpitaux et dans les cabinets médicaux, relevant de difficultés techniques ou de manque de temps. S'agit-il là des véritables raisons ? N'existe-t-il pas également des freins d'adhésion de nombreux professionnels de santé à l'utilisation du DMP ?

7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

7.1 Scolarisation et accompagnement des enfants en situation de handicap *(les données sont issues des rapports des Maisons de l'autonomie)*

En Sarthe :

après une diminution de 11 % en 2017, les orientations ULIS enregistrent une progression de 17.63 % en 2018. L'accompagnement des élèves en milieu scolaire ordinaire par les « Accompagnants des Elèves en Situation de handicap » AESH enregistre un surcroît de demandes de plus de 11.76 %. Les accords représentent 78.32 % des décisions.

En Mayenne :

En 2017 91% des élèves reconnus dans le champ du handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire : 45% dans le 1^{er} degré et 46% dans le 2nd degré, à temps plein ou à temps partiel.

9% des élèves reconnus dans le champ du handicap étaient scolarisés exclusivement dans les unités de scolarisation des IME /ITEP/ SEM ou IEAP.

A la suite d'une scolarisation en ULIS collège, 60% des élèves vont en ULIS Lycée. Les autres élèves retournent parfois en IME ou ne sont plus scolarisés.

Environ 30% des élèves scolarisés en milieu ordinaire en Mayenne bénéficient d'une AVS.

En septembre 2018, il y avait 6% d'élèves en attente d'affectation ULIS.

En Loire-Atlantique :

Les demandes relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap représentent 42% des demandes adressées pour les moins de 20 ans à la MDPH, soit 6 167 demandes. Les familles formulent principalement des demandes d'aide humaine à la scolarisation (46%) et des demandes d'orientation scolaire (22%). Alors que le nombre de ce type de demande était relativement stable entre 2014 et 2017, on observe une baisse de plus de 8% du nombre de demandes d'aides humaine à la scolarisation et de 2.5% du nombre de demandes d'orientation scolaire. La démarche de simplification de l'accès aux droits conduit la MDPH à accorder davantage de droits sur deux ou trois ans, en ce qui concerne l'aide humaine, et sur 3 ans pour l'orientation scolaire. Afin d'améliorer en continu la préparation de la rentrée scolaire, les professionnels de la MDPH travaillent en relation étroite avec ceux de l'Éducation Nationale, en particulier avec les deux inspecteurs pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés (IEN ASH) et l'équipe d'enseignants référents qu'ils animent.

Avec un total de 1 179 orientations scolaires, ces décisions bénéficient d'un taux d'accord qui s'élève à plus de 80% et se font à 73 % en ULIS.

7.2 La réponse accompagnée pour tous *(les données sont issues des rapports des Maisons de l'autonomie)*

Lancée en 2014, « Une réponse accompagnée pour tous » propose une réponse individualisée à chaque personne exposée à un risque de rupture de prise en charge, pour lui permettre de s'inscrire ainsi dans un parcours de santé, conforme à son projet de vie.

En Mayenne *(source : rapport 2018 MDPH 53)* : Un chargé de mission Réponse Accompagnée avait été recruté à la fin du mois d'octobre 2017 et la démarche a été lancée lors du premier

comité de pilotage le 7 décembre 2017. En 2018, 5 plans d'accompagnement global (PAG) (1 pour les enfants et 4 pour les adultes) ont été signés en Mayenne. 39 situations complexes ont été traitées, dont 11 pour les enfants.

En Loire-Atlantique (source : rapport 2018 MDPH 53) : Plus de 8 demandes sur 10 concernent des situations d'enfants. Les situations d'enfants ou de jeunes étudiées en 2018 réunissent un nombre plus important de facteurs à risque (épouement familial paroxystique, absence de scolarité ou de dispositifs éducatifs accompagnant l'enfant, rupture de prise en charge en lien avec la protection de l'enfance, etc.). Parmi les 139 demandes reçues en 2018, 76 ont donné lieu à une suite, sous la forme d'un accompagnement par la MDPH (57 situations en cours d'accompagnement, 11 situations en cours d'analyse), ou d'un suivi par un autre dispositif (8 situations). 51 situations ont été considérées comme ne répondant pas aux critères établis afin de définir les situations prioritaires. L'élaboration d'une réponse nécessite en moyenne 3,4 mois. L'accompagnement ne passe pas nécessairement par la conclusion d'un plan d'accompagnement global (PAG.) D'autres réponses peuvent être trouvées, à travers un appui et un soutien apporté aux acteurs, ou des temps de concertation via des groupes opérationnels de synthèse.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La scolarisation des enfants en situation de handicap se fait principalement dans le milieu scolaire ordinaire. Les demandes d'orientation scolaire des familles concernent en effet principalement les ULIS et le taux de réponse positive est important (taux d'accord de 80 % en Loire-Atlantique). Faute de place en ULIS (6 % d'élèves en attente d'affectation ULIS en Mayenne en 2018) des enfants restent cependant sans solution. La mise en œuvre de la réponse accompagnée censée répondre à toutes les situations a concerné très peu de personnes en 2018 (5 plans d'accompagnement global en Mayenne en 2018, 76 accompagnements en Loire-Atlantique). Il conviendra de faire un bilan régional de cette mesure.

Il serait intéressant également de mesurer l'impact réel sur notre région de l'annonce du 11 février 2020 lors de la Conférence nationale sur le handicap d'une part de la création de 11 500 postes supplémentaires d'ici à 2022, pour accompagner la scolarité des enfants porteurs de handicap et d'autre part de la création de 1 000 places supplémentaires dans les établissements spécialisés destinées à répondre à la prise en charge des personnes handicapées.

8. L'accès à la santé des personnes détenues

8.1 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.

8.2 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 17 janvier 2020, **2 330 personnes** étaient écrouées au sein des différents établissements pénitentiaires pour adultes des Pays de la Loire : 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 taux d'occupation chez les détenus majeurs se situait entre 153 % (à Angers) et 220 % (à La Roche sur Yon).

En 2019 la file active était de 12331 personnes.

- Le nombre de consultations de médecine générale s'est élevé à : 16 796
- Le nombre de consultations en secteur psychiatrie s'est élevé à : 1 129
- Le nombre de consultations de spécialités s'est élevé à : 2 239

FOCUS

Création d'un collectif de personnes détenues au quartier femmes de la Maison d'Arrêt de Nantes

Par Médecins du Monde

Malgré les dispositions législatives, différents rapports ont mis en évidence des difficultés dans l'accès aux soins de santé dans les établissements pénitentiaires : non respect du secret médical lors de soins ou de consultations, accès à la médecine et aux soins médiatisés par des surveillants pouvant être pris dans des relations de pouvoir avec les détenus, une certaine lourdeur administrative...

C'est dans ce contexte que Médecins du Monde, en collaboration avec les équipes médicales et de l'administration pénitentiaire mène depuis 2015 un projet novateur de promotion de la santé en milieu carcéral. L'objectif est de promouvoir la santé et d'améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nantes en favorisant la construction avec les personnes détenues de modalités d'actions complémentaires aux dispositifs de droit commun existants. La phase expérimentale (2015 - 2017) a démontré l'intérêt du modèle d'intervention basé sur la démarche communautaire en santé, la démarche d'« aller vers » et « l'empowerment » des personnes.

La poursuite du programme au-delà de sa phase expérimentale met en lumière un cheminement particulièrement encourageant des femmes incarcérées en maison d'arrêt.

Après un travail sur le stress lié à l'incarcération elles ont conçu un livret d'accueil d'une quinzaine de pages, validé par l'Administration Pénitentiaire, traduit en plusieurs langues et remis à chaque arrivante en complément du livret officiel. Au fil des temps d'échanges mis en place l'idée d'une organisation pour porter une parole collective auprès de l'administration pénitentiaire et du service de santé s'est faite jour.

En 2018 la phase de bilan et de réécriture du programme a été l'occasion de réfléchir avec les personnes détenues à la maison d'arrêt sur ce qui, selon elles, permettrait d'atteindre les objectifs fixés pour que Médecins du Monde se retire. Elles ont alors évoqué l'idée d'avoir un groupe de «déléguées» qui dialoguerait avec l'Administration Pénitentiaire et les services de santé sur les problématiques collectives afin d'améliorer le bien-être en détention. Cette proposition a été travaillée puis validée par l'administration pénitentiaire en août 2018. Des élections ont été organisées afin de désigner les représentantes constituant le groupe baptisé : « les Plurielles ». Ces dernières ont pour mission de récolter la parole des codétenues, d'identifier les préoccupations communes, d'élaborer, en lien avec l'ensemble des femmes des propositions d'amélioration et de les présenter devant les représentants de la justice et de l'hôpital au cours de rencontres régulières.

Après de longues discussions, entre autres résultats, elles ont obtenu l'accès au terrain de foot et au gymnase pour favoriser l'activité physique. D'autre part elles collaborent avec le service de santé pour déterminer les thématiques des actions de promotion de la santé... La prise de conscience du pouvoir d'agir en commun pour améliorer sa santé en détention est indéniable.

La démarche communautaire porte ses fruits, les femmes détenues construisent une parole collective et la font valoir. Les tensions diminuent. Ce dispositif est un véritable exercice de citoyenneté pour les plus impliquées.

Malgré tout, cela reste fragile et dépendant de la bonne volonté des cadres de l'administration pénitentiaire nantaise. L'inscription d'une telle organisation dans le règlement intérieur de l'établissement pourrait être favorable à sa pérennisation et peut-être à son extension auprès des hommes détenus à Nantes, et pourquoi pas, faire école dans d'autres établissements.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Au-delà des chiffres fournis sur le nombre de visites médicales, la CSDU ne dispose pas de suffisamment d'éléments pour émettre un avis sur le respect de l'accès à la santé des détenu(e)s dans la région.

Le projet mis en œuvre par Médecins du monde au quartier femmes de la maison d'arrêt de Nantes demande un investissement important mais il a de nombreux bénéfices. Au-delà de son impact sur la santé des détenues ce projet leur permet de développer leur pouvoir d'agir, leur sens du travail collectif et de la citoyenneté en général, facilitant ainsi la réinsertion.

Au vu de l'état de santé de la population carcérale la CSDU souhaite que ce type de projet soit soutenu et encouragé par les pouvoirs publics pour en faire bénéficier l'ensemble des détenus.

9. Santé mentale

Remarque liminaire : le rapport de synthèse relatif aux cinq Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) de la Région des Pays de la Loire est établi sur la base des données et informations mentionnées dans chacun des cinq rapports annuels de ces dernières. L'élaboration de cette synthèse est prévue dans le cahier des charges de ce rapport (arrêté ministériel du 5 avril 2012)

Depuis fin 2017 la CDSP de Vendée n'a pas été en mesure de se réunir, empêchée en-cela par une carence de candidats entraînant un manque de quorum et ce en dépit de sollicitations répétées de la Préfecture de Vendée vis-à-vis des organismes et institutions concernés.

Pour ce rapport 2019, la remise tardive de chiffres sur les mesures d'admission aux soins sans consentement en Vendée et une lecture d'approche de ces données différentes avec celle de l'ARS, ne nous ont pas permis de faire une synthèse et une analyse approfondie des évolutions des soins sans consentement dans notre région.

9.1 Composition et missions de la CDSP

a) Composition de la CDSP

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.

Suppression de l'ordre judiciaire de la composition des CDSP :

la composition des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) a été modifiée dans le cadre de la loi 2019-222 de programmation 2018-2022 et de la réforme pour la justice. Il en résulte (articles 102 et 109) que les magistrats siégeant dans les CDSP ne seront plus remplacés à l'issue de leur mandat.

b) Missions de la CDSP

Créées par la loi du 27 juin 1990, la commission départementale « des hospitalisations psychiatriques », renommée, par la loi du 5 juillet 2011, « commission départementale des soins psychiatriques » (CDSP), est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Cette commission est informée de toutes les décisions d'admission en soins psychiatriques, de tous les renouvellements de ces soins et de toutes les décisions y mettant fin dans le ressort du département.

Elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sur décision du directeur de l'établissement, sur décision du représentant de l'État et des personnes détenues atteintes de troubles psychiques.

Elle examine la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et obligatoirement de celles admises en cas de péril imminent ou celle des patients dont le séjour se prolonge au-delà d'une année.

C'est un veilleur attentif des pratiques dans les établissements publics de santé mentale. Son mode de fonctionnement, notamment à travers ses visites in-situ et le rapport de synthèse qu'elle émet annuellement sont riches d'enseignements.

c) Eléments statistiques :

En dépit des problèmes de cohérence rencontrés et mentionnés ci-avant il peut être noté :

- une augmentation sensible cette année du nombre de mesures de soins sans consentement à la demande des représentants de l'Etat (SDRE),
- une augmentation également sensible du nombre de mesures des soins sans consentement en cas de mesure dite « Urgence » (SDTU),
- une relative stabilisation du nombre de mesure des soins sans consentement dite « Péril imminent » (SPI).

c) Fonctionnement des CDSP

Une Commission Départementale des Soins Psychiatriques est présente dans quatre 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 que de la quantité des membres qui les constituent, respecte les dispositions prévues par loi.

Toutefois la CDSP de la Vendée est confrontée à des difficultés de fonctionnement récurrentes avec depuis 2012. L'accentuation de ces difficultés a entraîné le désintéressement des candidats rendant impossible la constitution d'une commission. Cette situation est particulièrement regrettable au vu des problèmes qui se font jour. (cf. remarque liminaire)

d) Visite des Etablissements

Le fonctionnement de chacune des CDSP requière deux visites annuelles par établissement. Au regard de cette obligation les réalités territoriales sont assez disparates compte-tenu de la charge que cette disposition implique pour les membres des CDSP.

9.2 Remarques générales sur la situation de personnes hospitalisées et droits des patients

CSI (Chambre de soins intensifs) :

La mise en place du registre de suivi des CSI conformément à l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 au sein de chaque établissement est assez contrastée. Cette mise en œuvre apparaît complexe. Des mises en place de registres « papiers » ont souvent un caractère provisoire donc incomplet. La mise en œuvre sous un format informatisé se révèle souvent complexe et les documents qui en résultent sont souvent peu lisibles et exploitables.

Il reste donc beaucoup de progrès à faire dans la déclinaison des principes posés dans l'instruction précitée.

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 et de la détention. 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 :

Il convient d'être vigilant concernant les patients objets de programmes de soins non renouvelés, notamment si des éléments non pas été modifiés pendant une période de 12 à 18 mois, sans que le dossier de la personne permette d'en apprécier les raisons. Leur présence **effective** et **sans rupture** au sein des établissements dépasse 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 charge ?

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 581 pour l'année 2018. Ce chiffre apparaît très nettement en baisse par rapport aux années précédentes.

Le nombre de patients qui ont été reçus, à la demande de ces derniers, par les commissions en entretien individuel est renseigné de manière inégale selon les rapports.

Commentaires de la commission spécialisée droits des usagers

A partir des rapports des différentes commissions départementales de soins psychiatriques les points suivants sont à prendre en compte :

- **Une hausse des personnes admises en soins sans consentement :**

Le nombre de personnes admises en soins sans consentement, particulièrement sous mesure SDRE (à la demande des représentants de l'Etat) mérite une réflexion sur les raisons d'origine de cet afflux mais également un examen attentif des solutions élaborées par les établissements pour faire face à cette situation.

La recherche des causes d'un tel afflux en SDRE et SDTU (urgences) serait un travail prospectif instructif. **On peut également s'interroger sur la façon dont des établissements psychiatriques souvent saturés, aux moyens humains insuffisants et aux locaux fréquemment exigus non extensibles, assurent une prise en charge complémentaire importante.** La nécessité d'accueillir les nouveaux entrants implique une sortie concomitante de patients alors souvent admis en ambulatoire avec obligation de soins et donc impliquant un programme et un suivi sans faille. Le modus operandi employé mérite réflexion et la question est posée de sa soutenabilité au plan thérapeutique comme au plan de l'éthique.

- **Pratiques d'isolement et de contention (CSI) :**

La nécessité d'une attention particulière quant au strict respect des dispositions de l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017 dans la mise en œuvre de mesures d'isolement et/ou de contention est pointée.

- **Existence et missions des CDSP :**

La situation des CDSP mériterait un regard attentif de l'ARS Pays de la Loire dans la mesure où ces dernières constituent un organe de vigilance quant au respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement dans un EPSM.

L'examen des dossiers des patients, la visite des unités d'hospitalisation, le contrôle du placement en isolement et/ou en contention et la réception des personnes hospitalisées qui en font la demande font des CDSP des acteurs impartiaux veillant activement à la garantie des droits fondamentaux et libertés individuelles des patients hospitalisés sans leurs consentements.

La composition d'une CDSP est simultanément une force et une faiblesse. Une force, car la complémentarité des personnes qui la compose offre ainsi des regards professionnels croisés. Une faiblesse, car ces personnes ont pour une grande part une activité professionnelle à forte contrainte influant notablement sur le temps susceptible d'être consacré à la CDSP. Un risque de délitement insidieux de cette instance est à craindre. Ce

risque s'est accru par la décision du Ministère de la Justice dans la loi de programmation 2018 - 2022 de ne pas renouveler les mandats des magistrats siégeant au sein des CDSP. Dans ce contexte cette situation ne peut que fragiliser la pérennité des CDSP et ceci au détriment des droits du patient .

- **Une réflexion commune des CDSP de la Région Pays de la Loire :**

Un partage de réflexions entre les différentes CDSP de la Région Pays de la Loire sur les différents sujets couverts par celles-ci s'avérerait profitable. La CDSP Loire-Atlantique a tenté de tels rapprochements, apparemment sans succès.

FOCUS

PLAIDOYER POUR LES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Pierre GIRAUD, membre de la CRSA

Pour un proche parent d'une personne souffrant de schizophrénie, force est de constater que le recours à l'encontre de celui-ci d'une hospitalisation dans le cadre d'une procédure de soins sans consentement peut s'avérer malheureusement nécessaire dans certaines circonstances. Priver quelqu'un de sa liberté d'aller et venir est une démarche qui laisse des traces tant chez le parent signataire des formalités d'admission que chez la personne concernée, cette dernière manquant rarement l'occasion de formuler d'amers reproches à ce parent signataire.

Pour utile que soit une telle mesure dans le cadre précité, c'est néanmoins une procédure attentatoire à une liberté fondamentale de la personne qui est celle de pouvoir aller et venir en toute liberté (article 2 & 4 de la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen).

Les citoyens que nous sommes ne peuvent, concomitamment à la démarche précitée, qu'être fortement interpellés sur les conséquences possibles de cette disposition exorbitante du droit commun. Chacun aura en mémoire la constante de régimes politiques totalitaires répressifs instrumentalisant la psychiatrie en faisant ou tentant de faire de celle-ci un auxiliaire efficace en termes de privation de liberté d'aller et venir au sens le plus large.

Nous n'en sommes pas là, mais de petits glissements en petits glissements, en légères modifications réglementaires ou législatives et en interprétations abusives d'une directive, de manière imperceptible nous nous retrouvons un jour face à une situation d'exception avec l'onction d'une démarche démocratique alors abusée.

Un ancien président de l'UNAFAM avait coutume de dire que « les cheminements en psychiatrie sont semblables à ceux « *sur un étroit chemin de crête* ».

Soyons donc vigilants et attentifs aux signes lanceurs d'alertes. Les Commissions départementales des soins psychiatriques font partis de ces dispositifs « *garde-fou* ».

II. Orientation 2 - Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous

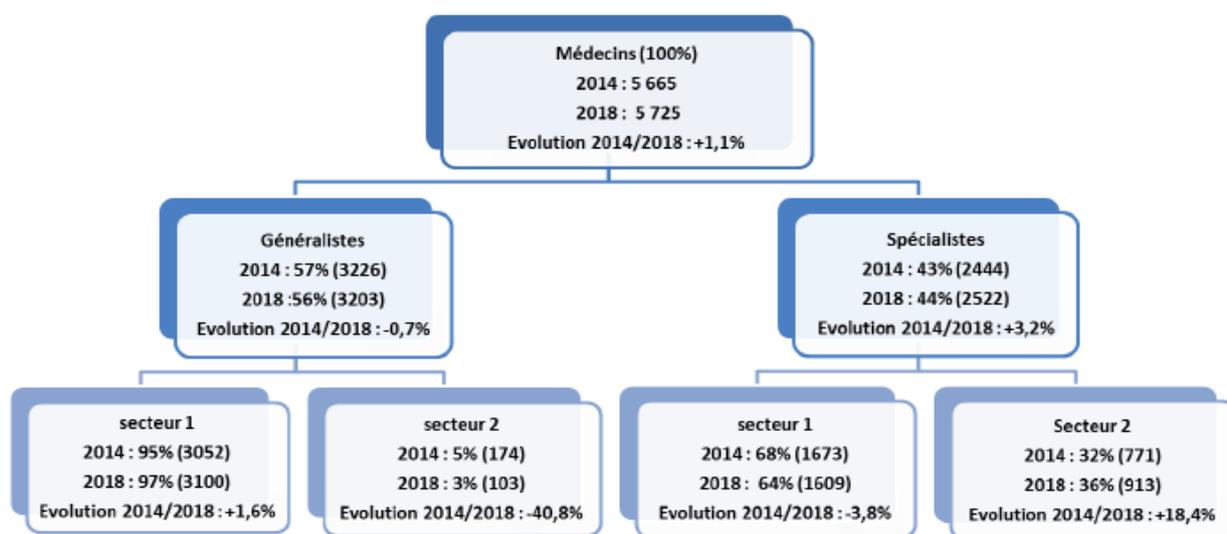
10. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux

10.1 Répartition des professionnels par secteur

La convention médicale permet aux médecins d'exercer sous 3 secteurs différents. Chaque secteur possède sa propre tarification. Les secteurs 1 et 2 sont dits conventionnés, alors que le secteur 3 est en dehors du système conventionnel.

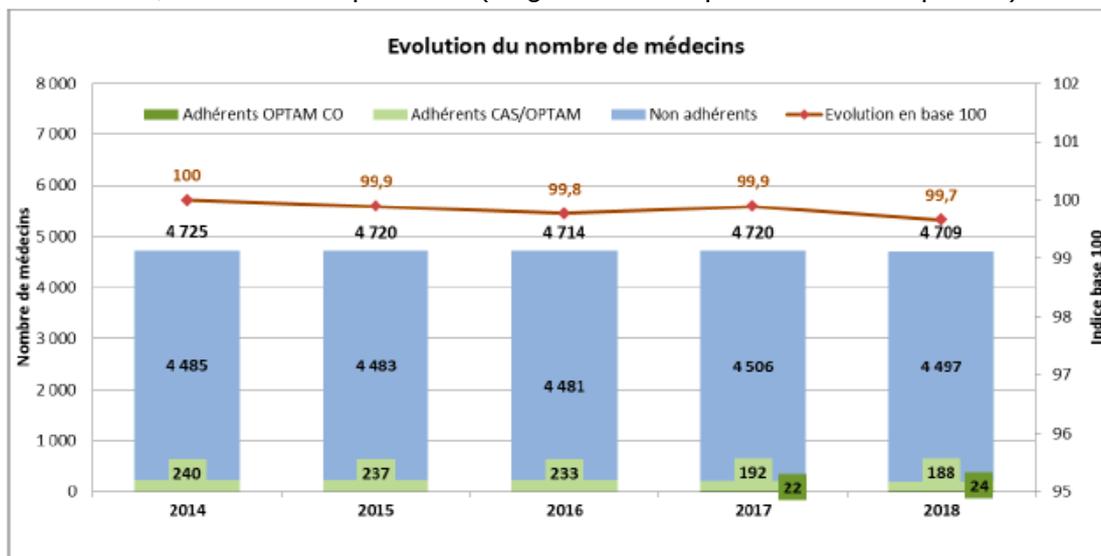
La répartition des médecins entre le secteur 1 et le secteur 2 varie fortement selon les départements : en Vendée 25 % des spécialistes sont en secteur 2, et en Mayenne 22 %, alors qu'en Loire-Atlantique ils sont 39 %, et en Maine-et-Loire ils sont 40 %.

Evolution de l'offre de soins comparaison 2014 - 2018



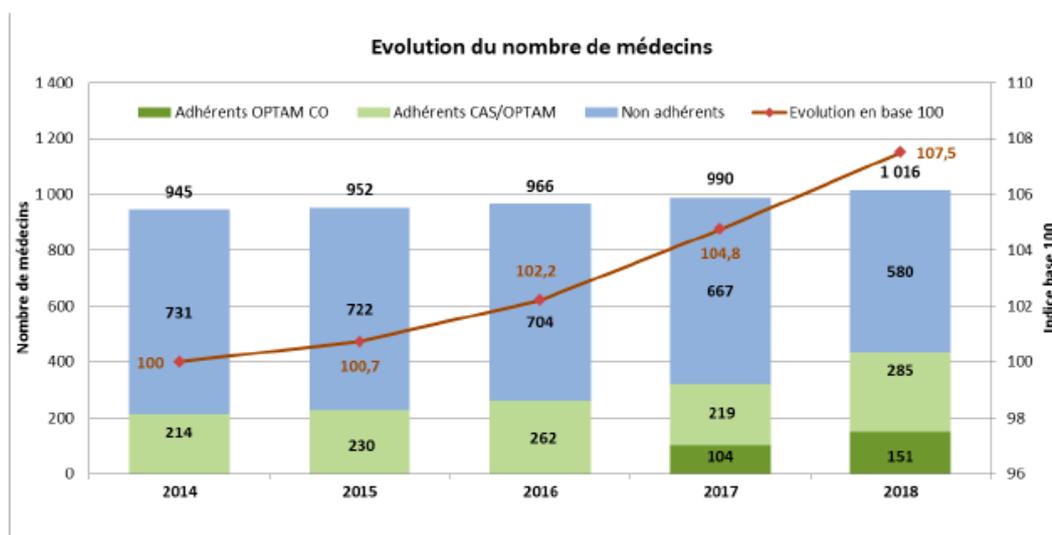
Tarification des médecins en secteur 1

Les tarifs correspondent à ceux fixés dans la convention médicale. Ces tarifs servent de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie. En secteur 1 le médecin ne pratique pas de dépassement d'honoraires, sauf cas exceptionnels (exigence de temps ou de lieu du patient) :



Tarification des médecins en secteur 2

Ce secteur dit conventionné à honoraires libres permet aux médecins de fixer librement le tarif des actes médicaux dans des limites modérées (avec tact et mesure). Le patient est remboursé sur la base du tarif fixé par la convention médicale (tarifs applicables aux médecins de secteur 1) :



Option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-CO)

Pour améliorer l'accès aux soins de tous, les options de pratique tarifaire maîtrisée, Optam et Optam-CO (pour la spécialité chirurgicale et la spécialité gynécologie obstétrique) ont été introduites dans la convention médicale 2016 (précédemment Contrat d'Accès aux soins CAS) mis en place en 2014).

En cas d'adhésion le médecin s'engage :

- à ne pas augmenter le niveau moyen de ses dépassements d'honoraires pendant toute la durée de validité du contrat par rapport à la période antérieure ;
- à ne pas augmenter non plus la part de son activité donnant lieu à des dépassements d'honoraires.

Cette option s'adresse aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins en secteur 1

Tarifification des médecins en secteur 3

Ce secteur, en dehors du système conventionnel, permet au médecin de fixer librement ses honoraires. Mais dans ce cas, les patients sont remboursés sur la base d'un tarif dit d'autorité par l'Assurance Maladie (0,61 € pour une consultation de médecine générale, 1,22 € pour une consultation chez un spécialiste).

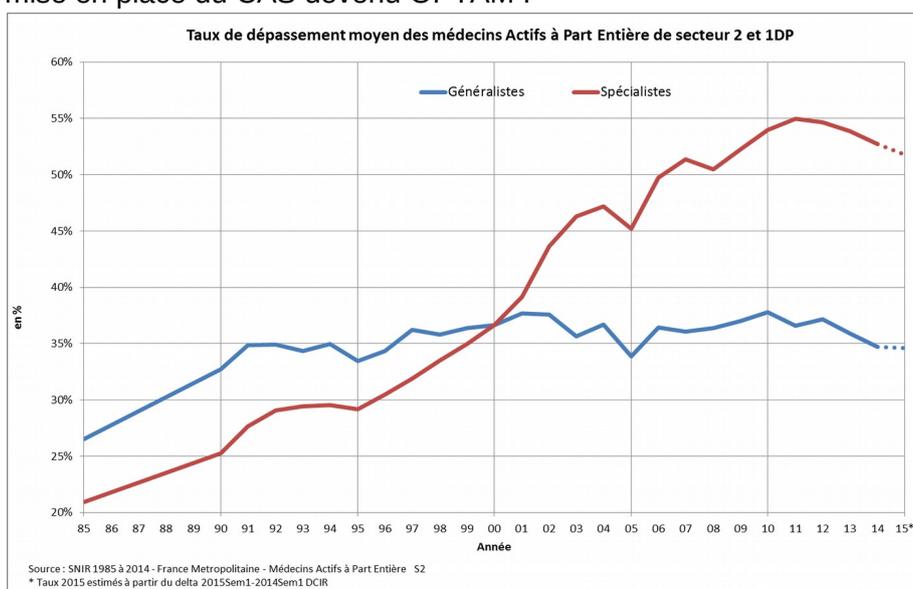
Le nombre de médecins en secteur 1 est stable tandis que le nombre de médecins en secteur 2 a augmenté de 7,5% en 4 ans :

- 97% des généralistes sont en secteur 1, 3% en secteur 2 (au niveau national 9,5%)
- 36% des spécialistes sont en secteur 2 (c'est 7 % de moins que la moyenne nationale mais en augmentation sur la région)

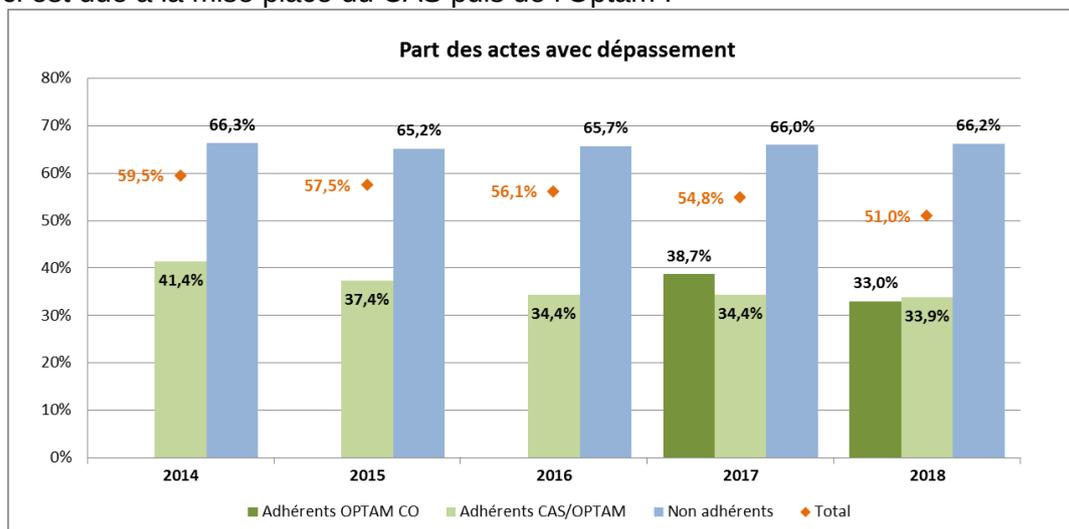
Les médecins de secteur 2 signataires d'un contrat de maîtrise de dépassement (OPTAM) sont passés de 23% en 2014 à 43% en 2018.

10.2 Les dépassements d'honoraires en médecine libérale (tous les tableaux sont des données de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire)

a) Sur 30 ans le taux de dépassement moyen chez les généralistes est relativement stable. Il a augmenté chez les spécialistes de façon importante avec un infléchissement depuis 2014 c'est-à-dire depuis la mise en place du CAS devenu OPTAM :

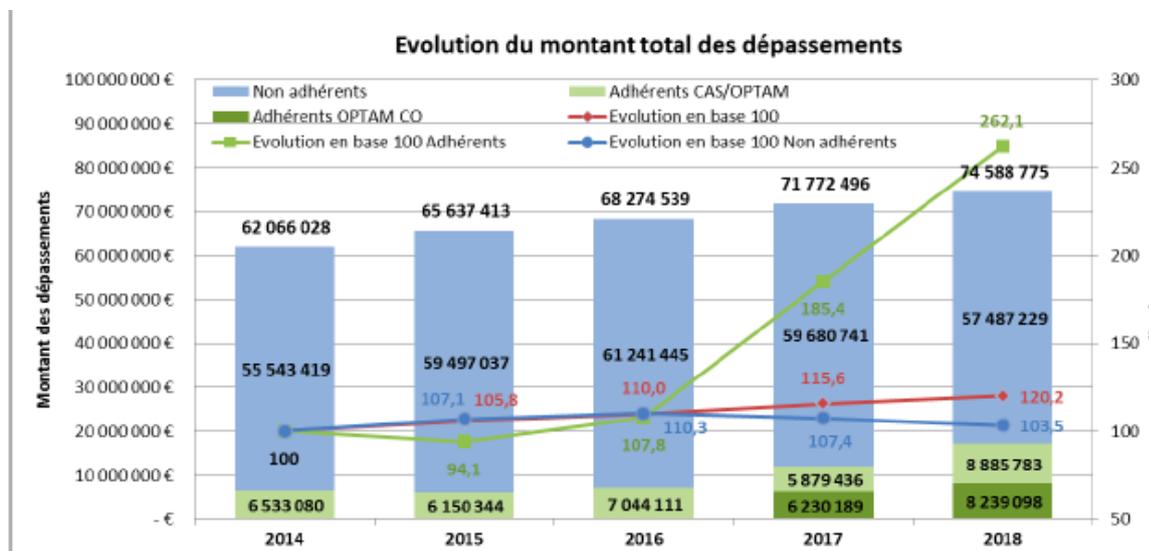


b) Pour les médecins du secteur 2, la part des actes avec dépassements diminue de 8,5% en 4 ans. Ceci est due à la mise place du CAS puis de l'Optam :

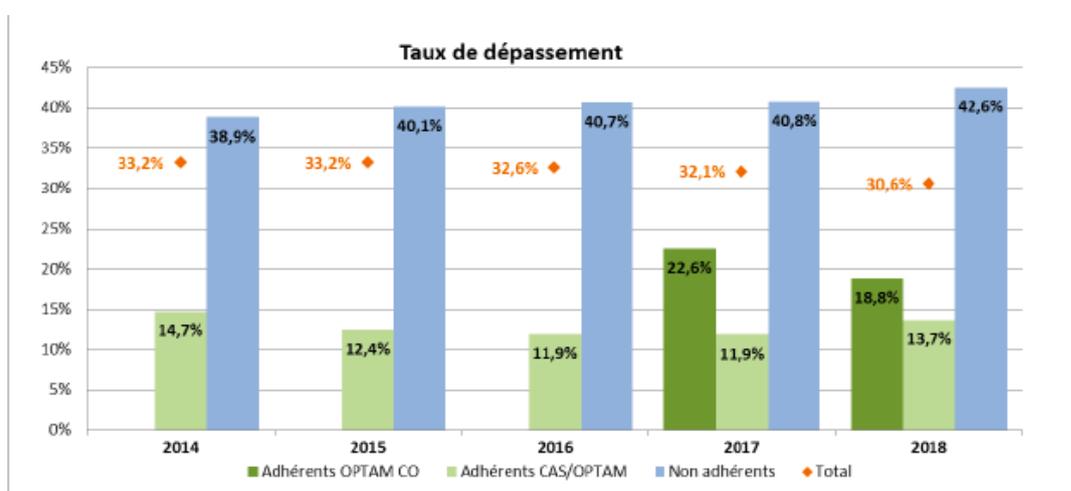


c) Le montant global des dépassements associés aux actes a progressé de 20,2 % en 4 ans, moins vite que le montant des dépenses (27,8%).

Le montant moyen du **dépassement par acte** progresse sur la période de 8% pour les médecins adhérents à un contrat OPTAM et de 11% pour les médecins non adhérents. L'OPTAM permet donc la maîtrise des dépassements :



d) Le taux global de dépassement est de 30,6%, au niveau de la région, il diminue de 2,6 % en 4 ans, avec néanmoins une croissance de 2,7% pour les médecins du secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM :



e) Le montant moyen du dépassement par acte progresse sur la période de 8% pour les médecins adhérents à un contrat OPTAM et de 11% pour les médecins non adhérents.

Le taux d'honoraires des actes réalisés aux tarifs opposables est de plus de 60% pour les médecins adhérents contre 29,5% pour les médecins non adhérents. L'OPTAM permet donc à la fois la maîtrise des honoraires et le nombre de dépassements.

f) Taux d'adhésion des médecins du secteur au contrat OPTAM par département

(Source : Assurance Maladie)	Taux d'adhésion des médecins du secteur 2 au contrat Optam	
	2014	2018
Loire-Atlantique	27 %	46 %
Maine-et-Loire	14 %	37 %
Sarthe	22 %	49 %
Vendée	26 %	52 %
Mayenne	17 %	58 %

10.3 Les dépassements d'honoraires en établissements sanitaires

Actes thérapeutiques liés à :	Taux de séjours avec dépassements d'honoraires					Prix unitaire moyen				Dépassements moyens				
	2012	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2012	2015	2016	2017	2018
Bulbe oculaire	32,5%	42%	42%	47,7% ↑	67,3 % ↑	436	439	441	421	125	133	132	134 ↑	260 ↑
Oreille	16,8%	21%	22%	24,6% ↑	44 % ↑	173	171	174	224 ↑	157	169	164	174 ↑	320 ↑
Veines	39,8%	41%	41%	40,8% ↑	45 % ↑	258	253	253	264 ↑	152	166	168	170 ↑	297 ↑
Dents	NR	33%	35%	40,8% ↑	50 % ↑	186	188	187	194 ↑	NR	73	80	81 ↑	200 ↑
Appareils génitaux (H)	56,8%	69 %	71%	71,8% ↑	70 %	394	409	408,6	354	165	241	267	271 ↑	363 ↑
Articulations des membres inférieurs	63,7%	71%	69%	68,6% ↑	72 % ↑	605	615	624	594	233	281	288	285	547 ↑
Sein	59,5%	66%	69%	68,1% ↑	67 %	396	390	400	425 ↑	516	579	609	619 ↑	1032 ↑
Procéation Grossesse Nouveau-né	45,8%	46%	38%	38,8% ↑	44 % ↑	315	313	315	321 ↑	112	128	130	103	377 ↑

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 des actes chirurgicaux dans les cliniques privées et sont disponibles sur le site de l'ATHI : <http://www.scansante.fr/applications/depassements-honoraires>.

L'impact de la mise en place de l'Optam CO sur la maîtrise du nombre de dépassements d'honoraires et leur montant sur les actes de chirurgicaux en cliniques privées apparaît moins évident que pour les consultations.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

L'analyse des honoraires pratiqués par les médecins des Pays de la Loire a été faite à partir de l'intervention du Directeur de la CPAM 44 à la réunion plénière de la CRSA du 12 juin 2019.

Pour la répartition par secteur d'activité la CSDU note :

- une très faible part de généralistes ayant fait le choix du secteur 2 (3%)
- une croissance importante du nombre de spécialistes ayant fait le choix du secteur 2 (+18,4% sur 4 ans)
- un taux d'adhésion des médecins en secteur 2 aux contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires qui a pratiquement doublé en 4 ans (de 22,6% à 42,9%), avec des différences d'adhésion très importantes entre spécialités (13% en ophtalmologie, 38% chez les anesthésistes, 60% en gynécologie, 85% chez les radiologues).

L'adhésion d'un nombre important de médecins de secteur 2 aux contrats de maîtrise de dépassements d'honoraires a eu pour conséquence sur 4 ans :

- un infléchissement de la hausse des dépassements d'honoraires des spécialistes
- une diminution de 8% du nombre d'actes avec dépassements du secteur 2 (51% en 2018)
- une moindre progression des montants de dépassements (8% contre 11% pour les non adhérents)

Le montant global des dépassements associés aux actes, 74,5 millions d'euros, a néanmoins progressé de 20,2% en 4 ans.

Pour la CSDU, si effectivement les contrats de maîtrise de dépassements d'honoraires ont permis de stopper leur croissance continue à la fois en nombre d'actes et en montant individuel depuis 15 ans, il reste que cette pratique pèse de façon importante dans le reste à charge des usagers .

En ce qui concerne les actes chirurgicaux réalisés dans les établissements privés, la CSDU note une croissance continue du nombre d'actes réalisés avec dépassements avec une hausse importante des dépassements moyens pour certains actes.

Si les informations de l'Assurance maladie permettent à la CSDU d'analyser les dépassements d'honoraires, il conviendrait également, pour avoir une analyse complète, de connaître au niveau régional les montants remboursés par les mutuelles santé suite à la mise en place du forfait patientèle afin de mesurer réellement le reste à charge.

10.4 La démographie médicale

	Nombre de médecins généralistes (Source : Assurance Maladie)		Evolution
	2014	2018	
Loire-Atlantique	2372	2520	+ 6 %
Maine-et-Loire	1336	1361	+2 %
Sarthe	767	707	- 8 %
Vendée	831	803	- 3 %
Mayenne	363	334	- 8 %

Ces chiffres sont confirmés par une récente **étude de L'ORS Pays de La Loire de Janvier 2020 : « Panel en médecine générale 2018-2021, Pays de la Loire, Les médecins généralistes libéraux face aux évolutions de la démographie des professionnels de santé »**

Extraits : « Depuis 2013, le nombre de praticiens généralistes libéraux a progressé de 0,5 % par an dans la région, alors qu'il a baissé de 0,3 % en France. Les Pays de la Loire font en effet partie des rares régions françaises où le nombre de médecins généralistes augmente. Toutefois d'autres paramètres doivent être pris en compte pour comprendre la démographie médicale et ses évolutions, en premier lieu la croissance de la population française. Ainsi, compte tenu de la croissance démographique soutenue dans la région Pays de la Loire, les densités de médecins généralistes ont diminué entre 2017 et 2018 pour presque tous ses départements (de -1,3 % en Maine-et-Loire à -4,5 % en Sarthe) à l'exception de la Loire-Atlantique (+0,2 %) . Ensuite, il faut tenir compte des besoins des populations (qui, entre autres, augmentent avec leur vieillissement), et d'autres paramètres liés à l'offre de médecine générale (départs à la retraite de médecins encore partiellement compensés par les jeunes générations, temps de travail moindre des jeunes médecins et des femmes médecins, déclin de l'exercice libéral...). Selon la Drees, qui a analysé les perspectives démographiques des médecins en France jusqu'en 2040 en tenant compte de ces paramètres, et selon un scénario tendanciel qui repose sur l'hypothèse d'une politique de régulation médicale inchangée et de comportements constants des médecins, l'offre médicale devrait, au plan national, croître moins vite que la demande, au cours des dix prochaines années. Des études similaires à l'échelle régionale et infra régionale permettraient de mieux caractériser ces dynamiques, et identifier les leviers à mobiliser localement.

Ces difficultés démographiques se ressentent dans l'expression des médecins généralistes des Pays de la Loire interrogés pour cette étude :

Extraits : « Près de deux praticiens sur trois estiment que l'offre de médecine générale sur leur territoire est insuffisante.

Plus de quatre médecins généralistes libéraux sur cinq déclarent qu'ils répondent avec difficulté aux sollicitations de leurs patients Pour plus d'un tiers (37 %), cela a un impact sur leur pratique Près de neuf médecins généralistes sur dix déclarent avoir des difficultés pour orienter vers un spécialiste (10 % de plus qu'au niveau national) Par exemple, ils sont 69 % à déclarer des difficultés à orienter vers des radiologues, soit 30 points de plus qu'au niveau national. L'accès à la radiologie, et notamment aux échographies, est en effet en Pays de la Loire très problématique selon le groupe d'analyse régional avec des délais de rendez-vous non compatibles avec des prises en charge en ville.

Plus d'un médecin sur trois déclare avoir des difficultés pour orienter vers des professionnels paramédicaux , l'accès à un masseur-kinésithérapeute est cité en premier (90%) suivi par l'accès à un orthophoniste (67%). »

Selon le **baromètre Opinion Way** paru en décembre 2019 il est précisé que 18,6% des Français ont renoncé à aller chez un médecin généraliste pour des raisons financières (+12 points en 4 ans) ; 67% trouvent le délai d'attente pour un spécialiste trop long.

En ce qui concerne l'accès à un médecin traitant, 58 % des médecins interrogés déclarent refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant.

En 2016, il faut rappeler que dans certains territoires plus de 18% de la population n'avait pas de médecin traitant désigné (moyenne régionale 10%). Pour ce rapport nous n'avons pas eu une actualisation de ces données par l'assurance maladie.

Sur ce point, l'Assurance Maladie a mis en place une procédure pour aider l'utilisateur à trouver un médecin traitant en saisissant le médiateur des caisses.

Les personnes ayant une nécessité rapide de soins ont trouvé des solutions grâce à cette procédure mais les personnes ayant le souhait d'obtenir un médecin traitant sans avoir besoin de soins dans l'immédiat n'ont pas forcément de remède.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Les précédents rapports relatifs aux droits des usagers ont pointé les difficultés d'accès à un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, avec, de plus, de fortes inégalités

géographiques.

Les différentes études de ces derniers mois (Assurance maladie, Observatoire Régional de Santé...) montrent bien que l'accès à un médecin dans notre région ne s'améliore pas, voire se détériore. La légère augmentation du nombre de médecins généralistes est souvent mise en avant mais elle cache des baisses significatives dans les départements de notre région déjà en fortes difficultés (Sarthe, Mayenne, Vendée).

L'accès à un médecin spécialiste interpelle également : pour huit des neuf spécialités les plus fréquemment consultées les densités de professionnels en Pays de la Loire sont inférieures de 24 % à 31 % à celles enregistrées au niveau national. L'ophtalmologie affiche un écart moins important (-9 %).

De nombreuses mesures sont prévues dans le Projet régional de santé pour tenter d'améliorer la situation (exercices coordonnés, mise en place d'assistants médicaux, transferts de tâches, incitation financière à l'installation...), mais ces mesures auront-elles un impact pour permettre à chaque ligérien d'avoir accès à un médecin traitant, à un spécialiste, voire à des professions para-médicales également en difficultés démographiques ? La CSDU, tout en soulignant la nécessité d'intensifier les initiatives prises, craint que la perception des ligériens des difficultés d'accès aux soins ne s'améliorent pas, entraînant de facto une perte de confiance dans notre système de santé.

10.5 Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Une CPTS est un regroupement de professionnels autour d'un projet commun d'amélioration de l'offre. Ce sont les professionnels libéraux du 1er recours et du second recours qui constituent un projet de prise en charge de la population puis s'associent avec les autres professionnels. Les territoires définis doivent être cohérents avec les parcours de soins et se situent à l'échelon infra-départemental. Les CPTS ne sont pas des MSP qui elles sont centrées sur les patientèles.

Les CPTS permettent de renforcer les soins ambulatoires et d'améliorer les conditions d'exercice et donc l'attractivité du territoire, elles permettent également d'améliorer la coordination, de structurer les parcours de soins. La réglementation prévoit qu'il y ait un lien avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

L'Accord cadre interprofessionnel (ACI) définit le financement par l'Assurance Maladie et les actions socles qui doivent être mises en place : faciliter l'accès à un médecin traitant ; améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville ; organiser les parcours pluri professionnels autour du patient ; développer des actions territoriales de prévention. C'est un contrat tripartite CPTS-ARS-CPAM avec un conventionnement et d'une durée de 5 ans qui permet de financer la coordination.

En Pays de la Loire au 15 octobre 2019 l'inter URPS accompagne les professionnels qui veulent mettre en place une CPTS à : Ancenis, Sable d'Olonne, Haute Sarthe, La Roche sur Yon, Le Mans, littoral vendéen, Luçon, Montaigu, Nord ouest Vendée, Nord ouest Mayennais, Pays de Mayenne, Saumur, sud ouest Mayennais, Sud Vendée, Vallet, Pornic, Vallée du haut Anjou...

A terme il y aurait donc une cinquantaine de CPTS avec des échelles populationnelles variables.

Méthodologie de l'accompagnement :

un territoire est défini avec les professionnels, puis une plénière est convoquée avec tous les professionnels du territoire, ensuite il y a mise en place d'un comité de pilotage, définition d'un projet, envoi de la lettre d'intention à l'ARS et CPAM, recrutement d'un coordinateur avec l'aide du

groupement d'employeur des CPTS (la dotation moyenne devrait permettre de recruter un ETP par CPTS).

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers :

La dynamique d'installation des CPTS en région de Pays de la Loire est certaine. La mise en place de cette organisation territoriale des soins libéraux devrait permettre de répondre aux attentes des usagers en particulier sur l'accès à un médecin traitant et à une meilleure organisation des soins non programmés.

Au-delà de l'implication du maximum de professionnels de santé libéraux sur les territoires, l'enjeu de réussite des CPTS va être l'interaction avec tous les acteurs des territoires (établissements de santé et médicaux sociaux, collectivités locales, associations d'usagers...)

Pour les associations d'usagers, il serait important qu'elles soient associées à l'établissement des projets de santé des CPTS et à leur suivi.

10.6 Le fonctionnement des services d'urgences

Eléments du panorama Urgences 2018 réalisé par l'Observatoire Régional des Urgences :

- 960 000 résumés de passage aux urgences ont été transmis en 2018, soit 3% de plus qu'en 2017.
- 56% des passages sont liés à un diagnostic médico-chirurgical, 36 % sont d'origine traumatologique, 3 % psychiatrique, 2 % toxicologique, et 3 % d'une autre nature.
- Un passage sur 7 correspond à une gravité CCMU1 (c'est-à-dire qu'aucun acte complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient n'a été effectué dans le SU), et un peu plus d'un sur 100 à une urgence vitale (CCMU 4 ou 5).
- 27 % des passages se concluent par une hospitalisation, y compris une prise en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Cette proportion augmente progressivement avec l'âge pour concerner près de deux tiers des patients au-delà de 85 ans.
- La moitié des passages aux urgences dure moins de 3h15min (moins de 2h55min s'agissant des patients retournant à leur domicile, et un peu plus de 5h20min pour les patients hospitalisés). La durée de passage augmente nettement avec l'âge des patients, en lien avec la complexité croissante des prises en charge. Au delà de 90 ans, les patients restent en moyenne un peu plus de 6h aux urgences lorsqu'ils retournent au domicile, et un peu plus de 7h lorsqu'ils sont hospitalisés.

Les réclamations d'usagers qui concernent les services des urgences représentent une part importante des réclamations reçues par les établissements de santé (30% des réclamations adressées au CHU de Nantes).

Dans quelques établissements de la région les représentants des usagers sont associés aux services pour améliorer la prise en charge des patients. Ainsi au Centre hospitalier du Mans a été mis en place un « Conseil des Urgences Adultes » composé de professionnels du service et de représentants des usagers de la Commission des usagers. Ce conseil a pour objectifs d'intégrer les représentants des usagers dans la démarche d'amélioration du fonctionnement du service des urgences.

Le Pacte de refondation des urgences annoncé le 9 septembre 2019 par la Ministre de la santé reprend un certain nombre d'actions pour permettre l'accès de tous à des soins urgents et en

particulier d'améliorer le fonctionnement des services d'urgence. Les mesures prévues dans ce pacte sont en cours de déploiement dans la région.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La croissance continue depuis plusieurs années du nombre de passages aux urgences (+3% en 2018) met les services des urgences de notre région en extrême tension ce qui ne contribue pas à améliorer les conditions de séjours et de soins des patients concernés.

Le pacte de refondation des urgences, en cours de déploiement dans la région, porte plusieurs mesures qui sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des usagers ayant besoin d'un recours aux soins non programmés : mise en place d'un service d'accès aux soins, identification de plages horaires dédiées dans les cabinets médicaux, renforcement des compétences des personnels para médicaux dans les services des urgences, amélioration de la prise en charge des personnes âgées en amont et en aval des urgences, développement des maisons médicales de garde à proximité directe des services d'urgence ...

Ces mesures n'auront un réel impact que si tous les acteurs ont la volonté de travailler en interaction pour répondre aux besoins réels de la population.

A travers l'exemple de la mise en place d'un lieu de dialogue au Centre hospitalier du Mans entre usagers et professionnels des urgences, la CSDU souligne l'importance d'améliorer l'implication des représentants des usagers dans la réflexion sur le fonctionnement de ces services, qui, il faut le rappeler, font l'objet d'un grand nombre de plaintes et réclamations dans les établissements de santé.

10.8 La permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Ce qu'il faut retenir...

Au cours de ces 2 dernières années, **près d'1 personne sur 5 a appelé un service de garde** pour joindre un médecin suite à un problème de santé, en dehors des horaires classiques d'ouverture d'un cabinet.

Le numéro le plus souvent sollicité est le 15, pour près de la moitié des utilisateurs. **19% appellent SOS Médecins et seulement 7%, le 116 117.**

En 2015, le taux d'utilisateurs était de 13%, soit une progression de 6 points en 4 ans (même périmètre géographique).



Généralement ces utilisateurs ont effectué **un seul appel** vers un service de garde, **pour un proche** qui avait **moins de 15 ans** dans 61% des cas.

Cet appel a eu lieu pour **pallier l'impossibilité de pouvoir joindre son médecin pour près de 8 répondants sur 10.**

43% des utilisateurs se sont rendus directement aux urgences et 20% directement dans une maison médicale de garde au cours de ces 2 dernières années.

Enquête sur la PDSA | Septembre 2019

soins
rant la
est-à-
Cette
abinet

1 653
lux de
érieur

pr une
l'u'a le

10.9 Le transport des patients

Plusieurs associations (France Rein, l'Association des Paralysés de France, France Handicap...) et des représentants d'usagers ont fait part de nombreuses difficultés pour obtenir un transport pris en charge par la Sécurité Sociale vers un établissement de santé, et ce pour plusieurs raisons :

- le nombre d'agrément pour des véhicules sanitaires n'a pas augmenté depuis 15 ans dans la région des Pays de la Loire tandis que la population de l'agglomération nantaise a progressé de plus de 11% dans le même temps. De plus, ce nombre est défini par département et une modification de leur répartition est rendue impossible par la loi ;
- l'état de santé de certains patients ne nécessite qu'un transport assis cependant les sociétés de transport ne proposent souvent que des ambulances en mode allongé, dont le remboursement par la Sécurité Sociale est supérieur à un transport assis, et sont opposées également à l'accréditation par la CPAM d'autres catégories de transporteur, de type sociétés de service ou véhicules avec chauffeur (non conventionnés) ;
- la loi Grandguillaume de 2016 prévoyait la création de « services de transport d'utilité sociale » répondant à cette définition : « Des services au bénéfice des personnes dont l'accès aux transports publics, collectif ou particulier, est limité du fait de leurs revenus ou de leur localisation géographique. » Puis le décret du 20 août 2019 est venu préciser les modalités de fonctionnement de ces services assurés par des associations et les prestations sociales y ouvrant droit et il exclut désormais du dispositif les personnes résidant dans une unité territoriale de plus de 12 000 habitants ou celles ayant des revenus supérieurs à 746 € pour une personne seule et 1 119 € pour un couple.

Commentaires de la commission spécialisée droits des usagers

La CSDU s'inquiète des difficultés croissantes rencontrées par les patients ayant besoin d'un transport sanitaire et du frein apporté aux transports solidaires par le décret du 20 août 2019 qui excluait les deux tiers des bénéficiaires de ces transports. Il serait nécessaire d'avoir une évaluation de l'organisation et de la mise en œuvre du transport sanitaire en Pays de la Loire.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins

11.1 Les Commissions d'Activités Libérales (CAL) en établissement de santé

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 conditions :

- la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder de 20% la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens
- le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Un contrat est signé entre l'établissement et le praticien puis il est validé par le Directeur Général de l'ARS.

Les principaux chiffres de l'exercice de l'activité libérale en Pays de La Loire.

	2017	2018
Contrats signés	222	NC
Spécialités représentées	29	28
Etablissements concernés	16	13

Les cardiologues, les chirurgiens orthopédiques, et les gynécologues sont les plus nombreux à exercer une activité libérale.

La part des professionnels autorisés à exercer en libéral par rapport au nombre total de professionnels est très variable selon les établissements : 21% au CH de La Roche sur Yon, 20% aux CH de Laval et du Mans, 13% au CHU Angers, 12% au CHU Nantes, 4% au CH de Fontenay le Comte.

En 2018 l'activité libérale des personnels concernés représentait 29% de leur activité totale. 4 professionnels ont dépassé le niveau d'actes autorisés.

La répartition régionale entre secteurs d'honoraires n'est pas connue. A titre indicatif au CHU de Nantes : sur les 69 professionnels autorisés, 39 sont en secteur 1, 30 en secteur 2 dont 20 avec contrat OPTAM ou OPTAM CO.

La Commission 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. Un représentant des usagers est présent dans toutes les CAL de la région.

La Commission régionale d'activité libérale mise en place en 2018 a rappelé aux établissements concernés de veiller à l'information préalable des patients lorsque ceux-ci sont amenés à avoir recours à un acte médical dans le cadre de cette activité.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Les Commissions d'activité libérale des établissements publics sont en place, un représentant des usagers siège dans chaque commission ainsi qu'au niveau de la commission régionale.

Cette activité libérale dans les établissements concernés est relativement stable en nombre de contrats et se concentre dans les établissements importants de la région. Les règles de pratique de cette activité (nombre d'actes en particulier) sont globalement respectées sur la région

Comme déjà indiqué dans les précédents rapports, la CSDU souhaite que l'information des patients soit assurée en toute transparence (plages horaires concernées, modalités de prises en charge, tarification pratiquée...).

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

Données indisponibles.

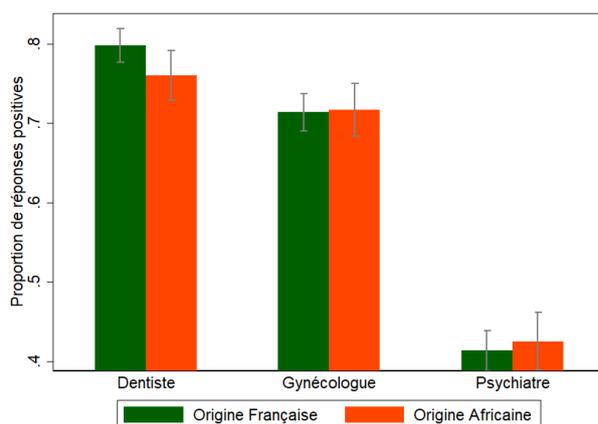
FOCUS

Extraits du Rapport du Défenseur des droits – Octobre 2019 - Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales

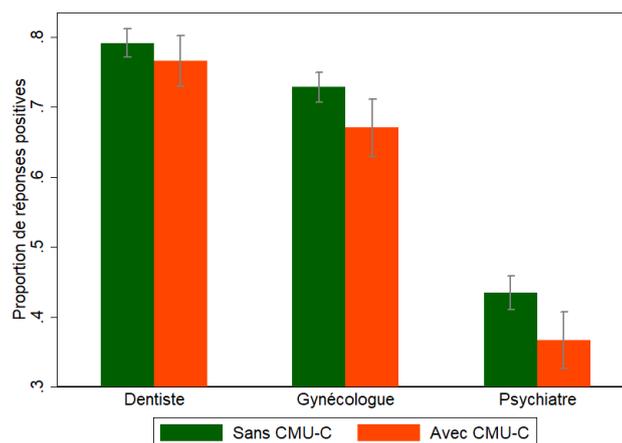
Le projet TRICERATOPS, réalisé à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, est un projet à grande échelle: 1500 cabinets couverts, 4500 demandes de rendez-vous et 3000 tests de discriminations exploitables. Par rapport aux travaux antérieurs, plusieurs originalités peuvent être soulignées.

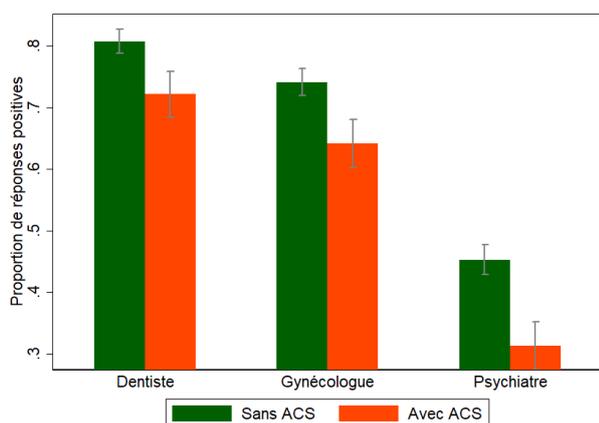
Dans chacune des trois spécialités, un écart important dans l'accès aux soins a été constaté entre la patiente de référence et la patiente CMU-C/ACS, au détriment de cette dernière. Alors que le taux de réussite des prises de rendez-vous est de 70 % en moyenne pour la patiente de référence, il est systématiquement et significativement inférieur pour la bénéficiaire d'une aide sociale. L'écart absolu est de 9 points de pourcentage pour les dentistes, 11 points pour les gynécologues et 15 points chez les psychiatres. Ces résultats suggèrent un niveau élevé des refus de soins discriminatoires selon la précarité sociale des patients. Ils sont confirmés par une analyse toutes choses égales par ailleurs.

Graphique 1. Taux d'obtention d'un rdv selon l'origine des patientes vulnérabilité



Graphique 2. Taux d'obtention d'un rdv selon la économique (avec et sans CMU-C)





Graphique 3. Taux d'obtention d'un rdv selon la vulnérabilité économique (avec et sans ACS)

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La CSDU regrette une nouvelle fois de n'avoir aucune donnée aussi bien de l'ARS, de l'Assurance maladie que des différents conseils ordinaires.

Le rapport du défenseur des droits sur les refus de soins discriminatoires d'octobre 2019, indique bien que cette situation existe, malheureusement ce rapport n'analyse pas suffisamment les situations régionales.

La fracture numérique persiste voire s'accroît car la prise de rendez-vous chez les professionnels se fait désormais de plus en plus et très majoritairement en ligne or de nombreuses personnes précaires n'ont pas accès à un ordinateur et/ou à internet.

12. Assurer l'accès aux structures de prévention

(Source : Département Prévention et Actions sur les Déterminants de Santé – ARS Pays de la Loire)

12.1 La fusion des structures départementales de dépistage du cancer

Les 5 structures départementales de dépistage ont été fusionnées en 2018 pour constituer un nouveau centre régional de coordination du dépistage du cancer (CRCDC), ce qui a mobilisé les équipes dans cette restructuration importante. 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.

Commentaires de la Commission Spécialisée droits des usagers

La CSDU s'interroge sur le silence de la nouvelle structure régionale sur les actions de sensibilisation et de dépistage mises en œuvre. Il conviendrait de dresser un bilan des deux ans de cette structure.

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

Au niveau national, pour la période 2017-2018, qui correspond à une " campagne " de dépistage puisque les femmes sont invitées à participer au dépistage tous les deux ans, ce sont plus de 5,1 millions de femmes qui ont été dépistées et le taux de participation est de 50,1 %.

Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 pour atteindre un pic à 52,7 %, la participation au programme est en diminution. Les derniers indicateurs de participation, pour la période 2017-2018, indiquent que cette diminution semble cependant se ralentir. Ce ralentissement s'observe pour toutes les tranches d'âge et dans la plupart des régions, à l'exception des Pays de la Loire et de la Bretagne où les taux de participation continuent de baisser alors qu'ils étaient parmi les plus élevés.

La région des Pays de la Loire fait partie des régions réalisant le meilleur taux de dépistage, juste derrière la région Centre Val de Loire mais on observe une baisse qui doit être analysée et prise en compte dans les objectifs de la nouvelle convention pluriannuelle avec la structure régionale de coordination du dépistage du cancer (CRCDC Pays de la Loire). La Loire Atlantique est 6^{ème} au classement des départements avec un taux de 59,5% et le Maine et Loire est 8^{ème} avec 59,3%. Les autres départements ligériens sont à des niveaux de 59,4% pour le Maine-et-Loire, 58,1% pour la Mayenne, 56,5% pour la Sarthe et 56,5% pour la Vendée.

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

En France, avec 43 336 nouveaux cas et 17 117 décès en 2018, le cancer colorectal fait partie des cancers les plus fréquents (3e rang chez l'homme et 2e chez la femme) et représente la 2ème cause de décès par cancer (2ème cause chez l'homme et 3ème cause chez la femme).

La région des Pays de la Loire, comme l'an passé, est toujours en tête du classement régional avec un taux de 39,1% (vs 32.1% pour la France entière). Le département du Maine et Loire est deuxième au classement des départements après l'Ille et Vilaine et dépasse l'objectif européen minimal de 45%. Les taux des autres départements ont des taux de 38,4 % en Loire Atlantique, 37,75 % en Mayenne, 37,6% en Sarthe et 36,6 % en Vendée.

12.4 Couvertures vaccinales « rougeole, oreillons et rubéole »

La France, comme l'ensemble des pays de la région européenne de l'OMS, est engagée dans une stratégie d'élimination de la rougeole, objectif fixé initialement pour 2010. Il est nécessaire qu'au moins 95% des enfants soient immunisés pour éliminer la rougeole. En l'absence d'une couverture vaccinale suffisante, le virus continue de circuler en France. En 2018 une nouvelle recrudescence de cas de rougeole a été observée en France avec 2913 cas notifiés aux ARS.

En Pays de la Loire, au 1er semestre 2018, environ 200 cas ont été déclarés essentiellement dans les départements Maine-et-Loire, Loire-Atlantique et Vendée, avec :

- une dizaine de foyers de plus de 3 cas en collectivités (petite enfance, écoles, gens du voyage) ;
- 82 % de personnes éligibles à la vaccination. Parmi elles, 94% étaient non couvertes par 2 doses de vaccin (75% par 0 dose).

En 2017 (données 2018 non encore disponibles), les couvertures vaccinales « rougeole, oreillons, rubéole » à l'âge de 2 ans étaient de 90 % pour la 1re dose et de 80 % pour la 2de dose dans tous les départements, sauf en Maine-et Loire (86 % et 77 % respectivement).

La couverture vaccinale de la population, comme ailleurs en France, était insuffisante pour prévenir tout risque épidémique.

Extension de l'obligation vaccinale à 11 maladies : les recommandations n'ayant pas permis d'obtenir des couvertures vaccinales satisfaisantes, une extension de l'obligation vaccinale chez les enfants âgés de moins de 2 ans a été promulguée par la loi du 30 décembre 2017 (loi n°2017-1836). **Désormais, pour les nourrissons nés à compter du 1er janvier 2018, 11 vaccins sont rendus obligatoires.** Il s'agit des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la

coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons, la rubéole et le méningocoque C.

Impact de l'extension de l'obligation vaccinale – Vaccin Rougeole - Oreillons- Rubéole : dans les Pays de la Loire, les injections de la 1^{re} dose de vaccin ROR à l'âge de 12 mois ont été proportionnellement plus importantes en 2018 (enfants nés en 2017*) qu'en 2017 (enfants nés en 2016*).

La région se situe dans la moyenne nationale avec une augmentation de 2 à 3 points.

12.5 Le dépistage du VIH en Pays de la Loire (Source : COREVIH Pays de la Loire et Santé publique France)

En France près de 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2018, dont 56% ont été contaminées suite à des rapports hétérosexuels, 40% lors de rapports sexuels entre hommes, et 2% par l'usage de drogues injectables. Le nombre total de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative entre 2017 et 2018 (-7%), après plusieurs années de stabilité.

En Pays de la Loire le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité est de 155 dont 26,5% à un stade tardif (135 personnes en 2017). Le nombre de personnes séropositives bénéficiant d'un suivi médical est de 4603 (4457 en 2017).

Le nombre de personnes qui ignorent être infectées par le VIH est estimé à 647.

Concernant les tests rapides à orientation diagnostic (TROD) 1478 ont été effectués dont 6 se sont révélés positifs.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Eu égard au nombre important de personnes supposées ignorer leur séropositivité et au nombre élevé de personnes découvrant leur séropositivité à un stade tardif, il semble important de promouvoir des campagnes de dépistage ciblées et adaptées aux personnes vulnérables et de faciliter leur accès quotidien à la prévention et aux soins. L'amélioration des parcours de santé de ces personnes, souvent victimes d'inégalités sociales en santé (ISS), restant l'enjeu majeur à travailler prioritairement.

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

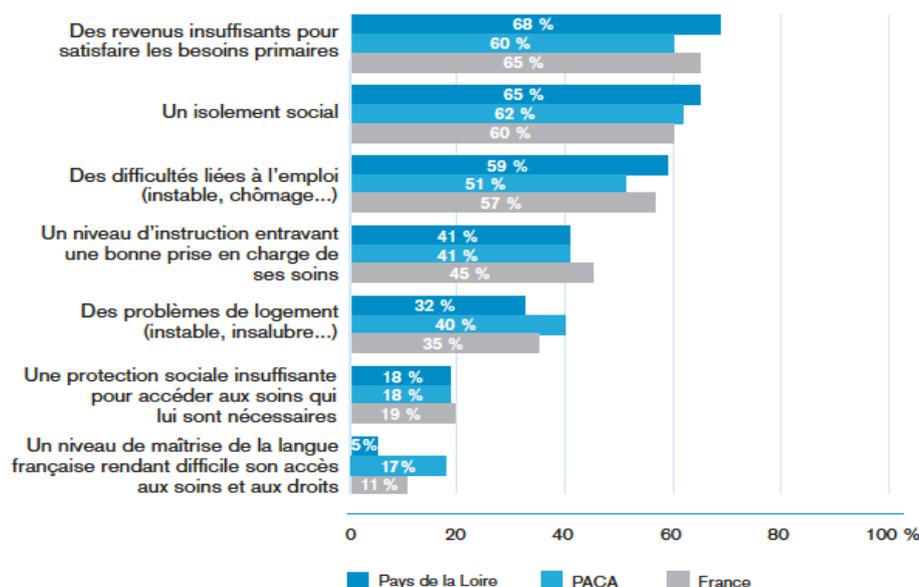
13.1 Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale

(source : panel en médecine générale 2019 – ORS/URML)

Plus de la moitié (52 %) des médecins généralistes ligériens ne se sentent pas suffisamment formés pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale. Les principaux champs dans lesquels ces praticiens se sentent le moins bien armés sont "les domaines et possibilités d'intervention des travailleurs sociaux" (82 %) et "l'accès aux droits dans le système français" (80 %).

FIG.1 Critères de vulnérabilité sociale identifiés par les médecins généralistes - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant que le dernier patient en situation de vulnérabilité sociale vu en consultation était concerné par... (%)



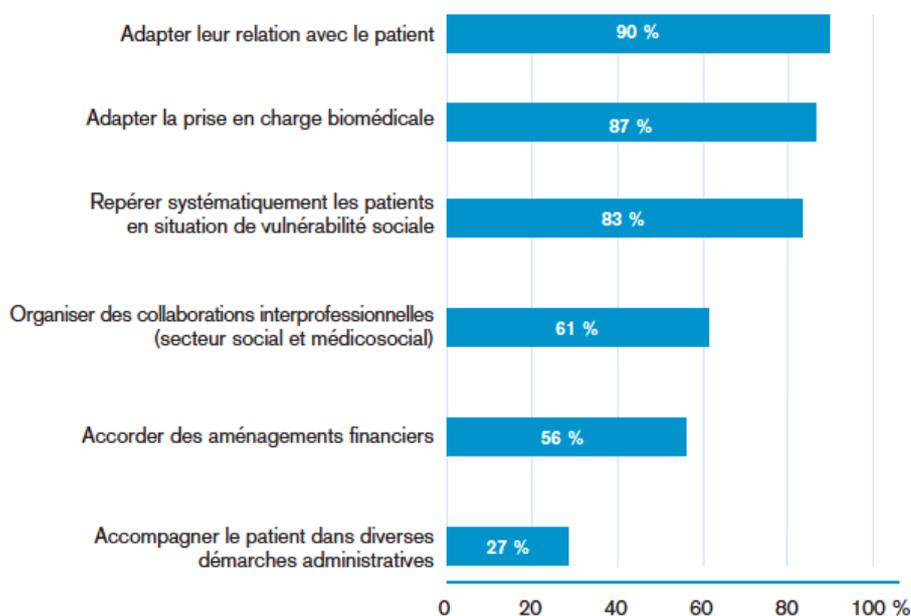
Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-mai 2017). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

Interrogés sur le dernier patient adulte vu en consultation et considéré en situation de vulnérabilité sociale, les praticiens évoquent le plus souvent, parmi une liste de sept critères proposés, ceux d'ordre économique – “revenus insuffisants pour satisfaire les besoins primaires” (68 %), “difficultés liées à l'emploi” (59 %) – ainsi que la notion d’"isolement social" (65 %).

La plupart (90 %) des médecins généralistes ligériens s'accordent à penser qu'il est de leur rôle “d'adapter leur relation avec un patient en situation de vulnérabilité sociale” (fig.2). 87 % pensent en outre qu'il est de leur ressort “d'adapter leur prise en charge biomédicale”.

FIG.2 Opinions des médecins généralistes sur leur rôle dans la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant qu'il est de leur rôle, pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale, de... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-mai 2017). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

13.2 La prise en charge des patients en situation de handicap

Dans les rapports annuels des commissions des usagers 98% des établissements déclarent l'accessibilité de leurs locaux aux personnes à mobilité réduite.

Le **questionnaire Handifaction** a été mis en place en 2019 par Handidactique en partenariat avec les pouvoirs publics afin de savoir si la Charte Romain Jacob a aidé à améliorer l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. L'enquête repose sur le déclaratif des personnes en situation de handicap. Le questionnaire Handifaction a été conçu pour permettre de savoir si les personnes vivant avec un handicap ont bien été soignées au cours des deux derniers mois. Toutes les personnes vivant avec un handicap qui le souhaitent peuvent faire part de leur opinion en remplissant ce questionnaire.

Après chaque visite, intervention médicale, ou simplement tous les deux mois, les personnes vivant avec un handicap sont invitées à remplir le questionnaire pour exprimer leur expérience, ainsi que leur ressenti et leur satisfaction.

- Sur 6896 personnes ayant répondu entre septembre et décembre 2019, 64,4 % des personnes avaient besoin d'être accompagnées.
- Pour 27% des 4 432 personnes ayant répondu l'accompagnant a été refusé.
- Sur les 7905 réponses reçues entre septembre et décembre 2019 22,7 % des personnes avaient subi un refus de soins.
- Sur les 1822 réponses reçues entre le 19 septembre et le 31 décembre 2019 : 34 % des personnes affirmaient avoir reçu un refus de soin en ville ; 14,3% un refus de soins en ville chez un généraliste ; 11 % en hospitalisation à domicile.

Les motifs de refus évoqués sont « On n'a pas voulu de moi » (dans 37 % à 52 % des cas), « Je n'avais pas assez d'argent » (dans 16 à 23 % des cas), « Le délais d'attente dépassait 6 mois » (dans 4 à 18 % des cas).

12,9 % des 1812 personnes ayant répondu entre septembre et décembre 2019 ont abandonné leurs soins.

13.3 Les permanences d'accès aux soins

2018	Loire-Atlantique	Sarthe	Maine-et-Loire	Mayenne	Vendée
File active	3290 3036 en 2017	678 598 en 2017	1103 901 en 2017	2422 791 en 2017	677 257 en 2017
Nombre de patients vus pour la 1ère fois	2380	383	836	518	515
Nombre de consultations médicales	4015	585	1447	357	386
Nombre d'entretiens sociaux	3224	622	1337	1643	1153
Nombre de consultations infirmières	3566	515	15	651	239
	8170	4632	6790	5 591	4986

FOCUS

LES TRAVAUX DU GROUPE SANTE PRECARITE DE LA CRSA

En 2019, le groupe permanent Santé précarité de la CRSA a élaboré une note sur le repérage et l'orientation des situations de précarité dans leur parcours de santé présentant un grand nombre

de propositions. Suite à ce travail le groupe a souhaité approfondir des recommandations pour assurer un équilibre et une coordination entre droit commun et dispositif spécifique.

Le préalable indispensable à une coordination opérationnelle des professionnels est de centrer l'accompagnement autour de la personne :

- Respecter le libre choix de la personne
- Répondre à ses besoins
- En fonction des besoins, identifier et définir un référent parcours de santé (et ses potentiels relais), choisi par la personne

Recommandation 1 : valoriser la coordination

- Identifier les temps et les espaces de coordination
- Encourager la présence des personnes concernées sur ces temps de coordination
- Inviter les professionnels autour de la personne avec une attention particulière pour les professionnels du premier recours
- Valoriser leur présence et leur temps de travail
- Reconnaître le rôle de coordinateur

Recommandation 2 : déployer des outils et des moyens pour faciliter la coordination et le dynamisme territorial

- Elaborer, diffuser et animer des annuaires territoriaux
- Favoriser les professionnels « passerelles » intervenant auprès de plusieurs partenaires sur un même territoire
- En parallèle du "aller vers" les usagers, décloisonner et favoriser les interactions entre organismes et champs de compétences : en allant chez les partenaires et en les accueillant dans sa structure (ex : consultations avancées en addictologie)
- Promouvoir la création d'instances de coordination et de portage de ces outils telles que :
 - les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
 - les Plateformes Territoriales d'Appui
- Avec une attention particulière pour :
 - la taille de leur territoire pour répondre aux enjeux de proximité
 - leur ouverture aux secteurs médico-sociaux et sociaux en particulier dans le cadre des réunions « cas complexes »
- Points de vigilance pour l'application de ces recommandations :
 - S'appuyer sur les animateurs territoriaux des DT ARS en soutien/initiateur des actions de coordination et d'articulation entre le droit commun et les dispositifs spécifiques
 - S'assurer du respect du secret partagé entre les secteurs médico-psycho-sociaux

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Les différentes études, travaux, questionnaires faits sur la région montrent une prise de conscience pour agir dans les difficultés d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale des personnes en situation sociale difficile.

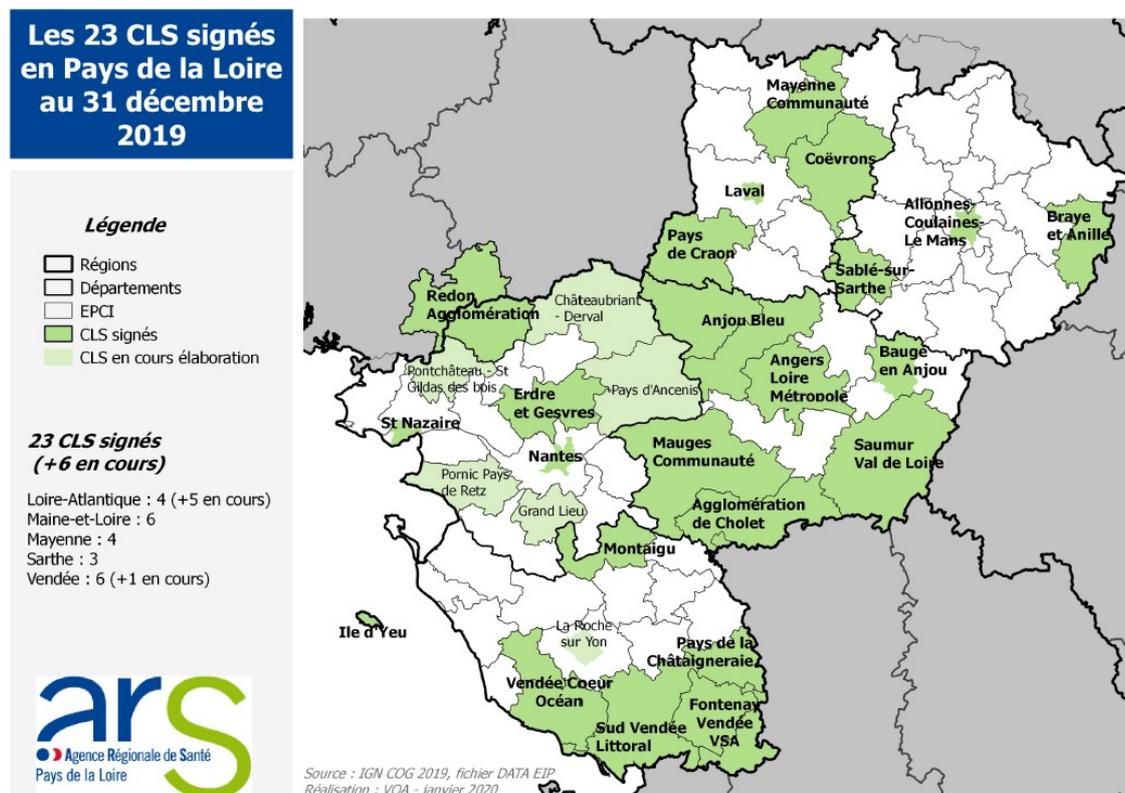
A l'exemple du plan régional d'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap de juin 2016 (charte Romain Jacob), de nombreuses actions vers ces publics sont en cours, mais au-delà de cette volonté affirmée il faut comprendre qu'il y a encore beaucoup de chemin à parcourir lorsque l'on constate que :

- 52 % des médecins généralistes ne se sentent pas suffisamment formés pour la prise en charge de ces patients
- 22% des personnes en situation de handicap déclarent avoir vécu un refus de soins

- la file active des PASS est en augmentation continue.

13.4 Les contrats locaux de santé (CLS)

Au 31 décembre 2019, 23 CLS sont signés et six sont en cours d'élaboration. 10 CLS ont fait l'objet d'une signature ou d'un renouvellement au cours de l'année 2019. Pour l'Agence Régionale de Santé l'objectif est que l'ensemble des collectivités fassent partie d'un contrat local de santé.



Commentaire de la Commission spécialisée droits des usagers

Les contrats locaux de santé continuent à se déployer sur notre région. Dans certains territoires ces contrats sont en place depuis plusieurs années, il serait utile d'avoir un bilan et une évaluation des actions menées en particulier sur les thématiques socles de ces contrats : Prévention, Accès aux soins et Parcours de santé.

Ces thématiques rejoignent celles qui doivent figurer dans les projets de santé des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), il conviendrait donc de s'assurer que les actions prévues dans les deux projets soient en phase et autant que possible en interaction.

Une attention particulière doit également être portée sur la place des usagers et de leurs représentants dans le diagnostic, la définition et le suivi des projets.

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

13.5.1 Les procédures d'insalubrité au titre du Code de la santé publique

Le département de Loire-Atlantique et particulièrement la métropole nantaise restent les gros contributeurs des procédures liées au logement sur la région. La mise en sécurité du système électrique ou de chauffage est la principale cause de la mise en place des procédures de résorption des désordres dans les logements, principalement locatifs.

Année	Nombre de logements en Pays de la Loire ayant donné lieu à une procédure au titre du code de la santé publique (article L 1331-28)
2012	114
2013	157
2014	190
2015	127
2016	120
2017	172
2018	149

Dans le cadre du Projet régional santé environnement (2016-2021), l'année 2018 a été marquée par les premiers projets d'accompagnements des occupants de logements indignes.

L'association Adgesti, implantée en Sarthe, a reçu un premier soutien financier des partenaires (pour son dispositif de prise en charge d'occupants en souffrance psychique et en situation d'habitat indigne). Une équipe pluridisciplinaire (infirmière, psychologue...) aide des ménages confrontés à une situation d'incurie à la réappropriation durable de leur logement et développe une méthode d'interventions collectives. Plus particulièrement, cette équipe tente de répondre à la stabilisation dans un logement ou à favoriser une solution de relogement adapté (à la sortie d'établissement de santé par exemple), d'hébergement (lors des opérations de nettoyage) ou de garde des animaux. Cette équipe réalise un diagnostic partagé et un meilleur traitement des situations d'incurie dans une approche pérenne et moins isolée appelant la mise en place d'une procédure et d'outils de traitement.

Ce premier dispositif d'accompagnement a initié un projet aux objectifs très proches en Vendée. Inscrit au sein du Projet territorial de santé mentale, SOLIHA de Vendée a fait savoir qu'il souhaitait également réfléchir à la mise en place d'une équipe opérationnelle prenant en charge les situations complexes de défaut d'hygiène dans le logement.

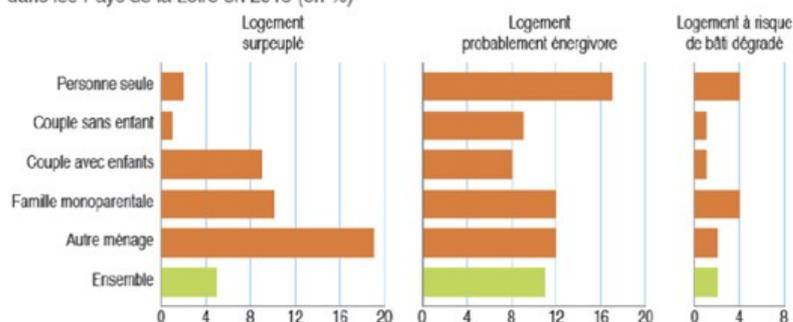
Enfin, la CLCV de Loire-Atlantique souhaite poursuivre l'accompagnement des personnes en situation d'habitat indigne en leur donnant progressivement les clés donnant l'accès, durablement, à un habitat digne. Elle se fixe pour objectifs de repérer les personnes en situation d'habitat indigne et de proposer un accompagnement individualisé et spécifique (technique, juridique et pédagogique/éducatif).

13.5.2 Les logements dégradés

Les chiffres de déclaration d'insalubrité publique ne reflètent qu'une partie des conditions d'habitation, aussi il convient de s'interroger également sur les conditions de logement dégradées (Sources : DRJSCS et l'enquête AHI (Accueil Hébergement Insertion), enquêtes Flash (SIAO), panorama statistiques annuels POS Pays de loire et DIHAL) :

Un taux de ménages exposés à des conditions de logement dégradées qui reste important

Taux de ménages exposés à des conditions de logement dégradées selon le type de ménage dans les Pays de la Loire en 2015 (en %)



Champ : ménages du parc privé dont la personne de référence a au moins 25 ans.
Source : Insee, Fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fidéli) 2015.
02/03/2020

Contribution à la stratégie nationale MCM

13.5.3
Les

hébergements d'urgence (Sources : DRJSCS et l'enquête AHI (Accueil Hébergement Insertion), enquêtes Flash (SIAO), panorama statistiques annuels POS Pays de la Loire et DIHAL)

Le nombre d'hébergements d'urgence a augmenté mais ne répond pas à la demande exprimée :

Une augmentation des hébergements d'urgence mais une diversification modérée des solutions adaptées

La demande en urgence

Département	Nombre de ménages différents ayant appelé le 115 en 2017
Loire-Atlantique	3391
Maine-et-Loire	1946
Vendée	1491
Sarthe	Donnée à confirmer
Mayenne	909

Nombre de places	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution entre 2012 et 2018
Hébergement en hôtel	168	248	530	494	581	457	448	167%
Hébergement Urgence, Stabilisation, Insertion, hors CHRS	266	699	653	708	970	1 224	1 363	412%
Hébergement d'urgence hors CHRS	187	423	400	446	512	947	982	425%
Hébergement de stabilisation et d'insertion hors CHRS	79	276	253	262	458	377	381	382%
Hébergement Urgence, Stabilisation, Insertion en CHRS	1 678	1 682	1 762	1 786	1 815	1 831	1 838	10%
Hébergement d'urgence en CHRS	172	178	218	238	243	258	258	50%
Hébergement de stabilisation et d'insertion en CHRS	1 506	1 506	1 544	1 548	1 572	1 573	1 580	5%
Total Hébergement généraliste (177)	2 112	2 629	2 945	2 988	3 366	3 512	3 649	73%
Dont Hébergement financé avec ALT	274	176	109	244	256	300	252	-8%
Autres places d'hébergement exclusivement financées via l'ALT (non prises en compte par ailleurs)	1 869	2 029	2 020	1 857	1 916	1 984	2 022	8%
Pensions de famille	509	603	651	686	686	609	752	48%
dont résidences accueil	84	130	130	134	140	140	174	107%
Intermédiation locative	414	576	562	527	571	780	950	129%
dont sous-location	342	429	408	359	401	681	838	145%
dont mandat de gestion	72	147	146	168	166	99	110	53%
dont bail glissant	0	0	8	0	4	0	0	
Hébergement généraliste + autres places ALT + pension de famille + intermédiation locative	4904	5837	6178	6058	6339	6975	7373	50%

02/03/2020

Contribution à la stratégie nationale MCM

De même l'accueil digne des personnes migrantes est rendu difficile par le défaut d'hébergement en Pays de la Loire :

- 5500 places et 1800 hébergements d'urgence sont saturés et ne permettent pas l'hébergement de 1100 personnes en statut légal avec titre de séjour

- il existe des squats indignes qui hébergent entre 300 et 500 personnes dont certaines en situation régulière
- 40 sites de bidonvilles totalisent plus de 2 400 personnes migrantes intra-Européennes (principalement roumaines)

13.5.4 Le conseiller médical en environnement intérieur

Pour aider un patient à identifier les sources de polluants de son logement et à connaître les mesures d'éviction, un médecin (allergologue, pneumologue, pédiatre, généraliste...) peut prescrire l'intervention d'un Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI).

En Pays de la Loire, de 2015 à 2018, les deux conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) des CHU de Nantes et Angers ont réalisé plus de 800 visites auprès de plus de 1200 patients, et 279 médecins prescrivent leurs interventions. Ils ont également effectué 105 signalements d'insalubrité.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La procédure de déclaration d'insalubrité, bien que le nombre de déclarations soit en baisse en 2018, continue à être utilisée de manière satisfaisante sur la région grâce à l'action des délégations territoriales de l'ARS et les services de santé publique des grandes villes de la région. Il est noté l'importance du nombre de procédures pour la Loire atlantique avec une augmentation en zone rurale.

Des actions de détection des logements indignes sur la région, en particulier avec l'appui du réseau associatif, sont effectives, ces actions mériteraient d'être développées.

La mise en place dans le cadre du PRSE de deux conseillers médicaux en environnement intérieur sur la région est un choix qui a permis de prendre en compte le besoin de malades en manque de conseils pour permettre d'améliorer la qualité de l'air intérieur de leur logement et donc leur santé. Dans le cadre des politiques de prévention le nombre de conseillers médicaux en environnement intérieur mériterait d'être augmenté afin de rendre plus facile leur accès en permettant notamment une sollicitation par l'intermédiaire des médecins généralistes.

Les habitats les plus dégradés et les plus précaires que sont les squats et bidonvilles ne sont pas évalués par les politiques publiques. Il conviendrait que l'ARS y assure un suivi sanitaire car les conditions sanitaires y sont extrêmement précaires (accès à l'eau, aux sanitaires, enlèvement des ordures).

FOCUS

Développer la prévention, « une urgence »

Encourager les médecins à prescrire du sport

Par Roger Raud, Membre de la CRSA des Pays de la Loire, Collège usagers

Un guide pour prescrire du « Sport sur ordonnance »

Le médecin peut prescrire aux patients qui souffrent de pathologies chroniques des séances d'activité physique adaptées (Apa) à leur maladie. L'objectif est qu'ils supportent mieux leurs traitements, voire de les diminuer et surtout améliorer leur condition physique. Pourtant, le « sport

sur ordonnance » n'a pas la cote et les généralistes rechignent à le prescrire. Manque d'information ? Peur d'un accident pendant la pratique ?

Pour les aider dans leur démarche, la HAS a édité un guide qui détaille des recommandations précises pour six maladies chroniques : surpoids et obésité, diabète de type 2, hypertension artérielle, broncho pneumopathie chronique obstructive, maladie coronaire stable et accidents vasculaires cérébraux.

Un questionnaire d'aptitude et une grille d'évaluation des risques et de la condition physique font partie des outils mis à la disposition des médecins afin de les aider à prescrire la bonne dose de sport.

Le « sport sur ordonnance » est pris en charge par l'assurance-maladie pour les malades chroniques qui rentrent dans un programme

Il serait intéressant de connaître la progression du nombre de prescription délivré sur la région des pays de Loire et d'en mesurer l'impact. Il y aurait également lieu de mesurer leur efficacité et de connaître ainsi quelle la population touchée par ce dispositif.

La prévention ne peut être qu'un mot ; passer du curatif au préventif doit s'imposer réellement.

Les projets labellisés droits des usagers en 2019

Le label est ouvert à tous les acteurs du système de santé qui souhaitent s'engager dans une action innovante autour de la promotion des droits des usagers.

L'octroi du label est confié à l'Agence régionale de santé après avis de la Commission spécialisée droits des usagers de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).

Pour l'édition 2019, 3 projets ont été labellisés en région Pays de la Loire :

- Projet « Et si on parlait ensemble de bientraitance » du CHU de Nantes (44)
- Projet « Intégrer l'utilisateur dans le fonctionnement du conseil des urgences adultes » du centre hospitalier du Mans (72)
- Projet « Journée droits des patients animée par un soignant et un représentant des usagers » de la Clinique SSR Korian Rougemont au Mans (72)

III. Orientation 3 – Conforter la représentation des usagers du système de santé

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

14.1 La formation des représentants des usagers (RU)

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.

D'autres formations sont proposées pour accroître les compétences des représentants des usagers. En Pays de la Loire c'est France Asso Santé qui met en œuvre l'ensemble des formations.

Formations réalisées par France Asso Santé en 2018 (RU : représentants des usagers)	
Thème de la formation	Nombre de personnes formées et lieux
RU en Commission des usagers	16 personnes à Nantes
RU en avant	12 personnes à Angers et 23 à Nantes
Le rapport annuel de la Commission des usagers	11 personnes à La Roche sur Yon
Défendre le droit des usagers	11 personnes à Nantes
RU et médiation	9 personnes à Angers
TOTAL	82 RU formés, dont 35 nouveaux RU

Le nombre de nouveaux représentants des usagers à former en 2020 est de 52. Ces formations sont assurées sur des crédits France Assos Santé.

14.2 La formation des membres de Conseil de la Vie Sociale

Les besoins de formation avaient été identifiés dès 2012 dans le rapport relatif au respect des droits des usagers de la CRSA : identifier le rôle et les missions des CVS, savoir animer les réunions, se positionner en tant que membre, faire vivre au quotidien la citoyenneté, organiser les élections etc. Le sens de l'action est celui du respect de la participation des résidents pour mettre en œuvre les projets de vie et participer à la vie et au fonctionnement de la structure. Les formations ont une dimension régionale, elles initient des espaces de rencontres et de réflexion en inter-CVS.

L'action de formation a été élaborée conjointement par l'URIOPPS et le CREAL pour tous les membres des CVS. Des formations sont menées chaque année depuis 2014 et un comité de suivi de l'action où siègent ARS et CRSA se réunit une fois par an.

L'URIOPPS assure les formations pour les membres des CVS des EHPAD.

Le CREAL assure les formations pour les membres des CVS des ESAT, MAS et FAM (en 2014-2015 seulement pour ces dernières).

Le public : la formation est proposée en début d'année à tous les établissements, la limite est de un groupe par département. Le groupe est composé de 15 à 30 personnes. La durée moyenne d'un mandat étant de deux ans pour les élus des CVS des EHPAD, la formation doit être renouvelée régulièrement.

L'organisation et le contenu : chaque groupe se rencontre 4 fois dans l'année, puis une cinquième fois un an après la fin de la formation pour faire un point d'étape.

Module 1 : le CVS et la fonction de représentant élu.

Module 2 : la préparation d'une réunion.

Module 3 : le déroulement de la réunion.

Module 4 : les modalités de suivi et de mise en œuvre des avis et propositions.

Les formations réalisées en 2018 :

- pour le secteur personnes âgées : 123 personnes formées. La demande de formation est permanente.
- pour le secteur personnes en situation de handicap : 78 personnes d'ESAT formées en 2018. Les demandes de formation sont supérieures à l'offre.

Les lieux de formation sont les établissements. Dans la mesure du possible chaque module est organisé dans un établissement différent.

Des réunions inter-CVS « 1 an après » ont également été réalisées.

Le comité de pilotage chargé du suivi des formations des représentants des conseils de la vie sociale s'est réuni en février 2019, le bilan des formations a été jugé conforme à la convention ARS/CREAL/ URIOPSS sur des crédits démocratie sanitaire du FIR. Cette convention a été reconduite pour 2019, avec pour objectifs :

- avoir une perspective pluriannuelle sur cette action pour une meilleure lisibilité
- développer les réunions inter-CVS « 1 an après »
- pour le secteur du handicap : élargir les formations au secteur de l'enfance handicapée
- organiser des rencontres de l'URIOPSS et du CREAL avec chaque CDCA pour promouvoir ces formations

14.3 Faire participer et informer les représentants des usagers

a) La lettre d'information

Une lettre d'information a été diffusée par l'ARS aux représentants des usagers en 2018. Elle présentait les projets labellisés droits des usagers, le dispositif de l'article 51, les démarches de pair-aidance et le Guide "construire un projet des usagers en établissement de santé" élaboré à l'initiative de France Assos Santé et en lien avec le Programme national sécurité des patients 2013-2017.

b) La journée des représentants des usagers

La 7ème journée des représentants des usagers a eu lieu à Angers le 24 juin 2019. Elle abordait deux sujets : la participation des représentants des usagers dans la démarche qualité

des établissements de santé et la prise en compte de la qualité dans une maison pluridisciplinaire.

180 personnes étaient présentes et pour 90 % d'entre elles la journée a correspondu à leurs attentes.

Les objectifs de cette journée "Usagers et Qualité du Système de Santé "organisée par la CRSA et l'ARS étaient de :

- montrer que les usagers peuvent être acteurs dans le domaine de la qualité,
- savoir utiliser les indicateurs de suivi de la qualité pour en faire des leviers de progrès,
- mieux prendre en compte le vécu et l'expérience des patients et des résidents pour évaluer la qualité de tous les intervenants.

Le Docteur Catherine Grenier directrice de l'amélioration et de la qualité des soins à la Haute Autorité de Santé était le grand témoin de la journée.

La certification des établissements de santé et les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, outils au service de la qualité dans les établissements de santé ont été présentés, ainsi que des exemples de terrain. La clinique Saint Léonard de Trélazé, l'établissement de La Tourmaline et le Centre hospitalier départemental de Vendée ont présenté les dispositifs suivants : le patient-traceur, le shadowing (ou empathie), la check-list de sortie, l'outil Faire-dire. Dans le soin primaire des exemples d'implication des usagers ont été présentés mais tous les professionnels et toutes les maisons de santé pluri professionnelles ne sont pas au même niveau d'implication des usagers.

Dans le secteur médico-social la démarche qualité est évaluée par les enquêtes et questionnaires de satisfaction, les évaluations internes et externes, les enquêtes Flash de l'ARS, les inspections ; la qualité est aussi au coeur des objectifs contractualisés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Au niveau régional associations et établissements développent des outils pour améliorer la qualité : l'association Qualirel, l'association Anjou Soins Service, l'ADAPEI Vendée.

Commentaires de la commission spécialisée droits des usagers

Les deux volets de formation des représentants des usagers (RU) jugés prioritaires par la CSDU se déclinent sur la région :

- formation des nouveaux RU des établissements de santé par l'intermédiaire de France Assos Santé. Les nouveaux RU (52) désignés en fin d'année 2019 devraient pouvoir être formés en 2020.
- formation des représentants des résidents dans les établissements médicaux sociaux assurés par l'URIOPSS et le CREAI.

La convention de ces formations a été reconduite en 2019 avec un volet encourageant l'implication des Comités départementaux à la citoyenneté et à l'autonomie dans le processus de détection des besoins des membres des CVS. Sur ce point une première étape de réalisation en Loire-Atlantique a été mise en œuvre et il est à espérer que cet exemple sera suivi dans d'autres départements.

La CSDU réitère son souhait de voir évoluer les formations des membres de CVS des EHPAD vers des rencontres territoriales qui seraient à la fois des temps de formation, d'information et d'échanges.

La CSDU se félicite du succès de la journée des représentants des usagers à la fois par le nombre de participants et la qualité des échanges. Le thème abordé « La qualité dans notre système de santé » est un sujet majeur dans le respect du droit des usagers dans lequel la démocratie sanitaire doit prendre toute sa place.

IV. Orientation 4 - Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers dans les instances de démocratie sanitaire

15.1 Taux de participation globale et par collège des membres de la CRSA et conférence de territoire

Participation des représentants des usagers dans les instances de la CRSA :

Le collège 2 des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux comporte 3 sous-collèges :

- sous-collège 2 a) : représentants des associations agréées pour représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique (8 sièges)
- sous-collège 2 b) : représentants des associations de retraités et de personnes âgées désignés sur proposition des Comités départementaux à la citoyenneté et à l'autonomie (CDCA) (4 sièges)
- sous-collège 2 c) : représentants des associations des personnes handicapées désignés sur proposition des CDCA (4 sièges)

L'année 2018 se caractérise par la quasi-absence de changement dans les désignations pour le collège 2 au sein des différentes instances de la CRSA.

1° Participation du collège 2 à l'assemblée plénière de la CRSA

En calculant la participation sur la base des sièges occupés par au moins un membre, le taux de participation pour le collège 2 en 2018 s'élève à 71% (77 % en 2017).

En CRSA plénière les membres suppléants peuvent toujours participer aux réunions y compris en présence de leur titulaire, en calculant la participation sur la base du nombre total de membres désignés dans le collège 2, le taux de participation s'élève à 37%.

Ce pourcentage est à relativiser compte tenu du fait que les frais de déplacements ne sont pris en charge que pour une seule personne (titulaire ou suppléant).

2° Participation du collège 2 à la commission permanente de la CRSA

En calculant la participation sur la base des sièges occupés par au moins un membre le taux de participation pour le collège 2 en 2018 s'élève à 100% (89% en 2017). En calculant la participation sur la base du nombre total de membres désignés dans le collège 2 le taux de participation s'élève à 68%.

3° commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS)

En CSOS il ne peut y avoir qu'un représentant par siège aussi le calcul de la participation se fait sur la base du nombre de sièges occupés. Le taux de participation est de 44 %.

4° commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CSMS)

En CSMS, il ne peut y avoir qu'un représentant par siège, aussi le calcul de la participation se fait sur la base du nombre de sièges occupés. Le taux de participation est de 60 %.

5° commission spécialisée de prévention (CSP)

En calculant la participation sur la base des sièges occupés par au moins un membre, le taux de participation pour le collège 2 en 2018 s'élève à 75%. En calculant la participation sur la base du nombre total de membres désignés dans le collège 2 le taux de participation s'élève à 36%.

6° commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU)

En calculant la participation sur la base des sièges occupés par au moins un membre le taux de participation pour le collège 2 en 2018 s'élève à 58% (60 % en 2017). En calculant la participation sur la base du nombre total de membres désignés dans le collège 2, le taux de participation s'élève à 27%.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La CSDU se félicite que la composition du collège 2 « représentants des usagers » ait été complétée permettant ainsi que tous les postes vacants soient pourvus en 2019.

Le taux de participation des représentants des usagers aux réunions plénières reste élevé (71%) mais ce taux diminue régulièrement au fil des années (87% en 2016) . Ce constat concerne également la présence en commissions spécialisées.

Le mandat de la CRSA ayant été prolongé d'un an (de juin 2020 à juin 2021) il serait utile au cours de cette année supplémentaire d'effectuer une enquête auprès des représentants des usagers pour connaître leur ressenti sur l'exercice de ce mandat (intérêts, satisfactions, difficultés...).

15.2 Les conférences territoriales de santé et les formations d'expression des usagers

a) Actualisation données 2018

En Vendée : 4 réunions plénières de CTS ont été organisées.

En Loire-Atlantique : 2 réunions plénières de CTS ont été organisées.

En Mayenne : 3 réunions plénières de CTS ont été organisées.

En Maine et Loire : 1 réunion plénière de CTS a été organisée.

En Sarthe : 1 réunion plénière de CTS a été organisée.

b) La mise en place des formations d'expression des usagers dans les CTS

En Maine-et-Loire : la formation s'est mise en place le 17 avril 2018 ; elle s'est réunie trois fois en 2018 et trois fois en 2019. La participation des membres aux réunions est faible. Un travail est lancé sur le thème de la place des usagers dans les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), une rencontre a été réalisée avec les professionnels de la MSP de Cholet.

En Mayenne : seuls les représentants des usagers participent, les autres collèges sont quasiment absents.

La formation a travaillé sur l'existant et souhaite travailler sur les rapports des conseils de la vie sociale.

En Sarthe : la formation a été mise en place en 2018, elle compte 10 titulaires. Elle s'est réunie une fois en 2018 et tous les mois en 2019. Les sujets suivants ont été abordés : état des lieux de la démographie médicale en Sarthe, retour d'expérience des membres de la commission sur le « recueil de la parole », recensement des associations intervenant auprès des personnes de plus de 60 ans à domicile, co-organisation d'une conférence le 26 septembre 2019 « Vivre ensemble : l'ambition d'une société inclusive », présentation des dispositifs MAIA, SPASSAD, PFIDAS... En 2020 les projets suivants seront abordés : formation de pair-aidants, participation des personnes sourdes dans les instances de démocratie.

En Loire-Atlantique : la formation s'est mise en place le 12 janvier 2018 et s'est réunie 4 fois. Elle traite notamment du parcours de santé pour identifier les difficultés et les ruptures ; pour ce faire elle a rencontré plusieurs associations, la CPAM et l'ordre des médecins. La formation a également travaillé sur le dossier médical partagé.

En Vendée : la formation est en cours d'installation (au 1^{er} janvier 2020) et envisage de travailler sur les thèmes suivants : mise en réseau des représentants d'usagers (associations, établissements de santé, établissements médico sociaux), formations communes, constitution d'une base ressource au service des territoires et des représentants d'usagers, accompagnement des personnes en situation de fragilité pour les aider à comprendre le système.

Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

Les formations d'expression des usagers des CTS seront toutes mises en place début 2020. Ces formations ont, pour la plupart, des difficultés pour mobiliser des participants. Les thèmes de travail de ces formations sont très divers mais vont tous dans le sens de s'intéresser aux vécus et aux attentes des usagers. Comme expérimenté en 2019, il conviendrait de rendre plus interactifs les liens entre la CSDU de la CRSA et ces formations, en particulier en les incluant davantage dans les travaux de ce rapport régional relatif au respect des droits des usagers.

La CSDU souhaite que ces formations reçoivent de la part des délégations territoriales des ARS les appuis logistiques pour mener leurs travaux.

V. SYNTHÈSE

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) Traitement des plaintes et réclamations en ambulatoire

Les processus de traitement des plaintes et réclamations dans les ordres professionnels fonctionnent conformément à la réglementation.

Les données des conseils de l'ordre donnent des indications sur les principaux motifs de réclamation des usagers (certificats médicaux, comportement du professionnel, qualité des soins...) mais ne reflètent pas forcément les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans l'accessibilité aux soins primaires.

Malgré les efforts d'information faits par les ordres, les processus pour traiter une plainte apparaissent toujours aussi compliqués aux usagers concernés, en particulier pour ceux en situation de vulnérabilité.

b) Traitement des plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire

Au cours de l'année 2018, les établissements déclarent avoir reçu 4 364 réclamations, ce chiffre est stable : 4352 plaintes en 2017, 4296 plaintes en 2016.

Comme les années précédentes la majorité des réclamations porte sur la prise en charge des aspects médicaux (31%) et la vie quotidienne et l'environnement du séjour (21%).

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 2018, les établissements de santé ont proposé 443 médiations dont 167 ont été mises en œuvre. Après une augmentation continue le chiffre est désormais en baisse. Les règles de réalisation des médiations au sens du Code de Santé Publique ne sont pas toujours respectées

- l'absence d'information à l'utilisateur concernant la possibilité de se faire assister par un représentant des usagers de la CDU lors d'une médiation
- le délai très long de réalisation des médiations et le non établissement d'un compte rendu
- la non indication des voies de recours suite à la médiation
- la non sollicitation d'un avis de la CDU dans le cadre des médiations

Une action de communication des principales règles à respecter pour une médiation dans un établissement de santé serait à réaliser auprès des établissements et des représentants des usagers.

c) Traitement des plaintes et réclamations dans le secteur médico-social

L'ARS a reçu 118 réclamations concernant le secteur des personnes âgées et 97 réclamations pour le secteur des personnes en situation de handicap.

Sur les 583 EHPAD, 85 (soit 15 % des EHPAD de la région) ont été mis en cause par au moins une réclamation d'usagers. Sur ces 85 EHPAD, 12 ont fait l'objet de plusieurs réclamations d'usagers. Au regard du nombre, de la gravité et de la criticité des réclamations reçues, 2 inspections non programmées ont été réalisées en 2018 dans le département de Loire Atlantique.

Sur les 2 dernières années (2018 et 2019), les motifs avancés par les plaignants concernant le secteur personnes âgées sont principalement :

- des problèmes de qualité des soins médicaux ou paramédicaux, dont essentiellement des défauts de prise en charge et de prescriptions médicamenteuses
- des problèmes d'organisation ou de fonctionnement de l'EHPAD dénonçant notamment le manque de personnel soignant ou non soignant
- la qualité de l'hôtellerie, des locaux ou de la restauration, dont l'hygiène et le ménage des locaux
- la mise en cause de l'attitude des professionnels de l'EHPAD, comprenant également les suspicions de maltraitance et de violence entre les résidents
- la contestation de la facturation du coût d'un EHPAD et du reste à charge par les familles.

d) Mesure de la satisfaction des patients en établissement de santé (le dispositif E-satis)

La mesure de la satisfaction des patients s'étend progressivement à l'ensemble des services hospitaliers. Les usagers sont de plus en plus nombreux à y contribuer (17166 questionnaires patients exploitables en 2019 contre 10 775 en 2018).

Cependant la satisfaction des patients est mesurée en analysant des données qui sont collectées par mail, cela exclut dès lors les patients qui subissent la fracture numérique.

Si la note régionale de la satisfaction des patients hospitalisés en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) est acceptable (73,4) l'indice de satisfaction des patients varie cependant beaucoup selon les établissements (de 46 à 91%).

Les données recueillies indiquent également une note globale de satisfaction de l'ambulatoire légèrement supérieure au MCO (76,9 contre 73,4).

Le point principal d'amélioration qui ressort de l'expression des usagers est celui des conditions de sortie.

e) Les personnes qualifiées

Le dispositif de la personne qualifiée pour régler les difficultés intervenant dans le secteur médico-social est très peu utilisé (7 sollicitations sur la région en 2018). Les causes sont sûrement diverses : recours peu connu des usagers, complexité de la procédure, réticence des décideurs à mettre en œuvre cette possibilité...

La CSDU ne peut que rappeler que pour faire fonctionner le dispositif l'investissement commun de l'ARS, des Conseils départementaux et des établissements est nécessaire, ce qui n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui sur la région.

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

La saisie de la CCI par l'utilisateur pour permettre l'indemnisation d'accidents médicaux est un moyen rapide et peu onéreux pour faire valoir ses droits, néanmoins les critères de prise en compte sont contraignants (AIPP supérieure à 24%)

Pour la CCI Pays de la Loire la CSDU note pour 2018 :

- une baisse des dossiers traités (177) par rapport à 2017 (207)
- une légère diminution du délai de traitement des dossiers, la procédure globale entre le dépôt du dossier et l'avis rendu par la CCI ne dépassant pas un an
- un pourcentage d'avis d'indemnisation équivalent aux années précédentes (31% des dossiers traités)
- une mobilisation importante des membres de la commission (étude des dossiers, présence...)

L'information aux usagers concernant la connaissance des procédures de cette instance est très importante notamment la nécessité de fournir un dossier complet. L'accompagnement des usagers (par des avocats, les associations...) n'est pas obligatoire mais il est peut-être très utile, dès le début de la procédure, et surtout lors de l'expertise.

C. La Commission régionale de l'activité libérale

- Les Commissions d'activité libérales des établissements publics sont en place, avec dans chacune la présence d'un représentant des usagers, il en est de même pour la commission régionale.
- Cette activité libérale dans les établissements concernés est relativement stable en nombre de contrats et se concentre dans les établissements importants de la région. Les règles de pratique de cette activité (nombre d'actes en particulier) sont globalement respectées sur la région (4 dépassements de niveaux d'activité).
- Comme déjà indiqué dans les précédents rapports, il est nécessaire que l'information des patients sur cette activité soit assurée en toute transparence (plages horaires concernées, modalités de prise en charge, tarification pratiquée...).

16.1.2 Le fonctionnement des instances de représentation des usagers

a) Les commissions des usagers (CDU)

Le renouvellement des représentants des usagers dans les Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé au dernier trimestre 2018 s'est déroulé dans de très bonnes conditions: information préalable des associations, procédures claires, taux de renouvellement des sièges à pourvoir supérieur à celui de début 2018 (88% pour 87% en janvier 2018). Dans notre région c'est plus de 300 bénévoles issus de 42 associations agréées qui sont impliqués dans cette représentation.

La synthèse régionale de l'activité des CDU montre que cette instance est bien intégrée au fonctionnement des établissements (réunions régulières, implication des représentants des usagers dans de nombreux groupes de travail, examen des événements indésirables graves liés aux soins...).

Dans les points d'amélioration du fonctionnement des CDU la CSDU note :

- la nécessité pour cette instance de se donner les moyens de mieux s'approprier l'analyse des événements indésirables graves et des mesures correctives prises
- l'importance de bien inclure tous les représentants des usagers de la CDU dans la vie de l'établissement de santé et en particulier les suppléants, qui ne sont pas systématiquement invités aux réunions de la CDU.

b) Les Conseils de la vie sociale (CVS)

Depuis plusieurs années Les différents rapports droits des usagers de la CRSA attire l'attention sur la nécessité d'améliorer le fonctionnement des CVS en particulier dans les EHPAD.

L'enquête réalisée par le Conseil départemental métropolitain à la citoyenneté et à l'autonomie 44 (CDMCA 44) doit être soulignée. Pour les établissements ayant répondu (un tiers), le conseil de la vie sociale fonctionnerait globalement correctement avec une implication certaine des membres de cette instance. Il reste à s'interroger sur les autres établissements n'ayant pas répondu. Ce début d'analyse est à approfondir et ce travail sur le fonctionnement mériterait d'être déployé dans d'autres départements. Il pourrait d'ailleurs être mené avec les formations d'expression des usagers des Conseils Territoriaux de Santé.

La CSDU rappelle que le Schéma régional de santé prévoit dans sa thématique « Renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur » l'action suivante « Susciter le cas échéant la participation d'associations agréées dans les conseils de surveillance. Dans un premier temps, il serait peut être nécessaire pour avancer dans cette démarche d'examiner, pour les établissements médico-sociaux faisant partie d'une entité ayant un établissement sanitaire, les liens qui peuvent exister entre le CVS et la CDU et au besoin de promouvoir des interactions entre ces deux instances.

16.1.3 Droit au respect et à la dignité de la personne

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

Un bilan des inspections d'EHPAD réalisé en 2016, 2017, 2018 sur la base des demandes de mesures correctives dans le cadre d'un programme de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux a été rendu public fin 2019. Ce travail résulte de l'analyse de 48 rapports rédigés à l'aide de la grille d'inspection utilisée dans la région Pays de la Loire. Il révèle que :

- 56% des EHPAD ont reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives concernant les formations en bientraitance.
- 65% des établissements n'ont pas élaboré de protocole spécifique de prévention et de traitement des situations de maltraitance. Cette proportion est sensiblement identique à celle qui avait été observée lors de la précédente synthèse.

L'importance de la bientraitance est prise en compte dans les établissements médico sociaux mais la mise en œuvre de mesures concrètes et leur suivi (formation, protocoles spécifiques, mise en place des projets personnalisés) doivent être renforcés pour être mieux intégrés au quotidien et avoir un impact réel sur la vie des résidents.

b) Directives anticipées et personne de confiance

Le nombre d'établissements ayant mis en place une procédure de recueil des directives anticipées progresse (de 65% des établissements en 2015 à 87 % des établissements en 2018).

99 % des établissements attestent de l'existence d'une procédure de désignation de la personne de confiance au sein de leur service.

c) Prise en charge de la douleur dans les établissements médico sociaux

Les missions d'inspection de l'ARS ont constaté que les personnels étaient attentifs à la prise en charge de la douleur en EHPAD : repérage, évaluation et surveillance des actions mises en oeuvre. Les demandes d'actions correctives (11% des établissements) sont liées à un manque de formalisation du dispositif, particulièrement en ce qui concerne la traçabilité du suivi de la douleur.

d) Prise en charge de la douleur dans les établissements de santé

Les indicateurs de qualité des établissements de santé indiquent une traçabilité très satisfaisante de la prise en charge de la douleur : 98% en Médecine Chirurgie Obstétrique, 81% en Soins de suite et réadaptation.

e) Droit à l'information

Le dossier médical : le nombre de demandes d'information médicale continue de progresser puisque 10 959 demandes ont été enregistrées dans les établissements de santé (+ 50% en 6 ans). Les procédures d'accès au dossier médical sont globalement respectées avec toujours quelques difficultés pour respecter les délais réglementaires.

La lettre de liaison : les indicateurs de qualité concernant la lettre de liaison remise à la sortie d'hospitalisation du patient indiquent que seuls 15 % des établissements sont en classe A ou B (c'est à dire satisfaisants). Il reste donc de très importants progrès à faire pour faire de la lettre de liaison un outil complet et efficace pour les usagers et les professionnels de santé du premiers recours.

Le dossier médical partagé : avec pratiquement 400 000 dossiers ouverts dans la région fin 2019, de nombreux usagers s'interrogent sur le peu d'utilisation qui en est faite par les professionnels de santé, en particulier par les médecins traitants. **L'enjeu pour le DMP n'est désormais plus l'ouverture par les usagers, mais l'alimentation par les professionnels et les établissements de santé.**

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

La scolarisation des enfants en situation de handicap se fait principalement dans le milieu scolaire ordinaire. Les demandes d'orientation scolaire des familles concernent en effet principalement les ULIS et le taux de réponse positive est important (taux d'accord de 80 % en Loire-Atlantique). Faute de place en ULIS (6 % d'élèves en attente d'affectation ULIS en Mayenne en 2018) des enfants restent cependant sans solution. La mise en œuvre de la réponse accompagnée censée répondre à toutes les situations a concerné très peu de personnes en 2018 (5 plans d'accompagnement global en Mayenne en 2018, 76 accompagnements en Loire-Atlantique). Il conviendra de faire un bilan régional de cette mesure.

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

L'examen des rapports annuels des CDSP montre :

- Une augmentation sensible du nombre de mesures de soins sans consentement à la demande des représentant de l'Etat (SDRE),
- Une augmentation également sensible du nombre de mesures des soins sans consentement en cas de mesure dite « Urgence » (SDTU)
- Une relative stabilisation du nombre de mesure des soins sans consentement dite « Péril imminent » (SPI)
- La situation du fonctionnement des CDSP mérite un regard attentif de l'ARS Pays de la Loire dans la mesure où ces dernières constituent un organe de vigilance quant au respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement

dans un EPSM. L'examen des rapports montrent que certaines ne se réunissent plus (c'est le cas en Vendée) et que d'autres ont du mal à assurer leurs missions (notamment les visites d'établissements)

- L'examen des dossiers des patients, la visite des unités d'hospitalisation, le contrôle du placement en isolement et/ou en contention et la réception des personnes hospitalisées qui en font la demande font des CDSP des acteurs impartiaux veillant activement à la garantie des droits fondamentaux et libertés individuelles des patients hospitalisés sans leurs consentements.
- La composition d'une CDSP est simultanément une force et une faiblesse. Une force, car la complémentarité des personnes qui la compose offre ainsi des regards professionnels croisés. Une faiblesse, car ces personnes ont pour une grande part une activité professionnelle à forte contrainte influant notablement sur le temps susceptible d'être consacré à la CDSP. Un risque de délitement insidieux de cette instance est à craindre. Ce risque s'est accru par la décision du Ministère de la Justice dans la loi de programmation 2018 – 2022 de ne pas renouveler les mandats des magistrats siégeant au sein des CDSP.

Dans ce contexte cette situation ne peut que fragiliser la pérennité des CDSP et ceci au détriment des droits du patient.

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) Les honoraires

L'analyse des honoraires pratiqués par les médecins en Pays de la Loire a été faite à partir de l'intervention du Directeur de la CPAM 44 à la réunion plénière de la CRSA du 12 juin 2019.

Les constats suivants peuvent être faits :

- une très faible part de généralistes ayant fait le choix du secteur 2 (honoraires libres)
- **une croissance importante du nombre de spécialistes ayant fait le choix du secteur 2 : +18,4% sur 4 ans**
- **un taux d'adhésion des médecins en secteur 2 aux contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires qui a pratiquement doublé en 4 ans** (de 22,6% à 42,9%), avec des différences d'adhésion très importantes entre spécialités (13% en ophtalmologie, 38% chez les anesthésistes, 60% en gynécologie, 85% chez les radiologues).

L'adhésion d'un nombre important de médecins de secteur 2 aux contrats de maîtrise de dépassements d'honoraires a eu pour conséquence sur 4 ans :

- un infléchissement de la hausse des dépassements d'honoraires des spécialistes
- une diminution de 8% du nombre d'actes avec dépassements du secteur 2 (51% en 2018)

- une moindre progression des montants de dépassements (8% contre 11% pour les non adhérents)

Le montant global des dépassements associés aux actes, 74,5 millions d'euros, a néanmoins progressé de 20,2% en 4 ans. Donc, si effectivement les contrats de maîtrise de dépassements d'honoraires ont permis de stopper leur croissance continue à la fois en nombre d'actes et en montant individuel depuis 15 ans, il reste que cette pratique pèse de façon importante dans le reste à charge des usagers .

En ce qui concerne les actes chirurgicaux réalisés dans les établissements privés, **les données recueillies montrent une croissance continue du nombre d'actes réalisés avec dépassements avec une hausse importante des dépassements moyens pour certains actes.** Dans beaucoup de spécialités chirurgicales, plus d'un acte sur 2 fait l'objet d'un dépassement L'impact de la mise en place des contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires apparaît beaucoup moins évident que pour les consultations.

b) La démographie médicale

Les précédents rapports relatifs aux droits des usagers ont pointé les difficultés pour les ligériens d'accéder à un médecin qu'il soit généraliste ou spécialiste, avec en plus de fortes inégalités géographiques.

Les différentes études de ces derniers mois (assurance maladie, ORS...) montrent bien que l'accès à un médecin ne s'améliore pas voire se détériore. La légère augmentation du nombre de médecins généralistes est souvent mise en avant mais elle cache des baisses significatives dans les départements de notre région déjà en fortes difficultés (moins 8% en Sarthe et Mayenne...).

L'accès à un médecin spécialiste interpelle également : pour huit des neuf spécialités les plus fréquemment consultées les densités de professionnels en Pays de la Loire sont inférieures de 24 % à 31 % à celles enregistrées au niveau national. L'ophtalmologie affiche un écart moins important (-9 %).

De nombreuses mesures sont prévues dans le PRS 2 pour essayer d'améliorer la situation (exercices coordonnées, mise en place d'assistants médicaux, transferts de tâches, incitation financière à l'installation...), mais ces mesures auront-elles un impact pour permettre à chaque ligérien d'avoir accès à un médecin traitant, à un spécialiste voire à d'autres professions para médicales également en difficultés démographiques ? Il est à craindre que la perception des ligériens des difficultés d'accès aux soins ne s'améliorent pas, entraînant de facto une perte de confiance dans notre système de santé.

c) Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

La dynamique d'installation des CPTS en région de Pays de la Loire est certaine (17 projets recensés en octobre 2019). La mise en place de cette organisation territoriale des soins libéraux devrait permettre de répondre aux attentes des usagers en particulier sur l'accès à un médecin traitant et à une meilleure organisation des soins non programmés. Au-delà de l'implication du maximum de professionnels de santé libéraux sur les territoires, l'enjeu de réussite des CPTS va être l'interaction avec tous les acteurs des territoires : établissements de santé et médicaux sociaux, collectivités locales,

associations d'usagers... Pour ces dernières, il sera important qu'elles soient associées à l'établissement des projets de santé des CPTS et à leur suivi.

d) Le fonctionnement des services des urgences

La croissance continue depuis plusieurs années du nombre de passages aux urgences (+3% en 2018) met les services des urgences de notre région en extrême tension ce qui ne contribue pas à améliorer les conditions de séjours et de soins des patients concernés.

Le pacte de refondation des urgences, en cours de déploiement dans la région, porte plusieurs mesures qui sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des usagers ayant besoin d'un recours aux soins non programmés : mise en place d'un service d'accès aux soins, identification de plages horaires dédiées dans les cabinets médicaux, renforcement des compétences des personnels para médicaux dans les services des urgences, amélioration de la prise en charge des personnes âgées en amont et en aval des urgences, développement des maisons médicales de garde à proximité directe des services d'urgence ...

Ces mesures n'auront un réel impact que si tous les acteurs ont la volonté de travailler en interaction pour répondre aux besoins réels de la population.

A travers l'exemple de la mise en place d'un lieu de dialogue au Centre hospitalier du Mans entre usagers et professionnels des urgences, la CSDU souligne l'importance d'améliorer l'implication des représentants des usagers dans la réflexion sur le fonctionnement de ces services, qui, il faut le rappeler, font l'objet d'un grand nombre de plaintes et réclamations dans les établissements de santé.

16.2.2 Assurer l'accès aux structures de prévention

En 2017-2018 le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 50,1 % au niveau national, et 58,2 % dans les Pays de la Loire. Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 la participation au programme est en diminution.

En 2017 les couvertures vaccinales « rougeole, oreillons, rubéole » à l'âge de 2 ans étaient de 90 % pour la 1ère dose et de 80 % pour la 2de dose dans tous les départements, sauf en Maine-et Loire (86 % et 77 % respectivement). La couverture vaccinale de la population comme ailleurs en France était insuffisante pour prévenir tout risque épidémique.

- Pour la prévention du VIH, En Pays de la Loire 155 personnes ont découvert leur séropositivité dont 26,5% à un stade tardif (135 en 2017). 4603 patients séropositifs bénéficient d'un suivi médical (4457 en 2017). Le nombre de personnes qui ignorent être infectées par le VIH est estimé à 647. Il est important de promouvoir des campagnes de dépistage ciblées et adaptées aux personnes vulnérables et de faciliter leur accès quotidien à la prévention et aux soins.
- L'amélioration des parcours de santé de ces personnes, souvent victimes d'inégalités sociales en santé restant l'enjeu majeur à travailler en priorité.

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 (CLS)

Au 31 décembre 2019, 23 CLS sont signés et six sont en cours d'élaboration. 10 CLS ont fait l'objet d'une signature ou d'un renouvellement au cours de l'année 2019. Pour l'Agence Régionale de Santé l'objectif est que l'ensemble des collectivités fassent partie d'un contrat local de santé.

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

149 logements ont fait l'objet d'une procédure au titre de la santé publique. Le département de Loire-Atlantique et particulièrement la métropole nantaise restent les gros contributeurs des procédures liées au logement sur la région. La mise en sécurité du système électrique ou de chauffage est la principale cause de la mise en place des procédures de résorption des désordres dans les logements, principalement locatifs.

Les habitats les plus dégradés et les plus précaires que sont les squats et bidonvilles ne sont pas évalués par les politiques publiques. Il conviendrait que l'ARS y assure un suivi sanitaire car les conditions sanitaires y sont extrêmement précaires (accès à l'eau, aux sanitaires, enlèvement des ordures).

c) Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité

Les différentes études, travaux, questionnaires faits sur la région montrent une prise de conscience pour agir dans les difficultés d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale des personnes en situation sociale difficile...

A l'exemple du plan régional d'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap de juin 2016 (charte Romain Jacob), de nombreuses actions vers ces publics sont en cours, mais au-delà de cette volonté affirmée, il faut comprendre qu'il y a encore beaucoup de chemin à parcourir lorsque l'on constate que :

- 52 % des médecins généralistes ne se sentent pas suffisamment formés pour la prise en charge de ces patients
- 22% des personnes en situation de handicap déclarent avoir vécu un refus de soins
- la file active des PASS est en augmentation continue.

16.3 CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

a) La formation des représentants des usagers

Les deux volets de formation des représentants des usagers (RU) jugés prioritaires par la CRSA se déclinent sur la région :

- formation des nouveaux RU des établissements de santé par l'intermédiaire de France Assos Santé : 85 RU formés en 2018 par France asso Santé. Les 52 nouveaux RU désignés en fin d'année 2019 devraient pouvoir être formés en 2020.
- formation des représentants des résidents dans les établissements médicaux sociaux assurés par l'URIOPSS pour le secteur personnes âgées (123 personnes formées) et le CREAI pour le secteur Handicap (78 personnes d'ESAT formées)

Les demandes de formation sont supérieures à l'offre.

La convention de ces formations a été reconduite en 2019 avec un volet encourageant l'implication des Comités départementaux à la citoyenneté et à l'autonomie dans le processus de détection des besoins des membres des CVS. Sur ce point une première étape de réalisation en Loire-Atlantique a été mise en œuvre et il est à espérer que cet exemple sera suivi dans d'autres départements.

Le souhait de voir évoluer les formations des membres de CVS des EHPAD vers des rencontres territoriales, exprimé dans les précédents rapports n'a pas vu de concrétisation.

La CSDU se félicite du succès de la journée des représentants des usagers à la fois par le nombre de participants et la qualité des échanges. Le thème abordé « La qualité dans notre système de santé » est un sujet majeur dans le respect du droit des usagers dans lequel la démocratie sanitaire doit prendre toute sa place.

b) Faire participer et informer les représentants des usagers

La 7^{ème} journée des représentants des usagers du 24 juin 2019 (organisation commune ARS/CRSA) a rencontré un réel succès à la fois par le nombre de participants et la qualité des échanges. Le thème abordé « La qualité dans notre système de santé » est un sujet majeur dans le respect du droit des usagers dans lequel la démocratie sanitaire doit prendre toute sa place.

c) Garantir la participation des représentants des usagers dans les instances de démocratie sanitaire

Le taux de participation des représentants des usagers aux réunions plénières de la CRSA reste élevé (71%) mais ce taux diminue régulièrement au fil des années (87% en 2016) . Ce constat concerne également la présence en commissions spécialisées.

Les formations d'expression des usagers des Conseils territoriaux de Santé seront toutes mises en place début 2020. Ces formations ont, pour la plupart, des difficultés pour mobiliser des participants. Les thèmes de travail de ces formations sont très divers mais vont tous dans le sens de s'intéresser aux vécus et aux attentes des usagers.

VI. Recommandations

1. Les médiations dans les établissements de santé :

La médiation est une solution pertinente pour régler une plainte d'un usager dans un établissement de santé. Des règles précises de mise en œuvre sont prévues dans le code de santé publique. Un état des lieux des conditions de réalisation des médiations sur la région s'avère nécessaire. Etat des lieux qui pourrait être accompagné le cas échéant de propositions d'améliorations à destination des établissements et des représentants des usagers des commissions des usagers.

2. Les conseils de la vie sociale :

La formation des membres des conseils de vie sociale est un levier d'action pour améliorer le fonctionnement de cette instance. Une convention ARS/ URIOPSS CREAL. Financée sur les crédits de démocratie sanitaire a été mise en place à la demande de la CRSA pour répondre à ce besoin. Il serait utile de refaire le point de cette convention en examinant :

- la possibilité d'inclure une dimension territoriale pour la formation des membres des CVS des EHPAD
- l'extension, avec l'appui de l'ARS, aux autres Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de la région, de la démarche faite en Loire-Atlantique, (recensement de la situation des CVS, propositions d'actions...)

Le Schéma régional de santé prévoit dans sa thématique « Renforcer la prise en compte de la parole de l'usager l'action suivante « Susciter le cas échéant la participation d'associations agréées dans les Conseils de la vie sociale. » Dans un premier temps, il serait nécessaire pour avancer dans cette démarche, d'examiner, dans les établissements médico-sociaux faisant partie d'une entité ayant un établissement sanitaire, les liens qui peuvent exister entre le CVS et la CDU et au besoin de promouvoir des interactions entre ces deux instances.

3. Les personnes qualifiées :

Dans ses rapports sur le respect des droits des usagers, la CRSA regrette depuis plusieurs années le mauvais fonctionnement de ce dispositif de médiation dans le secteur médico-social. Il est nécessaire, sous l'impulsion de l'ARS et de ses directions territoriales, qu'une analyse de la situation soit faite avec tous les partenaires (y compris les associations d'usagers) pour mettre en œuvre un plan d'action permettant d'aboutir à une situation conforme aux textes réglementaires.

4. La santé mentale :

Le non renouvellement des mandats des magistrats dans les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP), ajouté aux difficultés de désigner des professionnels dans cette instance met en péril son fonctionnement. La situation des CDSP dans la région mérite un regard attentif de l'ARS dans la mesure où les CDSP constituent un organe de vigilance quant au respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement dans un établissement public de santé mentale.

5. Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :

La mise en place des CPTS est un enjeu important pour répondre aux besoins de la population sur les territoires en matière de santé. Les usagers à travers leurs associations doivent être considérés comme partenaires des CPTS et donc impliqués dans l'élaboration et le suivi des projets de santé. Une étape de formation sera à prévoir pour les représentants des usagers.

6. 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, il serait souhaitable que l'ARS réalise une communication grand public adaptée.

7. La bientraitance :

Les conditions de prise en charge des résidents dans les établissements médico-sociaux est un thème qui revient fréquemment dans les plaintes et réclamations des usagers. Il serait utile de connaître ce que les résident.e.s des établissements médico-sociaux et leurs proches entendent par bientraitance, comment ils/elles la définissent ; ce travail permettrait de décliner des items spécifiques évaluable.

Cette même approche pourrait être également déclinée pour les personnes bénéficiant de soins et de services 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."

8. La précarité

Les différentes études, travaux, questionnaires faits sur la région montrent une prise de conscience pour agir dans le domaine des difficultés d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale des personnes en situation sociale difficile.

Par contre, il est très difficile pour la CRSA d'obtenir des données chiffrées sur les mesures mises en œuvre (exemple : refus de soins) et l'évaluation des actions menées. La CRSA devrait se donner les moyens d'avoir une visibilité sur ce sujet.

9. Les contrats locaux de santé :

Des contrats locaux de santé ont été mis en place depuis plusieurs années. Un bilan des résultats de ces contrats serait nécessaire avec une évaluation des actions menées. Dans ce bilan il serait important de faire ressortir la place donnée aux associations d'usagers et leur implication.

10. L'implication des représentants des usagers à la CRSA :

A la fin de la mandature de cette CRSA il serait utile de mener une enquête, avec l'aide de l'ARS, auprès des représentants des usagers actuels de la CRSA pour connaître leur ressenti sur l'exécution de leur mandat. Cette enquête servirait de base à un échange avec les représentants des usagers concernés pour établir des recommandations concernant le futur mandat d'octobre 2021.

VII LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT 2018

(suivi au 2 mars 2020)

Recommandations		Mise en œuvre	
1	Les commissions des usagers des établissements de santé	Renouvellement des membres des CDU	[ARS] Campagne de renouvellement actuellement en cours. Au 15/4/19 : 92% taux d'occupation → 37 sièges à pourvoir Au 28/01/2020 : 91% taux d'occupation Objectifs CPOM : Fin 2019 à 80%, 2020 à 90% L'ARS s'est mobilisée sur un objectif de suivi d'une formation par tous les nouveaux RU. Ces derniers ont tous été avisés individuellement.
2	Le document de sortie et de fin d'hospitalisation	Insertion dans les CPOM	[ARS] Les résultats sur le MCO et le SSR sur la rédaction d'un document de sortie et de fin d'hospitalisation seront bien suivis pour chaque établissement concerné pendant la durée du CPOM 2019-2022. Cf exemple de trame
3	Les indicateurs de qualité	Communication ARS	[ARS] [CRSA] Organisation de la 7 ^{ème} journée des RU du système de santé sur la thématiques « usagers et qualité dans notre système de santé ». Présentation [ARS] sur « Démarche qualité sécurité des soins des établissements de santé », notamment sur les IQSS et scopesante.fr Disponible sur https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/retour-sur-la-7eme-journee-des-representants-des-usagers-du-systeme-de-sante
4	Les conseils de vie sociale (CVS)	Mise en place de rencontres territoriales Participation de membres d'AARUSS ou de CDCA	[ARS] conventionnement pluriannuel avec le CREAI et l'URIOPSS sur des actions de formation au niveau des CS dans les champs PA et PH : 1. Animation régional et formation des représentants des CVS : Former les représentants des CVS, et notamment les représentants des usagers et des familles, pour favoriser la citoyenneté, l'expression et l'exercice des droits 2. Renforcer les relations entre les CVS et la représentation départementale des usagers : Créer des lieux d'échanges et de concertation entre les Conseils de la Vie Sociale et les instances représentatives des personnes accompagnées pour renforcer la place des bénéficiaires dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques médico-sociales
5	Bienveillance	Etude / ressenti des résidents EHPAD sur la bienveillance	[CRSA] Etude à lancer sur le ressenti des séjours des résidents en EHPAD → Etude qui serait réaliser par QualiRel dans le cadre de leur campagne régional « Regards croisés sur la bienveillance » (mise en œuvre sur le premier trimestre 2020)
6	Santé mentale	Pratiques sur les CSI	[ARS] En attente de retour d'information
7	L'implication des usagers dans les projets des communautés professionnelles des territoires de santé	Effectivité de la participation des usagers au niveau diagnostic, élaboration et suivi	[ARS] En attente de retour d'information L'ARS a encouragé les CPTS à collaborer avec les associations d'usagers. Les RU sont invités régulièrement aux réunions de présentation des projets. Il existe 1 siège de RU au sein de chacun des CATS chargé notamment de donner un avis sur les projets de santé des CPTS.

8	L'accès aux soins pour tous	Etude sur les freins à l'accessibilité aux soins	[CRSA] Présentation par la CPAM des pratiques tarifaires des médecins de la région PDL lors de la plénière du 18 juin → Evolution des secteurs tarifaires & effet des dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires. Pas de mention d'une étude spécifique à ce stade.
9	La scolarisation des enfants en situation de handicap	50% d'externalisation des classes d'IME	<p>[ARS] Depuis plusieurs années, l'ARS, conformément aux orientations nationales, œuvre pour une diversification de l'offre médico-sociale, afin de laisser plus de choix aux familles. Cela a pu se traduire par une transformation de l'offre « institutionnelle » classique (établissement) en une offre plus modulaire permettant aux établissements d'accompagner un plus grand nombre d'enfants, en proposant d'autres types de prestations (accueil temporaire, répit, SESSAD, Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées...). En 2019, l'offre d'accompagnement reste encore majoritairement en établissement : 60 % en établissement, 40 % en SESSAD. Par ailleurs, la Région est particulièrement concernée par le maintien en établissements pour enfants de jeunes adultes (c'est ce qu'on appelle communément les jeunes en situation d'amendement Creton) qui faute de places ou de réponses adaptées dans un établissement ou service pour adultes restent en IME ou en établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), ce qui limitent les possibilités d'accès à ces établissements pour les plus jeunes. Certains IME de la région accueillent en majorité des jeunes adultes.</p> <p>C'est pourquoi, l'ARS travaille avec les Conseils Départementaux, qui autorisent et financent une grande partie de l'offre pour les adultes en situation de handicap, afin de créer des dispositifs adaptés à ces jeunes adultes qui pour certains souhaitent des réponses plus inclusives, dans du logement intermédiaire par exemple.</p> <p>ARS et Education nationale travaillent aussi ensemble sur le déploiement de nouveaux dispositifs (ex : les UEMA ou les classes d'autorégulation qui sont co-financés par l'ARS et l'Education Nationale), sur l'externalisation des unités d'enseignement (quand un IME ou un ITEP souhaitent délocaliser sa classe dans un établissement scolaire afin que les élève partagent des temps en commun avec les autres...).</p> <p>L'ARS propose aux représentants de l'Education nationale de participer de façon plus systématique aux discussions avec les organismes gestionnaires dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.</p>

VIII GLOSSAIRE

1. ADIL : Agence Départementale d'Information sur le logement
2. ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
3. ALMA : Association de Lutte contre la Maltraitance envers les personnes Agées
4. ANAH : Agence Nationale de l'Habitat
5. APL : Accessibilité potentielle localisée
6. ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
7. ARS : Agence régionale de santé
8. ASIP : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
9. AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
10. CAF : Caisse d'allocation Familiale
11. CAL : Commission d'activité libérale
12. CRAL : Commission régionale d'activité libérale
13. CAPS : Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins (maison médicale de garde)
14. CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation
15. CDAPH : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées
16. CDCA : Conseil départemental à la Citoyenneté et à l'autonomie
17. CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
18. CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
19. CDU : Commission des usagers
20. CH : Centre Hospitalier
21. CHU : Centre Hospitalier Universitaire
22. CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé
23. CLAN : Comité de liaison Alimentation et en Nutrition
24. CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
25. CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
26. CLS : Contrat Local de Santé
27. CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
28. CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
29. CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

30. CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
31. CRAL : Commission Régionale de l'activité libérale
32. CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
33. CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
34. CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
35. CSDU : Commission Spécialisée Droits des Usagers
36. CSP : Code de la Santé Publique
37. CTS : Conseil territorial de santé
38. CVS : Conseil à la vie sociale
39. DADSPS : Direction d'appui à la démocratie et au pilotage stratégique
40. DEO : Direction de l'Effcience de l'Offre (ARS)
41. DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé
42. DGOS : Direction Générale de L'Offre de Soins
43. DIPC : Document individuel de prise en charge
44. DLU : Dossier de liaison urgente
45. DMP : Dossier Médical Partagé
46. DREAL : Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement
47. DT : Direction Territoriale
48. EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
49. EIG : Evènement Indésirable Grave
50. ESA : Equipes spécialisées Alzheimer
51. ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
52. ESMS : Etablissement social et médico-social
53. ETP : Education Thérapeutique du Patient
54. FAM : Foyer d'accueil Médicalisé
55. FAS : France Asso Santé
56. URASS : Union Régionale des associations agréées du système de santé
57. HAD : Hospitalisation à Domicile
58. HAS : Haute Autorité de Santé
59. HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
60. IGAS : l'Inspection Générale des Affaires Sociales
61. IQSS : Indicateurs qualité et de la sécurité des soins
62. InVS : Institut National de Veille Sanitaire
63. IME : Institut Médico-Educatif
64. IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

65. IQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
66. IREPS : Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé
67. JLD : Juge des Libertés et de la Détention
68. MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
69. MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapée
70. MNA : Mineur non accompagné
71. MLLE : Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
72. MSP : Maison de santé pluri professionnels
73. ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
74. OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
75. ORS : Observatoire Régional de la Santé
76. ORTHI : Outil de Repérage et de Traitement de l'Habitat Indigne
77. ORU : Observatoire régional des Urgences
78. PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
79. PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
80. PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
81. PDLHI : Pole départemental de lutte contre l'habitat indigne
82. PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire
83. PMI : Protection Maternelle et Infantile
84. PRIAC : Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
85. PRS : Projet Régional de Santé
86. PRSE : Plan Régional Santé Environnement
87. PSL : Professionnels de Santé Libéraux
88. PVP : Projets de vie personnalisés
89. QualiREL : Qualité risques évaluation établissements ligériens
90. ROR : Vaccin Rubéole, Oreillons, Rubéole
91. RU : Représentants des Usagers
92. SAMU : Service d'aide médicale urgente
93. SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
94. SDC : Structure d'étude et de traitement de la Douleur Chronique
95. SDT : Soins psychiatriques Sur Demande d'un Tiers
96. SDTU : Soins psychiatrique procédure d'urgence
97. SDRE : Admission en soin psychiatriques Sur Demande du Représentant de l'Etat
98. SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
99. SISAC : Système d'information sanitaire des alertes et crises

- 100.SLD : Séjour de Longue Durée
- 101.SM : Santé Mentale
- 102.SMPR : Services médico-psychologiques régionaux
- 103.SPI : Soins psychiatriques de péril imminent
- 104.SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
- 105.SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- 106.SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- 107.SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- 108.TED : Trouble Envahissant du Développement
- 109.TICE : Technologie de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement
- 110.TRD : Traçabilité de l'évaluation de la Douleur
- 111.TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
- 112.UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- 113.UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
- 114.UHSI : Unité hospitalière Sécurisée Interrégionale
- 115.ULIS : Unités localisées pour l'Inclusion Scolaire
- 116.URAF : Union Régionale des Associations Familiales
- 117.URAPEI : Union Régionale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis
- 118.URIOPSS : union régionale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
- 119.URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé