

# Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé

# 2020

sur données 2019

# Sommaire

Méthodologie.....	4
<b>Orientation 1 - Promouvoir et faire respecter les droits des usagers.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....</b>	<b>6</b>
2.1 Ambulatoire.....	6
2.2 Sanitaire.....	8
2.3. Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.....	26
2.4 Médico-social: rendre effectif l'évaluation du respect des droits des usagers.....	28
<b>3. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance.....</b>	<b>31</b>
3.1. Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire .....	31
3.2. Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance en structures médico-sociales.....	31
<b>4. Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en charge la douleur.....</b>	<b>37</b>
4.1 Prise en charge de la douleur dans les établissements médico-sociaux.....	37
4.2 Prise en charge de la douleur dans les établissements de santé.....	37
<b>5. Droit au respect de la dignité de la personne en fin de vie.....</b>	<b>38</b>
5.1 Le plan régional de développement des soins palliatifs.....	38
5.2 Les soins palliatifs dans le bilan des inspections d'EHPAD 2016/2017/2018.....	39
5.3 Rédiger des directives anticipées.....	39
5.4 Désigner une personne de confiance.....	40
<b>6. Droit à l'information.....</b>	<b>41</b>
6.1. L'accès au dossier médical dans les établissements de santé.....	41
6.2. La lettre de liaison à la sortie.....	42
6.3. Le déploiement du dossier médical partagé.....	43
<b>7. Assurer la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ou adapté.....</b>	<b>44</b>
7.1. Scolarisation et accompagnement des enfants en situation de handicap.....	44
7.2. La réponse accompagnée pour tous.....	47
<b>8. L'accès à la santé des personnes détenues .....</b>	<b>48</b>
8.1. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.....	48
8.2. Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire.....	48
<b>9. Santé mentale.....</b>	<b>49</b>
9.1 Composition et missions de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP).....	49
9.2. Remarques générales sur la situation de personnes hospitalisées et droits des patients .....	53
<b>10. Les projets labellisés droits des usagers en 2020.....</b>	<b>55</b>
<b>Orientation 2 – Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous.....</b>	<b>56</b>
<b>11. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé.....</b>	<b>56</b>
11.1. Accessibilité financière aux professionnels de santé libéraux.....	56
11.2. La démographie médicale .....	61
11.3. Les Communautés professionnelles territoriales (CPTS).....	63
11.4. Le fonctionnement des services d'urgences.....	65
11.5. La permanence des soins ambulatoires (PDSA).....	68
11.6. Le transport des patients.....	68

11.7. Les pénuries de médicaments, la difficile organisation des territoires .....	71
11.8. L'accès aux soins des Mineurs Non Accompagnés.....	72
<b>12. Assurer financièrement l'accès aux soins.....</b>	<b>73</b>
12.1. Les Commissions d'Activités Libérales (CAL) en établissements de santé.....	73
12.2. Le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME .....	74
<b>13. Assurer l'accès aux structures de prévention.....</b>	<b>74</b>
13.1. Dépistage du cancer.....	74
13.2. Couvertures vaccinales "rougeole, oreillons et rubéole".....	79
13.3. Le dépistage du VIH en Pays de la Loire.....	82
<b>14. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.....</b>	<b>85</b>
14.1. E-santé et fracture numérique.....	85
14.2. La prise en charge des patients en situation de handicap.....	87
14.3. Taux d'équipements en établissements et services médico-sociaux.....	90
14.4. Les contrats locaux de santé (CLS).....	93
14.5. Logements: les procédures d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique .....	95
14.6. Parcours de santé durant la crise sanitaire.....	96
<b>Orientation 3 – Conforter la représentation des usagers du système de santé.....</b>	<b>100</b>
<b>15. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé .....</b>	<b>100</b>
15.1. La formation des représentants des usagers (RU).....	100
15.2. La formation des membres des Conseils de la Vie Sociale .....	101
15.3 Faire participer et informer les représentants des usagers .....	102
<b>Orientation 4 – Renforcer la démocratie sanitaire.....</b>	<b>104</b>
<b>16. Garantir la participation des représentants des usagers dans les instances de démocratie sanitaire.....</b>	<b>104</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>105</b>
<b>Synthèse et Recommandations.....</b>	<b>109</b>

# Méthodologie

Ce rapport sur le droit des usagers du système de santé est le quatorzième 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 (CSDU) 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. Ces focus intègrent un certain nombre d'éléments recueillis sur le respect du droit des usagers liés à la crise sanitaire.

Ce rapport, dans sa synthèse, reprend des recommandations qui pourront faire, dans le cadre des prochains travaux de la CRSA, l'objet d'une prise en compte et d'un suivi.

Ce rapport, après adoption en séance plénière de la CRSA, le 15 juin sera transmis avec les recommandations formulées :

- A Monsieur le Directeur Général de l'ARS Pays de la Loire
- A 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 Magali BONHOMMEAU (Direction de l'Offre de Santé et en faveur de l'autonomie ARS) pour son aide à l'analyse des données fournies par son service.
- Madame Marie-Lou DELAIRE, 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.

# Orientation 1 - Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

Aucune donnée n'a pu être recueillie pour l'élaboration de ce rapport.

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'obtention de données sur la formation initiale ou continue des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers pour la réalisation de ce rapport au cours de ces dernières années a été très parcellaire.

Ce thème est bien repris dans les formations initiales, mais reste trop souvent abordé sous un angle très théorique. Néanmoins, plusieurs associations participent aux formations initiales des professions paramédicales, mais cela reste encore occasionnel.

Le Projet Régional 2018-2022 avait pour objectif de renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur. Pour l'atteindre, il prévoyait notamment la déclinaison opérationnelle suivante : Encourager le développement d'un module de formation des professionnels de santé « l'utilisateur, un acteur à part entière de sa santé ». A ce jour, nous n'avons pas connaissance de la mise en œuvre de cet objectif qui devrait intégrer, selon la CSDU, le vécu et l'expertise des représentants des usagers.

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

### 2.1 Ambulatoire

Contrairement aux précédents rapports, tous les ordres professionnels n'ont pas été sollicités pour fournir les éléments ayant trait aux plaintes et réclamations, et leurs modalités de traitement.

Ci-dessous, les informations reçues de la part du Conseil Régional de l'Ordre des médecins.

Département	Plaintes et doléances reçues					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Loire-Atlantique	194	225	197	219	198	171
Maine-et-Loire	134	164	160	177	192	82
Mayenne	41	44	44	52	64	46
Sarthe	22	45	38	48	56	62
Vendée	133	192	184	180	194	138
<b>TOTAL</b>	<b>524</b>	<b>670</b>	<b>623</b>	<b>676</b>	<b>704</b>	<b>499</b>

Département	Conciliations					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Loire-Atlantique	23	23	33	31	43	38
Maine-et-Loire	13	20	8	18	21	19
Mayenne	6	9	5	5	13	5
Sarthe	9	11	13	9	9	5
Vendée	13	16	21	21	20	19
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>79</b>	<b>80</b>	<b>84</b>	<b>106</b>	<b>86</b>

Département	Plaintes transmises					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Loire-Atlantique	17	7	12	11	16	33
Maine-et-Loire	6	7	2	9	17	5
Mayenne	3	1	2	5	4	1
Sarthe	4	5	5	10	7	6
Vendée	8	6	21	Incomplet	10	3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>35</b>	<b>54</b>	<b>50</b>

La chambre disciplinaire de première instance des Pays de la Loire de l'Ordre des Médecins a enregistré 42 affaires en 2019, et jugé 21. En 2020, 49 affaires ont été enregistrées, et 33 jugées.

En 2019, 17 décisions ont été rendues en formation collégiale : 4 rejets de plaintes, 4 avertissements, 2 blâmes, 5 interdictions temporaires d'exercer, 1 non-lieu à sanction, et 1 sursis à statuer. 3 décisions ont fait l'objet d'appels.

En 2020, 24 décisions ont été rendues en formation collégiale : 11 rejets de plaintes, 8 interdictions temporaires d'exercer, 2 refus de relèvements d'incapacité d'exercer, ainsi que 1 avertissement, 1 désistement, et 1 non-lieu à sanction. 5 décisions ont fait l'objet d'appels.

### Qui a saisi la chambre disciplinaire :

En 2019 : les particuliers (7), l'Ordre Départemental des Médecins (5), autres (syndicats, ARS, CPAM - 4), les médecins (1).

En 2020 : l'Ordre Départemental des Médecins (10), les particuliers (9), autres (syndicat, ARS, CPAM : 3), les médecins (2).

### Les principaux motifs des plaintes concernent :

En 2019 : le comportement du médecin avec le patient y compris à connotation sexuelle (8), la confraternité (critique, diffamation - 3), l'obtention de certificats médicaux (2), les actes thérapeutiques (soins consciencieux – 2).

En 2020 : le comportement du médecin avec les patients y compris à connotation sexuelle (10), l'obtention de certificats médicaux (6), les actes thérapeutiques (soins consciencieux – 3), l'exercice pendant une interdiction d'exercer (2).

### **Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers**

Les processus de traitements 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.

La CSDU souligne que dans le secteur libéral et en parcours de soins, le processus de traitement des plaintes ne suffit pas : il serait nécessaire de mettre en place un accès facilité à une expertise médicale. Celle-ci permettrait davantage d'égalité entre le patient et le praticien, un meilleur traitement des dossiers (plus rapide et moins écrasant pour le patient), et, réalisée en amont, d'éviter parfois de recourir à des procédures contentieuses.

## **2.2 Sanitaire**

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

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a instauré la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), transformée avec la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé en « Commission Des Usagers » (CDU).

La CDU est composée du directeur d'établissement ou de son représentant, de deux médiateurs et leurs suppléants désignés par le directeur d'établissement, ainsi que de deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Parmi la liste de membres facultatifs fixée par l'article R.1112-81: 57 % des établissements de santé signalent la participation d'un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), 49 % de la personne chargée des relations avec les usagers.

Le responsable de la politique qualité participe systématiquement à la CDU pour 100 % des établissements de santé. Des membres complémentaires sont également impliqués dans la composition de la CDU (44%) : secrétaire de direction, secrétaire médicale, IDE hygiéniste, directeur des soins, psychologue, président conseil à la vie sociale, responsable hôtelier, assistantes sociales, juriste...

2019 a été l'année du renouvellement des mandats des représentants des usagers de l'instance. Au 2 décembre 2019, la désignation des représentants des usagers (soit quatre RU) est complète pour 63 % des établissements (contre 76 % en 2018). L'absence des quatre représentants s'explique par une démarche en cours ou une absence de candidature malgré les sollicitations adressées aux associations : 32 % des établissements ont trois RU, et 3 % deux RU. Deux établissements fonctionnent avec un représentant des usagers (1%) et un établissement n'a pas de RU (1%).

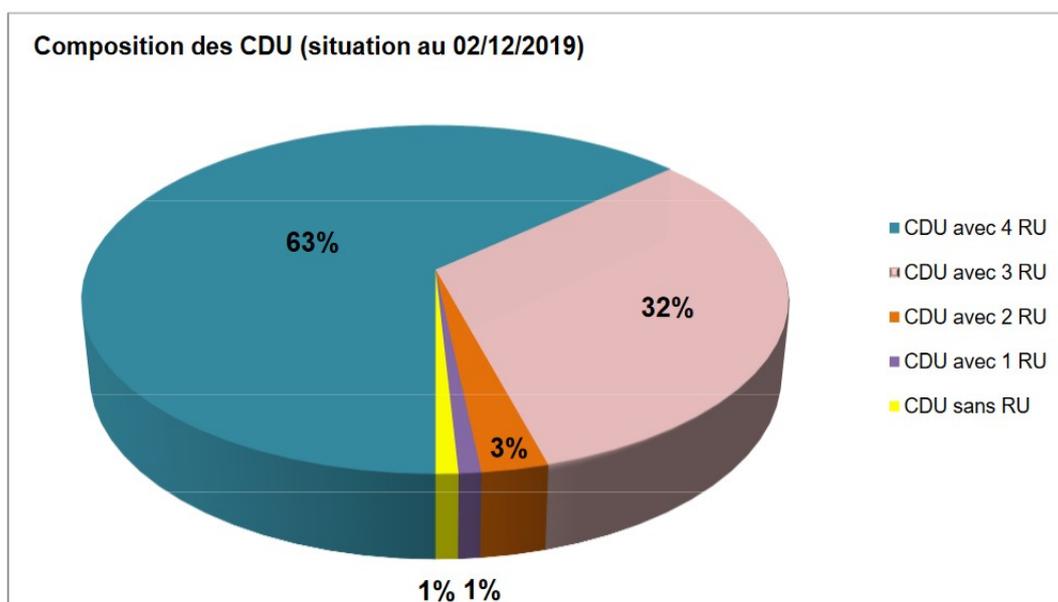


Figure 1 : ARS Pays de la Loire, « Composition des CDU (situation au 02/12/2020) », Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire, 2020<sup>1</sup>

89 % des sièges de représentants des usagers au sein des CDU sont pourvus, soit 411 désignations de représentants des usagers. (contre 91 % en 2018). Les sièges des titulaires sont occupés à 98 % (2 % de sièges vacants, soit 4 sièges), ceux des suppléants à 79 % (soit 21 % de

1 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2020, octobre). Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

sièges vacants, soit 49 sièges). La désignation des membres obligatoires dans les CDU n'est donc pas maximale, notamment concernant la désignation des suppléants qui semble plus difficile.

Selon l'article R.1112-81-1 du CSP, la présidence est assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R. 1112-81 et le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président.

La fonction de président élu de la commission des usagers est assurée : pour 70% des établissements par le représentant légal de l'établissement ou son représentant ; 18% par le représentant des usagers ; 8% par un médiateur médecin ; 4% par un médiateur non médecin.

La fonction de vice-président élu de la commission des usagers est assurée : pour 46% des établissements par le représentant des usagers ; 19% par le représentant légal de l'établissement ou son représentant ; 13% par le médiateur médecin ; 13% par un médiateur non médecin.

En 2020, 115 établissements de santé sont concernés par une CDU, soit 460 sièges de représentant des usagers. Au 31 décembre 2020 : 419 sièges sont pourvus, et 41 sièges restent à pourvoir, soit un taux de désignation de 91 %.

#### Répartition des sièges à pourvoir :

Département 44 : 10 sièges - 9 établissements concernés

Département 49 : 23 sièges - 16 établissements concernés dont 1 établissement n'a pas de RU

Département 53 : 4 sièges - 4 établissements concernés

Département 72 : 1 siège - 1 établissement concerné

Département 85 : 3 sièges - 3 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, la politique des établissements en matière d'accueil, la prise en charge et le respect des droits des personnes.

Les rapports sont analysés par l'ARS, qui en produit une synthèse régionale. Cette dernière a pour objectif d'apporter à la CRSA, aux établissements, et aux représentants des usagers, des éléments de compréhension, d'évaluation, de prospective et de mise en perspective tirés des propositions des CDU.

Les indicateurs ci-après reposent sur les données déclaratives transmises par les établissements de santé ligériens, par le biais d'un formulaire de saisie dématérialisé élaboré par l'ARS Pays de la Loire, selon les critères du Ministère.

Sur les 116 rapports d'activité attendus pour l'année 2019, quatre établissements n'ont pas pu remettre leur rapport d'activité. Les grandes tendances dégagées au sein de la synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire s'appuient ainsi sur 112 rapports d'activité des CDU des établissements de santé des Pays de la Loire.

Depuis 2012, les taux de retour des rapports d'activité CDU en région Pays de la Loire demeurent relativement stables, autour de 90%.

Le rapport d'activité de la CDU est validé par les représentants des usagers (dans 96% des établissements), qui sont également sollicités pour émettre des observations (dans 37 % des établissements). 54 % des représentants des usagers participent à la rédaction du rapport d'activité (contre 30 % en 2018).

Les observations émises par les membres de la CDU portent majoritairement sur : la gestion des réclamations (dans 40 % des établissements), la mesure de satisfaction des usagers (43%), et le fonctionnement de la CDU (40%).

82 % des CDU transmettent le rapport d'activité annuel à d'autres instances de l'établissement : parmi eux, 67 % à la Commission ou Conférence médicale d'établissement, 44 % au CA ou Conseil de surveillance, 40 % au Directoire ou à l'instance de direction, et 28 % à d'autres instances. Ces données sont en légère hausse par rapport à 2018 (78 % des établissements).

#### 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 2019, 83 établissements indiquent avoir formulé des recommandations. Elles sont émises entre autres, au regard des résultats des enquêtes, des réclamations, du projet de l'établissement ou du service, et révèlent la diversité des sujets abordés. Le taux de mise en œuvre est variable (de 22 à 100%) selon les établissements.

### 2.2.3 Fonctionnement des Commissions des Usagers

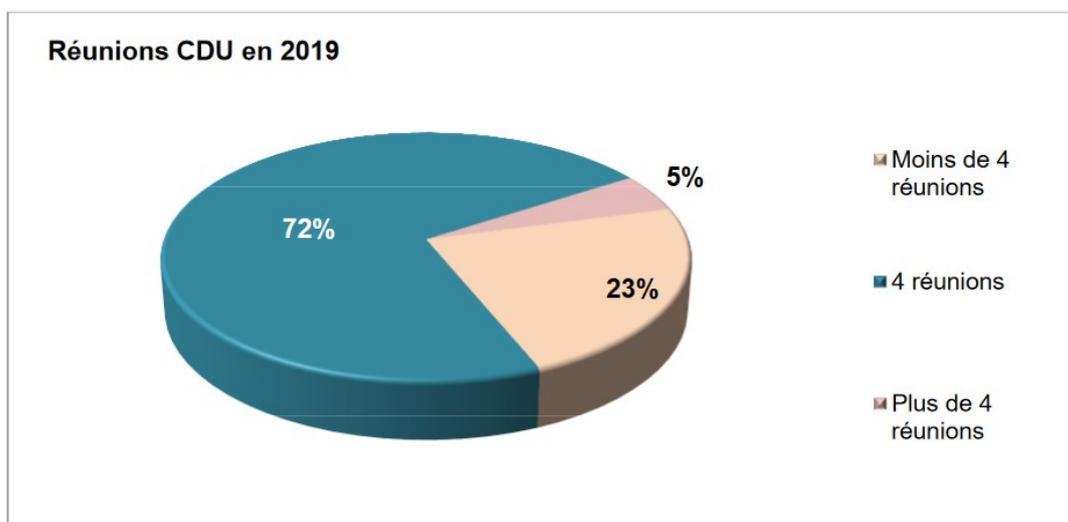


Figure 2 : ARS Pays de la Loire, « Réunions CDU en 2019 », Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire, 2020<sup>2</sup>

92 % des établissements ont actualisé le règlement intérieur de l'instance.

Selon l'article R.1112-88 du décret 2005-213 du 2 mars 2005, la CDU se réunit au moins une fois par trimestre, et aussi souvent que nécessaire (à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative). Cette réglementation est respectée par 72 % des établissements, qui se réunissent au moins quatre fois par an (soit 80 établissements en 2019, contre 84 en 2018 - 76 %, 82 en 2017 - 71 %, et 60 en 2016 - 51 %), tandis que 23 % réalisent moins de quatre réunions, et 5 % plus de quatre réunions.

#### Taux de participation des représentants des usagers aux réunions de l'instance :

- 65 établissements: taux supérieur à 70%
- 11 établissements (soit 8 % des établissements): taux inférieur à 50%
- 1 établissement: ne signale aucune participation

Selon 108 établissements, les représentants des usagers en qualité de suppléants sont invités systématiquement. Quatre établissements invitent le suppléant seulement si le titulaire est absent.

Les représentants des usagers sont également sollicités pour participer à diverses instances au sein du même établissement : ils sont désignés au sein du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (pour 56 % des établissements, soit 63 d'entre eux), pour participer aux instances décisionnelles (Conseil de surveillance ou Conseil d'administration, pour 42 % des établissements), ou encore les Comités de pilotage (COPIL), les Commissions (soins infirmiers, hôtelière...), les groupes de travail (bienveillance, certification, droits des patients, prise en charge des patients...), les conseils de la vie sociale.

<sup>2</sup> Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2020, octobre). *Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

#### **2.2.4 Les évènements indésirables**

La Commission Des Usagers reçoit lors d'une présentation, au moins une fois par an, la liste des évènements indésirables survenus au cours des douze mois précédents, ainsi que celle des actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier, dans le respect de l'anonymat des patients (Articles R.1112-80 et L. 1112-3 du code de la santé publique). Cette présentation a concerné 100 établissements en 2019.

De même depuis 2017 la CDU doit être informée de chaque évènement indésirable grave (EIG) associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Cette information comprend les circonstances de l'évènement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement. La mise en œuvre de cette nouvelle disposition n'a pas été évaluée dans la synthèse.

#### **2.2.5 Les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire**

La gestion des réclamations est encadrée par l'article R.1112-80 et aux articles R.1112-91 à R.1112-94 du décret n°2005-213. Celles-ci doivent permettre à tout usager d'un établissement de santé d'exprimer ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement.

Dans ce cadre, les établissements ligériens réalisent le recensement et le traitement des réclamations orales et écrites. En 2019, les établissements déclarent avoir reçu 4 372 réclamations, dont la quasi-totalité (81 %) est écrite et 12 215 éloges. Le nombre de réclamations est relativement stable depuis plusieurs années (4 364 en 2018). 12 établissements (contre 10 établissements en 2018) déclarent n'avoir été destinataires d'aucune réclamation en 2019. Un tiers des réclamations est recensé sur 5 établissements dont 3 établissements représentatifs de chaque département de la région (44-72-85) et 2 établissements de Loire-Atlantique.

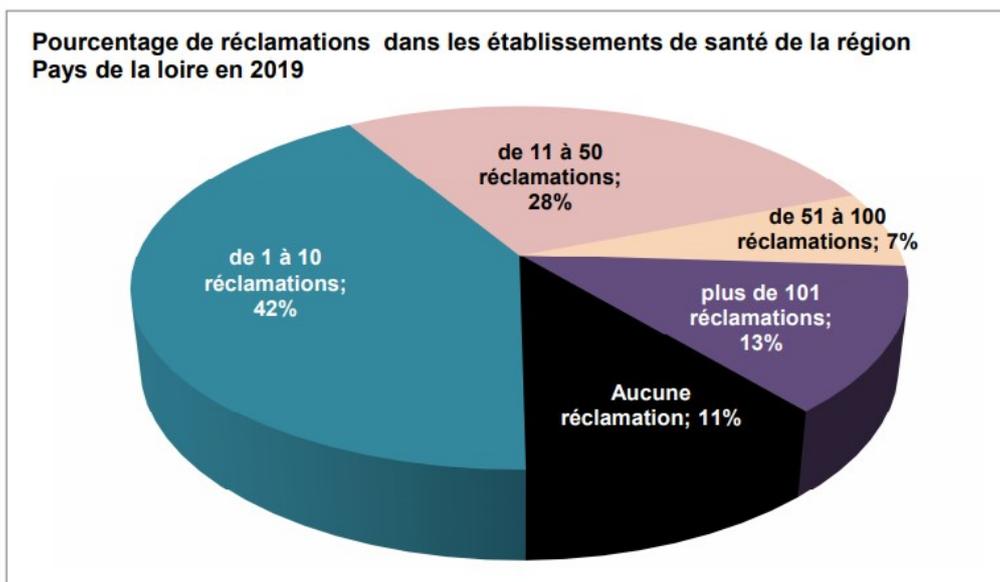


Figure 3 : ARS Pays de la Loire, « Pourcentage de réclamations dans les établissements de santé de la région Pays de la Loire en 2019 », Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire, 2020<sup>3</sup>

71 % des établissements (contre 62 % en 2018) classent les réclamations par typologie. La majorité des réclamations portent sur :

- La prise en charge des aspects médicaux (38 %) : la relation avec le médecin, l'attitude des professionnels, la qualité des soins, la contestation du diagnostic médical, de la prescription ou des actes médicaux
- La vie quotidienne et l'environnement (24 %) : la gestion des ressources de bien à la personne (dépôt, perte, vol, objet endommagé)
- L'accueil et l'administration.

Il est constaté une adéquation entre la proportion des motifs des réclamations et celle des actions correctives identifiées par la CDU.

<sup>3</sup> Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2020, octobre). *Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

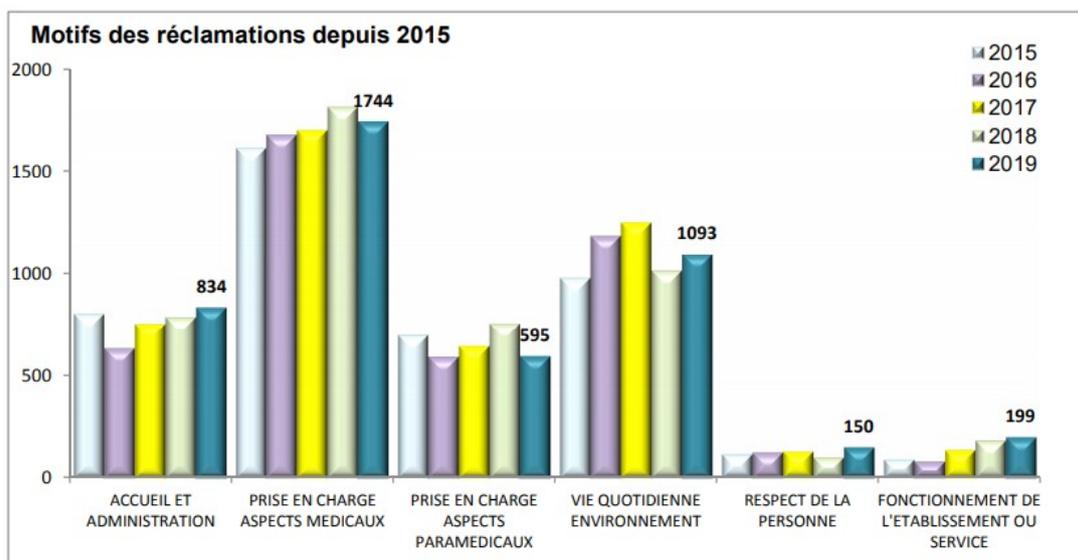


Figure 4 : ARS Pays de la Loire, « Motifs des réclamations depuis 2015 », Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire, 2020<sup>4</sup>

72 % des établissements accusent réception au requérant ayant formulé une réclamation écrite.

Pour les établissements ayant précisé les délais de prise en charge des réclamations, ceux-ci oscillent entre 0 et 75 jours. Quinze établissements précisent un délai maximum de plus de 100 jours, dont 310 jours pour un établissement.

64 % des établissements calculent le délai des réclamations entre la date du courrier du plaignant et la date du courrier final fait par l'établissement. 21 % entre la date du courrier du plaignant et la date du courrier d'accusé de réception fait par l'établissement.

En 2019, ont été formés :

- 80 recours juridictionnels
- 595 recours gracieux
- 96 saisines de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

4 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2020, octobre). Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

## 2.2.7 Les médiations

La procédure de médiation est définie aux articles R. 1112-93 et R.1112-94 du décret 2005-213.

61 établissements ont proposé une médiation en 2019, 62 en 2018, 58 en 2017, et 58 en 2016. Depuis 2011, on note une forte progression du nombre de propositions de médiations, et une légère augmentation du nombre de médiations mises en œuvre. Ainsi, en 2019, les établissements ont proposé 888 médiations dont 20 % ont été mises en œuvre en 2019 (soit 179 médiations). Comparativement, 443 médiations ont été proposées en 2018 pour 167 réalisées, 521 en 2017 pour 192 réalisées, 522 en 2016 pour 186 réalisées.

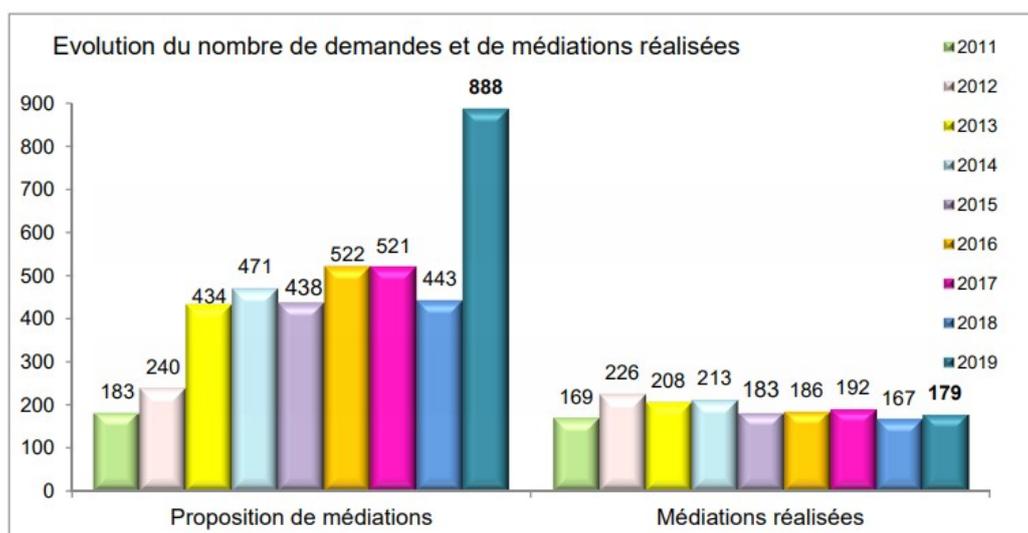


Figure 5 : ARS Pays de la Loire, « Evolution du nombre de demandes et de médiations réalisées », Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire, 2020<sup>5</sup>

77% des médiations sont organisées avec le médiateur médecin et 13 % des médiations sont communes aux 2 médiateurs.

Parmi les 51 établissements n'ayant signalé aucune demande de médiation, 99% ont précisé cependant que les usagers sont informés de la possibilité de saisir le médiateur. Ceux-ci sont informés via : le livret d'accueil (91%), l'affichage (53%), le site internet (45%), des brochures spécifiques (10%), et 29 % par d'autres moyens (communication orale, courrier d'accusé de réception du plaignant).

89 % des établissements informent les professionnels de santé de l'existence et du rôle des médiateurs par le livret d'accueil (pour 47 % des établissements), par communication orale ou réunions (pour 46 %), par affichage (pour 36%), par le site intranet (pour 36 %), ou encore par d'autres moyens (pour 5 %) comme les formations sur le droit des patients.

5 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2020, octobre). *Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

92 % des établissements informent les usagers qu'ils peuvent se faire accompagner d'un représentant des usagers lors de la rencontre avec le médiateur. En 2019, pour 21 établissements ligériens, 39 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers (contre 35 en 2018).

L'article R.1112-94 prévoit que le médiateur adresse le compte rendu au Président de la CDU, qui le transmet aux membres de la Commission ainsi qu'au plaignant. 66 établissements le communiquent au plaignant et 51 établissements aux membres de la CDU. Parmi les établissements ne communiquant pas le compte rendu de médiation au plaignant et aux membres de la CDU, 12 établissements ont cependant réalisé des médiations.

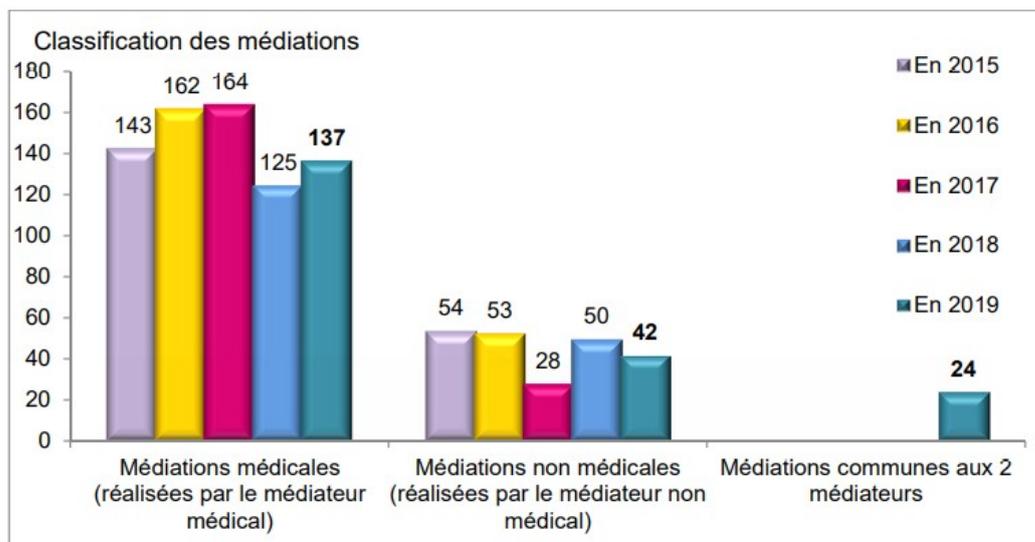


Figure 6 : ARS Pays de la Loire, « Classification des médiations », Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire, 2020<sup>6</sup>

6 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2020, octobre). *Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

## **Retours d'expériences COVID**

### **Enquête France Assos Santé auprès des représentants des usagers**

France Assos Santé a mené une enquête nationale auprès des représentants des usagers afin de connaître leurs actions depuis le début de la crise sanitaire durant l'année 2020. 1238 personnes ont répondu au niveau national, et 94 en Pays de la Loire (soit 29 % du total des RU de la région), représentant 120 mandats.

Le questionnaire fait apparaître plusieurs points sur la région Pays de la Loire, dont certains peuvent être soulignés ici :

- Depuis 2020, la CDU s'est réunie en présentiel entre 1 et 3 fois pour 60% des répondants : 1 fois (pour 12%), 2 fois (pour 24%), 3 fois (pour 24%), 4 fois (pour 29%). Très peu de CDU ont eu lieu en distanciel (seulement 13 personnes concernées).
- 51 % des répondants n'ont pas échangé avec les autres RU en dehors des CDU depuis le début de l'épidémie.
- 58 % des RU considèrent que l'accès aux plaintes et réclamations ne s'est pas dégradé, et 10 % qu'il s'est dégradé. 11 personnes soulignent ne pas avoir accès aux plaintes et réclamations depuis le début de la crise. Les répondants évoquant un accès dégradé n'ont majoritairement pas eu d'explication de l'établissement concerné.
- Une cellule de crise a été mise en place au sein de l'établissement dès la première vague pour 64 % des répondants, mais seuls 6 RU ont été invités à participer à celle-ci.
- 26 RU déclarent qu'une cellule/comité d'éthique a été mis en place pour discuter des choix éthiques en matière de soins et de réanimation, et cela était déjà en place avant la crise. 16 d'entre eux y siègent et cela était déjà le cas avant la crise sanitaire.
- 45 % des répondants déclarent que suite à la première vague, un travail sur des retours d'expériences au sein de l'établissement a été mis en œuvre. Parmi eux, seuls 17 % ont été invités à y participer.
- 74 % des RU n'ont pas l'impression d'être mieux associés à la vie de l'établissement actuellement que lors de la première vague Covid.
- 38 % des RU ont eu connaissance de soins, interventions, consultations déprogrammés, au sein de l'établissement en raison de l'épidémie (37 % ne savent pas). La majorité des actes déprogrammés ont été reprogrammés dans l'établissement.

## Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le taux de couverture des postes de représentants des usagers est très satisfaisant : 419 postes pourvus sur 460 fin 2020 soit 91%, ce qui place notre région en tête des régions métropolitaines. Ces dernières années, ce taux de couverture a régulièrement progressé (81% en 2015).

En Pays de la Loire, c'est plus de 300 bénévoles issus de 47 associations agréées qui sont impliqués dans cette représentation.

La CSDU se félicite du suivi des désignations par l'ARS, en étant réactive dans la publication des postes disponibles et la réalisation rapide des désignations.

La synthèse régionale de l'activité des CDU montre que cette instance, en situation normale, 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 :

- 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 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 encore systématiquement invités aux réunions de la CDU.
- Les règles de réalisation des médiations au sens du Code de Santé Publique ne sont pas toujours respectées, en particulier le délai très long de réalisation des médiations et le non-établissement d'un compte rendu, 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.
- Le faible nombre d'établissements ayant mis en œuvre un projet des usagers en lien avec les associations de bénévoles (30%).

### **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 de Maîtrise 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 4 770 réclamations qui ont été traitées, avec une augmentation annuelle significative du nombre de réclamations reçues (+ 40 % en 2019 par rapport à 2011).

Au cours de l'année 2019, près de 900 dossiers ont été étudiés, dont 682 réclamations reçues par courriel ou courrier, et plus de 200 appels téléphoniques n'ayant pas donné lieu à une réclamation écrite. 17 % des courriers reçus en 2019 sont adressés initialement au Ministre des Solidarités et de la Santé ou au Président de la République, puis sont réorientés vers l'ARS pour instruction. Certains usagers (3% en 2019) utilisent aussi le portail national de signalement des événements indésirables sanitaires, pour porter réclamation auprès de l'ARS.

Toutes les réclamations reçues en 2019 ont été examinées collectivement lors des 45 Commissions régionales hebdomadaires organisées par le service réclamation, avec la participation des Conseils Départementaux, des Délégations Territoriales, et du Département Inspection Contrôle (DIC) de l'ARS. On constate toujours une forte disparité entre les départements, avec la Loire-Atlantique qui reste le département le plus concerné par des courriers d'usagers.

Malgré une augmentation du volume des réclamations, l'ARS a assuré en 2019 une meilleure réactivité dans l'instruction des dossiers, permettant de réduire considérablement les délais de réponse aux requérants. 88 % des réclamations ont été clôturées dans un délai de 90 jours après leur réception, soit 9% de plus qu'en 2018. En moyenne, le délai de clôture à compter de la réception d'une réclamation se situe à 44 jours, contre 67 jours en 2018, soit une diminution du temps de traitement d'un tiers.

Conformément à l'objectif que l'ARS s'était fixé, par la révision globale du processus de traitement des réclamations, et la mise en place d'une organisation permettant une prise de décision réactive lors des Commissions de réclamations hebdomadaires (notamment avec les Conseils Départementaux - voir focus rapport CSDU de 2018), la durée de traitement des réclamations a considérablement diminué en 2019.

*Année 2019*

	ET. SANTÉ	ESMS PA	ESMS PH enfants	ESMS PH adultes	Défauts d'offre de soins	Ambulatoire	Autres	TOTAL	
Loire-Atlantique	80	43	22	13	10	48	16	232	34%
Maine-et-Loire	41	47	7	4	24	28	6	157	23%
Mayenne	17	13	-	2	1	4	-	37	5%
Sarthe	45	14	7	2	9	5	2	84	12%
Vendée	29	30	8	4	65	26	5	167	25%
<b>REGION</b>	<b>214</b>	<b>147</b>	<b>44</b>	<b>25</b>	<b>109</b>	<b>113</b>	<b>30</b>	<b>682</b>	
	31%	22%	6%	4%	16%	17%	4%		

Figure 7: ARS Pays de la Loire, Volumétrie des réclamations et répartition du traitement

**ET** = établissement de santé

**ESMS** = établissement médico-social

**Ambulatoire** = PDSA, professions libérales, transports sanitaires, pharmacies et laboratoires

**Autres** = détenus, tatoueurs/maquillage permanent, santé environnementale

### 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 et que le délai des réponses permettant la clôture des dossiers s'améliore. L'organisation de l'examen des plaintes du secteur médico-social a le mérite de rapprocher ce traitement avec l'implication nécessaire des Conseils Départementaux. Toutefois, la CSDU s'interroge sur les conditions de réactivité rendues nécessaire par une prise en charge rapide des situations signalées (cas de maltraitance par exemple).

## **2.2.9 - Les données de Scope Santé – Source : scopesante.fr**

« La Haute Autorité de Santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, qui a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité du système de santé et à sa régulation par l'efficacité des ressources que la collectivité y consacre. Ses missions consistent à contribuer à assurer à tous les patients et usagers un accès pérenne et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficaces que possible. A cette fin, la HAS évalue les produits de santé (médicaments, dispositifs et actes) remboursés, contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles par la publication de « guidelines » ainsi qu'à l'organisation des soins et à la santé publique »

« La loi de financement de la sécurité sociale 2012 (Art 161-37 – 21/11/2011) a confié à la HAS la mission de « coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé, à destination des usagers et de leurs représentants ». »

« La première étape opérationnelle de cette mission est la création, en partenariat avec le Ministère des affaires sociales et de la santé et en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, du site Scope santé, dédié à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. »

### **A - La certification des établissements**

192 établissements sont concernés en Pays de la Loire par la certification. Presque tous les établissements sont classés A ou B (soit 97,9%). Ce taux est légèrement supérieur à l'année passée.

<b>Niveaux de décision</b>	<b>Pays de la Loire</b>
A - Certification	92
B - Certification avec recommandation(s) d'amélioration	96
C - Certification avec obligation(s) d'amélioration	4
D - Sursis à statuer	0
E - Non certification	0
<b>Total</b>	<b>192 établissements</b>

En place depuis 20 ans, la certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est réalisée tous les 4 ans par des professionnels mandatés par la HAS, les experts-visiteurs.

En 2020, la procédure de certification se transforme profondément pour répondre encore mieux aux enjeux actuels de qualité et de sécurité des soins. Pour l'HAS la nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité de soins est simplifiée, ancrée dans les pratiques des soignants et centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient. Recentrée sur le soin et simplifiée, la certification doit donner du sens et de la clarté aux professionnels et aux usagers. Le référentiel, socle du dispositif fixe quinze objectifs fondamentaux, clairs, et qui seront partagés

avec les professionnels de la santé et les représentants des usagers. Cette nouvelle évaluation comprendra notamment une augmentation du nombre de patients-traceurs<sup>7</sup> où les représentants des usagers devront être impliqués.

La HAS a publié le 25 novembre 2020 son nouveau référentiel, socle du dispositif de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins. À partir du printemps 2021, les premières visites pour les établissements volontaires ont été organisées de manière personnalisée. Celles-ci donneront lieu à des retours d'expériences afin de réajuster le dispositif. À partir de septembre 2021, le déploiement concernera l'ensemble des établissements.

Deux conférences en ligne organisées par la HAS, l'une à destination des professionnels des établissements le 1er décembre, l'autre – en collaboration avec France Assos Santé – à destination des représentants des usagers le 7 décembre, sont en ligne sur le site de la HAS.

## **B - Mesure de la satisfaction des usagers**

### **B.1. Le dispositif national e-Satis**

E-Satis est le premier dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés<sup>8</sup>. Celui-ci est piloté depuis janvier 2015 par la Haute Autorité de Santé.

Deux campagnes nationales e-Satis sont menées en continu :

- E-Satis +48h MCO : mesuré depuis avril 2016, concernant les patients hospitalisés plus de 48h en Médecine, chirurgie, obstétrique (63 questions)<sup>9</sup>
- E-Satis MCO CA : mesuré depuis mai 2018, concernant les patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (62 questions)<sup>10</sup>

Chaque patient hospitalisé peut donner son avis à l'aide d'un questionnaire en ligne. Celui-ci permet 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. Les résultats par établissement des campagnes sont consultables sur le site [scopesante.fr](https://scopesante.fr).

Les campagnes nationales e-Satis +48h MCO et MCO CA se sont étendues du 5 novembre 2019 au 30 septembre 2020. Avant la crise sanitaire, la participation des établissements au dispositif était 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. Pour la campagne 2020, la HAS a pris en considération l'impact de la situation sanitaire sur les établissements de santé à la fois dans le pilotage des campagnes nationales, et dans l'analyse

---

7 HAS. (2020, octobre 13). *Découvrir la nouvelle certification*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification)

8 HAS. (2021, mars 4). *IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises)

9 HAS. (2021, janvier). *Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Résultats nationaux 2020 concernant les patients hospitalisés plus de 48h en Médecine - Chirurgie - Obstétrique*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss\\_2020\\_rapport\\_resultats\\_esatis48h\\_2020.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss_2020_rapport_resultats_esatis48h_2020.pdf)

10 HAS. (2021, janvier). *Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Résultats nationaux 2020 concernant les patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss\\_2020\\_rapport\\_resultats\\_esatismcoca\\_2020.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss_2020_rapport_resultats_esatismcoca_2020.pdf)

des résultats (la crise a eu un impact sur la participation des établissements de santé, des patients, et les réponses apportées aux questionnaires par les patients). Ainsi, lors des campagnes de 2020, la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients a été rendue volontaire.

Concernant l'enquête +48h MCO, à l'échelle nationale, sur 1424 établissements inscrits, 1123 établissements ont participé à l'enquête, soit 79% des établissements concernés (1123 en 2019, 1113 en 2018, 1101 en 2017, 983 en 2016). Le questionnaire a été rempli complètement par 332 840 patients, soit un taux de réponse de 34,5% (338 515 en 2019, 190 470 en 2018). En Pays de la Loire, 39 établissements ont participé à cette enquête.

Sur 973 établissements de santé inscrits à l'enquête MCO CA, 899 établissements ont participé (soit 92,4%). Le questionnaire a été rempli complètement par 400 098 patients (taux de réponse de 28,1%). En Pays de la Loire, 32 établissements ont participé à cette enquête.

## **B.2. Satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO**

### ***Les résultats globaux***

Les résultats étaient stables entre 2016 et 2019, alors que nombre d'établissements participant a doublé ces dernières années, et que le nombre de patients participant au recueil a été multiplié par 5. Dans un contexte de crise sanitaire, et de stabilité des taux de réponse, le taux de satisfaction en Pays de la Loire a légèrement augmenté en 2020, et reste stable à l'échelle nationale.

<b>Score moyen de satisfaction globale</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>PDL</b>	74,7	74,7	74,5	74,7	75,2
<b>National</b>	72,7	73,2	73,3	73,4	73,6

A l'échelle nationale, presque la moitié des établissements sont classés en A ou B en 2020: 17% en A, et 30% en B (les classes A et B représentaient 63% des établissements en 2019, chiffre qui était stable par rapport à 2018). 39 % sont classés C, et 14 % D.

En Pays de la Loire, 10,2 % des établissements sont classés A ; 64 % sont classés B ; 20,5 % sont classés C ; et 5 % sont classés D. L'établissement qui obtient la meilleure note atteint 82% de satisfaction. Les deux établissements obtenant les moins bonnes notes atteignent 69%.

## Les résultats par thématiques

Thématiques	2018		2019		2020	
	PDL	National	PDL	National	PDL	National
Accueil	75	73	75,3	73,4	75	73
Prise en charge médicale	81	81	80,9	80,6	81,2	81
Prise en charge para-médicale	82	81	82,4	81,2	82,6	82
Chambre	73	58	72,9	72,1	74,4	73
Repas	61	58	61,5	57,9	61,8	59
Organisation de la sortie	64	63	64,6	63,6	65,4	64

### B.3. Satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire

Le taux de satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire a augmenté en Pays de la Loire en 2020, dépassant le taux national qui a également connu une légère augmentation par rapport aux années précédentes.

Score moyen	2018	2019	2020
PDL	77	76,9	78,4
National	76	76,4	77,4

A l'échelle nationale, 25 % des établissements sont classés A ; 42 % classés B ; 27 % classés C ; et 6 % classés D.

En Pays de la Loire, 28 % des établissements sont classés A ; 46,8 % sont classés B ; et 25 % sont classés C. L'établissement qui obtient la meilleure note atteint 84% de satisfaction. Ceux qui obtiennent la moins bonne note atteignent 75%.

### C - E-Satis SSR - Soins de suite et de réadaptation

Une expérimentation a été menée de début novembre 2019 à mi-février 2020 afin de déployer la mesure de satisfaction aux soins de suite et de réadaptation, sur base de volontariat. Les résultats de l'expérimentation ont été analysés dans le cadre d'un groupe de travail, afin d'aboutir à une version validée des outils. La première campagne nationale e-Satis SSR a été lancée le 1er octobre 2020.

### D- E-Satis HAD – Hospitalisation à domicile

Le déploiement du dispositif se poursuit pour les patients hospitalisés à domicile. Pour valider le questionnaire spécifique e-Satis HAD, élaboré par un groupe de travail de la Haute Autorité de santé, une expérimentation est lancée. L'expérimentation e-Satis HAD débute le 5 mai 2021. Une synthèse des résultats sera envoyée, par mail, aux établissements participants, à la fin de l'expérimentation.

## Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU constate que Scope Santé est encore méconnue du grand public. Son ergonomie ne facilite pas son appropriation par celui-ci.

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).

Les certifications sont satisfaisantes. Seulement 4 établissements ont une certification demandant une obligation d'amélioration. À partir de 2021, l'HAS met en place une nouvelle certification qui devrait beaucoup plus impliquer les représentants des usagers. Cette implication sera dans les années à venir à mesurer.

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.

La CSDU se félicite que la mesure des patients par intermédiaire d'E-Satis s'étende progressivement à l'ensemble des services et que les usagers soient de plus en plus nombreux à y contribuer (338 840 questionnaires en 2020, contre 190 470 en 2018 à l'échelle nationale).

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 internet.

Si la note régionale en MCO est acceptable (75,2 en 2020), l'indice de satisfaction des patients varie selon les établissements (de 82 à 69%).

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 (78,1), et en progression.

## 2.3. Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

PAYS DE LOIRE nombre et nature des avis rendus en commission ou par le président seul	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Avis rendus en commission</b>	<b>146</b>	<b>169</b>	<b>196</b>	<b>162</b>	<b>177</b>
→ INDEMNISATION	55	56	70	55	64
AMNF	23	21	33	24	24
FAUTIF	14	18	24	16	23
PARTAGE	5	4	1	7	6
AFFECTION IATROGENE	4	3	2	2	1
INFECTION NOSO ASSUREUR	7	8	7	3	8
INFECTION NOSO ONIAM	1	2	3	3	2
FACTUOSITE d'UN PRODUIT DE SANTE	1	0	0	0	0
→ POST CONSOLIDATION	4	6	1	8	10
→ POST AGGRAVATION	1	1	0	2	5
→ AJOUT DE VICTIMES	3	0	4	2	1
→ PAS D'INDEMNISATION	75	98	104	81	88
REJET	30	49	64	45	45
REJET APRES EXPERTISE PREALABLE	0	6	0	3	1
IRRECEVABILITE MANIFESTE DOUBLE INDEMNISATION	3	0	0	0	0
AUTRES INCOMPETENCES ou IRRECEVABILITES MANIFESTES	2	2	2	1	0
ABANDON EXPLICITE	11	6	11	10	5
ABANDON IMPLICITE	22	24	16	13	25
INCOMPETENCES DATES	4	3	3	0	1
INCOMPETENCES LIEUX	0	0	0	0	0
INCOMPETENCE SEUIL APRES EXPERTISE FOND	3	7	7	7	8
INCOMPETENCES SEUILS APRES EXPERTISE PIECES	0	1	1	0	0
PV de CARENCE	0	0	0	2	3
<b>DECISIONS RENDUES EN COMMISSION NE METTANT PAS FIN A LA DEMANDE dont</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>9</b>
PREMIERE EXPERTISE ORDONNEE EN COMMISSION	0	0	1	0	1
CONTRE EXPERTISE	6	5	9	8	7
COMPLEMENT EXPERTISE ou autre	2	2	4	4	1
SURSIS A STATUER	0	0	2	1	0
EXTENSION DE MISE EN CAUSE	0	0	0	0	0
BILAN INTERMEDIAIRE	0	1	1	1	0
<b>TOTAL DECISIONS RENDUES PAR LE PRESIDENT SEUL</b>	<b>53</b>	<b>57</b>	<b>36</b>	<b>49</b>	<b>52</b>
avant expertise (sur pièces ou au fond)	35	43	18	26	35
après expertise	18	14	18	23	17
NOMBRE de REUNION de la COMMISSION	5	7	8	7	7
NOMBRE TOTAL DE DECISIONS (AVIS en COM + PRESIDENT SEUL)	199	226	232	211	229
le nombre de dossiers nouveaux enregistrés :	164	187	207	177	183
le nombre de dossiers traités	194	247	255	218	246
<b>les délais de traitement des dossiers :</b>					
* Délai moyen entre la demande et la date à laquelle le dossier est déclaré complet :	8,7 mois	5,66 mois	3,9 mois	3,36 mois	3,06 mois
* Délai entre la date à laquelle le dossier est déclaré complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion, positive ou négative et, dans ce dernier cas, sans expertise au fond ou après celle-ci : (3.3.2)	6,5 mois	7,2 mois	8,9 mois	8,3 mois	7,3 mois
* Délai moyen de remise des expertises par les experts nommés :	3,6 mois	3,92 mois	4,4 mois	5 mois	5,3 mois

Les éléments figurant dans cette partie ont été transmis par le siège 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.

Le nombre d'avis rendus en Commission est relativement constant depuis cinq ans : 177 en 2019. 64 avis ont conduit à une indemnisation (chiffre stable également).

Le nombre de dossiers traités par la CCI est relativement stable depuis 2016, en ayant toutefois connu une baisse en 2018 : 246 en 2019, 218 en 2018, 255 en 2017.

Le délai moyen entre la date à laquelle le dossier est déclaré complet et son passage en Commission est en diminution : 7,3 mois en 2019 ; 8,3 mois en 2018 ; 8,9 mois en 2017. Toutefois ce délai est toujours plus important qu'en 2015 (respectivement 6,5 mois et 7,2 mois). Concernant le délai moyen entre la demande de saisie de la CCI et la date à laquelle le dossier est déclaré complet, celui-ci a connu une baisse importante depuis 2015, passant de 8,7 mois à 3,06 mois en 2019.

#### Les décisions rendues sans passage devant la Commission :

La Présidente de la CCI rend des décisions de rejet sans qu'il n'y ait de passage du dossier devant la Commission. En 2019, 35 décisions ont été rendues par la Présidente avant expertise lorsqu'il n'y avait pas de doute sur le dossier : ce chiffre est en hausse par rapport aux deux années précédentes (26 en 2018, 18 en 2017). 17 décisions ont été rendues par la Présidente après demande d'expertise (chiffre stable). Au total, 52 décisions ont été rendues par la Présidente seule en 2019, s'inscrivant une constance.

#### **Commentaires 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 (Atteinte à l'Intégrité Physique ou Psychique - AIPP supérieure à 24%).

Cette procédure doit néanmoins continuer à être encouragée.

Pour la CCI des Pays de la Loire, la CSDU note ces dernières années :

- Une diminution du délai de traitement des dossiers
- Une stabilité en pourcentage des avis d'indemnisation rendus en Commission

A l'examen des différents rapports, la CCI apparaît bien fonctionner, avec une bonne implication des représentants des usagers siégeant dans cette Commission.

Comme les années précédentes 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
- La possibilité de saisir la CCI à plusieurs reprises
- L'accompagnement des usagers par un avocat, une association, n'est pas obligatoire mais il est peu 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.

La CSDU note que dans les éléments fournis par la CCI, ne figurent plus le nombre de conciliations réalisées. Dispositif qui n'a jamais réellement fonctionné pour la CCI Pays de La Loire.

## 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

#### A - Le cadre réglementaire

Les Conseils de la vie sociale (CVS), créés par la loi du 2 janvier 2002, sont des instances consultatives élues et présidées par un représentant des résidents ou des familles, qui représentent l'ensemble des personnes vivant, travaillant ou participant à la vie d'un établissement médico-social.

Siègent aux CVS des représentants des personnes accompagnées, des représentants des familles, et/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 CVS).

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 quant à eux élus par les salariés.

Les CVS sont des lieux d'échange et d'expression sur le fonctionnement des établissements. Les représentants des résidents et des familles élus au CVS interviennent bénévolement.

#### B - Fonctionnement des CVS

Pour 2019 aucune donnée sur le fonctionnement des CVS n'a pu être recueillie.

A titre de rappel les rapports d'inspection des années précédentes de l'ARS dans les EHPAD indiquaient que :

- 33% des EHPAD avaient reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives concernant les CVS. Celles-ci ont notamment concerné la conformité du fonctionnement du CVS à la réglementation, et des aspects qualitatifs (préparation des réunions et communication insuffisantes, sujets de la vie quotidienne peu ou pas abordés...).
- Pour 75% des EHPAD, le CVS se réunit trois fois par an, conformément à la réglementation. 15% des établissements ont un CVS qui ne se réunit que 2 fois par an. Pour les 10% restants, le CVS est à activer. En outre, 8% des demandes de mesures correctives ont porté sur l'élaboration d'un règlement intérieur du CVS.

Par ailleurs une enquête réalisée auprès des CVS du 44 par le Comité Départemental Métropolitain de la Citoyenneté et de l'Autonomie - CDMCA (66 répondants sur 180 établissements) indiquait notamment que :

- Toutes les compositions des CVS étaient conformes aux textes.
- Les CVS sont majoritairement présidés par des résidents ou leurs représentants ( 72%).
- La participation des membres est assidue (96%) et il existe des liens avec les CA (67%).
- Des difficultés à trouver des candidats en raison de l'augmentation de la dépendance des résidents.
- Si les formations dispensées par l'URIOPS sont connues (80%), seuls 23% des établissements y ont participé.

Dans les conclusions de cette enquête, figuraient notamment comme propositions l'intérêt de réunir l'ensemble des CVS une fois par an, et d'organiser des conférences sur des thématiques liées au vieillissement : mesures de protection, information sur les maladies neuro-évolutives, la situation des aidants.

### **FOCUS** **Fonctionnement des CVS en EHPAD**

Le Défenseur des droits a publié, le 4 mai, un rapport sur "Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad". Même s'il convient de ne pas généraliser, ce document d'une soixantaine de pages dresse un constat sévère.

Le rapport constate : « que les remarques du Conseil de la vie sociale (CVS), présent dans chaque établissement, ne sont pas toujours entendues et que certaines possibilités, comme l'appel à une personne qualifiée bénévole (choisie sur une liste départementale) ou la possibilité de réclamation auprès de l'ARS ou du Conseil Départemental, restent très largement méconnues ».

Malgré la densité des propositions du rapport, il est dommage que ne soit pas pris en compte dans ses propositions le renforcement du rôle du CVS qui concourt au respect des droits et de la vie sociale par le dialogue et la concertation collective. D'autant que le CVS est aussi entravé dans son fonctionnement par les restrictions sanitaires dans sa liberté de rencontres avec les résidents et les familles, et le plus souvent dans l'absence de consultation préalable pour les mesures sanitaires.

Toutefois il faut noter que pour répondre à ce rapport, la Ministre en charge de l'autonomie a annoncé le 6 mai 2021, l'arrivée de "référénts consentement" en établissements. Ils seraient choisis parmi les membres volontaires des CVS, auraient un rôle de "médiateurs" et garantiraient les droits des résidents et des familles. Toutefois, d'un côté est évoqué une personne qualifiée bénévole (choisie sur une liste départementale) et de l'autre un membre volontaire de CVS.

Il y a lieu de rappeler que la CSDU s'est prononcée pour la participation d'un membre du CDCA de chaque département.

La CSDU souhaite que se développe rapidement des échanges afin de trouver la meilleure réponse, l'objectif étant de redynamiser les CVS en EPHAD. Elle appelle à la vigilance et à la nécessité de ne pas s'inscrire dans la précipitation.

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Dans ses différents rapports droits des usagers de ces dernières années, la CSDU attire l'attention de l'ARS sur la nécessité d'améliorer le fonctionnement des CVS en particulier dans les EHPAD. A titre d'exemple, les rapports d'inspection de l'ARS de ces dernières années indiquaient que 33% des établissements avaient des mesures correctives à mettre en œuvre dans le fonctionnement de leur CVS.

Dans les précédents rapports annuels, différentes initiatives prises sur certaines régions avaient été mises en avant, en particulier par l'appui aux CVS de représentants usagers de Conseils départementaux de la citoyenneté et à l'autonomie (CDCA), ou d'associations agréées. La démarche du Conseil Départemental Métropolitain à la Citoyenneté et à l'Autonomie 44 d'entamer un travail sur le fonctionnement des CVS du département est également à souligner. Cette action mériterait sûrement d'être reprise par les CDCA des autres départements

La CSDU rappelle que le Schéma régional de santé prévoit dans sa thématique « Renforcer la prise en compte de la parole des usagers », l'action suivante « Susciter le cas échéant la participation d'associations agréées d'usagers dans les conseils de vie sociale ». A ce jour aucune initiative allant dans ce sens n'a réellement été prise.

#### **2.4.2 Le dispositif des personnes qualifiées**

La personne qualifiée accompagne l'utilisateur afin de lui permettre de faire valoir ses droits. Il s'agit d'une action de médiation pour la défense des droits des usagers des établissements et services médico-sociaux. Toute personne prise en charge dans un établissement ou un service médico-social peut faire appel à une personne qualifiée en cas de litige.

La liste des personnes qualifiées est établie conjointement par le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'ARS, et le Président du Conseil départemental. La durée des mandats des personnes qualifiées est de 3 ans.

**Loire-Atlantique** : En février 2020, 1 personne qualifiée a été désignée

**Vendée** : En mars 2019, 6 personnes qualifiées ont été désignées. 4 personnes qualifiées avaient été désignées en septembre 2016.

**Mayenne** : En janvier 2017, 3 personnes qualifiées ont été désignées

**Sarthe** : En août 2019, 6 personnes qualifiées ont été désignées

**Maine et Loire** : En mars 2019, 3 personnes qualifiées ont été désignées

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU constate que la désignation des personnes qualifiées en Pays de la Loire connaît de plus en plus de difficultés : une seule personne qualifiée est désignée en Loire-Atlantique. Cette situation amène peu de recours dans la région à cette possibilité de médiation pour régler les difficultés intervenant dans le secteur médico-social.

Les causes du peu de recours 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.

De plus, les données de l'activité des personnes qualifiées n'ont pas été fournies dans le cadre de l'élaboration de ce rapport.

## 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)*

85 % des établissements mènent des actions de promotion de la bientraitance.

Les initiatives sont variées : élaboration d'une charte de la bientraitance, mise en place d'un comité éthique et bientraitance, enquêtes sur les pratiques des professionnels, animation lors de la semaine sécurité des patients...

78 % des établissements proposent au personnel des formations de sensibilisation à la bientraitance.

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

#### 3.2.1. Bilan des inspections de l'ARS

Dans le cadre des programmes pluriannuels de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux, des inspections sont réalisées chaque année par l'Agence. Les contrôles portent sur : les conditions d'installation, d'organisation, ainsi que sur les modalités d'accompagnement individualisé des personnes accueillies avec, pour finalité, l'appréciation du positionnement des structures au regard de la promotion de la bientraitance. A l'issue de ces inspections, les rapports rédigés ont permis de mettre en perspective des dysfonctionnements récurrents au regard de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Sept synthèses ont été élaborées depuis 2013, dont deux en 2019 (EHPAD et LHSS). Ces travaux portent sur 107 rapports d'inspection : 48 établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 14 maisons d'accueil spécialisées / foyers d'accueil médicalisés (MAS/FAM), 10 établissements et services d'aide par le travail (ESAT), 10 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 15 services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 5 Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et 5 Lits Haltes Soins Santé (LHSS).

Concernant les LHSS<sup>11</sup> : une synthèse a été publiée en décembre 2019, portant sur les constats, analyses et demandes de mesures correctives issus des 4 rapports d'inspection rédigés en 2018 et 2019 (en moyenne 20 demandes de mesures correctives par inspection).

Les LHSS accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée, mais est incompatible avec la vie à la rue. Ces structures ont été créées récemment, en 2006, et n'avaient jamais été inspectées.

#### Constats :

- Concernant les critères d'admission, la capacité d'accueillir provisoirement des personnes dépendantes (ex : fractures nécessitant un fauteuil roulant, besoin d'aide à la toilette...) n'est effective que dans 2 LHSS.
- Les coopérations avec le secteur psychiatrique sont à renforcer ou à améliorer dans la plupart des LHSS (1 seule convention signée dans ce domaine).
- Le projet de sortie individuel n'est formalisé dans aucune structure, et il est constaté une grande hétérogénéité dans son processus d'élaboration. Un projet personnalisé global couvrant l'ensemble des dimensions de l'accompagnement reste à construire dans l'ensemble des LHSS.
- Concernant la continuité des soins, les horaires du personnel médical et paramédical ne couvrent pas les 24h. De ce fait, des transmissions ciblées, consignes, protocoles de soins généraux et/ou personnalisés sont nécessaires.

Au total, au regard du référentiel d'inspection, peu de constats de non-conformités ont été établis et peu de remarques ont été formulées, ce qui traduit des prestations d'accompagnement globalement satisfaisantes. Les demandes de mesures correctives adressées aux structures ont porté principalement sur des marges de progrès en termes de démarche qualité, notamment en matière de formalisation.

---

11 ARS Pays de la Loire. (2019, décembre). *Bilan des inspections des Lits Halte Soins Santé (LHSS) réalisées en 2018 et 2019 en Pays de la Loire*. A l'adresse : [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-01/2019\\_12\\_BILAN\\_LHSS.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-01/2019_12_BILAN_LHSS.pdf)

## FOCUS Bientraitance au sein des EHPAD

Au sein du rapport "Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad" du Défenseur des Droits, il est précisé : « En termes systémiques, le constat est que dans un contexte budgétaire contraint, les Ehpad organisent le plus souvent leur offre de services selon une logique gestionnaire, qui génère une standardisation des conditions de prise en charge. Or, une telle prise en charge ne peut pas répondre efficacement aux besoins individuels des personnes âgées vulnérables dans le respect de leurs droits et liberté. ».

De plus, sur le projet personnalisé, il est souligné « que celui-ci constitue un réel progrès mais que sa mise en œuvre effective reste subordonnée à l'organisation et aux faibles moyens des établissements et qu'ils sont souvent élaborés par les seuls professionnels. »

Il est également indiqué : « le recours à des mesures de contention (physique ou médicamenteuse), sont notamment utilisées pour pallier le manque de personnel ou encore l'inadaptation de l'établissement à l'état de la personne ».

Le rapport pointe aussi : « les difficultés, pour les professionnels, de signaler des cas de maltraitance et l'absence dans de nombreux Ehpad – contrairement aux établissements de santé – de procédures de prévention et de gestion des événements indésirables ».

## Retours d'expériences COVID EHPAD

Au cours de l'année 2020, la gestion de la pandémie au sein des institutions de Personnes âgées a été différente d'un établissement à l'autre, et à ce jour encore.

Ces institutions, en voulant "protéger les personnes", ont parfois réalisé un « excès de protection », par la mise en place de divers dispositifs, impactant gravement la santé mentale des personnes âgées en fin de vie, ainsi que des familles.

Ces dispositifs ont concerné la fréquence des visites : une visite toutes les 5 semaines, des visites interdites le week-end ou le jour de la fête des mères en raison d'effectifs de personnels insuffisants, des visites également nécessitant d'être programmées, s'effectuant sur une durée très courte... Les visites ainsi réduites l'ont parfois été d'autant plus lorsque les familles vivent éloignées des institutions ou résident leurs parents, et peuvent se déplacer surtout le week-end et les jours fériés.

Lorsque les visites étaient possibles, celles-ci se sont déroulées dans un climat pesant et non ressourçant pour les familles et les personnes âgées : les familles étaient surveillées par le personnel, avaient peur de transmettre la maladie, avaient l'interdiction de rencontrer leurs proches dans la chambre et de leur tenir la main ...

Face à ces dispositifs rompant les liens, les familles, durant le premier confinement, bien que jugeant certaines décisions internes excessives, se sont pliées à celles-ci. Toutefois, malgré la vaccination des personnes âgées vivant en institutions, les différentes contraintes ont été maintenues, à l'incompréhension des résidents et des familles.

Cette situation, certes inédite, doit soulever la vraie question de la protection de la personne en institution. Une évaluation des bénéfices/risques doit être réalisée, en prenant en compte les conséquences sur la santé mentale des personnes, ayant une répercussion sur la santé physique : conduisant des personnes âgées à se laisser mourir. De fortes leçons et expériences doivent être retenues de cette crise.

De plus, il ne faut pas oublier que les personnes vivant en Institution paient un loyer, et sont donc chez elles : ce dernier constat invite à s'interroger sur la balance entre protection collective via des mesures restrictives institutionnelles, et responsabilité individuelle, qui ont l'une et l'autre, largement été et appelées à être saisies depuis plus d'un an maintenant.

### **3.2.2. Les données issues des enquêtes Flash<sup>12</sup>**

#### **A – Qualité et sécurité de l'accompagnement en EHPAD – Enquête Flash 2019 sur données 2018**

87 % des EHPAD ont répondu aux indicateurs Flash, soit un total de 530 EHPAD.

En 2018, la démarche qualité est formalisée par un PACQ (Plan Amélioration Continue Qualité) dans 91 % des EHPAD (+1 point par rapport à 2017).

Chaque personne accueillie en établissement médico-social devrait bénéficier d'un projet personnalisé formalisé, (PVP). 75 % des résidents de la région disposent d'un PVP (+ 2 points par rapport à 2017, et + 26 points par rapport à 2013).

98 % des résidents disposent d'un dossier de liaison d'urgence ou d'une fiche transfert (+19 points par rapport à 2013, et + 1 point par rapport à 2017).

75 % des résidents ayant chuté bénéficient d'un suivi individuel (+6 points par rapport à 2017).

98 % des EHPAD indiquent avoir mis en place une fiche de signalement des événements indésirables en 2018 (chiffre stable depuis 2015, et +23 points depuis 2013). 69 % des événements indésirables ont fait l'objet d'un plan d'actions correctives en 2018 (+32 points depuis 2013, + 2 points depuis 2017).

#### **B – Qualité et sécurité des soins et de l'accompagnement des personnes handicapées – Enquête Flash 2018 sur données 2017**

89 % des établissements pour personnes en situation de handicap ont répondu, soit 459 établissements (87 % en 2017).

90 % des personnes en situation de handicap 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 établissements et services médico-sociaux (ESMS) révisent les projets personnalisés aux âges clés de la vie.

Concernant 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...), mais ils sont moins développés dans les services du secteur de l'enfance.

69 % des établissements ont mis en place un protocole de gestion des situations de maltraitance du fait du personnel (+ 8 points par rapport à 2014). L'écart intrarégional 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 par rapport à 2016 : 34 % en Vendée).

---

12 ARS Pays de la Loire. (2020, février 19). *Médico-social : dialogue de gestion et indicateurs flash*. A l'adresse : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/medico-social-dialogue-de-gestion-et-indicateurs-flash>

Si la politique de signalement des événements indésirables (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 (+ 12 points depuis 2014)
- 73 % des ESMS organisent des réunions d'analyse des EI (+ 11 points par rapport à 2014)
- 48 % des EI sont liés à des situations de violences du fait de l'usager (en majorité constatées par les IME et ITEP), résultat stable par rapport à 2016
- Les protocoles de gestion des risques de violences sont rédigés dans 59 % des cas par les ESMS (65 % en 2016)

### **C – Qualité et sécurité de l'accompagnement des personnes âgées en Services de Soins Infirmiers à Domicile – Enquête Flash 2019 sur données 2018**

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

En 2018 la démarche qualité est formalisée par un PACQ (Plan Amélioration Continue Qualité) 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 (+7 points par rapport à 2017).

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.

Une fiche de déclaration des événements indésirables existe dans 96 % des SSIAD (+2 points par rapport à 2017), et 84 % déclarent avoir mis en place une organisation permettant l'analyse des événements indésirables (+10 points depuis 2017 avec une grande hétérogénéité selon les départements).

72 % des SSIAD ont déployé un protocole de gestion des situations de maltraitance (+1 point depuis 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 les réactualisations 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

Aucune donnée disponible.

### 4.2 Prise en charge de la douleur dans les établissements de santé *(Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers)*

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

La globalité des établissements déclare l'existence d'une procédure systématique d'évaluation de la prise en charge de la douleur dans les services.

Dans l'ensemble des établissements de santé, une information est délivrée aux usagers sur la prise en charge de la douleur : pour 84 % d'entre eux et en dehors du livret d'accueil, l'information est délivrée par vidéo, internet ou plaquette d'information.

Certains établissements proposent des actions : la sensibilisation et formation du personnel au sein des unités par des membres du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), la désignation de référents douleur au sein de chaque service, la formation des professionnels pour une appropriation des outils d'évaluation de la douleur.

#### FOCUS

##### Personnes âgées et rhumatologie

Un nombre important de personnes âgées renoncent aux soins par manque de moyens financiers face à des dépassements d'honoraires qui ne cessent de progresser, et également en raison de l'allongement des rendez-vous (entre 1 et 4 mois selon la spécialité), les conduisant à devoir vivre au quotidien avec des douleurs non prises en charge. En rhumatologie, cet allongement est d'autant plus marqué durant la période estivale, où il est pratiquement impossible d'obtenir un rendez-vous, même en cas d'urgence (Tendinite, Calcification et Capsulite). Cette attente pour un rendez-vous en rhumatologie se combine avec une attente pour la radiologie. De plus, les infiltrations permettant de diminuer la douleur ne peuvent être réalisées que par un spécialiste, de nombreux médecins généraliste s'y refusant. Ces douleurs ne pouvant être prises en charge aux urgences, le médecin traitant peut n'avoir comme solution que de prescrire des antidouleurs (morphine) en attendant une prise en charge par un spécialiste.

Les « Hotlines gériatriques », pourvues d'une astreinte sanitaire, permettant d'éviter le recours aux urgences des personnes âgées, devraient mieux prendre en compte la rhumatologie.

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

### 5.1 Le plan régional de développement des soins palliatifs

L'évaluation des équipes mobiles des 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 paru en 2015, reprenant l'architecture du plan national. Celui-ci a été décliné dans un premier temps sur 2016-2017, puis les actions ont été intégrées dans le PRS. Le Plan régional de développement des soins palliatifs s'est terminé en 2019. Un nouveau plan devait être réalisé en 2020, mais a été reporté en 2021 en raison de la crise sanitaire.

Le plan régional de développement des soins palliatifs comprenait 4 axes :

- Axe 1 : Améliorer l'information pour favoriser le respect des droits et permettre au patient d'être au centre des décisions qui le concerne
- Axe 2 : Améliorer les pratiques par la formation et l'accompagnement des professionnels et des bénévoles pour s'inscrire dans une démarche palliative globale
- Axe 3 : Rendre accessible la démarche palliative quel que soit le lieu de vie dans le respect des choix de chacun et améliorer la fluidité entre les différents dispositifs
- Axe 4 : Réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins en Pays de la Loire

Le premier axe visait à développer le partage d'information et les échanges sur la démarche palliative et les soins palliatifs, et également à améliorer la visibilité de l'offre et favoriser le développement d'outils d'information à destination des personnes et des professionnels. Parmi les actions à réaliser, étaient prévues :

- La diffusion du rapport sur les droits des usagers et la déclinaison des recommandations maintenues, et des actions pour que les CDU et les CVS s'approprient les thèmes soins palliatifs et fin de vie, en proposant des sensibilisations et formations aux membres des instances (une lettre de sensibilisation a été adressée à l'ensemble des Commissions des usagers et des CVS en janvier 2018)
- Conforter les échanges sur la démarche palliative avec les professionnels, avec les instances de démocratie sanitaire, en organisant des rencontres territoriales : malgré une valorisation des têtes de pont départementale, il en ressort un manque d'interaction avec la CRSA et les CTS
- L'organisation d'une journée d'échange régionale annuelle CRSA/ ARS : non réalisée....

Les objectifs de l'axe 2 visaient quant à eux à poursuivre la formation des professionnels spécialisés et des professionnels des établissements et services médico-sociaux, ainsi que de sensibiliser les professionnels de la ville et du domicile (dont les professionnels de santé libéraux) pour contribuer au repérage des besoins des personnes et des aidants. Parmi les actions menées : un accompagnement financier de la formation des professionnels de santé en Vendée en 2018 a été réalisé, ainsi qu'un accompagnement à la formation des 18 équipes mobiles de soins palliatifs de la région (10 000 euros chacune)....

L'axe 3 visait à développer la démarche palliative dans les EMS et en particulier dans les EHPAD, ainsi que l'organisation d'un appui aux professionnels de la ville et plus particulièrement des libéraux pour répondre aux enjeux des soins palliatifs au domicile. Ont été effectués dans ce cadre une amélioration des taux de conventionnement, et une amélioration du nombre de professionnels formés, ainsi que la mise à disposition des ressources des EMSP Télé staff proposées en 44...

L'axe 4 projetait quant à lui l'amélioration du maillage territorial en offre spécialisée, et l'innovation pour répondre aux besoins spécifiques (avec une attention particulière aux personnes les plus éloignées du système de santé). Parmi les actions menées : l'ouverture d'USP au Mans et à St Nazaire....

## **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 spécialisées en soins palliatifs, ainsi que sur la diffusion des 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 ». <sup>13</sup>

## **5.3 Rédiger des directives anticipées (Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers)**

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 ».

82 % des établissements ont mis en place une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées. Parmi les 20 établissements n'ayant pas encore prévu de procédure d'information : 7 ne sont pas concernés par cette thématique, 10 délivrent une information dans le livret d'accueil, 3 n'ont pas transmis d'information.

L'information de l'utilisateur se fait principalement par : l'affichage et/ou le livret d'accueil (90 %), à l'accueil, par les personnels des services (49 %), ou par une personne référente désignée au sein du personnel (16 %). Certains établissements via des plaquettes spécifiques, le site internet, les représentants des usagers à l'espace des usagers, ou lors de la semaine sécurité du patient.

---

13 ARS Pays de la Loire. (2019, décembre). *Bilan des inspections d'EHPAD 2016/2017/2018 réalisé sur la base des demandes de mesures correctives*. A l'adresse : [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/2016\\_2017\\_2018\\_SYNTHESE\\_EHPAD\\_V3.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/2016_2017_2018_SYNTHESE_EHPAD_V3.pdf)

#### **5.4 Désigner une personne de confiance** (Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers)

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 ».

L'information est réalisée auprès des usagers par : l'affichage ou le livret d'accueil (97 % des établissements), dans le cadre de la procédure d'accueil/entrée (88 % des établissements), dans une moindre mesure par la désignation d'une personne référente au sein du personnel (13%), ainsi que sur les sites internet, sur des plaquettes spécifiques, par les représentants des usagers à l'espace des usagers, et dans le règlement intérieur.

#### **Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers**

Ce commentaire ne tient pas compte des enseignements à tirer de la crise sanitaire à la fois en terme d'offres en soins palliatifs que de l'accompagnement nécessaire pour les personnes en fin de vie.

Ces dernières années, des progrès ont effectivement été enregistrés en terme d'organisation (création d'unités de soins palliatifs), le développement de la démarche palliative, la formation des professionnels, l'information du grand public.... Mais pour la CSDU, il reste encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine.

L'association des associations d'usagers est importante, car toutes les réflexions menées ne doivent pas rester qu'au niveau des spécialistes de ce domaine. Un bon exemple d'intégration est le travail fait par la CASSPA 49 (Coordination de l'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs) avec les associations depuis de nombreuses années, avec entre autres l'élaboration du guide « Accompagnement et soins palliatifs en pratique », ou l'élaboration de courts films (décalés) pour le web. Il serait donc souhaitable que, à l'exemple de la CASSPA49, cette intégration soit développée, cette demande vaut également pour le futur plan régional soins palliatifs.

## 6. Droit à l'information

### 6.1. L'accès au dossier médical dans les établissements de santé

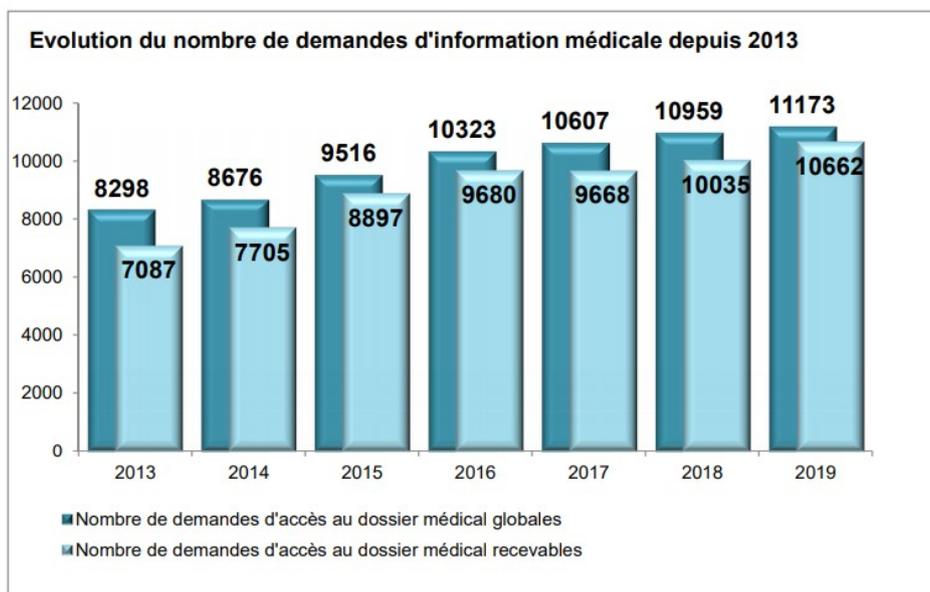


Figure 8 : ARS Pays de la Loire, « Evolution du nombre de demandes d'information médicale depuis 2013 », Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission des usagers des établissements de santé Pays de la Loire, 2020<sup>14</sup>

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. Les établissements de santé doivent offrir différentes modalités d'accès au dossier médical (dans un délai de 8 jours maximum pour les dossiers de moins de 5 ans, et 2 mois pour ceux plus anciens), dont la possibilité d'une consultation sur place.

La totalité des établissements a mis en place une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical.

87 % des établissements ont été sollicités en 2019 (contre 84 % en 2018) pour au moins une demande d'information médicale. Parmi ceux-ci (soit 97 établissements), 69 % (68 % en 2018) ont enregistré moins de 40 demandes. Ceux n'ayant reçu aucune demande sont principalement des établissements de type centre hospitalier de proximité, hospitalisation à domicile ou soins de suite et de réadaptation.

Le nombre de demandes d'information médicale continue de progresser : 11 173 demandes ont été enregistrées (+ 214).

Le nombre de demandes non recevables continue de baisser en 2019 : 511 demandes ont été enregistrées (- 413 par rapport à l'année précédente).

84 % des demandes recevables concernent des dossiers de moins de 5 ans.

Parmi les 94 établissements ayant reçu des demandes de dossiers de moins de 5 ans : 56 ont dépassé le délai réglementaire de réponse, 28 ont répondu dans un délai de 8 jours, et 10 n'ont pas précisé le délai maximum.

14 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2020, octobre). Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. A l'adresse : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

Sur les 57 établissements ayant enregistré des demandes d'information médicale de plus de 5 ans : 45 ont répondu dans un délai inférieur à 2 mois, 12 ont dépassé le délai réglementaire.

Le non-respect du délai légal s'explique par : des problématiques d'archivage, une période de congés de l'établissement, la présence d'une seule personne habilitée à traiter les dossiers médicaux, la disponibilité du patient pour le rendez-vous, l'indisponibilité du médecin pour la validation du dossier médical.

L'origine des demandes au dossier médical provient : des patients (pour 73 % des établissements) et des ayants droits ou tiers habilités (pour 27 % des établissements).

## 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 pour les Pays de la Loire en 2018:

### - Sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie en chirurgie ambulatoire<sup>15</sup>:

En Pays de la Loire, 7% des établissements de santé sont classés A, 14% sont classés B, 79% sont classés C. 43 établissements sont concernés par ces données en Pays de la Loire.

A l'échelle nationale, 11,7% des établissements sont classés A; 12,6% sont classés B; 75,7% sont classés C.

### - Sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO<sup>16</sup>:

4% des établissements sont classés A, 11% sont classés B, 86% sont classés C. 56 établissements sont concernés par ces données.

A l'échelle nationale, 8,6% sont classés A; 14,6% sont classés B; 76,7% sont classés C

### - Sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie en SSR<sup>17</sup>:

En Pays de la Loire, 14% des établissements de santé sont classés A, 13% sont classés B, 73% sont classés C. 94 établissements sont concernés par ces données.

A l'échelle nationale, 27,3% sont classés A; 22,5% sont classés B; 50,2% sont classés C

15 HAS. (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une chirurgie ambulatoire. Résultats annexés au rapport 2019. Campagne 2019- Données 2018.* A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss\\_rapport\\_ca\\_qls\\_2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_ca_qls_2019.pdf)

16 HAS. (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Qualité de la lettre de liaison à la sortie en secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Résultats annexés au rapport 2019. Campagne 2019- Données 2018.* A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss\\_rapport\\_mco\\_qls\\_2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_mco_qls_2019.pdf)

17 HAS. (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Qualité de la lettre de liaison à la sortie en secteur de soins de suite et de réadaptation (SSR). Résultats annexés au rapport 2019. Campagne 2019- Données 2018.* A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss\\_rapport\\_ssr\\_qls\\_2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_ssr_qls_2019.pdf)

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Sur l'accès au dossier médical dans les établissements de santé, depuis plusieurs années, les procédures d'accès se sont améliorées, avec toujours quelques difficultés pour respecter les délais de transmission prévus et quelques incompréhensions lors de demandes d'accès par les ayants droits.

En ce qui concerne la remise de la lettre liaison à la sortie d'hospitalisation, les indicateurs de qualité des établissements de santé (Scope santé) indiquaient pour les établissements concernés des Pays de la Loire en 2018 (pas de données en 2019) : des évaluations à la fois inférieures aux résultats nationaux et une notation loin des standards attendus. Il reste pour les établissements de santé concernés de très importants progrès à réaliser pour faire de la lettre de liaison un outil qui soit à la fois complet et efficace pour les usagers et les professionnels de santé.

### 6.3. Le déploiement du dossier médical partagé

Dans le cadre du programme numérique Ma santé 2022, la messagerie sécurisée santé et le dossier médical partagé (DMP) sont deux services clé permettant de faciliter les échanges entre professionnels et améliorer la coordination des soins.

Concernant la messagerie sécurisée santé, en avril 2021, 80% des Établissements de Santé et 53% des Professionnels de Santé Libéraux de la région Pays de la Loire disposent de ce dispositif. Pour l'Assurance Maladie, il s'agit donc maintenant de poursuivre le déploiement, de renforcer les usages existants et d'en développer de nouveaux.

Concernant le DMP, entre janvier 2018 et décembre 2020, en Pays de la Loire, 472 500 DMP ont été ouverts (soit pour environ 1 habitant sur 10), et 42 005 alimentés, soit 8,08 % des DMP alimentés en moyenne sur l'ensemble de la région.

Département	Nb de DMP créés (Jan 18. – Déc. 2020)	Nb de DMP alimentés (Hors HR/PA) – (Jan 18 – Déc 2020)	Taux d'alimentation à fin déc 2020
Loire-Atlantique	170654	20657	12,10 %
Maine-et-Loire	115250	10557	9,16 %
Mayenne	40345	3965	9,83 %
Sarthe	58462	2717	4,65 %
Vendée	87789	4109	4,68 %
<b>TOTAL</b>	<b>472500</b>	<b>42005</b>	<b>8,08 %</b>

HR : Historique de remboursement

Actuellement 16 000 DMP différents sont alimentés mensuellement pour 27 000 documents déposés par les Établissements de santé, EHPAD et laboratoires en Pays de La Loire. Environ 4 300 DMP sont consultés mensuellement par des professionnels de santé.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 le DMP disparaîtra au profit de Mon Espace de Santé (MES) qui sera composé du :

- **DMP** : avec une nouvelle ergonomie et de nouvelles rubriques :
  - Mesures de santé : poids, taille...
  - Profil médical : fiche de synthèse avec les antécédents, les allergies....
  - Données de santé

Le DMP continuera à être enrichi en documents médicaux par les professionnels de santé et restera consultable par les acteurs de santé autorisés.

- **Messagerie usager** : l'assuré pourrait recevoir en toute sécurité des informations personnelles en provenance de son équipe de soin. Elle sera identifiée de la manière suivante : [ins@patient.mssante.fr](mailto:ins@patient.mssante.fr).

- **Agenda** : il permettra de recevoir des rappels personnalisés en fonction du profil du patient pour des vaccins et des dépistages.

- **Un catalogue d'applications** : les applications seront sélectionnées par l'État.

La création automatique de Mon espace santé sera lancée du 03 janvier au 21 avril 2022 sauf opposition de l'assuré. La Loire-Atlantique sera un des départements expérimentaux à partir de juillet 2021.

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Un important travail de fond est actuellement réalisé par l'Assurance Maladie pour mettre en place les conditions d'un véritable outil numérique santé au service des professionnels de santé et des usagers, afin d'améliorer en particulier la coordination des soins.

L'adhésion à l'extension de la messagerie sécurisée et le réflexe d'alimentation du DMP par les professionnels montrent l'importance du travail encore à réaliser.

Pour l'usager comme nous l'indiquions dans le précédent rapport, l'enjeu pour le DMP n'est désormais plus l'ouverture par les usagers (surtout que dans quelques mois l'ouverture sera automatique, sauf refus explicite de l'usager), mais l'alimentation par les professionnels et les établissements, car aujourd'hui seulement 8% des DMP sur la région sont alimentés.

Avec la mise en place de « Mon espace santé » dans quelques mois, une nouvelle étape va être franchie vers l'informatisation de nos données de santé. Le travail nécessaire d'informations, de conviction, d'accompagnement, va être important, dans lequel les usagers doivent être absolument intégrés.

Aujourd'hui de nombreux freins existent pour le développement d'un espace numérique santé, à la fois du côté des professionnels et établissements (difficultés techniques, manque de temps, adhésion à ces évolutions) et des usagers (également adhésion, doute sur la sécurité des données, fracture numérique...). Pour la CSDU, l'enjeu sera d'être attentive à ces interrogations, cela est primordial pour la prise en compte du droit des usagers.

## 7. Assurer la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ou adapté

### 7.1. Scolarisation et accompagnement des enfants en situation de handicap

Nous n'avons pas pu avoir accès aux données des Maisons Départementales de l'Autonomie de la Région. Les données ci-dessous sont tirées de différentes sources, et de contributions associatives.

Pour les enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, deux possibilités d'accueil sont proposées : une scolarisation individuelle en classe ordinaire, ou une scolarisation collective dans le cadre de dispositifs spécifiques (ULIS, SEGPA, ou EREA). La scolarisation peut

également s'effectuer au sein des unités d'enseignement des établissements médico-sociaux ou dans des établissements hospitaliers.

Au 31 janvier 2020, en Pays de la Loire, le nombre d'élèves s'élève à 711.624 dont 19.056 en situation de handicap soit 2,6 % (la moyenne nationale est de 3%). 15.510 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire (soit 82 %).

#### Loire Atlantique:

En 2019, en Loire-Atlantique, près de 4550 personnes ont droit à l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). L'AEEH concerne 1,3% des jeunes de moins de 20 ans en Loire-Atlantique (1,6% des jeunes en France au 31 décembre 2016). Des disparités régionales existent quant au recours à ce droit : les ménages sollicitant l'AEEH se trouvent essentiellement à Nantes et St Nazaire, et de nombreuses communes au nord du département ne sont pas concernées par des demandes d'AEEH. La présence d'un établissement médico-social peut induire une proportion plus élevée des bénéficiaires de ce droit sur la commune d'implantation.

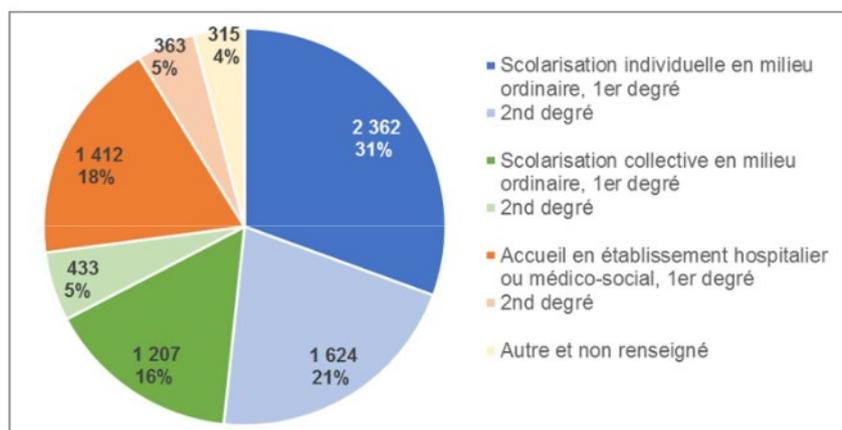
A la rentrée 2019, un peu plus de 7 700 enfants en situation de handicap sont scolarisés en Loire-Atlantique. Ce chiffre est en hausse de 1,4% par rapport à la rentrée 2018 où il avait connu une baisse. Le nombre d'élèves en situation de handicap a progressé de 60% en 10 ans. Depuis la loi de février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, le principe d'inclusion des enfants en milieu ordinaire (écoles, collèges, lycées) a entraîné une forte hausse des effectifs dans ces établissements (environ 8% par an en moyenne depuis 2008). Environ 7 enfants en situation de handicap scolarisés sur 10 le sont en milieu ordinaire (53% en 2008). Les deux modes d'accueil (en classe ordinaire ou dispositif spécifique) ont vu leurs effectifs augmenter ces dernières années, mais la répartition reste stable : 71% des élèves en situation de handicap le sont dans des classes ordinaires. En 2019, 2 090 enfants sont concernés par une scolarisation au sein d'unités d'enseignement des établissements médico-sociaux ou établissements hospitaliers (24 UE en 44).

Toute personne ayant une reconnaissance de handicap, étant scolarisée et n'étant pas en mesure de prendre les transports publics, peut bénéficier d'une solution de transport pour rejoindre son établissement scolaire. A la rentrée 2019 en Loire-Atlantique, 1400 élèves bénéficient d'une offre de transport (soit plus 1,6% par rapport à la rentrée 2018) : 89% d'entre eux utilisent un circuit spécial, et 8% sont transportés par leur famille (avec une compensation kilométrique : cette proposition est en augmentation depuis 2018 où le système de prise en charge a été réévalué). 4,4% des élèves bénéficient d'une prise en charge de leurs titres de transports en commun. Ce sont les élèves scolarisés au collège qui sont majoritairement bénéficiaires d'une solution de transport, chiffre en augmentation (498 en 2016, contre 609 en 2019) lié à l'ouverture de 7 sections ULIS sur la période dans les collèges du département.

Les trois quart des élèves sont scolarisés dans un établissement localisé dans la même délégation que leur domicile. Le reste des trajets est principalement tourné vers la délégation de Nantes. La distance moyenne évolue au fur et à mesure de la scolarisation (14 kilomètres en moyenne tous niveaux confondus, 10km en élémentaire, 14km au collège, 22km au lycée).

**Graphique 8 : Répartition des élèves en situation de handicap selon le type de scolarisation à la rentrée 2019**

Source : Éducation nationale



*Figure 9: Répartition des élèves en situation de handicap selon le type de scolarisation à la rentrée 2019, en Loire Atlantique<sup>18</sup>*

Durée moyenne des droits ouverts en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap (en mois). Données pour l'année 2020<sup>19</sup>:

- Loire-Atlantique: 29,7
- Sarthe: 20,7
- Mayenne: 27,2
- Maine et Loire: 21,7
- Vendée: 24,1

Les chiffres de l'école inclusive en Loire-Atlantique :

Plus de 70% des élèves en situation de handicap sont scolarisés dans un dispositif de droit commun dans le 44. Ce chiffre prouve l'engagement des acteurs territoriaux pour l'école inclusive en Loire-Atlantique. Mais faute de moyens pour faire face à l'évolution démographique :

- 226 élèves en attente de place en établissements sont scolarisés en milieu ordinaire
- 185 élèves en attente de place en établissements sont scolarisés en ULIS
- 141 élèves en attente de place en ULIS sont accueillis en milieu ordinaire
- 1061 élèves sont scolarisés en temps partiel
- 84 ne sont pas scolarisés du tout

Les actions des associations :

Depuis plusieurs années, les associations de défense des droits des personnes en situation de handicap dénoncent un manque de places adaptées pour la scolarisation des enfants en situation de handicap. En Loire-Atlantique, les associations rassemblées au sein du Comité de Coordination des Associations de Personnes Handicapées en Loire-Atlantique (CCAPH 44) ont écrit à la Secrétaire d'État Sophie Cluzel en décembre 2020 pour la préparation d'une visite prévue

18 Observatoire Loire Atlantique. (2020, novembre). *Les personnes en situation de handicap en 2019*. A l'adresse: [https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/regard\\_sur\\_11\\_-\\_les\\_personnes\\_en\\_situation\\_de\\_handicap\\_en\\_2019\\_octobre\\_2020.pdf](https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/regard_sur_11_-_les_personnes_en_situation_de_handicap_en_2019_octobre_2020.pdf)

19 Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2021, mars 3). *Baromètre des maisons départementales des personnes handicapées*. A l'adresse: <https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/barometre-des-maisons-departementales-des-personnes-handicapees>

en 44 avec la MDPH 44. Le CCAPH 44 interpelle la Secrétaire d'Etat « Les constats sont faits, maintenant des actes ! ». Sur les bases de l'article 7 de la Convention des Nations Unies des Droits des personnes handicapées, l'article 23 de la Convention relative aux droits de l'enfant, de l'obligation scolaire française et sur la promesse du Président de la République lors de la CNH du 11 février 2020 « Zéro enfant sans scolarisation », les associations du CCAPH 44 jugent que la situation des jeunes en situation de handicap est "scandaleuse" en Loire-Atlantique.

L'ADAPEI 44 compte en 2021, 668 enfants sur liste d'attente, dont 60 en rupture totale d'accompagnement. Les solutions de soutien mettent plusieurs années à être trouvées, impactant les familles, les structures médico-sociales et les classes ULIS étant saturées. Selon l'Observatoire du handicap de Loire-Atlantique, 900 jeunes et 1200 adultes ne reçoivent pas une réponse juste à leurs besoins et attentes évalués par la MDPH. En raison du fort accroissement de la population, notamment en Loire-Atlantique (+ 16 000 hab/an : une progression trois fois supérieure à la moyenne nationale selon les données du 31 décembre 2019 de l'INSEE), le nombre de dispositifs ouverts est insuffisant pour accueillir les enfants. Derrière ces chiffres, il y a avant tout des enfants qui sont accueillis pour certains d'entre eux dans des conditions très difficiles et qui nient leurs droits soulignent les associations. En alertant sur la réalité des situations rencontrées, le collectif souhaite aider l'école à être sincèrement inclusive et bientraitante.

Lors de la rentrée scolaire de 2020<sup>20</sup>, l'ARS Pays de la Loire, en partenariat avec le Rectorat de Nantes, a amplifié son action pour faire progresser l'école Inclusive avec :

- La mise en place des Comités Départementaux de Suivi de l'École Inclusive (dans tous les départements de la région).
- La pérennisation et le renforcement des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (expérimentés à la rentrée 2019).
- Le déploiement des PIAL (Pôles inclusifs d'accompagnement localisés) et PIAL renforcés dans chaque département.
- La création de places de Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et le déploiement de SESSAD de coordination pour fluidifier les listes d'attentes, de Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE).
- Une attention portée à la scolarisation des jeunes présentant des troubles autistiques (ouverture des 4 premières Unités d'Enseignement Élémentaire Autisme pour la rentrée 2021-2022, accueil de 6 nouveaux élèves dans les dispositifs d'autorégulation vendéens...).
- Une évolution de l'offre des structures médico-sociale ....

## 7.2. La réponse accompagnée pour tous

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.

A la rentrée scolaire 2020, le Pôle de Compétence et de Prestations Externalisées (PCPE) se voit attribuer une nouvelle enveloppe de 175 000 € pour élaborer des réponses à des situations complexes dans le cadre de la « Réponse Accompagnée pour tous ».<sup>21</sup>

---

20 ARS Pays de la Loire. (2020, septembre 7). *La rentrée scolaire pour tous : L'ARS Pays de la Loire, en partenariat avec l'Education nationale, poursuit et amplifie son action en faveur de la scolarisation des élèves vivant avec un handicap*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/la-rentree-scolaire-pour-tous-lars-pays-de-la-loire-en-partenariat-avec-leducation-nationale>

21 Ibid

## Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Depuis la loi de février 2005, le principe d'inclusion des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire (en classe ordinaire ou dispositif spécifique), porté par la volonté des pouvoirs publics et des parents, a entraîné une forte hausse des effectifs des enfants en situation de handicap dans les établissements scolaires. Bien que ce principe d'inclusion soit possible et appuyé par la mise en place ou le renforcement de dispositifs divers à l'échelle nationale et régionale, le nombre de places adaptées reste insuffisant pour accueillir tous les enfants, dans un contexte où la démographie de la région connaît un fort essor. De plus, la scolarisation en milieu ordinaire est intimement liée à la scolarisation au sein des établissements médico-sociaux : des enfants sont maintenus en classe ULIS faute de places en établissements spécialisés, d'autres en établissements spécialisés faute de places en ESAT (amendement Creton)... Mais encore, l'inclusion en milieu ordinaire se heurte à une mauvaise représentation du handicap à l'école, des difficultés d'accès (à l'accueil péri-scolaire, aux sorties scolaires, aux transports...).

Le nombre important d'enfants sur liste d'attente, en rupture totale d'accompagnement, ou recevant une réponse inadaptée à leurs besoins, pose la question de la mise en effectivité des droits des enfants en situation de handicap relativement aux Conventions Internationales. Il convient de mettre en place les dispositifs nécessaires afin de répondre à leurs besoins et Droits fondamentaux.

## 8. L'accès à la santé des personnes détenues

### 8.1. La 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 des soins équivalente 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 ». <sup>22</sup>

### 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, 2330 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.

<sup>22</sup> Ministère de la Justice. (2014, 3 juillet). La santé. A l'adresse: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/la-sante-10026.html>

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 : 1129
- Le nombre de consultations de spécialités s'est élevé à : 2 239

### 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.

Les conditions d'application de la loi de janvier 1994 concernant la situation sanitaire des personnes détenues mériteraient d'être mieux analysées dans les prochains rapports.

## 9. Santé mentale (Source: Commissions Départementales des Soins Psychiatriques. Rapport de synthèse pour l'année 2019)

Le rapport est établi sur la base des données et informations mentionnées dans chacun des cinq rapports annuels 2019 des CDSP (Commissions Départementales des Soins Psychiatriques) des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée. L'élaboration de cette synthèse est prévue dans le cahier des charges de ce rapport (arrêté ministériel du 5 avril 2012).

### 9.1 Composition et missions de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (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 des personnes malades et des familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département
- **Un médecin généraliste** désigné par le Préfet

#### L'environnement des CDSP a été profondément modifié en 2019 :

- L'article 2 du décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 – modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement autorise que l'identité d'une personne en soins psychiatriques sans consentement fasse l'objet d'une mise en relation avec les données d'identification des personnes surveillées pour radicalisation. Ce texte a d'ailleurs fait l'objet de très nombreuses réactions d'élus et d'associations car il interroge fortement les articulations entre santé et sécurité.
- Par ailleurs, il résulte des articles 102 et 109 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice que la Commission Départementale des

Soins Psychiatriques ne comportera plus aucun magistrat dans un avenir plus ou moins proche suivant sa date de renouvellement.

Issue d'un amendement de la Commission des lois de l'Assemblée Nationale, il est apparu aux parlementaires et au gouvernement qu'il était nécessaire de recentrer l'action des magistrats notamment de l'ordre judiciaire, sur leurs missions initiales, en allégeant, voire en supprimant, leur participation au sein des Commissions administratives, marquant une volonté de désengager les magistrats d'un certain nombre d'attributions non juridictionnelles. Aucune diffusion de cette réforme n'a été opérée par les Ministères concernés. Il peut être craint que la suppression de la participation judiciaire, loin de résoudre les difficultés de fonctionnement de certaines CDSP, ne vienne qu'aggraver celles-ci, entraînant un risque associé de la disparition, à terme de la Commission Départementale des soins psychiatriques.

## **B – Les missions de la CDSP**

Créer 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) 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. 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, est riche d'enseignements.

Elle doit être informée, selon les cas, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de toute décision de maintien de ces soins et des levées de ces mesures,

Elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, ou de leurs conseils, et examine leur situation.

Elle est chargée d'examiner la situation de ces personnes et obligatoirement, sous certaines conditions : celle de toutes les personnes admises en cas de péril imminent, celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an.

Elle saisit le préfet ou le procureur de la République concernant la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement.

Elle visite les établissements habilités, vérifie les informations figurant sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées.

Elle adresse, chaque année, son rapport d'activité au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, au procureur de la République et au contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Elle peut proposer au juge des libertés du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sous contrainte, d'ordonner, dans les conditions relatives à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet.

Elle statue sur les modalités d'accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

## **C – Mesures d'admission aux soins sans consentement en psychiatrie**

### Admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État – SDRE- (L.3213 -1) et (L.3213 - 2)

Quatre conditions doivent être réunies :

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

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement, et en cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes, attesté par un certificat médical. Le maire arrête à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il en réfère dans les 24h au préfet, qui statue sans délai sous forme d'un arrêté (L. 3213-2).

### Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers –SDT (L.3212-1-2°-1)

Trois conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

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

Deux certificats médicaux, datant de moins de 15 jours, doivent également attester que les troubles rendent impossible le consentement de la personne.

### Admission en soins psychiatriques en procédure d'urgence –SDTU (L. 3212-3)

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

### Admission en soins psychiatriques en procédure de péril imminent - SPI (L. 3212-1-2-2°)

Cela concerne les hypothèses où la personne qui nécessite des soins est isolée socialement ou lorsque l'entourage refuse de signer la demande d'admission sans consentement. Dans ce cas, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'établissement au vu d'un seul certificat médical circonstancié, établi obligatoirement par un médecin extérieur de l'établissement, attestant de la nécessité immédiate d'une hospitalisation. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant par exemple.

## **D – Éléments statistiques**

### Éléments statistiques des soins sans consentement

Alors que l'ensemble du nombre d'admissions sans consentement, tous types confondus, était relativement stabilisé, l'année 2018 a marqué un saut important de progression de 32 % par rapport à 2017, sans qu'aucune disposition d'ordre réglementaire ou législative soit en mesure d'explicitier cette situation. L'année 2019 apporte une légère érosion de l'ordre de 5% de cette même donnée.

Cette situation rendrait nécessaire une investigation plus poussée. Des hypothèses sont à explorer telles que des organisations particulières de différents systèmes de gestion de crise ainsi qu'une réduction des déplacements des médecins généralistes en zone rurale.

Une comparaison entre les évolutions respectives des différentes mesures d'admission aux soins sans consentement sur l'ensemble de la Région Pays de la Loire permet d'affiner le processus de recherche. Une relative stabilisation des mesures SDRE (Représentant de l'État) et SDTU (Procédure d'Urgence) ainsi qu'une décroissance des mesures SPI (Péril imminent) et SDT (Demande de Tiers) peuvent être constatées.

### Disparités des Territoires selon les statuts de prise en charge sans consentement

Une comparaison des différentes répartitions avec les données similaires recueillies il y a 5 ans ne montrent pas d'évolutions significatives de ces répartitions. On pourrait donc parler de « *signature* » propre à chaque territoire quant aux modes de soins sans consentement. Néanmoins cela porte à interrogations.

Pourquoi la procédure SDT est de 5,4 % en Mayenne alors qu'elle s'élève à 33,9 %, soit (1/3 des procédures sans consentement) en Vendée ?

Pourquoi la procédure SDRE ne représente-elle que 5,8 % des procédures sans consentement alors qu'elle représente près de 36 % en Sarthe ?

Quelles sont les influences des procédures et dispositifs de gestion de crise ?

Les contenus des programmes de soins au long cours et la réalité de leurs actualisations en corrélation avec les évolutions du patient ?

Une modification notable des pratiques médicales ?

Une réticence de famille à assumer le rôle de tiers ?

La désertification médicale ?

## **E – Fonctionnement des CDSP**

Une Commission Départementale des Soins Psychiatriques est présente dans chacun des cinq territoires des Pays de la Loire tant au regard de la qualité et de la quantité des membres qui les constituent dans le respect des dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur à ce jour.

Toutefois celle de la Vendée est confrontée à des difficultés de fonctionnement récurrentes depuis 2012. L'accentuation de ces difficultés, a entraîné le désintéressement des candidats rendant impossible la constitution d'une CDSP faute à pouvoir disposer d'un quorum.

## **F – Visite des établissements**

Le fonctionnement de chacune des CDSP requière deux visites annuelles par établissements. 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 des établissements est assez contrastée. La mise en œuvre numérique ne semble pas aisée et les formats informatisés se révèlent souvent complexes. Il en résulte un manque de lisibilité et de compréhension du support numérique présenté à la Commission. Il reste donc beaucoup de progrès à faire dans la déclinaison des principes posés dans l'instruction précitée.

Les difficultés rencontrées pour la mise en place d'un registre informatisé et fiable ne doivent pas être mésestimées. Néanmoins la vigilance s'impose. La situation décrite dans le chapitre 1 de ce document avec un afflux de patients sous le régime de soins sans consentement peut modifier les pratiques quotidiennes, en « banalisant » l'utilisation de la CSI de façons assez éloignées des recommandations de la HAS en la matière, voir en développant des outils parallèles du type « chambre d'apaisement » nullement répertoriées dans les EPSM et sans cadre juridique à ce jour.

## Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

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

Une hausse notable fin 2019 des personnes hospitalisées sous un régime de soins sans consentement. La recherche des causes d'un tel afflux serait un travail prospectif instructif, et l'examen méticuleux du modus operandi déployé par une institution psychiatrique fatiguée aux moyens exigus pour assurer une prise en charge, présumée correcte, souhaitable à plus d'un titre.

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.

La mise en place du registre de placement en chambre de soins intensifs et sous contention réclame une vigilance particulière des CDSP. L'examen attentif des données fournies par le registre pour nécessaire qu'il soit n'est plus suffisant. Il doit conduire à la mise en œuvre d'analyses de pratiques pour déboucher sur des réductions du recours à l'isolement et à la contention. Ces dernières restent trop souvent présentées comme une «réponse thérapeutique» face à certaines situations, en omettant le caractère éminemment privatif de liberté et de dignité

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.

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.

Dans le contexte évoqué ci-avant une telle attitude ne peut, à terme, que fragiliser la pérennité des CDSP au détriment des droits du patient.

## 10. Les projets labellisés droits des usagers en 2020

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 2020, parmi les 18 projets réceptionnés, l'ARS Pays de la Loire attribue 6 labels :

- Projet : « Consultation citoyenne : Usagers : votre avis nous intéresse » - Centre Hospitalier de SAINT-NAZAIRE (44)
- Projet : « Kit droits des patients en ligne : sensibiliser les patients à leurs droits » - CHU de NANTES (44)
- Projet : « Outil de prévention aidants et démarche de sensibilisation » - UDAF de MAINE-ET-LOIRE (49)
- Projet : « Formation aux droits des patients » - Clinique Saint Léonard – TRELAZE (49)
- Projet : « 1 mois – 1 droit » - HAD Saint-Sauveur – SAINTE-GEMMES/LOIRE (49)
- Projet : « Expérimentation patient ressource » - Ligue Nationale contre le Cancer, expérimentation déployée par les Comités départementaux de la ligue contre le cancer de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite de participer avec l'ARS au choix des labels droits des usagers. Au fil des années, elle constate la richesse d'un certain nombre de projets qui permet de prendre en compte les attentes des usagers. La CSDU suggère qu'à posteriori un suivi des labels attribués soit réalisé afin de mesurer l'efficacité de l'attribution de cette récompense.

# Orientation 2 – Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous

## 11. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé

### 11.1. Accessibilité financière aux professionnels de santé libéraux

#### ***Répartition des médecins par secteurs tarifaires***

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.

#### 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'honoraire, sauf cas exceptionnels (exigence de temps ou de lieu du patient).

#### Tarification des médecins en secteur 2

Ce secteur dit conventionné à horaires 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 :

- A 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.
- A ne pas augmenter non plus la part de son activité donnant lieu à des dépassements d'honoraires.

#### Tarification 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 euros pour une consultation de médecine générale, 1,22 euros pour une consultation chez un spécialiste).

Selon les données de l'Assurance Maladie, fin 2019, en Pays de la Loire, la grande majorité (81 %) des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) exercent en secteur 1, c'est-à-dire qu'ils appliquent les tarifs conventionnels de l'Assurance Maladie (72 % en France). C'est le cas de la quasi-totalité des médecins spécialisés en médecine générale (96 % vs 93 % au plan national). Pour les autres spécialistes, cette proportion est nettement moins élevée (62 %), mais supérieure à la moyenne nationale (51%).<sup>23</sup>

Nom de la région	Code du département	Nom du département	Proportion de médecins de secteur 1 ou adhérents OPTAM	Ecart à la moyenne nationale (en%)
FRANCE ENTIERE			75%	
FRANCE METROPOLITAINE			75%	
Pays de la Loire	44	Loire-Atlantique	83%	10%
Pays de la Loire	49	Maine-et-Loire	77%	2%
Pays de la Loire	53	Mayenne	96%	28%
Pays de la Loire	72	Sarthe	83%	10%
Pays de la Loire	85	Vendée	91%	21%

Figure 10 : Mutualité Française Pays de la Loire. « Part des médecins spécialistes libéraux pratiquant des tarifs maîtrisés en 2019 » - Source : SNDS - Médecins adhérents Optam/Optam-co au 19/08/2019 <sup>24</sup>

La proportion de médecins spécialistes libéraux de secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM est supérieure à la moyenne nationale dans tous les départements des Pays de la Loire. Les taux les plus hauts s'observent en Mayenne en Vendée.

### **Dépassements d'honoraires en médecine libérale**

Les données fournies par l'Assurance Maladie des Pays de la Loire en 2019 n'ont pas pu être actualisées pour l'élaboration de ce rapport.

Pour rappel, en 2019, il avait été constaté :

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.

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 en place du CAS puis de l'Optam.

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.

23 Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. (2020, septembre). *Démographie des médecins en Pays de la Loire. Ensemble des médecins. Situation 2020 et évolution* (19). A l'adresse: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_%2319\\_MEDECINS.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2319_MEDECINS.pdf)

24 Mutualité Française Pays de la Loire. (2020). *1<sup>er</sup> Baromètre santé-social. Focus sur la région Pays de la Loire*

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.

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. Les 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.

### **Dépassements d'honoraires en établissements sanitaires**

Actes thérapeutiques	Taux de séjours avec dépassements d'honoraires (%)					
	2012	2015	2016	2017	2018	2019
Bulbe oculaire	32,5	42↑	42	47,7↑	49,4	54↑
Oreille	16,8	21↑	22	24,6↑	26,4↑	27,9↑
Veines	39,8	41	41	40,8	40,3	38,6
Dents	NR	33	35	40,8↑	44↑	48,3↑
Appareils génitaux (H)	56,8	69↑	71	71,8↑	71,3	70,8
Articulations des membres inférieurs	63,7	71↑	69	68,6	70	62,2
Sein	59,5	66↑	69↑	68,1	66,7	65,5
Procréation Grossesse Foetus Nouveau-né	45,8	46	38	38,8	36,2	36,8

Actes thérapeutiques	Dépassements moyens					
	2012	2015	2016	2017	2018	2019
Bulbe oculaire	125	133	132	134	140,9↑	146,1↑
Oreille	157	169↑	164	174↑	172,5	186,9↑
Veines	152	166↑	168	170↑	179,7↑	182,4↑
Dents	NR	73	80↑	81	86,7↑	89↑
Appareils génitaux (H)	165	241↑	267↑	271	281↑	268,6
Articulations des membres inférieurs	233	281↑	288↑	285	301,9↑	314,9↑
Sein	516	579↑	609↑	619↑	636,5↑	686,8↑
Procréation Grossesse Foetus Nouveau-né	112	128↑	130	103	140,5↑	150,5↑

Actes thérapeutiques	Prix unitaire moyen			
	2016	2017	2018	2019
Bulbe oculaire	439	441	431,5	400
Oreille	171	174	184,4 ↑	194,7 ↑
Veines	253	253	259,6 ↑	251,4
Dents	188	187	187,3	190,2 ↑
Appareils génitaux (H)	409 ↑	408,6	401	390,6
Articulations des membres inférieurs	615 ↑	624 ↑	627,6 ↑	620
Sein	390	400	418 ↑	416,3
Procréation Grossesse Fœtus Nouveau-né	313	315	315,4	317,2 ↑

Les indications concernant les Pays de la Loire sont extraites de la base de l'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation, elles concernent les actes chirurgicaux dans les cliniques privées et sont disponibles sur le site de l'ATHI:

<https://www.scansante.fr/applications/depassesments-honoraires>

## Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'accessibilité financière aux soins est un sujet qui revient régulièrement dans le questionnement des usagers : "37% des ligériens déclarent avoir renoncé à certains soins parce-que le remboursement en était trop limité, ce chiffre atteint 51% pour les personnes en situation de perte d'autonomie qui ont souvent des difficultés à l'achat de dispositifs de réduction de leur handicap (mobilité, vision, audition...)." (Source : L'évaluation du PRS I).

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

Dans les précédents rapports, la CSDU, par rapport à la répartition des médecins par secteur, faisait les constats:

- Une très faible part de généralistes ayant fait le choix du secteur 2
- Une croissance importante du nombre de spécialistes faisant le choix du secteur 2
- Un taux d'adhésion des médecins du secteur 2 aux contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires en augmentation (43% en 2018), avec néanmoins des taux de différences d'adhésion très importantes entre spécialités.

La CSDU note néanmoins que la Région Pays de la Loire, en pourcentage de médecins spécialistes secteur 1 et pratique maîtrisée, se trouve au-dessus de la moyenne nationale (environ + 10%).

L'adhésion d'un nombre important de médecins du secteur 2 aux contrats de maîtrise de dépassements d'honoraires a eu pour conséquence ces dernières années un infléchissement de la hausse des dépassements d'honoraires des spécialistes (sauf en chirurgie).

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.

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 montants individuels depuis 15 ans, il reste que cette pratique tarifaire pèse de façon importante dans le reste à charge des patients.

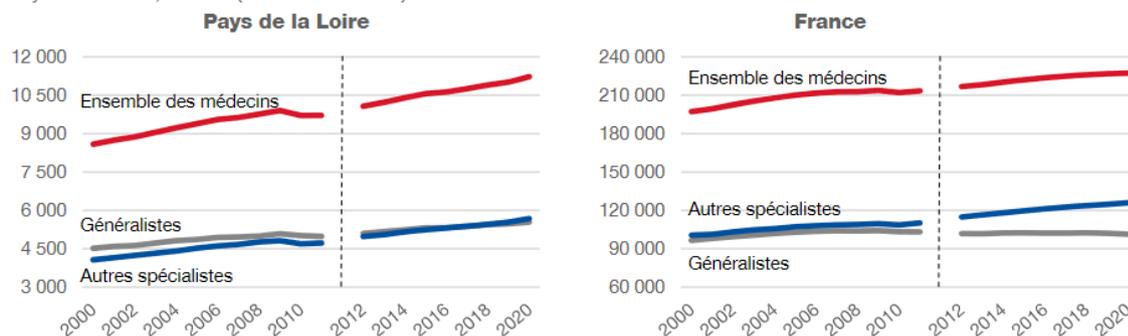
En conclusion, la CSDU ne peut que reprendre les termes de ses commentaires du rapport 2017 : « Cette banalisation du dépassement d'honoraires cumulée avec la hausse des coûts des complémentaires de santé, en particulier pour les personnes âgées, pose la question du reste à charge, question liée naturellement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

Il s'agit d'un réel sujet, très sensible chez les usagers, que la CRSA devrait s'approprier pour faire une analyse régionale objective du reste à charge et connaître de quelle façon celui-ci peut peser sur le renoncement à des soins, ou à des difficultés d'accès aux équipements relatifs à des dispositifs de réduction de handicap.

## 11.2. La démographie médicale ( Données issues de l'Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire)<sup>25</sup>

Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, 11 220 médecins exercent en Pays de la Loire (+1,3 % par an depuis 2015, contre +0,6 % en France), soit 295 médecins pour 100 000 habitants (-13 % par rapport à la France).

Fig.2 Évolution du nombre de médecins<sup>1</sup> (ensemble, généralistes et autres spécialistes)  
Pays de la Loire, France (01/01/2000-2020)



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoires Adeli et RPPS - Exploitation ORS Pays de la Loire  
1. Y compris médecins remplaçants. ----- Rupture de série : Adeli (2000-2011), RPPS (2012-2020)

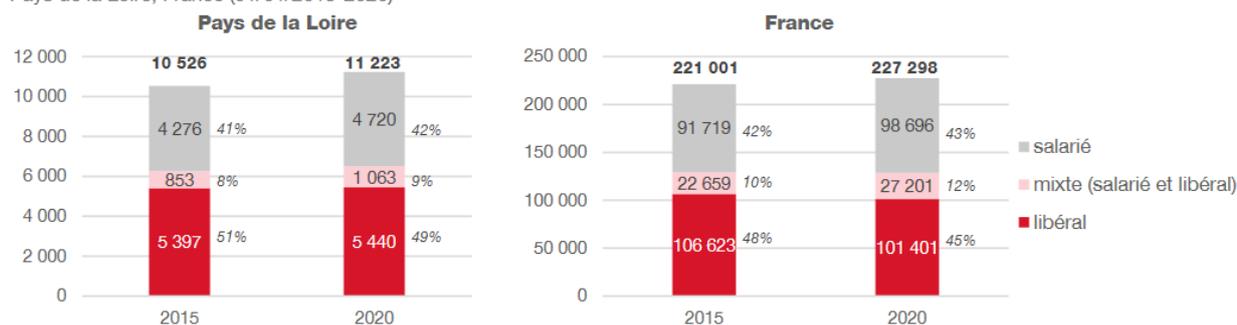
Figure 11 : Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. « Evolution du nombre de médecins (ensemble, généralistes et autres spécialistes) ». Pays de la Loire, 2000-2020.<sup>26</sup>

« Au cours des cinq dernières années, la croissance du nombre de médecins dans la région a concerné aussi bien les médecins généralistes (+ 0,9 %) que les autres spécialistes (+ 1,7 %). Au plan national, la tendance observée est différente, avec une croissance beaucoup plus rapide du nombre de médecins spécialistes (+ 1,1 % par an) par rapport aux médecins généralistes (- 0,1 %) ».

25 Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. (2020, septembre). *Démographie des médecins en Pays de la Loire. Ensemble des médecins. Situation 2020 et évolution* (19). A l'adresse: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_%2319\\_MEDECINS.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2319_MEDECINS.pdf)

26 Ibid

Fig.1 Évolution du nombre de médecins<sup>1</sup> selon leur mode d'exercice  
Pays de la Loire, France (01/01/2015-2020)



Source : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS, 2015, 2020 - Exploitation ORS Pays de la Loire  
1. Y compris médecins remplaçants.

Figure 12 : Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. « Evolution du nombre de médecins selon leur mode d'exercice ». Pays de la Loire, 2015 et 2020.<sup>27</sup>

« Sur ces 11 220 médecins, 42 % sont salariés et 58 % ont un exercice libéral ou mixte. Depuis 2015, le nombre de praticiens salariés (+ 2,0 % par an) a augmenté plus vite que le nombre de praticiens libéraux ou mixtes (+ 0,8 %) dans la région comme en France (respectivement + 1,5 % et - 0,1 %) »

Fig.4 Effectifs, densité et évolution des médecins<sup>1</sup> par département  
Pays de la Loire, France (01/01/2020)

	Ensemble des médecins			Médecins généralistes			Médecins spécialistes <sup>2</sup>			Médecins libéraux <sup>3</sup>			Médecins salariés		
	Effectifs 2020	Densité <sup>4</sup> 2020	TCAM <sup>5</sup> 2015-2020	Effectifs 2020	Densité <sup>4</sup> 2020	TCAM <sup>5</sup> 2015-2020	Effectifs 2020	Densité <sup>4</sup> 2020	TCAM <sup>5</sup> 2015-2020	Effectifs 2020	Densité <sup>4</sup> 2020	TCAM <sup>5</sup> 2015-2020	Effectifs 2020	Densité <sup>4</sup> 2020	TCAM <sup>5</sup> 2015-2020
Loire-Atlantique	5 007	348	+1,9%	2 383	166	+1,7%	2 624	183	+2,1%	2 963	206	+1,9%	2 044	142	+2,0%
Maine-et-Loire	2 779	341	+1,9%	1 327	163	+1,9%	1 452	178	+1,9%	1 609	197	+1,8%	1 170	143	+2,0%
Mayenne	582	191	-1,1%	336	110	-0,8%	246	81	-1,6%	344	113	-1,5%	238	78	-0,6%
Sarthe	1 322	236	-0,7%	641	114	-1,8%	681	122	+0,4%	733	131	-2,5%	589	105	+1,9%
Vendée	1 533	224	+1,0%	854	125	+0,2%	679	99	+2,1%	854	125	-0,5%	679	99	+3,1%
<b>Pays de la Loire</b>	<b>11 223</b>	<b>295</b>	<b>+1,3%</b>	<b>5 541</b>	<b>146</b>	<b>+0,9%</b>	<b>5 682</b>	<b>149</b>	<b>+1,7%</b>	<b>6 503</b>	<b>171</b>	<b>+0,8%</b>	<b>4 720</b>	<b>124</b>	<b>+2,0%</b>
France	227 298	339	+0,6%	101 355	151	-0,1%	125 943	188	+1,1%	128 602	192	-0,1%	98 696	147	+1,5%

Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS, 2015, 2020 ; Insee - Exploitation ORS Pays de la Loire  
1. Y compris médecins remplaçants. 2. Hors médecins généralistes. 3. Y compris mixte.  
4. Pour 100 000 habitants. 5. Taux de croissance annuel moyen du nombre de médecins.

Figure 13 : Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, « Effectifs, densité et évolution des médecins par départements. Pays de la Loire . 01/01/2020 ».

« La croissance de la démographie médicale globale en Pays de la Loire résulte de l'augmentation observée en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire, qui concerne les médecins généralistes comme les spécialistes, les libéraux comme les salariés. En Vendée, le nombre global de médecins a progressé de + 1 % depuis 2015. Cette croissance concerne surtout les médecins spécialistes et les médecins salariés. Dans le département de la Mayenne, le nombre de médecins diminue (- 1,1 %), surtout chez les spécialistes. On y constate également un recul du nombre de médecins libéraux. En Sarthe, le nombre de médecins diminue également (- 0,7 %). Ce recul concerne les effectifs de médecins généralistes et les libéraux. »

27 Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. (2020, septembre). *Démographie des médecins en Pays de la Loire. Ensemble des médecins. Situation 2020 et évolution* (19). A l'adresse: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_%2319\\_MEDECINS.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2319_MEDECINS.pdf)

« En 2020, 49 % des praticiens sont des femmes (44 % en 2015). Cette proportion atteint 64 % parmi les praticiens âgés de moins de 35 ans. L'âge moyen des médecins a nettement diminué dans la région au cours des cinq dernières années (50,1 ans en 2015, 48,9 ans en 2020). Cette baisse est moins marquée en France (respectivement 51,5 et 50,9 ans). Le profil démographique de ces praticiens se transforme. Les médecins âgés de moins de 35 ans sont 1,6 fois plus nombreux en 2020 qu'en 2015. Ils représentent 18 % des médecins en 2020 (15 % au plan national). Le nombre de médecins âgés de 60 ans et plus progresse également : ils sont 1,2 fois plus nombreux en 2020 qu'en 2015. 26 % des médecins ont plus de 60 ans en 2020 (31 % en France) ».

« 60 % des médecins exerçant en 2020 ont obtenu leur diplôme dans les Pays de la Loire (35 % à Nantes, 25 % à Angers). 34 % l'ont obtenu dans une autre région française, et 6 % à l'étranger (10 % au plan national). 58 % des médecins diplômés à l'étranger l'ont été dans l'Union Européenne (53 % au plan national), principalement en Roumanie. 35 % des médecins diplômés à l'étranger sont de nationalité française (39 % au plan national). »

### 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 fortes inégalités géographiques. Le même constat pourrait d'ailleurs être fait pour d'autres professions médicales comme les chirurgiens-dentistes, infirmiers....

La légère augmentation du nombre de médecins généralistes ces dernières années est souvent mise en avant mais le constat est là, les départements de la Sarthe et de la Mayenne enregistrent toujours des baisses du nombre de médecins.

L'accès à un médecin spécialiste interpelle également puisque selon les études de l'ORS, dans huit des neuf spécialités les plus fréquemment consultées les densités de professionnels sont inférieures de 24 à 31% de celles enregistrées au niveau national.

De nombreuses mesures sont prévues dans le Projet Régional de Santé pour tenter d'améliorer la situation (exercices cordonnés, 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'améliore pas, entraînant de facto une perte de confiance dans notre système de santé.

### 11.3. Les Communautés professionnelles territoriales (CPTS)

Les CPTS sont un dispositif créé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Elles s'inscrivent au sein d'un contrat tripartite entre l'ARS, les CPTS, et l'Assurance Maladie.

L'organisation en CPTS vise à mieux organiser et coordonner les acteurs de santé. Les CPTS sont construites à l'initiative d'acteurs du territoire, qui s'organisent pour travailler ensemble

autour d'objectifs communs, au service d'une patientèle commune ou de la population d'un territoire donné. Cette organisation a pour fonction pour les usagers de fluidifier et sécuriser les parcours de soins des patients, développer la prévention et l'éducation à la santé, et pour les professionnels de renforcer les liens entre acteurs de la santé, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels, favoriser leur installation et l'expérimentation et l'innovation en soins primaires.

Les CPTS regroupent plusieurs professionnels de métiers différents (professionnels de santé libéraux regroupés sous forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, et acteurs assurant des soins de premier ou deuxième recours), et/ou acteurs de territoires (médico-sociaux et sociaux). Elles sont initiées prioritairement par des professionnels de santé de ville en pluriprofessionnel, rejoints par des acteurs tels que des établissements et services de santé (hôpitaux de proximité, HAD), établissements et services médico-sociaux (EHPAD, IME...), des professionnels du social, des acteurs de la prévention (tels que les centres de dépistage...).

Les CPTS rassemblent plusieurs formes d'exercices coordonnés: en exercice libéral les équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient (ESP-CLAP), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), et en exercice salarié les centres de santé pluriprofessionnels (CDS).

Il n'y a pas de territoire imposé pour la création d'une CPTS. La délimitation est déterminée par les acteurs impliqués, et variable selon les lieux et les professionnels. Le territoire doit avoir un sens en termes d'offre de soins (PDSA, zone d'attraction d'un établissement...).

La structuration juridique se réalise sous forme associative, permettant à chaque acteur de garder sa propre structuration.

Les acteurs impliqués formalisent un projet de santé, qu'ils transmettent à l'ARS. Cette dernière veille à la cohérence du territoire et du projet par rapport aux objectifs du PRS. Une sollicitation des usagers et des élus est fortement conseillée lors de l'élaboration du projet. Celui-ci est par ailleurs progressif et évolutif.

En décembre 2020, 599 CPTS étaient en place au niveau national (326 en phase de pré-projet, 158 avaient validé la lettre d'intention et construisaient leur projet de santé, 30 étaient en négociation de l'ACI - Accord Cadre Interprofessionnel avec un projet de santé validé). 85 contrats ACI-CPTS étaient signés.

En Pays de la Loire, 12 projets avaient été validés, 7 ACI étaient signés, 11 projets étaient en cours (lettres d'intention), et 5 en réflexion. Dans la région, la taille moyenne des projets est de 88 000 habitants (allant de 30 000 pour la plus petite à 220 000 pour la plus importante). 1500 professionnels de santé libéraux sont actuellement impliqués dans les projets de CPTS.

### Commentaires de la Commission spécialisée droits des usagers

La dynamique d'installation des CPTS en région Pays de la Loire est significative. Cette nouvelle structure d'organisation des soins du secteur libéral au niveau des territoires, bâtie autour d'un projet de santé, doit permettre de répondre à des attentes des ligériens, en particulier dans la recherche d'un médecin traitant et l'organisation des soins non programmés.

Pour répondre à ces attentes, l'interaction entre tous les acteurs du système de santé des territoires sera essentielle, avec l'adhésion à ces structures du maximum de professionnels de santé libéraux.

Dans plusieurs projets de CPTS de la région, des représentants des usagers ont intégré les groupes de travail de définition des objectifs opérationnels, et pour certains intégré les structures de gouvernance avec voix consultative.

Cette intégration dans les projets de santé dans les CPTS a été plus facile que pour les projets des Maisons de santé pluridisciplinaires (voir rapport droits des usagers 2015), cette implication sera à poursuivre non seulement pour définir les objectifs mais également pour assurer le suivi et porter les attentes des patients.

#### 11.4. Le fonctionnement des services d'urgences

L'ORU (Observatoire Régional des Urgences) propose un état des lieux<sup>28</sup> de l'activité des services d'urgences (SU) de la région (soit 30 SU), à travers les données des passages aux urgences (résumés de passage aux urgences – RPU).

Pour 2019, plus de 965 000 passages aux urgences ont été enregistrés, soit une augmentation de 2 % par rapport à l'année précédente. A noter une augmentation pour les moins de 18 ans de +3%, liée à l'ouverture du SU pédiatrique au CHD Vendée courant 2019.

L'âge moyen des patients est de 40,2 ans. 3 % ont moins de 1 an, 26 % moins de 18 ans, et 15 % 75 ans et plus.

46 % des arrivées se situent dans la période de la PDSA (Permanence des soins ambulatoire), dont 27 % la nuit (entre 20h et 8h). Ce niveau d'activité fluctue assez peu selon le département de localisation des SU, mais apparaît plus important dans les services situés dans les grandes agglomérations.

Concernant le mode de transport d'arrivée à la PDSA, 71 % des patients arrivent avec leur moyen personnel de déplacement. 1 % des entrées concernent la SMUR (Structure mobile d'urgence et de réanimation – comprenant le transport en hélicoptère), 11 % le VSAV (Véhicule de secours et d'assistance aux victimes – transport sanitaire effectué par les sapeurs pompiers), et 17 % en ambulance privée.

57 % des passages sont liés à un diagnostic médico-chirurgical, 35 % sont d'origine traumatologique, 3 % psychiatrique, 2 % toxicologique, et 3 % d'une autre nature.

28 Observatoire Régional des Urgences. (2020, décembre). *Panorama Urgences 2019. Activité des services d'urgence des Pays de la Loire*. A l'adresse: [http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/03/38/00033857-3d7e2f2da7be4784107e5e55e2dc61b8/2020\\_panoramaorupdl2019\\_17decembre\\_vf.pdf](http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/03/38/00033857-3d7e2f2da7be4784107e5e55e2dc61b8/2020_panoramaorupdl2019_17decembre_vf.pdf)

14% des passages correspondent à une gravité CCMU1<sup>29</sup> (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).

La moitié des passages aux urgences durent moins de 3h20min (moins de 3h s'agissant des patients retournant à leur domicile, et moins de 5h42min pour les patients hospitalisés). La durée moyenne de passage est de 4h44. La durée de passage augmente 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 6h45min aux urgences lorsqu'ils retournent au domicile, et 7h55min lorsqu'ils sont hospitalisés.

Concernant le mode de sortie, 75 % des passages se concluent par un retour au domicile, et 25 % par une hospitalisation (y compris de courte durée – UHCD). Ce dernier taux augmente progressivement avec l'âge (et concerne 2/3 des patients au-delà de 90 ans).

Les décès restent des événements assez rares dans les SU (moins de 0,1 % des RPU). Ils concernent majoritairement des personnes âgées de 65 ans ou plus.

#### FOCUS

##### Information des familles sur le parcours patient aux urgences

Le Centre Hospitalier de Saint Nazaire a proposé en 2021 à la labellisation un projet « Information des familles sur le parcours patient aux urgences ». Celui-ci, initié en 2019, instauré en 2020 en période COVID, consiste en la mise en place en salle d'attente d'un écran permettant à l'accompagnant de suivre l'évolution de la prise en charge du patient. Pour cela, est remis au patient dès son admission un flyer l'informant du dispositif ainsi qu'un numéro attribué afin de suivre les différentes étapes de la prise en charge aux urgences.

Cette excellente initiative a été construite suite à l'analyse des plaintes et réclamations dans le service des urgences. Un groupe de travail a été mis en place avec la participation des membres de la CDU et des professionnels de santé. Les représentants des usagers ont été co-constructeurs du dispositif, de la rédaction du flyer à la validation de la fiche d'information d'utilisation du dispositif.

29 CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

### Retours d'expériences COVID Recours aux services d'urgences

L'ORS Pays de la Loire revient sur l'impact de l'épidémie et du premier confinement sur le recours aux services d'urgences en Pays de la Loire, en analysant les données recueillies entre janvier et août 2020.

Plusieurs constats sont réalisés. Sur la période du premier confinement, le nombre de passage aux urgences dans la région a diminué de moitié (-48%) par rapport à la même période en 2019. Cette baisse a notamment concerné les patients les plus jeunes (moins de 18 ans : - 65%). Le nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences a également diminué (-26%), tandis que le taux d'hospitalisation en post-urgence a augmenté (+42%). Les diagnostics les plus concernés par une baisse du recours ont été ceux de nature traumatologique (-57%), les diagnostics médico-chirurgicaux (-43%), et les diagnostics psychiatriques (-38%) et toxicologiques (-22%). Certaines pathologies graves nécessitant une prise en charge en urgence ont été concernées par une baisse modérée à importante du recours pendant le confinement (maladies vasculaires cérébrales hors accidents ischémiques transitoires : -11% ; cardiopathies ischémiques : - 29%, sans effet rebond en post-confinement.

A la fin du premier confinement (pour la période du 11 mai au 31 août 2020), il a été observé une reprise très progressive des passages aux urgences. Ce n'est qu'au début du mois d'août 2020 que l'activité des urgences a atteint un niveau équivalent (-8%) à celui observé sur la même période en 2019.

30 ORS Pays de la Loire. *Impact de l'épidémie de Covid-19 et du premier confinement sur le recours aux services d'urgences en Pays de la Loire. Analyse des données de janvier à août 2020.* A l'adresse: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_ORU\\_ImpactCovidRecoursSU.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_ORU_ImpactCovidRecoursSU.pdf)

## Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La croissance continue depuis plusieurs années du nombre de passages aux urgences (encore + 2% en 2019) 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.

Cette tension sur l'activité des urgences s'est traduite par des mouvements sociaux dans ses services en 2019, à la suite desquels des engagements gouvernementaux ont été pris : par un pacte de refondation des urgences. Celui-ci, en cours de déploiement sur la région porte plusieurs mesures qui sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des usagers ayant besoin d'un recours aux soins non programmé : 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.

Des difficultés ont également été enregistrées en 2019 pour assurer dans certains établissements la couverture en personnels soignants, entraînant la fermeture pendant certaines périodes de services d'urgences (en Sarthe particulièrement). Des mesures sont actuellement à l'étude pour pallier ces difficultés (exemple : équipe mobile non médicalisée en Sarthe). Pour la CSDU, il convient que ces mesures prises pour gérer la pénurie soient lisibles pour la population et que des recherches de solutions pérennes assurant un service de soins d'urgence fiable soit réellement travaillées avec tous les acteurs (y compris les associations d'usagers).

### 11.5. La permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Aucune donnée n'a pu être recueillie pour l'élaboration de ce rapport.

### 11.6. Le transport des patients

Depuis de nombreuses années les associations d'usagers alertent sur les difficultés pour obtenir l'amélioration des transports sanitaires des patients pris en charge par l'Assurance Maladie vers un établissement de santé, freinant ainsi l'accès aux soins, en particulier pour les patients ayant besoin de soins réguliers avec des pathologies graves. Cette situation est particulièrement sensible en Loire Atlantique.

France Assos Santé PDL, à partir de témoignages recueillis auprès de ces associations membres, fait les constats suivants.

#### Difficultés d'accès et dégradations des conditions de transports sanitaires:

- **Refus de prise en charge** d'entreprises de transports sanitaires (en particulier celles qui appartiennent à un groupement), notamment au niveau des agglomérations de la région, en raison de trajets jugés trop peu rentables.
- **Prescriptions par des médecins de transports allongés, non requis** mais plus rentables pour ces entreprises, afin de faciliter l'accès aux transports pour les patients.
- **Qualité de la prise en charge fortement dégradée** ces dernières années : délais d'attente importants pour des patients ayant parfois subis des soins éprouvants; non accompagnement jusqu'en salle d'attente ou de consultation pour des personnes ayant des difficultés à se déplacer seules; transports non adaptés aux personnes en fauteuil roulant (notamment électriques); transports partagés augmentant davantage les délais d'attente et de transport (constaté notamment pour les enfants se rendant à l'ESEAN)...

#### Impacts sur l'accès aux soins:

- **Perte de chance** pour les patients qui ne trouvent pas de transporteur et qui n'accèdent dès lors pas aux soins.
- **Raccourcissement de la durée de certains soins dus aux retards dans le transport:** par exemple, pour les personnes dialysées, les retards entraînent régulièrement un raccourcissement de la durée de dialyse ce qui a un **impact direct sur la santé en terme de longévité et de risques.**
- **Renoncement aux soins** de patients subissant ces difficultés.

Dans le rapport relatif aux droits des usagers du système de santé 2019 sur données 2018, il était constaté les points suivants :

- Un nombre d'agrément pour les véhicules sanitaires qui n'a pas augmenté depuis 15 ans en Loire-Atlantique, tandis que la population de l'agglomération nantaise a progressé dans le même temps de plus de 11%. Le nombre d'agrément est de plus 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" : à l'intention des personnes dont l'accès aux transports publics, collectifs ou particuliers, est limité du fait de leurs revenus ou localisation géographique. 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 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 euros pour une personne seule et 1119 euros pour un couple.

Fin 2020, lors d'une audition en CSDU, l'ARS Pays de la Loire constate pour la Loire Atlantique que bien que le nombre de véhicules autorisés soit supérieur au quota départemental (soit 523 véhicules), il existe un manque de transports assis accentué depuis la crise COVID, notamment sur l'agglomération nantaise. Les leviers de régulation sont de plus limités (concernant la tarification et le conventionnement relevant de l'Assurance Maladie), et des difficultés sont mises en avant par les transporteurs (conditions de circulation, tarification insuffisante des transports VSL de courte distance en agglomération, temps d'attente, difficultés de recrutement...).

Des actions ont été réalisées en 2019 telles que la renégociation par la CPAM de la convention des taxis, avec l'instauration nouvelle d'un forfait d'agglomération. Durant l'été 2020, des leviers d'autorégulation par le SAMU ont été mise en œuvre, en concertation avec le SDIS et les transporteurs sanitaires (adaptation par les médecins régulateurs des délais d'engagement au niveau de soins requis, modification du système d'attribution des courses, anticipation de l'activité, permanences de coordonnateurs ambulanciers au SAMU). L'ARS a fait la proposition aux transporteurs, qu'ils n'ont pas retenue, d'autoriser des véhicules supplémentaires sur l'agglomération nantaise durant la crise sanitaire. Des travaux sont en cours, pilotés par l'ARS, concernant les difficultés RH et la généralisation de l'apprentissage.

Depuis fin 2020, l'ARS et la CPAM copilotent un plan d'action partenarial, avec des actions prévues pour 2021 : améliorer la veille et le suivi des demandes de transport sans solution, optimiser la répartition territoriale des transports, améliorer l'organisation entre les transporteurs et les adresseurs, et lever les freins à la circulation des transports. L'ARS a pris l'engagement d'inclure les associations d'usagers dans ce groupe de travail

Des patients ont signalé leurs difficultés dans des réclamations à l'ARS (en très forte hausse) et en événements indésirables graves.

### **Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers**

La CSDU fait le constat de l'inéquation entre l'organisation des transports sanitaires sur la région (en particulier en agglomération nantaise) et les attentes et ressentis des patients (en particulier ceux atteints de maladies chroniques). Ce sujet est récurrent depuis plusieurs années sans que de réelles solutions soient apportées (voire recherchées) pour trouver des pistes d'amélioration, chaque partie prenante restant sur sa position.

- Assurance maladie (budget contraint)
- ARS (autorisations attribuées limitées)
- Transporteurs sanitaires (équilibre économique)
- Établissements de santé (difficultés de coordination avec les transporteurs, et ne souhaitent pas participer à la régulation des transports sanitaires)
- Associations d'usagers (incompréhension des dégradations du service par les patients)

La CSDU souhaite que l'ARS se saisisse avec volontarisme de ce dossier en faisant au besoin procéder à une mission d'expertise de la situation par un organisme indépendant, avec participation de toutes les parties prenantes. Cette mission d'expertise devrait à partir des constats faire des propositions à mettre en œuvre pour améliorer la situation des patients concernés.

## 11.7. Les pénuries de médicaments, la difficile organisation des territoires

France Assos Santé Pays de la Loire<sup>31</sup> a conduit une enquête sur les pénuries de médicaments dans la région, en décembre 2020 et janvier 2021, avec l'appui d'un groupe d'étudiants du master 2 "Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique" de l'EHESP. L'enquête incluait des entretiens avec des acteurs régionaux et nationaux, des questionnaires en ligne auxquels ont répondu 101 pharmaciens d'officine et 115 médecins généralistes de la région.

L'enquête révèle des tensions d'approvisionnements importantes au sein des Pays de la Loire : tous les pharmaciens enquêtés ont affirmé y être confrontés au moins une fois par semaine en officine (concernant notamment les vaccins, certains antibiotiques, antiparkinsoniens, et certains anticancéreux). Les pharmaciens arrivent à pallier ces dysfonctionnements par leurs connaissances des circuits d'approvisionnement (commande de stocks plus importants, changement de traitement, "dépannage" entre pharmaciens..), tandis que les médecins sont moins au fait de celui-ci, quoique 40% d'entre eux soient confrontés à cette difficulté au moins une fois par semaine.

Les professionnels de santé identifient les leviers à actionner en région pour répondre à ces tensions d'approvisionnement: l'essor des CPTS, et la nécessité d'une régulation régionale par l'ARS. Cette dernière a joué un rôle prépondérant ces derniers mois dans un contexte de crise sanitaire quant à la redistribution et priorisation de certains médicaments et matériels médicaux. Toutefois, des mesures fortes au niveau national et européen sont également indispensables et urgentes.

---

31 France Assos Santé Pays de la Loire. (2021, mars 9). [COMMUNIQUE] Pénuries de médicaments : une enquête France Assos Santé Pays de la Loire illustre la difficile organisation sur les territoires. A l'adresse: <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/2021/03/09/penuries-de-medicaments-une-enquete-france-assos-sante-pays-de-la-loire-illustre-la-difficile-organisation-sur-les-territoires/>

## 11.8. L'accès aux soins des Mineurs Non Accompagnés

### FOCUS

#### Les difficultés d'accès aux soins des mineurs non accompagnés et non reconnus comme tels

L'objectif du programme Mineurs Non Accompagnés (MNA) de Médecins du Monde (MdM) à Nantes est de favoriser l'accès aux soins des MNA en recours, qui constitue un public au statut particulier : se réclamant mineurs mais n'ayant pas été reconnus comme tels par le Conseil Départemental, les jeunes ont décidé d'engager un recours visant à faire reconnaître leur minorité.

Pendant le temps de ce recours, qui dure en moyenne 8 à 9 mois (mais qui peut durer jusqu'à 2 ans), ces MNA se trouvent dans un statut administratif précaire et complexe : une sorte de zone grise pendant laquelle ils ne sont considérés ni mineurs ni majeurs.

La complexité de ce statut constitue un obstacle majeur et récurrent pour leur permettre un accès effectif aux soins et aux structures de prise en charge.

Concernant les autorisations pour soins sur mineurs : se présentant comme mineurs dans les structures de santé, des demandes de consentement de leurs représentants légaux sont très régulièrement exigées ; autorisations pour soins des parents ou des tuteurs, que les Mineur.e.s Non Accompagné.e.s en recours ne peuvent produire.

Concernant l'accessibilité à des structures de prise en charge : les structures qui accueillent un public spécifique, mineur ou majeur, ne peuvent se positionner sur l'accueil de ces jeunes tant qu'une décision judiciaire n'est pas prise. C'est par exemple régulièrement le cas pour l'accès aux centres maternels d'Anjoran et de Saint-Luc qui ne peuvent statuer sur l'admission de jeunes patientes en l'absence de décision judiciaire.

Si le nombre de MNA en recours décroît (la file active de MdM à Nantes était de 180 MNA en 2020, 240 en 2019 et 308 en 2018), la problématique des refus de soin pour cause d'absence d'autorisation parentale reste d'actualité et constitue un réel et tenace obstacle aux soins et aux structures de prise en charge.

En l'absence de consentement des représentants légaux, ces jeunes sont régulièrement confrontés à des obstacles à l'accès aux soins, à des retards de soins voire à des refus de soins.

Pourtant, de nombreuses exceptions existent au consentement des tuteurs légaux mais elles sont méconnues des équipes soignantes. Quand ces exceptions sont connues par les équipes soignantes, un adulte accompagnant est très souvent exigé, ce qui constitue un nouvel obstacle car les associations ne sont pas disponibles pour accompagner chaque jeune à chacun de ses rendez-vous médicaux. Pourtant, il est tout à fait possible que le majeur accompagnant soit désigné par le jeune au sein de l'équipe soignante.

## Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les difficultés d'accès aux soins des mineurs non accompagnés et non reconnus posent de réels problèmes, aux jeunes concernés tout d'abord, aux établissements et aux professionnels de santé ensuite. Ces difficultés proviennent principalement de la non reconnaissance de la minorité de ces jeunes par le Conseil Départemental et des délais fort longs d'instruction des dossiers.

La CSDU réitère la nécessité, exprimée au sein du Rapport Droits des Usagers de 2017, que les freins à l'accès aux soins de ces populations soient levés, en améliorant notamment la communication et la coordination des acteurs.

## 12. Assurer financièrement l'accès aux soins

### 12.1. Les Commissions d'Activités Libérales (CAL) en établissements 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.

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. En 2019, toutes les CAL de la région avaient dans leur composition un représentant des usagers (désignation par les délégations territoriales de l'ARS).

La Commission régionale d'activité libérale a été mise en place en 2018 avec pour mission de faire la synthèse de cette activité sur la région et au besoin de faire prendre les mesures pour que la réglementation soit respectée.

Le bilan 2019 de l'activité libérale sur la région n'a pas pu être réalisé en raison de la crise sanitaire, la plupart des commissions d'établissements ne s'étant pas réunies.

A partir des chiffres des années précédentes, environ 220 professionnels sur la région ont fait le choix de cette activité dans une quinzaine d'établissements publics, avec des parts en professionnels très variables selon les établissements (20% au CH de La Roche sur Yon, 4% au CH de Fontenay le Comte).

La répartition régionale entre secteurs d'honoraires n'est pas connue. A titre indicatif au CHU de Nantes en 2019 : sur les 69 professionnels autorisés, 39 sont en secteur 1, 30 en secteur 2 dont 20 avec contrat OPTAM ou OPTAM CO.

### **Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers**

Les Commissions d'activités libérales des établissements publics sont en place sur la région, ainsi que la Commission régionale, avec la représentation des usagers prévue. Les délégations territoriales de l'ARS ont en charge les désignations de la représentation des usagers, et au vu des remontées d'associations, il serait nécessaire d'actualiser cette représentation.

L'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. Comme indiqué dans les précédents rapports, la CSDU souhaite que l'information des patients soit assurée en toute transparence: plages horaires de consultation, modalités de prise en charge, tarification pratiquée...

## **12.2. Le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME**

Aucune donnée n'a pu être recueillie pour l'élaboration de ce rapport.

### **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.

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

## **13. Assurer l'accès aux structures de prévention**

### **13.1. Dépistage du cancer**

Pour répondre aux enjeux posés par le plan cancer 2014-2019, a été créé en 2018 le Centre de coordination des dépistages des cancers (CRDC), reprenant et régionalisant les activités de dépistage organisé des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, portées auparavant par 5 associations départementales. Les 5 structures de gestion, l'ARS et l'Assurance

maladies, se sont fortement mobilisées sur les opérations de construction de la nouvelle entité régionale.

Un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) à 4 ans (2019-2022) a été signé en 2018 par l'ARS Pays de la Loire, l'Assurance Maladie, et le CRDC.

L'objectif est de poursuivre l'amélioration de la qualité du dépistage organisé en augmentant le taux de participation des ligériens au dépistage organisé et en développant une politique « d'aller vers » pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

La région Pays de la Loire est la première région dont la régionalisation du dépistage organisé est opérationnelle<sup>32</sup>.

Afin de sensibiliser les publics au dépistage, le CRDC Pays de la Loire a décliné en 2019 les campagnes nationales de lutte contre le cancer en région. Il a également participé à la diffusion des supports de communication de l'InCa, ainsi qu'à la mise en place de stands de prévention pour faciliter les échanges avec le public. Des conférences et des groupes d'échanges ont aussi été organisés en ce sens.

Des courriers d'invitation au dépistage et de relance ont été envoyés aux publics cibles, avec notamment pour le DOCS une réinvitation des femmes ayant eu un cancer du sein 5 ans après (hors Loire Atlantique), afin de limiter le nombre de femmes arrêtant leur suivi annuel.

### **La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans<sup>33</sup>**

Au cours de l'année 2019, 2 551 000 femmes se sont fait dépister, ce qui correspond à un taux national de participation de 48,6 % (49,3 % pour la période 2018-2019). Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 pour atteindre un pic à 52,4 %, la participation au programme est depuis en diminution lente. Cette baisse s'observe pour toutes les tranches d'âge et est particulièrement marquée pour les 55-59 ans, chez qui le taux de participation est le plus bas.

L'hétérogénéité de la participation sur le territoire constatée les années précédentes se réduit sensiblement pour la période 2018-2019, avec des écarts entre régions allant de : 35,2 % en Corse, 38,4 % en Ile-de-France, 56,4 % dans les Pays de la Loire, 57,1 % en Centre-Val de Loire, 23,1 % en Guyane, 46,5 % à La Réunion et en Guadeloupe.... Cela s'observe également à l'échelle départementale, avec un gradient Est-Ouest moins marqué que les années précédentes.

La baisse constatée au niveau national s'observe également dans la plupart des régions de France métropolitaine, principalement dans celles qui avaient la participation la plus haute : le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. A l'inverse, elle stagne pour celles qui ont une participation très basse : Ile-de-France, Corse et PACA. Dans les DROM, des baisses importantes

---

32 ARS Pays de la Loire. (2018, décembre 13). *Le Centre de coordination des dépistages des cancers (CRDC) : une réorganisation régionale réussie*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-centre-de-coordination-des-depistages-des-cancers-crdc-une-reorganisation-regionale-reussie>

33 Santé Publique France. (2020, avril 30). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>

sont observées, en particulier en Guyane où par exemple la participation en 2019 n'est que de 21,8 %.

« Des hypothèses pouvant expliquer la diminution de la participation incluent la controverse sur les bénéfices et les risques du dépistage du cancer du sein, et une baisse de l'offre en sénologie. Ces hypothèses ainsi que leur impact différentiel d'un territoire à l'autre, en particulier dans ceux où la participation était la plus élevée, devraient être étudiées. »

En 2018-2019, le taux de participation au dépistage du cancer du sein est de 56,4% en Pays de la Loire :

- Loire Atlantique: 56,4 %
- Maine et Loire: 58,5 %
- Mayenne: 57,6 %
- Sarthe: 54,9 %
- Vendée: 54,5 %

Des difficultés se sont présentées dans la région concernant les rendez-vous de dépistage organisé, liées à des annulations de rendez-vous (absence de radiologues, ou annulation par les patients).

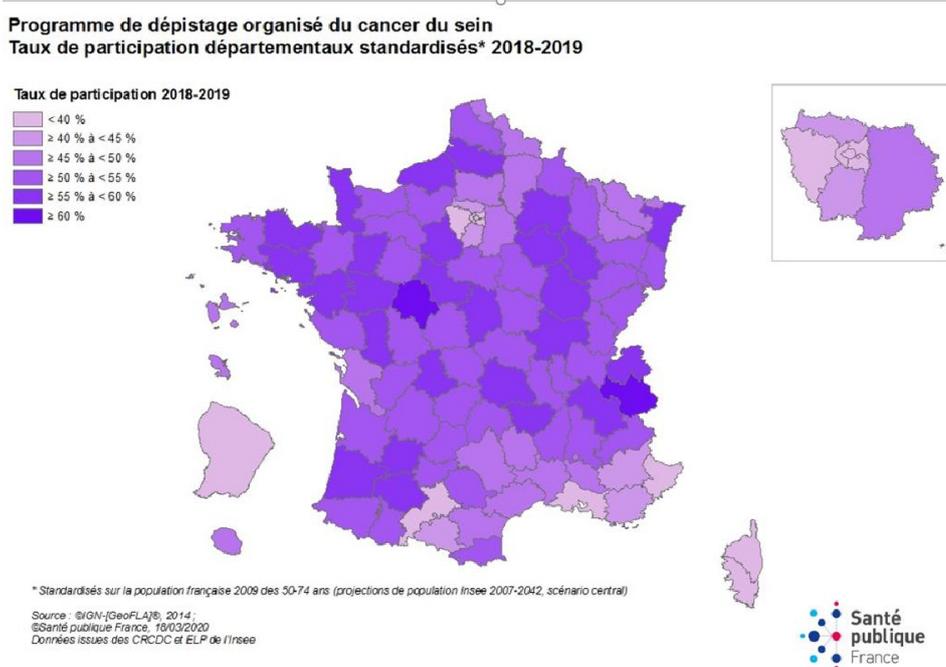


Figure 14 : Santé Publique France, « Programme de dépistage organisé du cancer du sein. Taux de participation départementaux standardisés 2018-2019 »<sup>34</sup>

34 Santé Publique France. (2020, avril 30). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018–2019 et évolution depuis 2005*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>

## La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans<sup>35</sup>

A l'échelle nationale, sur la période allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019, la population cible du dépistage a été estimée à plus de 20 millions de personnes. Près de 5,3 millions de personnes ont réalisé un test de dépistage, ce qui représente un taux de participation total de 30,5 % (très inférieur à l'objectif européen de 45 %). L'amélioration de la participation qui était attendue avec le passage au test immunologique ne s'est donc, jusqu'à présent, pas matérialisée.

Le taux de participation est plus élevé chez les femmes (31,9 %) que chez les hommes (29,1 %) et augmente avec l'âge (chez les hommes de 27,4 % pour les 50-54 ans à 34,1 % pour les 70-74 ans et chez les femmes de 29,6 % pour les plus jeunes à 34,8 % pour les plus âgées). Il varie selon les départements. Les taux les plus bas sont observés en Guyane (12,6 %), en Corse (16,2 %) et à Paris (16,9 %), et les plus élevés en Ile-et-Vilaine (43,6 %), dans le Bas-Rhin (43,9 %) et dans le Haut-Rhin (45,1 %).

Le taux de personnes ayant un test immunologique positif (3,8 %) est conforme à l'attendu. (Santé Publique France mise à jour 29/05/2020).

En 2018-2019, pour le dépistage du cancer colorectal, le taux de participation en Pays de la Loire est de 36%. La région est la 3ème après la région Grand Est (39,3%) et le Centre -Val de Loire (37,7 %). En termes de participation, le Maine et Loire est passé de la seconde (2017-2018) à la 8ème place départementale.

- Loire Atlantique: 33,2%
- Maine et Loire: 40,6 %
- Mayenne: 37,5 %
- Sarthe: 36,9 %
- Vendée: 35,2 %

---

35 Santé Publique France. (2020, mai 29). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018–2019*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2018-2019>

**Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal**  
**Période 2018-2019**  
**Taux standardisés\* de participation, par département**

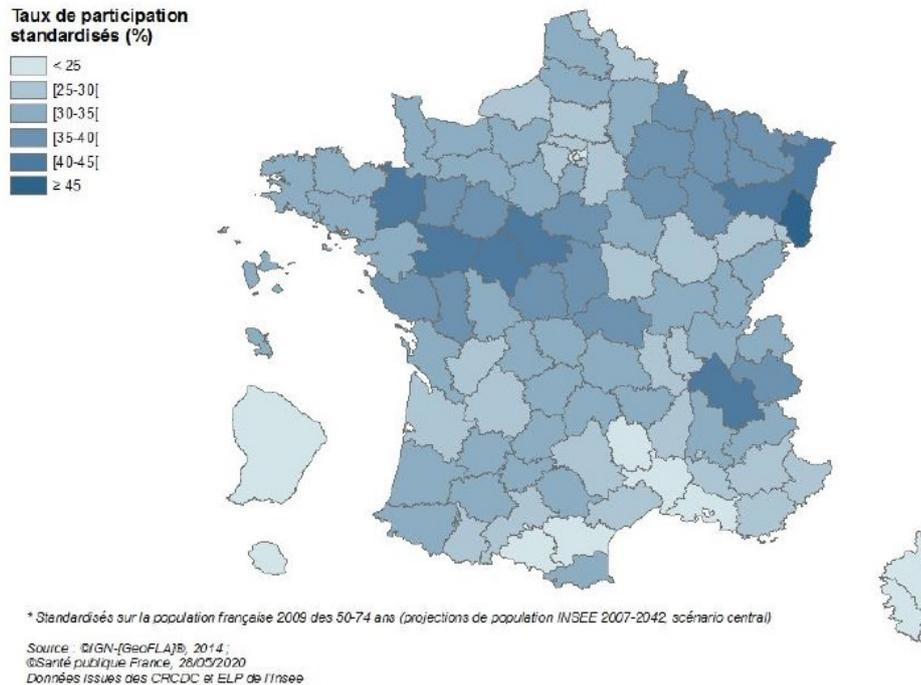


Figure 15 : Santé Publique France, « Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal. Taux standardisés de participation par département. 2018-2019 »<sup>36</sup>

Plusieurs difficultés se sont présentées en 2020 concernant le dépistage du cancer colorectal, en particulier des problèmes d’acheminement des courriers par la Poste. De plus, en 2021, des changements de tests ont également conduit à des retards: certains médecins n’ayant pas les nouveaux tests pour réaliser les examens.

**Retours d’expériences COVID**  
**Dépistage du cancer**

Concernant les dépistages du cancer du sein, il a été constaté un retard dans les rendez-vous organisés lié au confinement de mars 2020, qui se résorbe progressivement en 2021, avec toujours beaucoup de difficultés pour obtenir des rendez-vous. Les conséquences de ce retard pourront être quantifiées dans les prochaines années.

De plus, le suivi de traitements en chimiothérapie a été reporté durant le premier confinement. Ce point a été relevé avec inquiétude par les membres de la CSDU

36 Santé Publique France. (2020, mai 29). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018–2019*. A l’adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2018-2019>

## 13.2. Couvertures vaccinales “rougeole, oreillons et rubéole”

La vaccination répond à un enjeu majeur de santé publique et demeure le moyen de prévention le plus efficace et le plus sûr pour se protéger, mais aussi pour protéger les personnes les plus vulnérables (nouveau-nés, femmes enceintes, personnes âgées, immunodéprimés, etc.) contre de nombreuses maladies infectieuses. La nécessité d'enrayer ces maladies a incité les pouvoirs publics à faire de l'amélioration de la couverture vaccinale une priorité.

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 et 2019, une nouvelle recrudescence de cas de rougeole a été observée en France.

### La couverture vaccinale « Rougeole, Oreillons, Rubéole » <sup>37</sup>

Le taux de couverture en Pays de la Loire (ROR 1 dose) a progressé de 2 à 3 points selon les départements entre 2017 et 2018.

Les taux départementaux 2018 (enfants nés en 2016) pour la 1<sup>ère</sup> dose sont respectivement :

- Loire Atlantique : 93,6 % soit une progression de + 3 points par rapport à 2017
- Maine et Loire : 87,5% soit une progression de + 2,5 points
- Mayenne : 92,1 % soit une progression de + 2 points
- Sarthe : 93,4% soit une progression de + 2,5 points
- Vendée : 92,6% soit une progression de + 2 points
- **France entière : 90,6%** avec une progression de +1,3 points

Pour la deuxième dose, les taux départementaux 2018 sont respectivement :

- Loire Atlantique : 86,2 %
- Maine et Loire : 80,6%
- Mayenne : 85,2%
- Sarthe : 84,7%
- Vendée : 83,6%
- **France entière : 83,4%**

Santé Publique France indique que les données 2019 et 2020 (enfants nés en 2018) ne sont pas encore disponibles. Ces données devront confirmer l'impact de l'obligation vaccinale en janvier 2018.

Concernant la promotion de la vaccination, l'ARS soutient dans chacun des 5 départements un Centre Fédératif de Prévention, de vaccination et de Dépistage (CFPD), à l'exception du Maine et Loire dans lequel la compétence est restée au Conseil départemental.

---

37 Santé Publique France. (2020f, novembre 24). *Données départementales 2013–2018 de couverture vaccinale rougeole, rubéole, oreillons à 24 mois*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-departementales-2013-2018-de-couverture-vaccinale-rougeole-rubeole-oreillons-a-24-mois>

Chaque CFPD organise des webinaires à l'attention des professionnels de santé (PMI, libéraux, hospitaliers) « les mardis de la vaccination ». L'ARS soutient également des actions de prévention et de promotion de la vaccination par le financement des actions de prévention portées par les maisons pluriprofessionnelles de santé. Le service sanitaire des étudiants en santé est également un levier à mobiliser avec l'ajout récent de la thématique sur la prévention des risques infectieux en 2020.

### Focus sur la rougeole

La France est le pays européen ayant déclaré le plus de cas de rougeole : 2636 cas de rougeole en 2019, et 2919 en 2018, soit un taux de déclaration de 3,9 cas/100 000 habitants, avec le taux le plus élevé observé chez les enfants âgés de moins de 1 an (42,7 cas/100 000). 752 personnes ont été hospitalisées en 2019 (28,5% des personnes atteintes), et deux personnes en sont décédées. 86 à 88% des cas de rougeole sont survenus chez des sujets non ou mal vaccinés. La circulation du virus a été observée sur la quasi-totalité du territoire, avec des foyers épidémiques principalement en Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire, PACA et Grand Est<sup>38</sup>.

En Pays de la Loire: 442 cas confirmés de rougeole ont été déclarés entre le 1er janvier 2018 et le 30 septembre 2019<sup>39</sup>. Sur la région, entre le 1er janvier et le 31 décembre 2019, 2020 cas ont été déclarés: 132 cas ont été déclarés en Loire Atlantique, 3 en Vendée, 6 en Maine et Loire, 70 cas en Mayenne, 9 cas dans la Sarthe<sup>40</sup>

En 2018, l'ARS Pays de la Loire a recensé avec l'appui de la CIRE une dizaine de foyers de rougeole (environ 200 cas toutes classes d'âge confondues rien qu'au 1er semestre 2018 entre le Maine-et-Loire, la Loire-Atlantique et la Vendée), au sein de collectivités de la petite enfance, écoles, ainsi que dans les communautés des gens du voyage. 51 cas ont été diagnostiqués chez les 0-2 ans. L'ARS et ses partenaires ont mené une importante campagne de communication et de mise à jour vaccinale. En 2019, on observe une baisse des contaminations avec 16 cas confirmés chez les 0-2 ans.

En 2019, dans la métropole nantaise, l'épidémie a débuté au mois de mai, en lien avec des cas touchant les personnes vivant dans les bidonvilles et terrains d'insertion. L'ARS Pays de la Loire a demandé un appui de la réserve sanitaire de Santé publique France pour investiguer et réaliser une campagne de vaccination sur les terrains concernés. Sur la population-cible (1800 à 2000 personnes vulnérables), 109 cas confirmés de rougeole ont été signalés entre mai et août 2019. Les interventions du centre de vaccination du CHU de Nantes (CFPD) et des 7 réservistes mobilisés de fin juin à début septembre ont permis de réaliser 1592 consultations et 1319 vaccinations, sur 35 terrains (dont 15 terrains touchés par la rougeole). Un arrêt de l'épidémie a été constaté suite à l'action menée, le dernier cas ayant été signalé le 5 août 2019. L'ARS souligne

38 Santé Publique France. (2020, février 19). *Bulletin épidémiologique rougeole. Données de surveillance 2019*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-rougeole.-donnees-de-surveillance-2019>

39 ARS Pays de la Loire. (2018, 20 mai). *Rougeole : la meilleure protection reste la vaccination*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/rougeole-la-meilleure-protection-reste-la-vaccination>

40 Santé Publique France. (2020, février 19). *Bulletin épidémiologique rougeole. Données de surveillance 2019*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-rougeole.-donnees-de-surveillance-2019>

qu'au-delà des mesures d'urgence, une prise en charge plus globale de cette population vulnérable est nécessaire pour faire face à sa situation sanitaire préoccupante<sup>41</sup>.

En 2020, aucun cas de rougeole n'a été observé pour la classe d'âge 0-2 ans en Pays de la Loire, en lien sans doute avec l'augmentation de la couverture vaccinale et certainement avec le renforcement des gestes barrières liés à la crise COVID.

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les acteurs de la prévention engagés dans la lutte contre le cancer font le constat de la baisse continue du pourcentage de la population dépistée sur notre région, avec en particulier une participation du cancer colorectal très insuffisante. A titre indicatif, le taux de dépistage du cancer du sein était de 64% en 2012, 56,4% en 2019. La région Pays de la Loire reste néanmoins une des régions avec les taux de dépistage les plus élevés. L'information des usagers reste primordiale, notamment pour répondre à leurs préoccupations suite aux controverses concernant certains dépistages.

Les écarts de taux de dépistage entre territoires mériteraient d'être mieux analysés, et il serait nécessaire de cibler les actions de sensibilisation en se basant en particulier sur les données de l'Observatoire régional de la santé.

Des efforts de communication sont également à réaliser sur la vaccination infantile pour mener avec succès l'extension de l'obligation vaccinale, car, en prenant l'exemple de la rougeole, une reprise d'épidémie est toujours possible.

---

41 ARS Pays de la Loire. (2020, janvier). *Campagne de vaccination rougeole face à une épidémie dans les bidonvilles et terrains d'insertion de Nantes Métropole en 2019*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/index.php/system/files/2020-01/Bilan-campagne-vaccination-rougeole-ars-pdl.pdf>

### 13.3. Le dépistage du VIH en Pays de la Loire (source : COREVIH Pays de la Loire et Santé Publique France)

En France, 6,2 millions de tests VIH ont été réalisés en 2019 par des laboratoires de biologie médicale (+10 % entre 2014 et 2018, et +6 % entre 2018 et 2019). Cette augmentation du nombre de tests s'est accompagnée d'une augmentation du nombre de sérologies positives (+6 % sur 2018-2019). Le taux de positivité qui avait diminué entre 2014 et 2018 s'est ainsi stabilisé en 2019 à 1,9 pour 1000 sérologies. En 2018, 64 500 TROD (Tests rapides d'orientation diagnostique) ont été réalisés (nombre qui a augmenté par rapport à 2017: 56 000). Selon les données de Santé Publique France, 6200 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2018 en France (chiffre qui n'a pas pu être estimé pour 2019). 26 % des personnes diagnostiquées en 2019 l'ont été à un stade avancé de la maladie, les empêchant de bénéficier d'un traitement précoce.

Les Pays de la Loire se situent en 2018 dans les régions ayant les plus faibles taux de découvertes de séropositivité au VIH. En Pays de la Loire, au 31 décembre 2019, 4 847 personnes séropositives bénéficient d'un suivi médical. 169 personnes ont découvert leur séropositivité en 2019, dont 15 % à un stade tardif. Selon les données de 2018, on estime que 647 personnes ignorent être infectées par le VIH (aucune estimation n'a été réalisée sur les données 2019).

Il est constaté une augmentation du recours au dépistage, et une stabilité du taux de positivité, laissant penser à une augmentation du nombre de personnes porteuses du VIH en Pays de la Loire, ou que les personnes qui se font dépister ne sont pas réellement vulnérables. 260 000 sérologies VIH ont été réalisées en 2019, soit 69 sérologies VIH pour 1000 habitants. Le recours au dépistage continu d'augmenter dans la région (65 sérologies VIH pour 1000 habitants en 2018). Pour 1000 sérologies réalisées, 1,4 se sont révélées positives, ce nombre est stable depuis 2010.

Les TROD s'adressant aux personnes vulnérables préférentiellement, présentent des taux de positivité supérieurs au dépistage classique. 1825 TROD ont été réalisés en 2019, soit un taux de positivité de 3,8/1000 tests réalisés (légèrement inférieur au taux de 2018: 4/1000). Concernant la vente d'auto-tests, ceux-ci sont en augmentation, mais la région ne fait pas partie des meilleures en termes d'utilisation de cet outil. 3 344 auto-tests ont été vendus en 2019 en Pays de la Loire (2886 en 2018) et plus de 500 (en 2020) délivrés gratuitement par les associations.

Au total en Pays de la Loire en 2019, il y a eu 203 notifications d'infection à VIH, et 169 personnes ont bénéficié d'une nouvelle prise en charge.

Structure	Nb sérologie VIH 2018/2019	VIH+ 2018/2019	% 2018/2019	Nb TROD 2018/2019	VIH + 2018/2019	% 2018/2019
CEGIDD 49	4 297 / 4 498	3 / 6	0,07/0,13	7/5	0/0	0 / 0
ALIA (49)	NC * / 35	NC*/ 0	NC*/0	NC*/2	NC*/0	NC*/0
CEGIDD 72	1 522 / 1 836	1 / 6	0,07/ 0,32	0/ 22	0/0	0/0
CEGIDD 85	2 796 / 3 041	1 / 0	0,04 / 0	17 / 28	0 / 0	0 / 0
CEGIDD 44	5 515 / 5 015	14/ 21	0,25/ 0,41	117/ 266	1/ 2	0,85 / 0,75
LOGIS Montjoie 44	0 / 0	0/0	0/0	90/ 84	0/0	0 / 0
CEGIDD 53	891 / 978	1/2	0,11 / 0,20	90 / 60	0/0	0 / 0
AIDES PDL	0 / 0	0/0	0/0	1157/ 1358	5/ 5	0,43/ 0,37
<b>Total</b>	<b>15 021 / 15 403</b>	<b>20 /35</b>	<b>0,13 / 0,23</b>	<b>1478 / 1825</b>	<b>6 / 7</b>	<b>0,41 / 0,38</b>
*NC : NON COMMUNIQUE						

Figure 16: Nombre de TROD réalisés en Pays de la Loire en 2018/2019 par structures<sup>42</sup>

42 COREVIH Pays de la Loire. Ces chiffres ne sont pas exhaustifs: ils concernent uniquement des structures que le COREVIH a relancées comme étant habilitées au TRODs en 2019

Dans le Bulletin de Santé Publique du 20 novembre 2020<sup>43</sup> consacré à cette question, la CIRE et le COREVIH posent les constats suivants pour l'année 2019 pour la région: la part des hommes touchés par le VIH est toujours moins importante en Pays de la Loire en 2019 par rapport à la France métropolitaine. La part des personnes contaminées par voie hétérosexuelle continue d'augmenter en 2019 par rapport aux années précédentes. De plus, un changement de paradigme est constaté depuis 2018: des nouveaux diagnostics vers les populations originaires d'autres pays que la France, notamment d'Afrique subsaharienne, bénéficiant d'un dépistage plus tardif. 65% des diagnostics SIDA en 2019 concernent ainsi des étrangers. Mais encore, le nombre de patients suivis dans la région a augmenté de 1000 personnes en 6 ans, avec une file active qui vieillit.

Le BSP conseille dans ce cadre une intensification des dépistages en s'adressant aux populations vulnérables (hommes ayant des relations avec les hommes HSH surtout *chemsexeurs*, personnes migrantes, notamment les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, les travailleurs-euses du sexe, les consommateurs de produits psychoactifs, les personnes trans: le cumul des vulnérabilités conduisant à de nouvelles contaminations), en multipliant et diversifiant les méthodes de dépistage, en communiquant mieux et en facilitant l'accès au dépistage, et en adaptant la prise en charge en tenant compte des âges et besoins liés au vieillissement et comorbidités.

Concernant la Prophylaxie Pré-Exposition (PREP), 657 demandes ont été effectuées en 2019 (389 en 2018). 604 personnes (soit 91,9%) ont été concernés par la PREP en Pays de la Loire en 2019 (contre 349 en 2018). Ceux-ci sont majoritairement des hommes (à 99,3%), et l'âge moyen est de 40 ans. La plupart sont célibataires (62,7%), actifs travaillant (81,7%), ont une couverture sociale (79,1%), vivent en milieu urbain (89,3%), et ont des rapports homosexuels (88%).

---

43 Santé Publique France. (2020, novembre). *Bulletin de Santé Publique Pays de la Loire. "Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles"*. A l'adresse: <https://drive.google.com/file/d/1Y7DLBEL6bLN9A5PTThDou7CsECR6E2XzR/view>

## Retours d'expériences COVID COREVIH

Durant et suite au premier confinement, le COREVIH a mené une enquête auprès de différents acteurs impliqués dans l'offre en santé sexuelle de la région Pays de la Loire afin d'établir un état des lieux permettant la diffusion et la mise en ligne d'un document recensant les services proposés, les modalités de prise en charge, les contacts utiles. Une veille réglementaire et journalistique a été mise en ligne sur son site internet. Les travaux du COREVIH ont permis de constater que de nombreux lieux relatifs à la santé sexuelle ont été fermés durant la première période de confinement (93 % des antennes CEGIDD, les lieux d'accueil du Planning Familial ...). Ces établissements se sont mobilisés pour essayer de maintenir une offre minimale.

La majorité des répondants ont considéré que leur fonctionnement ne reviendrait pas à la normale dès le 11 mai 2020. Ceux-ci ont été confrontés à plusieurs difficultés: fermeture des locaux ou accueil uniquement sur rendez-vous des personnes; fermeture des structures partenaires qui les font intervenir habituellement; des difficultés liées à l'organisation spatiale du parcours de l'usager dans les locaux; l'impossibilité de respecter les règles sanitaires; l'organisation pour mettre en place un protocole sanitaire: mise en place de rendez-vous espacés pour respecter les règles de distanciation physique, gestes barrière, nettoyage, aération.. ; le redéploiement du personnel sur d'autres missions et des problèmes d'effectifs; l'arrêt des activités collectives lié à l'interdiction des rassemblements; et des projets de formations reportés ou annulés ...

Des actions innovantes ont été mises en place: le développement de la réduction des risques à distance (entretiens par visioconférence ou téléphone, délivrance du matériel en drive); un contact avec les usagers via les réseaux sociaux; la mise en place de téléconsultations auprès des usagers; des permanences d'accueil et d'écoute en centre commercial; le développement de partenariats inexistant jusqu'à présent; la création d'outils de sensibilisation pour une utilisation lors de visioconférences; des réflexions sur de nouveaux outils d'animations collectifs et de formations.

L'association AIDES, dans un rapport « VIH, Hépatites : la face cachée des discriminations 2020 », constate que les personnes concernées par le VIH et les hépatites, porteuses ou non du virus, se retrouvent en première ligne face à la COVID-19. L'association souligne que « les inégalités structurelles et le contexte social défavorable les exposent tout particulièrement aux risques de contamination, ainsi qu'à des complications médicales en raison des facteurs de comorbidités liés à leur état de santé ou à leurs conditions de vie. La crise sanitaire et les mesures de santé publique adoptées pour y faire face aggravent également leur précarité économique et sociale. Les politiques d'exclusion qui pèsent sur elles sont renforcées. »

44 COREVIH, *Webconférence, Impact du COVID-19 sur la santé sexuelle des ligériens*. 18 juin 2020.

45 AIDES. (Novembre 2020). *VIH, Hépatites : la face cachée des discriminations 2020*. A l'adresse: <https://www.aides.org/publication/rapport-discriminations-2020>

## 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 demeure un enjeu pour la région Pays de la Loire, car 2020 marque malheureusement la baisse des dépistages VIH et des mises sous Prep (les centres ayant été submergé par le Covid) alors même que ces deux éléments sont les leviers plus forts pour réduire efficacement cette pandémie.

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

#### 14.1. E-santé et fracture numérique

Le virage numérique, très largement présent dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, est réaffirmé dans la stratégie nationale Ma Santé 2022, et également repris dans le pacte de refondation des urgences. En région Pays de la Loire, le numérique figure parmi les axes prioritaires du Plan régional de santé (PRS) de l'Agence régionale de santé (ARS). Malgré ces ambitions, fin novembre 2019, France Assos Santé<sup>46</sup> observait un écart entre les mesures annoncées et la réalité sur le terrain, lié en partie à des difficultés techniques ou manque de temps des professionnels de santé quant à la création ou l'alimentation des Dossiers Médicaux Partagés (DMP). Les associations membres de France Assos Santé Pays de la Loire soulignent, pour le développement numérique, un engagement nécessaire des acteurs sur le territoire (par exemple pour renforcer les liens entre la ville et l'hôpital), une intégration du numérique dans les pratiques de soins au quotidien, et la nécessité de rendre le patient acteur de cette transformation.

Ces associations se sont prononcées favorables au développement du numérique en santé. Toutefois, elles ont souligné plusieurs points de vigilance : les risques de dérives commerciales, des conditions d'exercice inadaptées (ne tenant pas compte des capacités physiques et psychiques des patients à recevoir des actes à distance), le droit à l'information du patient (garanti par des informations accessibles et claires permettant un choix éclairé), le droit au consentement et à la confidentialité (aucun recours au numérique ou transmission de données ne peuvent avoir lieu à l'insu de l'utilisateur contre son gré), l'éthique concernant ces outils (principe de bienfaisance), le respect des règles de sécurité et de la protection des données personnelles (source d'inquiétude pour les usagers), et la fracture numérique.

Concernant la fracture numérique, selon l'INSEE<sup>47</sup>, près de 17 % de la population française n'a pas accès à Internet ou ne sait pas utiliser les outils numériques. Cet « illectronisme » touche

46 France Assos Santé Pays de la Loire. (2019, décembre). *Note de position e-santé [Communiqué de presse]*. A l'adresse: <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/19/2019/12/Note-de-position-e-sante-URAASS-PDL.pdf>

47 INSEE. (2019, 30 octobre). *Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base*. A l'adresse: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>

en particulier les personnes les plus vulnérables : les personnes les plus âgées, les personnes les moins diplômées, et celles aux revenus modestes.

Plusieurs constats sont posés:

- En 2019, 15 % de la population n'a pas utilisé internet au cours de l'année.
- 53 % des plus de 75 ans n'ont pas d'accès à internet depuis leur domicile (tandis que 2 % seulement de 15-29 ans ne sont pas équipés).
- 34 % des personnes peu ou pas diplômées n'ont pas d'accès à internet depuis leur domicile (3 % des diplômés du supérieur).
- 16 % des ménages les plus modestes n'ont pas d'accès à internet depuis leur domicile (4 % pour les plus aisés).
- Ce manque d'équipement touche également les personnes vivant seules, en couple sans enfant, ou encore résidant dans les départements d'outre mer.
- 38 % des usagers manquent de compétences numériques (la recherche d'information, la communication, l'utilisation de logiciels et la résolution de problèmes).
- 2 % des usagers ne savent pas utiliser un ordinateur même s'ils ont l'équipement nécessaire.

Selon l'INSEE, la dématérialisation de l'administration accroît le risque de non-recours aux droits et d'exclusion pour les personnes concernées.

### **Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers**

La prise de rendez-vous via Doctolib, les téléconsultations, le Dossier Médical Partagé (DMP), l'accès aux résultats d'examens ou prescriptions médicales via les plateformes des laboratoires ou Doctolib, la réponse au questionnaire de satisfaction suite à une hospitalisation s'effectuant par mail, la question du Pass sanitaire et notamment de l'utilisation d'un QR-code via son téléphone ... attestent d'une dématérialisation de plus en plus importante des données de santé.

Cette dématérialisation peut permettre une amélioration de l'accès et du suivi des soins, si celle-ci est systématisée par tous les acteurs et professionnels de santé, et bien encadrée.

Toutefois, elle pose plusieurs questions éthiques. Parmi celles-ci, la fracture numérique apparaît comme un point particulièrement important à prendre en compte: il faut désormais être doté (et savoir se servir) d'un ordinateur, d'internet, d'un smartphone, d'une imprimante.. à son domicile afin d'accéder à un parcours de soin. La dématérialisation peut ainsi renforcer les inégalités sociales d'accès aux soins. Des accompagnements, formations, doivent être réalisés afin d'éviter les non-recours aux droits des personnes âgées, moins diplômées, aux revenus modestes, des personnes étrangères, sans domicile fixe...

De plus, la dématérialisation pose la question de l'évolution du rapport des patients aux professionnels et lieux de la santé, ainsi que celle de l'injonction progressive et affirmée d'être acteur et autonome dans sa santé.

## 14.2. La prise en charge des patients en situation de handicap

La 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 été bien soignées au cours des deux derniers mois. Après chaque visite, intervention médicale, ou simplement tous les deux mois, toutes les personnes vivant avec un handicap sont invitées à remplir le questionnaire pour exprimer leur expérience, ainsi que leur ressenti et leur satisfaction.

### En 2020, à l'échelle nationale :

- Taux de soins effectués : 55,9 % pour le premier trimestre, 57,7 % pour le second, 56,8 pour le troisième trimestre, et 58,1 % pour le quatrième trimestre. Pour la première fois, il ressort du baromètre handifaction un taux de personnes soignées qui dépasse les 58 %.
- Taux de refus de soins : 19,9 % pour le premier trimestre, 17,7 % pour le second, 22,2 % pour le troisième, et 18,8 % pour le quatrième trimestre.

### Quatrième trimestre 2020 (octobre 2020 à janvier 2021), à l'échelle nationale :

- Le refus de soin est en diminution, mais il reste important chez les généralistes (24%), les spécialistes (33,8%), et au niveau des services hospitaliers (23,6%). On note une légère augmentation des refus de soin au niveau des services d'urgence (6,2%).
- La demande s'est portée principalement sur : les soins liés à la Covid-19 (17,4%), les soins du handicap (16,2%), les soins habituels (14,9%) et pour une maladie connue (14,3%).
- Le dernier trimestre a été marqué par un taux très élevé d'abandon de recherche d'un soignant (25,4 %). Depuis le 30 novembre 2020, les raisons majeures de ces abandons sont : « Je n'ai plus envie de me soigner car c'est trop difficile » (26,4 %) ; « Je n'ai pas trouvé d'accompagnement » (43,7 % cumulés) ; « Je n'ai pas trouvé de soignant qui m'accepte » (23,3 %).
- Si la situation générale s'est améliorée, elle reste particulièrement difficile pour les personnes vivant avec un handicap psychique, cognitif et intellectuel.
- Dans les soins abandonnés, les soins de rééducation sont en augmentation (22,5 % contre 18,7 % au trimestre trois) faute d'accompagnement et de professionnels disponibles.
- On note à l'échelon national une bonne progression de l'acceptation de l'accompagnement (77,7 % contre 72,8 % au trimestre dernier) .
- La prise en compte de la douleur reste à un niveau bas : moins de 30 % des personnes vivant avec un handicap estiment que les soignants ont tenu compte de leur douleur.
- L'accueil des personnes vivant avec handicap aux urgences a été bien noté au cours de ce trimestre, surtout en ce qui concerne les tests ou les soins liés à la Covid-19.

## **FOCUS** **« Annuaire des lieux de soins accessibles »**

Parmi les labels soumis à la décision de l'ARS et de la CRSA en 2021, figure le projet « Annuaire des lieux de soins accessibles », porté par APF France Handicap Pays de la Loire, pour le département de Loire Atlantique.

L'association a constaté les difficultés que rencontrent les personnes en situation de handicap pour trouver un professionnel de santé pouvant les accueillir. L'association propose par la création d'un annuaire la possibilité de mettre à disposition des patients des informations d'accessibilité de l'offre de soins de proximité pour trouver un praticien. Elle souhaite notamment le soutien au déploiement du Service public d'Information en Santé ([www.sante.fr](http://www.sante.fr)), afin que celui-ci intègre un annuaire des lieux de soins et praticiens permettant de lutter contre le renoncement aux soins des usagers et permettant d'identifier le praticien à même de les accueillir et de les soigner.

Dans ce cadre, un questionnaire destiné aux praticiens a été mis en ligne fin 2019 afin de recenser l'accessibilité des lieux et actes de soins, une campagne de communication auprès des professionnels a débuté en 2020 en Ile de France et Pays de la Loire pour expérimenter le questionnaire, et une auprès du grand public est prévue en 2021-2022 pour la mise en place de l'outil.

Les usagers et représentants de l'association régionale APF ont été associés à l'initiative du projet, ainsi que sa mise en œuvre en partenariat avec France Assos Santé, l'INCA, le Conseil national de l'ordre des médecins, ACSODENT PDL, des membres élus des Conseil régionaux et départementaux Ile de France.

## **FOCUS** **ACSODENT Pays de la Loire**

ACSODENT est une association ayant pour but de favoriser l'accès à la santé et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap (enfants et adultes), ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge dans le cadre du droit commun, en facilitant en premier lieu l'accès à la prévention. Développer la prévention permet d'améliorer la santé orale, la santé générale, et conduit à un meilleur respect, confort et qualité de vie.

ACSODENT relève plusieurs constats concernant les personnes en situation de handicap : un état de santé bucco-dentaire très nettement inférieur à la population générale, des difficultés d'accès aux soins et à la santé y compris dans le domaine bucco-dentaire, des professionnels de santé peu ou pas formés au handicap, et des professionnels du médico-social et familles souvent mal informés.

L'association a élaboré un plan d'action 2020-2022, qui s'articule en trois axes : assurer la formation et l'appui des acteurs de la santé bucco-dentaire, accompagner l'organisation et la structuration de l'offre de soins régionale, et promouvoir l'information et la sensibilisation des publics (professionnels, personnes et aidants). Dans le cadre de l'AXE 1, ACSODENT est missionnée et financée par l'ARS pour : évaluer les besoins en formation et en sensibilisation pour le personnel, les personnes accueillies et leurs aidants ; évaluer les besoins en dépistage bucco-dentaire pour les personnes accueillies ; accompagner les établissements dans la mise en œuvre des actions de prévention ; entretenir la motivation des professionnels formés. Ces actions s'inscrivent dans le cadre d'une convention en partenariat avec les organismes gestionnaires, l'UFSBD et l'ADAPEI Formation 49. Ces actions de prévention sont proposées : aux foyers d'accueil médicalisés, aux maisons d'accueil médicalisées, aux foyers de vie, aux établissements pour enfants et adolescents, ainsi qu'aux établissements et services d'aide par le travail.

ACSODENT a également d'autres actions en cours : un annuaire concernant l'accessibilité des lieux de soins, la formation des professionnels intervenant à domicile, la formation des travailleurs d'ESAT, des rencontres avec les directions des ESMS de la Région...

## Retours d'expériences COVID Accès aux soins

Le baromètre Handifaction s'est engagé depuis mars 2020 dans l'étude de l'impact de la pandémie de Covid-19 dans l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap (physique, psychique ou mental). Handifaction a réalisé un comparatif des résultats aux questionnaires avant (du 1<sup>er</sup> janvier au 16 mars 2020) et pendant le premier confinement (17 mars au 11 mai 2020).

Concernant la France entière, les résultats montrent une baisse importante du taux de fréquentation de l'hôpital (40,9 % à 26,7%), et un taux de soins effectués par le généraliste en hausse (35,1 % à 53,9%). Le taux de prise en compte de la douleur a augmenté (de 46,8 % à 52,8%). La situation sanitaire a eu un impact sur l'acceptation des accompagnants, passant de 73,8 % à 63,7 % dans les différents lieux de soins.

En Pays de la Loire, depuis le 17/03, sur 160 répondants au questionnaire Handifaction : 58,1 % n'ont pas pu effectuer leurs soins (contre 54 % avant le 17/03 pour 272 répondants).

Les données recueillies entre le 19 septembre 2020 et le 30 octobre 2020 démontrent à l'échelle nationale que 57 % des personnes vivant avec un handicap n'ont pas eu la possibilité d'accéder à des soins liés à la Covid-19, se traduisant par des refus ou des abandons de soins. 36,4 % des personnes vivant avec un handicap ont abandonné leurs soins liés à la Covid-19 faute d'avoir pu trouver un soignant, et 21,4 % ont subi un refus de la part d'un lieu ou d'un soignant.

92,3 % des personnes ayant eu besoin de soins liés à la Covid-19 vivent en milieu ordinaire. Les résidents d'établissements médico-sociaux ont bénéficié d'un meilleur accès aux soins (17,2 % des personnes ayant pu effectuer leurs soins).

Les personnes vivant avec un handicap psychique représentent 35,9 % de celles qui n'ont pas pu effectuer leurs soins, alors qu'elles ne sont que 22,5 % dans l'effectif total de celles ayant eu besoin de soins liés à la Covid-19. Ce chiffre souligne la grande discrimination dont souffrent les personnes vivant avec un handicap psychique dans leurs parcours de soins.

35,8 % des personnes ayant eu besoin de soins liés à la Covid-19 possèdent un médecin référent, et 96,5 % des personnes n'ayant pu accéder à ces soins n'en possèdent pas. Ces données montrent l'importance cruciale du médecin référent, qui facilite énormément l'accès aux soins.

Handifaction souligne l'importance de la sensibilisation et de la formation des soignants au handicap, permettant en périodes difficiles de faire face à la demande de soins des personnes vivant avec un handicap. Cela devrait encourager à mettre en place des formations et sensibilisation au handicap dans toutes les universités françaises.

Durant le premier confinement, les membres de la CSDU ont souligné l'impossibilité de pouvoir accéder aux actes de kinésithérapie. Cette impossibilité d'accès aux soins a été particulièrement dommageable pour les personnes en situation de handicap. De plus, les personnes vivant à domicile avec un handicap (et les personnes âgées) ont été contraintes par l'arrêt des dispositifs de transports spécifiques durant le premier confinement.

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les différentes études, questionnaires, plans d'actions faits sur la région montrent une réelle prise de conscience pour agir sur les difficultés d'accès à la prévention, aux soins, et à la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de handicap. A l'exemple du plan régional d'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap en 2016 (charte Romain Jacob) de nombreuses actions sont en cours, et de nombreuses initiatives locales mériteraient d'être connues et valorisées. Au-delà de cette volonté affirmée, il y a encore beaucoup de travail à réaliser (avec les moyens correspondants) pour arriver à une situation normale.

Dans ces précédents rapports, le CSDU avait notamment attiré l'attention sur :

- Les difficultés d'accéder aux soins (dans ce domaine l'action d'Acso dent mérite d'être soulignée).
- L'accessibilité physique souvent difficile voire impossible à des lieux de soins (le projet de APF France Handicap 44 sera à suivre).
- Les conditions de prises en charge des patients illettrés, sourds ou malvoyants dans les établissements de santé.

### 14.3. Taux d'équipements en établissements et services médico-sociaux

#### Taux d'équipements en établissements d'accueil pour les personnes âgées

Nom de la région	Code département	Nom du département	Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en maison de retraite, logements de résidences-autonomie, places USLD)	Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Taux d'équipement en places dans les structures d'accueil pour personnes âgées (EHPAD, maisons de retraite, logements résidence-autonomie, places USLD, centres de jour)	Ecart à la moyenne nationale (en %)	Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)
France ENTIERE			98,4	25,4	0,6	124,3		20,3
Pays de la Loire	44	Loire-Atlantique	128,9	18,4	0,8	148,0	19%	18,9
Pays de la Loire	49	Maine-et-Loire	130,3	46,3	0,5	177,1	42%	18,5
Pays de la Loire	53	Mayenne	136,4	19,9	0,3	156,6	26%	20,2
Pays de la Loire	72	Sarthe	110,9	40,8	0,2	151,9	22%	20,4
Pays de la Loire	85	Vendée	136,4	20,9	0,5	157,8	27%	18,1

Figure 17: Taux d'équipement en établissements d'accueil pour personnes âgées au 31/12/2018 (Source : DRESS, Finess ; Insee, estimation de la population 2018).<sup>50</sup>

49 Handifaction. (Novembre 2020). *Analyse des données des soins liés à la Covid-19*. A l'adresse: <https://www.handifaction.fr/2020/11/20/analyse-des-donnees-des-soins-lies-a-la-covid-19/>

50 Mutualité Française Pays de la Loire. (2020). *1<sup>er</sup> Baromètre santé-social. Focus sur la région Pays de la Loire*

Concernant les équipements médico-sociaux, il est constaté des disparités interrégionales importantes, à régions comparables en termes de poids populationnel.<sup>51</sup>

De fortes disparités existent entre les départements des Pays de la Loire, concernant notamment les taux d'équipements en place dans les EHPAD (110,9 pour la Sarthe, contre 136,4 pour la Vendée et la Mayenne), ainsi que les taux d'équipements en place dans les structures non EHPAD (18,4 pour la Loire Atlantique, et 46,3 pour le Maine et Loire : la Loire Atlantique, la Mayenne et la Vendée se situent en deçà de la moyenne nationale).

Globalement, pour les structures d'accueil pour personnes âgées, les Pays de la Loire se situent en nombre de places au dessus de la moyenne nationale. Toutefois, la Loire Atlantique est le département apparaissant comme le moins doté, à l'inverse du Maine et Loire.

En Pays de la Loire, dans la population des 75 ans ou plus, 19 % sont bénéficiaires de l'APA (20,9 % à l'échelle nationale). D'autres informations sont disponibles au sein du « Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées - 2019 » de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.<sup>52</sup>

### Taux d'équipements en établissements pour personnes en situation de handicap

Nom de la région	Code département	Nom département	Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	Total	Ecart à la moyenne (en%)
France ENTIERE			0,9	0,8	1,6	3,1	6,3	
Pays de la Loire	44	Loire-Atlantique	0,8	0,7	1,9	3,2	6,7	-2%
Pays de la Loire	49	Maine-et-Loire	1,1	0,7	1,6	3,7	7,0	4%
Pays de la Loire	53	Mayenne	1,0	0,8	2,8	4,8	9,3	37%
Pays de la Loire	72	Sarthe	1,4	0,7	2,6	4,0	8,6	27%
Pays de la Loire	85	Vendée	0,9	1,2	2,7	3,7	8,5	25%

Figure 18: Taux d'équipement en établissements pour adultes en situation de handicap, pour 1000 habitants de 20 à 59 ans au 31/12/2018 (Sources : DREES, Finess ; Insee, estimation de population 2019)<sup>53</sup>

Concernant les adultes en situation de handicap, il existe de fortes disparités interrégionales, que ce soit en termes de démographie, de représentation des publics concernés par le handicap en population générale, ou d'équipements, notamment dans le champ médico-social financé par l'Assurance Maladie<sup>54</sup>.

51 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2021). *Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées - 2019*.

52 Ibid

53 Mutualité Française Pays de la Loire. (2020). *1<sup>er</sup> Baromètre santé-social. Focus sur la région Pays de la Loire*

54 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2021). *Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées - 2019*.

En Pays de la Loire, de fortes disparités existent entre les départements, notamment concernant les taux d'équipements en places dans les foyer de vie (1,6 en Maine et Loire, contre 2,8 en Mayenne), et les taux d'équipements en place dans les ESAT (3,2 en Loire Atlantique, contre 4,8 en Mayenne).

Globalement, la Mayenne, la Sarthe et la Vendée apparaissent comme les départements les mieux dotés en équipements, au dessus des taux nationaux. La Loire Atlantique se présente quant à elle en dessous des chiffres nationaux de 2 %, concernant notamment le taux d'équipements en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés, ainsi que pour les taux d'équipements en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (de même que la Sarthe et le Maine et Loire pour ce dernier point).

#### Champ « personnes handicapées » - Enfants

Enfants handicapés de 0 à 19 ans	Démographie	Social	Social	Équipement psy infanto-juvénile (FR Métro)	Équipement psy infanto-juvénile (FR Métro)	Équipement psy générale (FR Métro)	Équipement psy générale (FR Métro)	Équipement médico-social
Contexte géographique, démographique, social et en équipement	Part des moins de 20 ans en 2018	Dépenses AEEH (pour 1 000 hab de 0-19 ans) 12-2015	Taux de bénéficiaires d'AEEH (pour 100 hab de 0-19 ans) 12-2015	Lits d'hospit complète pr 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus	Équipement global (lits et places) pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans	Lits d'hospit complète pour 1 000 habs > 16 ans	Équipement global (lits et places) pour 1 000 habs de plus de 16 ans	Taux d'équipement global en institution pour 1 000 enfants
Auvergne-Rhône-Alpes	24,4%	41	1,4	0,2	0,7	1,1	1,5	6,3
Bourgogne-Franche-Comté	22,9%	50	1,4	0,2	1,0	1,1	1,5	7,4
Bretagne	23,6%	43	1,2	0,2	1,2	1,3	1,9	6,4
Centre-Val de Loire	23,6%	42	1,3	0,1	0,9	1,1	1,6	7,7
Corse	20,3%	52	1,5	0,2	1,0	1,2	1,5	4,7
Grand Est	23,2%	40	1,4	0,1	0,9	0,9	1,2	8,3
Guadeloupe	25,7%	81	2,2	0,1	0,8	0,9	1,4	7,3
Guyane	41,7%	42	1,3	0,1	0,4	0,6	0,7	1,9
Hauts-de-France	26,0%	57	1,9	0,1	0,8	1,0	1,4	8,0
Île-de-France	25,7%	61	1,4	0,2	1,0	0,8	1,3	4,9
La Réunion	31,1%	61	1,5	0,1	0,7	0,6	0,9	5,6
Martinique	22,9%	68	2,1	0,1	0,3	0,9	1,4	8,1
Mayotte	53,8%	0	0,2	Nd	Nd	Nd	Nd	0,7
Normandie	24,1%	49	1,3	0,1	1,0	0,9	1,3	8,6
Nouvelle-Aquitaine	21,8%	50	1,7	0,3	1,4	1,2	1,6	8,0
Occitanie	22,6%	62	1,7	0,2	1,0	1,3	1,7	7,3
Pays de la Loire	25,0%	33	1,2	0,1	0,7	0,7	1,2	5,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22,5%	47	1,6	0,2	0,8	1,2	1,6	5,5
France	24,3%	50	1,5	0,2	0,9	1,0	1,5	6,6

Sources : INSEE, CNAF, Sae, Finess.

Figure 19: Taux d'équipement psy et médico-social pour les enfants en situation de handicap<sup>55</sup>

Concernant les enfants en situation de handicap, les Pays de la Loire enregistrent une part des moins de 20 ans en 2018 légèrement supérieure à la moyenne nationale (25 % en Pays de la Loire, contre 24,3 % à l'échelle nationale). Toutefois, les taux d'équipements psy infanto-juvénile et général de la région se situent tous en deçà de la moyenne nationale : concernant les lits d'hospitalisation complète pour les enfants de 0 à 16 ans inclus (0,1 pour 1000 enfants, contre 0,2 à l'échelle nationale) ; l'équipement global lits et places pour les enfants de 0 à 16 ans (0,7 pour 1000 enfants, contre 0,9 à l'échelle nationale), les lits d'hospitalisation complète pour les enfants de plus de 16 ans (0,7 pour 1000 enfants, contre 1 à l'échelle nationale) ; l'équipement global lits et places pour les enfants de plus de 16 ans (1,2 pour 1000 enfants, contre 1,6 à l'échelle nationale). Concernant l'équipement médico-social, le taux d'équipement global en institution pour

55 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2021). *Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées - 2019*.

1000 enfants se situe également en deçà de la moyenne nationale (5,8 contre 6,6 à l'échelle nationale).

#### 14.4. Les contrats locaux de santé (CLS)

Les contrats locaux de santé, conclus entre les collectivités territoriales et l'ARS, permettent de mobiliser les acteurs du territoire et de consolider les partenariats locaux autour d'un projet commun afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Les signataires peuvent être des élus des collectivités territoriales, la/le directeur/trice de l'ARS, la préfecture.. et les partenaires des acteurs du système de santé, associatifs, usagers...

Les CLS déclinent au niveau local le Projet régional de santé (PRS) en vue d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population. L'action des CLS comprend trois thématiques:

- la prévention, la promotion de la santé, et la santé environnement
- l'accès aux soins, l'offre de santé, l'éducation thérapeutique du patient
- les parcours (personnes âgées, en situation de handicap, de précarité..)

Au 31 décembre 2019, en Pays de la Loire, 23 contrats locaux de santé (CLS) étaient signés, et 6 étaient en cours d'élaboration. 10 CLS avaient fait l'objet d'une signature ou d'un renouvellement au cours de l'année 2019.

#### Retours d'expériences COVID Qualité de l'air

Les mesures prises durant cette année de crise sanitaire (confinements, télé-travail...) ont également eu un impact sur l'environnement. Air Pays de la Loire a produit une analyse comparative des effets du premier et du second confinement sur la qualité de l'air. Il a ainsi été constaté que durant le premier confinement au printemps 2020, le niveau de dioxyde d'azote a été réduit de 25 % en milieu rural, de 47 % en milieu urbain, et de 65 % à proximité du trafic routier (-70 % de trafic routier à cette période) - (mesures prises au Boulevard Victor Hugo à Nantes). Lors du second confinement, celui-ci a augmenté de 1 % en milieu rural, est resté constant en milieu urbain, et a connu une baisse à proximité du trafic routier de 23 % (-30 % de trafic routier à cette période). Pour les particules, il n'y a pas eu d'effet de baisse, ni au printemps ni en novembre, en raison de la multiplicité des sources (activités industrielles, chauffage, trafic routier, agriculture, ...) et de phénomènes de transports à large échelle. Air Pays de la Loire souligne que ces résultats confirment qu'il est nécessaire d'agir sur le trafic routier en réduisant la circulation des véhicules thermiques, ainsi que sur tous les autres secteurs d'activité pour améliorer la qualité de l'air.

56 Air Pays de la Loire. *Bilan de la qualité de l'air extérieur durant le premier et second confinement*. A l'adresse : <http://www.airpl.org/Publications/actualites/14-12-2020-bilan-de-la-qualite-de-l-air-durant-le-second-confinement>

### **Commentaires 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.

A l'expérience des vécus dans les territoires durant la crise sanitaire, les CLS pourraient inclure des actions à mettre en oeuvre lors de périodes de crise.

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

Aucune donnée n'a été reçue pour l'élaboration de ce rapport.

### FOCUS

#### Diagnostic de l'impact des lieux de vie informels, instables, insalubres et/ou indignes sur la santé en Pays de la Loire – Médecins du Monde

« En 2019, l'équipe de Médecins de Monde de Nantes a été sollicitée par plusieurs acteurs médicaux et de l'hébergement sur la question des femmes venant d'accoucher sans solution d'hébergement. Un diagnostic a été mené pour analyser la pertinence de développer un programme auprès de la population vivant en habitat 4i à Nantes ou Angers et définir les contours de celui-ci. La volonté du programme est de sortir d'une approche populationnelle pour travailler sur les enjeux de santé des lieux de vie 4i, dans une démarche communautaire en santé.»

Les habitats 4i partagent plusieurs caractéristiques, qui peuvent être cumulatives ou non : habitat indignes et/ou insalubres, habitats instables, habitats informels. Ont été ciblés pour le diagnostic: les squats, les bidonvilles, le dispositif hôtelier (géré par le 115), l'hébergement chez un tiers, à la rue ou en voiture. 4000 personnes à Nantes Métropole sont concernées par ces lieux, et 560 à Angers Loire Métropole. Celles-ci ont des profils variés : personnes françaises, ressortissantes d'un pays de l'Union Européenne, ou d'un pays tiers à l'Union Européenne.

Ce travail a été mené de façon collective par les bénévoles et salariés entre février 2019 et septembre 2020. Il a reposé sur des rencontres avec des partenaires associatifs et institutionnels; une enquête par entretiens auprès de femmes vivant en 4i et par focus group en squat, bidonvilles, accueil de jour, centres d'hébergement d'urgence; par le recours à l'analyse de données secondaires et la cartographie.

Plusieurs problématiques ont été identifiées :

- Un impact des conditions de vie sur la santé (besoins primaires/environnement physique)
- Un impact sur la santé mentale et la souffrance psychique
- Des violences, dont liées au genre
- Des besoins non satisfaits en santé sexuelle et reproductive
- Des conduites addictives
- Des difficultés d'accès aux soins
- Un besoin d'information, d'accompagnement et de soutien social

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Malgré l'absence de chiffres pour l'année 2019, le constat peut être fait que la procédure de déclaration d'insalubrité au cours de ces dernières années est utilisée de manière satisfaisante sur la région (de l'ordre de 150 procédures annuelles), grâce à l'action des délégations territoriales de l'ARS et les services de santé publiques des grandes villes de la région

Les précédents rapports avaient souligné la nécessité de développer les actions de détection des logements indignes en s'appuyant sur les réseaux d'aides à domicile ou associatifs, afin de prévenir l'engagement de la procédure d'insalubrité, la plupart du temps difficile à vivre pour les personnes concernées...Ce point reste d'actualité.

De même les habitats les plus dégradés et les plus précaires que sont les squats et les bidonvilles ne sont pas suffisamment évalués par les politiques publiques en particulier sur le suivi sanitaire (accès à l'eau, aux sanitaires, enlèvement des déchets...)

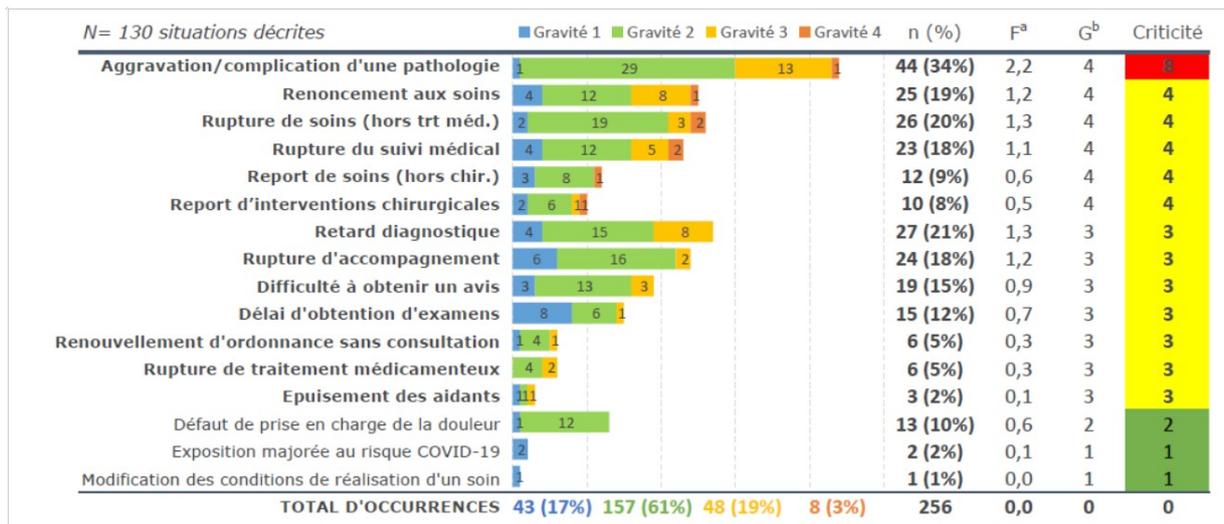
## 14.6. Parcours de santé durant la crise sanitaire

### Retours d'expériences Covid - Parcours de soins

L'épidémie de Covid-19 a profondément impacté le système de soins, et la manière dont la population y recourt. QualiREL<sup>57</sup> Santé, dans le cadre de sa mission de Structure Régionale d'Appui à la Qualité et la Sécurité des Soins, s'est mobilisé auprès des structures sanitaires et médico-sociales, professionnels et associations agréées du système de santé intervenant dans la région Pays de la Loire, pour recueillir les ruptures et/ou dysfonctionnements dommageables dans la prise en charge des patients non atteints par la Covid-19. Ce recueil d'expériences a été mené lors du premier confinement national (du 10 avril au 31 août 2020), et relancé lors du second confinement (du 7 novembre au 31 décembre 2020). Cette enquête a permis d'éclairer le contexte régional en Pays de la Loire et d'aider aux décisions prises en région.

A partir des données recueillies, Qualirel a réalisé une analyse de la criticité des types de situations à risques en croisant des données issues de l'analyse qualitative (récits), fréquences (nombre de situations rencontrées), gravité. Quatre niveaux de criticité sont établis : le niveau 1 correspondant à une situation sans conséquence pour le patient, le niveau 2 à une situation ayant eu des conséquences physiques et/ou psychiques modérées/de courte durée, le niveau 3 à une situation ayant eu des conséquences graves/durables pour le patient (déficit fonctionnel permanent, pronostic vital mis en jeu), et le niveau 4 à une situation ayant conduit au décès du patient.

57 QualiREL Santé. (Janvier 2021). *Cartographie des risques – Situations à risques et/ou dommageables dans les parcours de santé habituels des ligériens en contexte épidémique, Etude en contexte épidémique Covid-19*. A l'adresse: <https://www.qualirelsante.com/publications-outils/cartographie-des-risques-situations-a-risques-et-dommageables-dans-les-parcours-de-sante-habituels-des-ligériens-en-contexte-epidémique/>



Les données démontrent que le confinement a eu un impact important sur l'accès aux soins des personnes (retard de diagnostic, rupture de suivi médical, renoncement aux soins...), conduisant à des aggravations pouvant être importantes des pathologies.

Concernant les personnes touchées par la Covid-19, une étude de l'Inserm<sup>58</sup> démontre que 60 % des patients hospitalisés présentent encore des symptômes six mois après (douleurs, grande fatigue, difficultés respiratoires...). Un quart des patients hospitalisés présenteraient « trois symptômes ou plus », et 2 % ont même « dû être hospitalisés à nouveau », conclut l'Inserm. L'étude souligne également que ces Covid longs ont des conséquences plus larges, au niveau économique et social. Parmi les patients qui rapportent des symptômes six mois après avoir eu la Covid, un tiers n'a pas pu reprendre le travail.

### Retours d'expériences Covid - Vaccination des personnes âgées

Dans le cadre de la vaccination, la CNSA a édité un « Vademecum » à destination des élus afin d'accélérer la vaccination des personnes âgées vivant à domicile. Ce document de huit pages commence par donner quelques pistes pour le repérage des personnes âgées isolées vivant à domicile et non encore vaccinées: mobiliser le Conseil municipal et les services communaux pour faire du porte à porte dans le respect des consignes sanitaires (valable surtout pour les petites communes), contacter les acteurs de santé du territoire, réaliser une campagne d'appels téléphoniques (en lien avec le département qui possède les coordonnées des bénéficiaires de l'APA et de la PCH).

Or, le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) a pour mission de faire des propositions au département dans l'objectif d'améliorer la réponse aux besoins des retraités les plus fragiles.

Le repérage des personnes âgées, fragiles et isolées est donc un point crucial, l'ARS ou la CRSA sont en droit de lui confier cette mission.

Il y a urgence en la matière puisque, outre la santé curative, la santé préventive est à développer sur de nombreux sujets : vaccination, mais encore le sport ou l'alimentation.

58 Inserm. (10 mai 2021). *Séquelles de la Covid : 60 % des patients hospitalisés présentent au moins un symptôme après 6 mois*. A l'adresse : <https://presse.inserm.fr/covid-longue-60-des-patients-hospitalises-presentent-au-moins-un-symptome-apres-6-mois/42865/>

Les membres de la CSDU se sont également questionné sur le soutien apporté aux équipes des EHPAD pour la gestion de la crise et les modalités de recueil du consentement à la vaccination des personnes âgées ou auprès de la personne de confiance.

L'ARS a eu recours au Centre National de Gestion (CNG) pour bénéficier de renforts pour soutenir l'encadrement et la direction de certains EHPAD. Le recueil du consentement éclairé des résidents ayant des troubles cognitifs constitue un très grand défi. L'ARS s'appuie sur les positions du Conseil National d'Éthique pour orienter les EHPAD sur ce sujet; en particulier le médecin traitant et les personnes de confiance sont des personnes clés pour gérer les situations complexes. Un guide méthodologique détaillant les modalités de recueil du consentement des résidents en EHPAD est en cours de préparation. Ce guide distinguera les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique et les personnes ne faisant pas l'objet d'une mesure de ce type.

Les membres de la CSDU soulignent que si les CVS des EHPAD avaient correctement fonctionné durant l'année 2020, ceux-ci auraient pu apporter une contribution complémentaire en matière de préparation de la vaccination.

### Retours d'expériences Covid - Santé mentale

Depuis un an, plusieurs enquêtes<sup>59</sup> sont menées à l'échelle nationale afin d'évaluer l'état de la santé mentale de la population française, dont les premiers résultats ont été publiés ces derniers mois, participant à mettre en lumière le sujet. Il en ressort que les effets de la situation épidémique et des mesures prises pour contrôler la crise sanitaire sont déjà observables, mais la situation que nous vivons aura des effets à long terme dans les mois et années à venir<sup>60</sup>.

Les études montrent que la situation de crise sanitaire peut induire des troubles tels que l'anxiété (à l'égard de la santé, de la situation économique), de l'irritabilité, un sentiment d'isolement, ou d'impuissance, de frustration, des troubles du sommeil, une humeur dépressive, des idées suicidaires, voire des tentatives de suicide. Elle peut aussi provoquer des violences intra-familiales, des décrochages scolaires... Ces différents troubles touchent notamment les personnes en situation de précarité (emploi, finance, logement: tels que les chômeurs, les 18-24 ans, les étudiants, les personnes vivant dans un logement surpeuplé...), celles ayant des antécédents de troubles psychologiques...

Cette dégradation de la santé mentale conduit aujourd'hui à une augmentation de l'activité en psychiatrie au sein de la région Pays de la Loire : chez les enfants, les adultes, en ambulatoire comme en hospitalisation, avec des tensions plus ou moins fortes, variables dans le temps et selon les territoires. Cette augmentation des recours aux soins de santé mentale concerne notamment la pédopsychiatrie, les services de pédiatrie, les SUMPSS – Services de santé aux étudiants (+12 % à Angers, et +20 % à Nantes), et les MDA – Maison des Adolescents. La situation conduit à une augmentation des délais d'attente et de prise en charge, permettant difficilement de répondre aux besoins immédiats. Ce, dans une région où la démographie médicale des psychiatres est très déficitaire dans certains territoires (Mayenne, Vendée, Sarthe...), sans compensation possible par la psychiatrie libérale. Malgré l'ouverture en janvier 2021 d'une

---

59 Santé Publique France. (2020). *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*. A l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

60 Fondation Jean Jaurès. (2020, novembre). *Suicide : l'autre vague à venir du coronavirus ?*. A l'adresse: <https://jean-jaures.org/nos-productions/suicide-l-autre-vague-a-venir-de-la-covid>

nouvelle unité de pédopsychiatrie sur le territoire de Saint-Nazaire, les capacités d'accueil et de réponses aux urgences restent encore tendues.

Au sein de ce contexte de crise, les jeunes font donc l'objet d'une attention particulière. Ce à l'échelle nationale: des chèques psy ont été mis en place pour les étudiants, dispositif géré par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, déconnecté de la notion de parcours, et pour lequel nous n'avons actuellement pas de retours. Au sein de la région, différentes actions sont menées<sup>61</sup>: documentation et information sur l'offre d'écoute au sein des Missions locales/MDA, diffusion de l'annuaire des acteurs de la prévention du suicide, une démarche de renforcement des SUMPPS, une démarche de formation des Universités aux premiers secours en santé mentale, la création d'équipes mobiles pour la prise en charge des adolescents et des unités de périnatalité/pédopsychiatrie, l'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie et adolescents de jour, création du dispositif Vigilans au CHU d'Angers en janvier 2020 (prévenir et limiter la réitération suicidaire)... Une étude est en cours sur les besoins de renfort des MDA et CMP infanto-juvéniles sur l'ensemble de la région.

---

61 ARS Pays de la Loire. (2021, mars). *Dossier de Presse. Crise Covid et santé mentale : un accompagnement renforcé en Pays de la Loire pour faire face à la crise sanitaire*. A l'adresse : [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2021-03/DOSSIER%20DE%20PRESSE%20CriseCovid\\_SanteMentale\\_ARSPaysdeLaLoire.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2021-03/DOSSIER%20DE%20PRESSE%20CriseCovid_SanteMentale_ARSPaysdeLaLoire.pdf)

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

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

### 15.1. La formation des représentants des usagers (RU)

Le code de la santé publique prévoit depuis sa loi de modernisation 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. Cette formation de deux jours est obligatoire pour les représentants nouvellement nommés depuis le 1er juillet 2016. En 2020, 53 RU sont concernés par la formation de base.

En 2019, France Assos Santé Pays de la Loire a réalisé 8 sessions de formation dans la région, sur 11 journées, et à destination de 75 RU (9,4 participants en moyenne par session). Les formations ont porté sur :

- « Analyser les plaintes et réclamations en CDU » (1 session, à Angers – 8 participants),
- « RU Prenez la parole » (1 session, 7 participants),
- « Défendre les droits des usagers » (1 session, à Nantes, 13 participants),
- « RU et le Système santé » (2 sessions, à Angers, 9 et 8 participants respectivement),
- « RU en avant ! (RUEA) » (3 sessions, à Angers et Nantes pour respectivement 10, 12, et 8 participants).
- « Et si moi aussi je devenais RU » à destination de membres associatifs envisageant de s'engager dans la représentations des usagers (6 participants)

75% des participants en 2019 étaient des personnes nouvellement formées. Les questionnaires de satisfaction indiquent que les attentes des participants sont atteintes à hauteur de 98%, et les évaluations font apparaître un intérêt fort des RU pour les échanges entre pairs et les retours d'expériences. Toutefois, des représentants des usagers ont exprimé le souhait que les formations puissent être réalisées au niveau de leur territoire afin d'en faciliter l'accès.

France Assos Santé a également initié les premiers « Instants RU » en 2019. Ces derniers sont des temps d'échanges et de partage entre RU d'un même département, animés par un membre de l'équipe salariée de la FAS. Trois rencontres ont été organisées (à Angers la Roche sur Yon et St Herblain), auxquelles ont participé 17 RU au total.

## 15.2. La formation des membres des Conseils de la Vie Sociale

Les besoins de formation des membres des CVS 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... 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 la formation a été élaborée conjointement par l'URIOPSS et le CREA I 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'URIOPSS assure les formations pour les membres des CVS des EHPAD.

Le CREA I 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 d'un groupe par département. Le groupe est composé de 15 à 30 personnes : représentants des usagers, des familles, des professionnels (représentants élus ou en soutien aux membres élus des CVS). 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 5ème 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 du CVS

Module 3: Le déroulement de la réunion

Module 4: Les modalités de suivi et de mise en œuvre des avis et propositions du CVS

Les formations réalisées en 2019 :

- **Pour le secteur des personnes en situation de handicap**, 275 personnes ont été formées : 192 usagers, 15 représentants des familles, 68 référents professionnels

- **Pour le secteur des personnes âgées** : une seule réunion de lancement a été organisée, avec 35 participants

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

En raison de la crise sanitaire, le CREA I et l'URIOPSS ont dû réorganiser leurs interventions, voire les suspendre en 2020.

## 15.3 Faire participer et informer les représentants des usagers

### A - La lettre d'information

Deux lettres d'information ont été diffusées par l'ARS aux représentants des usagers en 2019.

Celles-ci ont porté sur : la journée régionale des représentants des usagers, les labels droits des usagers, les résultats de l'enquête auprès des représentants des usagers dans les commissions des usagers des établissements de santé, le bilan des formations CVS, les articles du code de la santé publique relatifs à la Commission des usagers, le rapport droit des usagers 2018, le lancement de l'édition 2020 du label et concours « Droits des usagers de la santé », le retour sur la journée régionale des représentants des usagers du 25 juin 2019, le projet des usagers en établissement de santé, les formations organisées par France Assos Santé Pays de la Loire, la synthèse régionale des rapports d'activité de la commission des usagers des établissements de santé Pays de la Loire...

### 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 de santé.

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

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La formation des représentants des usagers des établissements de santé est essentiellement assurée par les formations proposées par France Assos Santé Pays de la Loire. Ces formations apparaissent correspondre aux attentes des intéressés, à la fois par leur contenu et leur diversité. Une vigilance particulière devra être portée sur le rattrapage des formations de base des 63 nouveaux RU nommés dans les CDU lors du renouvellement de fin 2019.

Pour la formation des membres des CVS, la CSDU note un nombre important de formations réalisées vers le secteur des personnes en situation de handicap, et la réalisation de seulement une séance de formation vers les CVS des EHPAD.

Relativement à la formation CVS, initiée en 2014, et financée sur des crédits du Fond d'Intervention Régional (démocratie sanitaire), la CSDU demande qu'une évaluation soit réalisée dans les prochains mois. De plus, elle réitère son souhait de voir évoluer celle-ci, tout au moins pour les CVS des EHPAD, vers des rencontres territoriales, qui seraient à la fois des temps de formation, d'information et d'échanges.

Concernant la journée des représentants des usagers, organisée tous les 2 ans conjointement par l'ARS et la CRSA, sur des thématiques aussi variées que «prendre en compte la parole de l'utilisateur», «les instances de démocratie sanitaire», «la prise en compte de la qualité dans notre système de santé», le niveau de participations (plus de 200 personnes) et le taux de satisfaction, incitent à poursuivre régulièrement ce type de rencontres.

# Orientation 4 – Renforcer la démocratie sanitaire

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

Aucune information n'a été transmise pour l'élaboration de ce rapport, aussi bien sur les taux de participation des représentants des usagers au CRSA, qu'aux Conférences Territoriales de Santé.

### Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le taux de participation des représentants des usagers de la CRSA aux réunions plénières, tout en restant élevé diminue régulièrement au fil des années (77% en 2018 par rapport à 89% en 2012) malgré pour les titulaires de disposer depuis 2015 de 2 suppléants. Ce taux de participation reste toutefois satisfaisant par rapport aux autres collèges de la CRSA. Il faut noter également que, en cas d'impossibilité pour un titulaire de participer, celui-ci oublie souvent de solliciter ses suppléants.

A l'occasion du renouvellement des membres de la CRSA, il conviendra à la fois aux associations proposant des candidatures mais également à l'autorité « désignant » de s'assurer du réel intérêt des personnes proposées pour les travaux de la CRSA et de leur volonté de s'engager dans son fonctionnement.

Le constat de la diminution de participation des représentants des usagers est également valable pour les conférences territoriales de santé (CTS). Les CTS avaient possibilité de mettre en place des formations d'expression des usagers. Ces formations étaient toutes mises en place sur la région début 2020, avec néanmoins pour la plupart des difficultés pour trouver leur place (mobilisation des membres du CTS, moyens dédiés octroyés, thèmes de travail...). Il apparaît également nécessaire de rendre plus interactifs les liens entre la CSDU de la CRSA et ces formations d'expression des usagers des CTS, en particulier en les incluant davantage dans les travaux d'élaboration de ce rapport.

# Bibliographie

AIDES. (2020, novembre). *VIH, Hépatites : la face cachée des discriminations 2020*. A l'adresse: <https://www.aides.org/publication/rapport-discriminations-2020>

Air Pays de la Loire. *Bilan de la qualité de l'air extérieur durant le premier et second confinement*. A l'adresse : <http://www.airpl.org/Publications/actualites/14-12-2020-bilan-de-la-qualite-de-l-air-durant-le-second-confinemen>

ARS Pays de la Loire. (2021, mars). *Dossier de Presse. Crise Covid et santé mentale : un accompagnement renforcé en Pays de la Loire pour faire face à la crise sanitaire*. A l'adresse : [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2021-03/DOSSIER%20DE%20PRESSE%20CriseCovid\\_SanteMentale\\_ARSPaysdeLaLoire.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2021-03/DOSSIER%20DE%20PRESSE%20CriseCovid_SanteMentale_ARSPaysdeLaLoire.pdf)

ARS Pays de la Loire. (2020, octobre). *Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/SYNTHESE%20REGIONALE%202019.pdf>

ARS Pays de la Loire. (2020, septembre 7). *La rentrée scolaire pour tous : L'ARS Pays de la Loire, en partenariat avec l'Education nationale, poursuit et amplifie son action en faveur de la scolarisation des élèves vivant avec un handicap*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/la-rentree-scolaire-pour-tous-lars-pays-de-la-loire-en-partenariat-avec-leducation-nationale>

ARS Pays de la Loire. (2020, février 19). *Médico-social : dialogue de gestion et indicateurs flash*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/medico-social-dialogue-de-gestion-et-indicateurs-flash>

ARS Pays de la Loire. (2020, janvier). *Campagne de vaccination rougeole face à une épidémie dans les bidonvilles et terrains d'insertion de Nantes Métropole en 2019*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/index.php/system/files/2020-01/Bilan-campagne-vaccination-rougeole-ars-pdl.pdf>

ARS Pays de la Loire. (2019, décembre). *Bilan des inspections des Lits Halte Soins Santé (LHSS) réalisées en 2018 et 2019 en Pays de la Loire*. A l'adresse: [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-01/2019\\_12\\_BILAN\\_LHSS.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-01/2019_12_BILAN_LHSS.pdf)

ARS Pays de la Loire. (2019, décembre). *Bilan des inspections d'EHPAD 2016/2017/2018 réalisé sur la base des demandes de mesures correctives*. A l'adresse: [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/2016\\_2017\\_2018\\_SYNTHESE\\_EHPAD\\_V3.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/2016_2017_2018_SYNTHESE_EHPAD_V3.pdf)

ARS Pays de la Loire. (2018, décembre 13). *Le Centre de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) : une réorganisation régionale réussie*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-centre-de-coordination-des-depistages-des-cancers-crcdc-une-reorganisation-regionale-reussie>

ARS Pays de la Loire. (2018, mai 20). *Rougeole : la meilleure protection reste la vaccination*. A l'adresse: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/rougeole-la-meilleure-protection-reste-la-vaccination>

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2021, mars 3). *Baromètre des maisons départementales des personnes handicapées*. A l'adresse: <https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/barometre-des-maisons-departementales-des-personnes-handicapees>

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2021). *Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées – 2019*.

COREVIH. (2020, juin 18). *Webconférence, Impact du COVID-19 sur la santé sexuelle des ligériens*.

Défenseur des droits. (2021, mai). *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. A l'adresse: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2021/05/rapport-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad>

Fondation Jean Jaurès. (2020, novembre 18). *Suicide : l'autre vague à venir du coronavirus ?*. A l'adresse: <https://jean-jaures.org/nos-productions/suicide-l-autre-vague-a-venir-de-la-covid>

France Assos Santé Pays de la Loire. (2021, mars 9). *Pénuries de médicaments : une enquête France Assos Santé Pays de la Loire illustre la difficile organisation sur les territoires [Communiqué]*. A l'adresse: <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/2021/03/09/penuries-de-medicaments-une-enquete-france-assos-sante-pays-de-la-loire-illustre-la-difficile-organisation-sur-les-territoires/>

France Assos Santé Pays de la Loire. (2019, décembre). *Note de position e-santé [Communiqué de presse]*. A l'adresse: <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/19/2019/12/Note-de-position-e-sante-URAASS-PDL.pdf>

Handifaction. (2020, novembre). *Analyse des données des soins liés à la Covid-19*. A l'adresse: <https://www.handifaction.fr/2020/11/20/analyse-des-donnees-des-soins-lies-a-la-covid-19>

Handifaction. (2020, mai 13). *Comparatif des résultats avant/pendant le confinement*. A l'adresse: <https://www.handifaction.fr/2020/05/13/comparatif-des-resultats-avant-pendant-le-confinement/>

HAS. (2021, mars 4). *IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises)

HAS. (2021, janvier). *Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Résultats nationaux 2020 concernant les patients hospitalisés plus de 48h en Médecine - Chirurgie – Obstétrique*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss\\_2020\\_rapport\\_resultats\\_esatis48h\\_2020.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss_2020_rapport_resultats_esatis48h_2020.pdf)

HAS. (2021, janvier). *Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Résultats nationaux 2020 concernant les patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss\\_2020\\_rapport\\_resultats\\_esatis\\_mco\\_2020.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss_2020_rapport_resultats_esatis_mco_2020.pdf)

HAS. (2020, octobre 13). *Découvrir la nouvelle certification*. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification)

HAS. (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une chirurgie ambulatoire. Résultats annexés au rapport 2019. Campagne*

2019- Données 2018. A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss\\_rapport\\_ca\\_qls\\_2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_ca_qls_2019.pdf)

HAS. (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Qualité de la lettre de liaison à la sortie en secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Résultats annexés au rapport 2019. Campagne 2019- Données 2018.* A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss\\_rapport\\_mco\\_qls\\_2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_mco_qls_2019.pdf)

HAS. (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Qualité de la lettre de liaison à la sortie en secteur de soins de suite et de réadaptation (SSR). Résultats annexés au rapport 2019. Campagne 2019- Données 2018.* A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss\\_rapport\\_ssr\\_qls\\_2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_ssr_qls_2019.pdf)

HAS. (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Qualité de la lettre de liaison à la sortie en secteur de soins de suite et de réadaptation (SSR). Résultats annexés au rapport 2019. Campagne 2019- Données 2018.* A l'adresse: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss\\_rapport\\_ssr\\_qls\\_2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_ssr_qls_2019.pdf)

INSEE. (2019, octobre 30). *Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base.* A l'adresse: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>

Inserm. (2021, mai 10). *Séquelles de la Covid : 60 % des patients hospitalisés présentent au moins un symptôme après 6 mois.* A l'adresse : <https://presse.inserm.fr/covid-longue-60-des-patients-hospitalises-presentent-au-moins-unsymptome-apres-6-mois/42865/>

Ministère de la Justice. (2014, juillet 3). *La santé.* A l'adresse: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/la-sante-10026.html>

Mutualité Française Pays de la Loire. (2020). *1<sup>er</sup> Baromètre santé-social. Focus sur la région Pays de la Loire.*

Observatoire Loire Atlantique. (2020, novembre). *Les personnes en situation de handicap en 2019.* A l'adresse: [https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/regard\\_sur\\_11\\_-\\_les\\_personnes\\_en\\_situation\\_de\\_handicap\\_en\\_2019\\_octobre\\_2020.pdf](https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/regard_sur_11_-_les_personnes_en_situation_de_handicap_en_2019_octobre_2020.pdf)

Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. (2020, septembre). *Démographie des médecins en Pays de la Loire. Ensemble des médecins. Situation 2020 et évolution.* A l'adresse: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_%2319\\_MEDECINS.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2319_MEDECINS.pdf)

Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. *Impact de l'épidémie de Covid-19 et du premier confinement sur le recours aux services d'urgences en Pays de la Loire Analyse des données de janvier à août 2020.* A l'adresse: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_ORU\\_ImpactCovidRecoursSUpl.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_ORU_ImpactCovidRecoursSUpl.pdf)

Observatoire Régional des Urgences. (2020, décembre). *Panorama Urgences 2019. Activité des services d'urgence des Pays de la Loire.* A l'adresse: [http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/03/38/00033857-3d7e2f2da7be4784107e5e55e2dc61b8/2020\\_panoramaorupdl2019\\_17decembre\\_vf.pdf](http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/03/38/00033857-3d7e2f2da7be4784107e5e55e2dc61b8/2020_panoramaorupdl2019_17decembre_vf.pdf)

Qualirel Santé. (2021, janvier). *Cartographie des risques – Situations à risques et/ou dommageables dans les parcours de santé habituels des ligériens en contexte épidémique, Etude en contexte épidémique Covid-19.* A l'adresse:

<https://www.qualirelsante.com/publications-outils/cartographie-des-risquessituations-a-risques-et-dommageables-dans-les-parcours-de-sante-habituels-des-ligériens-en-contexteepidémique/>

Santé Publique France. (2020). *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*. A l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-santementale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

Santé Publique France. (2020, novembre 24). *Données départementales 2013–2018 de couverture vaccinale rougeole, rubéole, oreillons à 24 mois*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-departementales-2013-2018-de-couverture-vaccinale-rougeole-rubeole-oreillons-a-24-mois>

Santé Publique France. (2020, mai 29). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018–2019*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2018-2019>

Santé Publique France. (2020, avril 30). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018–2019 et évolution depuis 2005*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>

Santé Publique France. (2020, février 19). *Bulletin épidémiologique rougeole. Données de surveillance 2019*. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-rougeole.-donnees-de-surveillance-2019>

# Synthèse et Recommandations

Ce rapport annuel relatif aux droits des usagers du système de santé de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est dans la continuité des précédents. Il se veut conforme au décret du 31 mars 2010 conférant aux CRSA « l'évaluation annuelle des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge » et respecte le cahier des charges de l'arrêté ministériel du 5 avril 2012.

Ce cadre réglementaire, s'il apparaît très contraignant, a l'avantage de permettre une continuité dans le suivi des indicateurs et de maintenir une attention autour du respect et de la promotion des droits des usagers. Ce cadre, relativement strict, aurait besoin d'être revu et réactualisé afin de prendre en compte les évolutions intervenues dans notre système de santé. Chaque précédent rapport comportait des recommandations qui étaient suivies par la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les recommandations du dernier rapport 2019 n'ont pas, pour la plupart, pu être mises en œuvre en raison de la crise sanitaire. Celles-ci ont été intégrées dans les différents commentaires de la CSDU du présent rapport.

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

L'obtention de données sur la formation initiale ou continue des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers pour la réalisation de ce rapport au cours de ces dernières années a été très parcellaire. L'obtention de ces données serait nécessaire pour la réalisation des rapports à venir.

Bien que le thème du respect des droits des usagers soit bien repris dans les formations initiales, celui-ci devrait être abordé sous un angle moins théorique. Plusieurs associations participent, de manière occasionnelle, aux formations initiales des professions paramédicales, ce qui mériterait d'être renforcé.

A l'avenir, il serait de plus nécessaire de porter attention à la mise en œuvre du module de formation des professionnels de santé « L'utilisateur, un acteur à part entière de sa santé », prévu dans le Projet Régionale de Santé (PRS) 2018-2022, ayant pour objectif de renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur, en intégrant mieux le vécu et l'expertise des représentants des usagers.

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

### Ambulatoire

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

Les données reçues par le Conseil de l'Ordre des Médecins 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

Les processus pour traiter une plainte apparaissent toujours aussi compliqués aux usagers concernés, en particulier pour ceux en situation de vulnérabilité, malgré les efforts d'informations faits par les Ordres. Il serait nécessaire de faciliter ces processus.

Dans le secteur libéral et en parcours de soins, le processus de traitement des plaintes ne suffit pas : il serait nécessaire de mettre en place un accès facilité à une expertise médicale. Celle-ci permettrait davantage d'égalité entre le patient et le praticien, un meilleur traitement des dossiers (plus rapide et moins écrasant pour le patient), et, réalisée en amont, d'éviter parfois de recourir à des procédures contentieuses.

## Sanitaire

Fin 2020, 419 postes de représentants des usagers sur 460 sont pourvus (soit 91%), et 41 sièges restent à pourvoir. Ce taux très satisfaisant, qui a régulièrement progressé ces dernières années (81 % en 2015), place la région Pays de la Loire en tête des régions métropolitaines. Au sein de la région, c'est plus de 300 bénévoles, issus de 47 associations agréées qui sont impliqués dans cette représentation.

Le suivi des désignations par l'ARS est également satisfaisant, celle-ci étant réactive dans la publication des postes disponibles et la réalisation rapide des désignations.

Toutefois, plusieurs améliorations pourraient être apportées concernant le fonctionnement des Commissions des Usagers (CDU). Premièrement la nécessité de mieux s'approprier l'analyse des événements indésirables graves et mesures correctives prises. Deuxièmement, l'importance de bien intégrer tous les représentants des usagers dans la vie de l'établissement de santé, en particulier les suppléants. Troisièmement, une action de communication des principales règles à respecter pour une médiation dans un établissement serait à réaliser auprès des établissements et des représentants des usagers. En effet, celles-ci ne sont pas toujours respectées, en particulier concernant le délai très long de réalisation des médiations, le non-établissement d'un compte-rendu, et la non-sollicitation d'un avis de la CDU dans le cadre des médiations. Quatrièmement, plus d'établissements pourraient mettre en œuvre un projet des usagers en lien avec les associations de bénévoles. Enfin, alors que l'activité des CDU est bien intégrée au fonctionnement des établissements en situation normale (réunions régulières, implication des représentants des usagers dans de nombreux groupes de travail, examen des événements indésirables liés aux soins...), il serait nécessaire à l'avenir de mieux intégrer les représentants des usagers au sein des établissements en cas de nouvelle crise sanitaire.

Concernant les plaintes à l'ARS et leur traitement, malgré un processus de traitement des plaintes et réclamations bien établi et un délai de réponse s'améliorant, les conditions de réactivité rendues nécessaire par une prise en charge rapide des situations signalées (cas de maltraitance par exemple) pose question.

Les résultats régionaux des indicateurs de qualité repris dans Scope Santé sont globalement légèrement supérieurs aux moyennes nationales (sauf concernant la transmission de la lettre de liaison). Les certifications sont satisfaisantes : 4 établissements seulement ont une certification demandant une obligation d'amélioration. Il sera nécessaire dans les années à venir de mesurer l'implication des représentants des usagers dans la nouvelle certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) mise en place à partir de 2021.

Les données recueillies indiquent une note globale de satisfaction de l'ambulateur légèrement supérieure en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) (78,4 en 2020 en PDL), et en progression. Si la note régionale en MCO est acceptable (75,2 en 2020), l'indice de satisfaction

des patients varie selon les établissements (de 82 à 69%). Toutefois les conditions de sortie des patients restent un point d'amélioration important.

La mesure des patients par l'intermédiaire d'E-Satis s'étend progressivement à l'ensemble des services et les usagers sont de plus en plus nombreux à y contribuer (338 840 questionnaires en 2020, contre 190 470 en 2018 à l'échelle nationale).

Les établissements de santé ont le devoir d'afficher leurs indicateurs de qualité, les faire apparaître dans le livret d'accueil et sur leur site internet, ce point est donc à surveiller. Il est souhaitable que les représentants des usagers s'approprient ces indicateurs et les utilisent comme outils de dialogue avec les établissements.

Il est également important de ne pas exclure certains patients subissant la fracture numérique concernant la mesure de leur satisfaction, collectée aujourd'hui par mail exclusivement. De plus, Scope Santé est encore méconnue du grand public, et son ergonomie ne facilite pas son appropriation par celui-ci.

### **Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales**

Concernant 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. Toutefois les critères de prise en compte sont contraignants. Les conciliations n'ont de plus jamais réellement fonctionné pour la CCI des Pays de la Loire. Ces procédures doivent néanmoins continuer à être encouragées.

En Pays de la Loire, la CCI a connu ces dernières années une diminution de traitement des dossiers, et une stabilité en pourcentage des avis d'indemnisation rendus en commission. La CCI apparaît bien fonctionner, avec une bonne implication des représentants des usagers siégeant dans cette Commission.

Pour faire valoir leurs droits devant la CCI, les usagers ne doivent pas saisir la CCI trop tôt et le faire quand le dossier est complet. De plus, l'accompagnement des usagers par un avocat, une associations, n'est pas obligatoire mais il peut être très utile, dès le début de la procédure, notamment lors de l'expertise et de la négociation du versement des indemnités.

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

Concernant les Conseils de la Vie sociale (CVS), il est nécessaire d'améliorer leur fonctionnement, en particulier dans les EHPAD.

Dans les précédents rapports annuels, différentes initiatives prises sur certaines régions avaient été mises en avant, en particulier par l'appui aux CVS de représentants des usagers de Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), ou d'associations agréées. La démarche du Conseil Départemental Métropolitain de la Citoyenneté et de l'Autonomie 44 d'entamer un travail sur le fonctionnement des CVS du département est également à souligner. Cette action mériterait sûrement d'être reprise par les CDCA des autres départements

Le Schéma régional de santé prévoit dans sa thématique « Renforcer la prise en compte de la parole des usagers », l'action « Susciter le cas échéant la participation d'associations agréées d'usagers dans les conseils de vie sociale », toutefois, à ce jour, aucune initiative allant dans ce sens n'a réellement été prise.

La désignation des personnes qualifiées en Pays de la Loire connaît de plus en plus de difficultés : une seule personne qualifiée est désignée en Loire-Atlantique. Ces acteurs sont

pourtant nécessaires: leur absence participe à avoir peu recours dans la région à cette possibilité de médiation pour régler les difficultés dans le secteur médico-social. Le peu de recours peut également être lié au fait que le dispositif soit peu connu des usagers, à la complexité de la procédure, la réticence des décideurs à mettre en œuvre cette possibilité...

L'investissement de l'ARS, des Conseils Départementaux et des établissements, est nécessaire pour bien faire fonctionner ce dispositif, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui sur la région Pays de la Loire.

De plus, les données de l'activité des personnes qualifiées n'ont pas été fournies dans le cadre de l'élaboration de ce rapport, cela serait nécessaire pour les années à venir.

## **Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance en structures médico-sociales**

L'importance de la bientraitance au sein des structures médico-sociales est prise en compte, 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. Concernant les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), des améliorations sont à apporter concernant l'élaboration des projets personnalisés des résidents, en particulier sur les réactualisations et leur suivi, un tiers des EHPAD ayant à mettre en place des mesures correctives sur ces points. Concernant la bientraitance dans l'activité des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), 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...).

## **5 - Droit au respect de la dignité de la personne en fin de vie**

Malgré des progrès observés en terme d'organisation (création d'unités de soins palliatifs), le développement de la démarche palliative, la formation des professionnels, l'information du grand public... des améliorations sont à apporter dans le domaine du respect de la dignité de la personne en fin de vie. L'association d'usagers est importante, car toutes les réflexions menées ne doivent pas rester qu'au niveau des spécialistes de ce domaine. Il serait souhaitable que cette intégration soit développée, cette demande vaut également pour le futur plan régional soins palliatifs.

## **6 . Droit à l'information**

### **La lettre de liaison à la sortie**

Les procédures d'accès se sont améliorées depuis plusieurs années concernant l'accès au dossier médical dans les établissements de santé, avec toujours quelques difficultés pour respecter les délais de transmission prévus et quelques incompréhensions lors de demandes d'accès par les ayants droits. En ce qui concerne la remise de la lettre liaison à la sortie d'hospitalisation, les indicateurs de qualité des établissements de santé (Scope santé) indiquaient pour les établissements concernés des Pays de la Loire en 2018 : des évaluations à la fois inférieures aux résultats nationaux et une notation loin des standards attendus. Il reste pour les établissements de santé concernés de très importants progrès à réaliser pour faire de la lettre de liaison un outil qui soit à la fois complet et efficace pour les usagers et les professionnels de santé.

## **Le déploiement du dossier médical partagé**

Un important travail de fond est actuellement réalisé par l'Assurance Maladie pour mettre en place les conditions d'un véritable outil numérique de santé au service des professionnels de santé et des usagers, afin d'améliorer en particulier la coordination des soins.

Pour l'utilisateur, comme indiqué dans le précédent rapport, l'enjeu pour le Dossier Médical Partagé (DMP) n'est désormais plus l'ouverture par les usagers (l'ouverture sera automatique dans quelques mois, sauf refus explicite de l'utilisateur), mais l'alimentation par les professionnels et les établissements (aujourd'hui seulement 8% des DMP sur la région sont alimentés).

Avec la mise en place de « Mon espace santé » dans quelques mois, une nouvelle étape va être franchie vers l'informatisation de nos données de santé. Le travail nécessaire d'information, de conviction, d'accompagnement, va être important, dans lequel les usagers doivent être intégrés.

Aujourd'hui de nombreux freins existent pour le développement d'un espace numérique de santé, à la fois du côté des professionnels et établissements (difficultés techniques, manque de temps, adhésion à ces évolutions) et des usagers (également adhésion, doutes sur la sécurité des données, fracture numérique...). L'enjeu sera d'être attentif à ces interrogations, cela est primordial pour la prise en compte du droit des usagers.

## **7. Scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ou adapté**

Concernant la scolarisation des enfants en situation de handicap, malgré les dispositifs mis en place à l'échelle nationale et locale afin de favoriser l'inclusion en milieu ordinaire, le nombre de places adaptées reste insuffisant pour accueillir les enfants. L'inclusion en milieu ordinaire est de plus intimement liée au nombre de places disponibles au sein des établissements médico-sociaux, sur lesquels il est également nécessaire d'agir. De plus, l'inclusion se heurte également à une mauvaise représentation du handicap à l'école, des difficultés d'accès (à l'accueil péri-scolaire, aux sorties scolaires, aux transports...). Le nombre important d'enfants sur liste d'attente, en rupture totale d'accompagnement, ou recevant une réponse inadaptée à leurs besoins, pose la question de la mise en effectivité des droits des enfants en situation de handicap relativement aux Conventions Internationales. Il convient de mettre en place les dispositifs nécessaires afin de répondre à leurs besoins et Droits fondamentaux.

## **8. L'accès à la santé des personnes détenues**

Il serait nécessaire l'avenir que soient fournis à la CSDU des éléments sur la santé des personnes détenues afin que celle-ci puisse émettre un avis. Les conditions d'application de la loi de janvier 1994 concernant la situation sanitaire des personnes détenues mériteraient d'être mieux analysées dans les prochains rapports.

## **9. Santé mentale**

Concernant la santé mentale, la composition d'une Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) est une force, car la complémentarité des personnes qui la compose offre ainsi des regards professionnels croisés ; ainsi qu'une faiblesse, car ces personnes ont pour une grande part une activité professionnelle à forte contrainte, influant 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.

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 Établissement Public de Santé Mentale (EPSM). 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.

Concernant les pratiques d'isolement, il est nécessaire de porter une attention particulière quant au strict respect des dispositions de l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017 dans la mise en œuvre des mesures d'isolement et/ou de contention. La mise en place du registre de placement en chambre de soins intensifs et sous contention réclame une vigilance particulière des CDSP. L'examen attentif des données fournies par le registre pour nécessaire qu'il soit n'est plus suffisant. Il doit conduire à la mise en œuvre d'analyses de pratiques pour déboucher sur des réductions du recours à l'isolement et à la contention. Ces dernières restent trop souvent présentées comme une «réponse thérapeutique» face à certaines situations, en omettant le caractère éminemment privatif de liberté et de dignité.

## **10. Les projets labellisés droits des usagers en 2020**

La participation de la CSDU avec l'ARS au choix des labels droits des usagers est un point positif. Il est constaté au fil des années la richesse d'un certain nombre de projets permettant de prendre en compte les attentes des usagers. A posteriori un suivi des labels attribués pourrait être réalisé afin de mesurer l'efficacité de l'attribution de cette récompense.

## **11. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé**

### **Accessibilité financière aux professionnels de santé libéraux**

L'accessibilité financière aux soins est un sujet qui revient régulièrement dans le questionnement des usagers : "37% des ligériens déclarent avoir renoncé à certains soins parce que le remboursement en était trop limité, ce chiffre atteint 51% pour les personnes en situation de perte d'autonomie qui ont souvent des difficultés à l'achat de dispositifs de réduction de leur handicap (mobilité, vision, audition...)." (Source : L'évaluation du PRS I).

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

Dans les précédents rapports, il était constaté une très faible part de généralistes ayant fait le choix du secteur 2 ; une croissance importante du nombre de spécialistes faisant le choix du secteur 2 ; un taux d'adhésion des médecins du secteur 2 aux contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires en augmentation (43% en 2018), avec néanmoins des différences de taux d'adhésion très importantes entre les spécialités.

La Région Pays de la Loire, en pourcentage de médecins spécialistes secteur 1 et pratique maîtrisée, se trouve néanmoins au-dessus de la moyenne nationale (environ + 10%).

L'adhésion d'un nombre important de médecins du secteur 2 aux contrats de maîtrise de dépassement d'honoraires a eu pour conséquence ces dernières années un infléchissement de la hausse des dépassements d'honoraires des spécialistes (sauf en chirurgie).

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

Si effectivement les contrats de maîtrise de dépassement 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 tarifaire pèse de façon importante dans le reste à charge des patients.

Il serait nécessaire que la CRSA s'approprie ce sujet, réalise une analyse régionale objective du reste à charge, et constate comment celle-ci peut peser sur le renoncement à des soins, ou a des difficultés d'accès aux équipements relatifs à des dispositifs de réduction de handicap.

### **La démographie médicale**

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 fortes inégalités géographiques. Le même constat pourrait d'ailleurs être fait pour d'autres professions médicales comme les chirurgiens-dentistes, infirmiers....

La légère augmentation du nombre de médecins généralistes ces dernières années est souvent mise en avant, toutefois les départements de la Sarthe et de la Mayenne enregistrent toujours des baisses du nombre de médecins.

L'accès à un médecin spécialiste interpelle également, puisque selon les études de l'ORS, dans huit des neuf spécialités les plus fréquemment consultées, les densités de professionnels sont inférieures de 24 à 31% à celles enregistrées au niveau national.

De nombreuses mesures sont prévues dans le Projet Régional de Santé pour tenter d'améliorer la situation (exercices cordonnés, mise en place d'assistants médicaux, transferts de tâches, incitations financières à l'installation...). La question se pose de l'impact de celles-ci pour permettre à chaque ligérien d'avoir accès à un médecin traitant, à un spécialiste, voire à des professions para-médicales également en difficulté démographiques. Il est donc nécessaire d'intensifier les initiatives prises, afin d'améliorer l'accès aux soins, et éviter une perte de confiance des ligériens en notre système de santé.

### **Les Communautés professionnelles territoriales (CPTS)**

Concernant les CPTS, la dynamique d'installation de ces structures dans la région est significative. Cette nouvelle structure d'organisation des soins du secteur libéral au niveau des territoires, bâtie autour d'un projet de santé, doit permettre de répondre à des attentes des ligériens, en particulier dans la recherche d'un médecin traitant et l'organisation des soins non programmés. Pour répondre à ces attentes, l'interaction entre tous les acteurs du système de santé des territoires sera essentielle, avec l'adhésion à ces structures du maximum de professionnels de santé libéraux.

Dans plusieurs projets de CPTS de la région, des représentants des usagers ont intégré les groupes de travail de définition des objectifs opérationnels, et pour certains intégré les structures de gouvernance avec voix consultative. Cette implication sera à poursuivre non seulement pour définir les objectifs mais également pour assurer le suivi et porter les attentes des patients.

### **Le fonctionnement des services d'urgences**

La croissance continue depuis plusieurs années du nombre de passages aux urgences 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.

Cette tension sur l'activité des urgences s'est traduite par des mouvements sociaux dans ces services en 2019, à la suite desquels des engagements gouvernementaux ont été pris: par un pacte de refondation des urgences. Celui-ci, en cours de déploiement sur la région, porte plusieurs mesures qui sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des usagers ayant besoin d'un recours aux soins non programmé. 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.

Des difficultés ont également été enregistrées en 2019 pour assurer dans certains établissements la couverture en personnels soignants, entraînant la fermeture pendant certaines périodes de services d'urgence (en Sarthe particulièrement). Des mesures sont actuellement à l'étude pour pallier ces difficultés (par exemple une équipe mobile non médicalisée en Sarthe).

Il convient que ces mesures prises pour gérer la pénurie soient lisibles pour la population et que des recherches de solutions pérennes assurant un service de soins d'urgence fiable soient réellement travaillées avec tous les acteurs (y compris les associations d'usagers).

### **Le transport des patients**

Concernant le transport des patients, il est constaté une inéquation entre l'organisation des transports sanitaires sur la région (en particulier en agglomération nantaise) et les attentes et ressenti des patients. Malgré que ce sujet soit récurrent depuis plusieurs années, aucune réelle solution n'a été apportée. Il est nécessaire que l'ARS se saisisse avec volontarisme de ce dossier en faisant au besoin procéder à une mission d'expertise de la situation par un organisme indépendant, avec participation de toutes les parties prenantes: Assurance Maladie, ARS, transporteurs sanitaires, établissements de santé, et associations d'usagers. Cette mission d'expertise devrait, à partir des constats, faire des propositions à mettre en œuvre pour améliorer la situation des patients concernés.

### **Accès aux soins des mineurs non accompagnés**

Les difficultés d'accès aux soins des mineurs non accompagnés et non reconnus posent de réels problèmes, aux jeunes concernés tout d'abord, aux établissements et aux professionnels de santé ensuite. Ces difficultés proviennent principalement de la non reconnaissance de la minorité de ces jeunes par le Conseil Départemental et des délais fort longs d'instruction des dossiers.

Comme exprimé au sein du Rapport Droits des Usagers de 2017, il est nécessaire que les freins à l'accès aux soins de ces populations soient levés, en améliorant notamment la communication et la coordination des acteurs.

## **12. Assurer financièrement l'accès aux soins**

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

Les Commissions d'activités libérales des établissements publics sont en place sur la région, ainsi que la Commission régionale, avec la représentation des usagers prévue. Les délégations territoriales de l'ARS ont en charge les désignations de la représentation des usagers

au sein des CAL, et au vu des remontées d'associations, il serait nécessaire d'actualiser cette représentation.

L'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.

Comme indiqué dans les précédents rapports, il est nécessaire que l'information des patients soit assurée en toute transparence: plages horaires de consultation, modalités de prise en charge, tarification pratiquée...

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

La CSDU n'a pu avoir aucune donnée aussi bien de l'ARS, de l'Assurance Maladie, que des différents Conseils ordinaires pour la réalisation de ce rapport.

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.

Les associations investies auprès des publics précaires de patients et de représentants d'usagers font remonter de nombreuses difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Si elles se font connaître auprès des associations, ces personnes n'entament cependant pas de procédures de réclamation ou de plainte, ce qui rend cette problématique non visible.

## **13. Assurer l'accès aux structures de prévention**

### **Dépistage du cancer et couvertures vaccinales "rougeole, oreillons et rubéole"**

Les acteurs de la prévention engagés dans la lutte contre le cancer font le constat de la baisse continue du pourcentage de la population dépistée sur la région Pays de la Loire, avec en particulier une participation du cancer colorectal très insuffisante. A titre indicatif, le taux de dépistage du cancer du sein était de 64% en 2012, 56,4% en 2019. La région Pays de la Loire reste néanmoins une des régions avec des taux de dépistages les plus élevés.

L'information des usagers reste primordiale, notamment pour répondre à leurs préoccupations suite aux controverses concernant certains dépistages.

Les écarts de taux de dépistage entre territoires mériteraient d'être mieux analysés, et il serait nécessaire de cibler les actions de sensibilisation en se basant en particulier sur les données de l'Observatoire Régional de la Santé.

Des efforts de communication sont également à réaliser sur la vaccination infantile pour mener avec succès l'extension de l'obligation vaccinale, car, en prenant l'exemple de la rougeole, une reprise d'épidémie est toujours possible.

### **Le dépistage du VIH en Pays de la Loire**

En considération du 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 demeure un enjeu pour la région Pays de la Loire, 2020 marquant malheureusement la baisse des dépistages VIH et des mises sous Prophylaxie Pré-exposition (les centres ayant été submergés par la Covid) alors même que ces deux éléments sont les leviers les plus forts pour réduire efficacement cette pandémie.

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

##### **E-santé et fracture numérique**

La dématérialisation de plus en plus importante des données de santé peut permettre une amélioration de l'accès et du suivi des soins, si celle-ci est systématisée par tous les acteurs et professionnels de santé, et bien encadrée.

Toutefois, celle-ci pose plusieurs questions éthiques. Parmi celles-ci, la fracture numérique apparaît comme un point particulièrement important à prendre en compte. La dématérialisation peut ainsi participer à renforcer les inégalités sociales d'accès aux soins. Des accompagnements, formations, doivent être réalisés afin d'éviter les non-recours aux droits des personnes âgées, moins diplômées, aux revenus modestes, des personnes étrangères, sans domicile fixe...

De plus, elle pose la question de l'évolution du rapport des patients aux professionnels et lieux de la santé, ainsi que celle de l'injonction progressive et affirmée d'être acteur et autonome dans sa santé.

##### **La prise en charge des patients en situation de handicap**

Les différentes études, questionnaires, plans d'action, faits sur la région, montrent une réelle prise de conscience pour agir sur les difficultés d'accès à la prévention, aux soins, et à la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de handicap. A l'exemple du plan régional d'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap en 2016 (charte Romain Jacob), de nombreuses actions sont en cours, et de nombreuses initiatives locales mériteraient d'être connues et valorisées. Au-delà de cette volonté affirmée, il y a encore beaucoup de travail à réaliser (avec les moyens correspondants) pour arriver à une situation normale. Dans ses précédents rapports, la CSDU avait notamment attiré l'attention sur : les difficultés d'accéder aux soins (dans ce domaine l'action d'Acsodent mérite d'être soulignée), l'accessibilité physique souvent difficile voire impossible à des lieux de soins (le projet de APF France Handicap 44 sera à suivre), les conditions de prises en charge des patients illettrés, sourds ou malvoyants dans les établissements de santé.

##### **Les contrats locaux de santé (CLS)**

Les contrats locaux de santé continuent à se déployer sur la région Pays de la Loire. 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. De plus, cela permettrait de s'assurer que les actions prévues dans les CLS et CPTS soient en phase et en interaction. Une attention particulière doit de plus être portée à la place des usagers et de leurs représentants dans le diagnostic, la définition et le suivi des projets. Enfin, les CLS pourraient inclure des actions à mettre en œuvre lors de périodes de crise.

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

Malgré l'absence de chiffres pour l'année 2019, le constat peut être fait que la procédure de déclaration d'insalubrité au cours de ces dernières années est utilisée de manière satisfaisante sur la région (150 procédures annuelles), grâce à l'action des délégations territoriales de l'ARS et les services de santé publics des grandes villes de la région. Il reste toutefois nécessaire de continuer à développer des actions de détection des logements indignes en s'appuyant sur les réseaux d'aides à domicile ou associatifs, afin de prévenir l'engagement de la procédure d'insalubrité, la plupart du temps difficile à vivre pour les personnes concernées. De même les habitats les plus dégradés et les plus précaires que sont les squats et les bidonvilles ne sont pas suffisamment évalués par les politiques publiques en particulier sur le suivi sanitaire (accès à l'eau, aux sanitaires, enlèvement des déchets...).

### **15. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé**

Concernant la formation des représentants des usagers des établissements de santé, celle-ci est essentiellement assurée par les formations proposées par France Assos Santé Pays de la Loire. Ces formations semblent correspondre aux attentes des intéressés, à la fois par leur contenu et leur diversité.

Une vigilance particulière devra être portée sur le rattrapage des formations de base des 63 nouveaux représentants des usagers nommés dans les CDU lors du renouvellement de fin 2019.

Une évaluation pourrait être réalisée dans les prochains mois relativement à la formation CVS, initiée en 2014, et financée sur des crédits du Fond d'Intervention Régional (démocratie sanitaire). Pour la formation des membres des CVS, la CSDU note un nombre important de formations réalisées vers le secteur des personnes en situation de handicap, et la réalisation de seulement une séance de formation vers les CVS des EHPAD. Cette formation vers les CVS des EHPAD nécessiterait d'évoluer vers des rencontres territoriales, qui seraient à la fois des temps de formation, d'information et d'échanges.

Concernant la journée des représentants des usagers, organisée tous les 2 ans conjointement par l'ARS et la CRSA, sur des thématiques variées, le niveau de participation (plus de 200 personnes) et le taux de satisfaction incitent à poursuivre régulièrement ce type de rencontres.

### **16. Garantir la participation des représentants des usagers dans les instances de démocratie sanitaire**

La CSDU note que le taux de participation des représentants des usagers de la CRSA aux réunions plénières, bien que restant élevé, diminue régulièrement au fil des années (77% en 2018 par rapport à 89% en 2012), malgré pour les titulaires de disposer de deux suppléants. Ce taux de participation reste toutefois satisfaisant par rapport aux autres collèges de la CRSA.

A l'occasion du renouvellement des membres de la CRSA, il conviendra à la fois aux associations proposant des candidatures mais également à l'autorité « désignant » de s'assurer du réel intérêt des personnes proposées pour les travaux de la CRSA et de leur volonté de s'engager dans son fonctionnement.

Le constat de diminution de participation des Représentants des usagers est également valable pour les conférences territoriales de santé (CTS). Les CTS avaient la possibilité de mettre en place des formations d'expression des usagers. Ces formations étaient toutes mises en place

sur la région début 2020, avec néanmoins pour la plupart des difficultés pour trouver leur place (mobilisation des membres du CTS, moyens octroyés, thèmes de travail...). Il apparaît également nécessaire de rendre plus interactifs les liens entre la CSDU de la CRSA et ces formations d'expression des usagers des CTS, en particulier en les incluant davantage dans les travaux d'élaboration de ce rapport.

## **Retours d'expériences COVID**

Lors des réunions de la CSDU, ses membres se sont exprimés sur leurs expériences vécues et retours qui leur ont été faits des différentes structures sur la crise sanitaire. Leurs contributions, et celles de différentes associations ou structures ont été intégrées à ce rapport, mais un travail spécifique et complet de recueil d'expériences devra être mené sur le sujet.

Parmi les retours d'expériences intégrés à ce rapport, l'enquête nationale de France Assos Santé auprès des représentants des usagers fournit des indications sur leurs actions menées depuis le début de la crise sanitaire. Il en ressort un manque d'échanges entre représentants des usagers, et un manque d'inclusion, qui persiste, de ceux-ci au sein des établissements, de manière générale, et des difficultés d'échanges sur la crise sanitaire pour porter la parole des usagers.

D'autres contributions montrent des impacts importants et divers de la crise sanitaire sur les établissements médico-sociaux, notamment les EHPAD. La crise a mis en évidence des difficultés pour les pouvoirs publics à concilier les enjeux de santé, et la nécessité d'une réponse appropriée aux besoins spécifiques des personnes âgées (visites des familles, lien social...). Leurs droits et libertés ont été fortement impactés. Des conséquences sur la santé physique et mentale ont été observées chez les personnes âgées (syndrome de glissement), et leurs familles. Différentes problématiques organisationnelles et éthiques se posent encore actuellement pour ces structures (qualification, rémunération et conditions de travail du personnel ; consentement à la vaccination ...).

L'ensemble des parcours de soins a été fortement impacté : fermetures totales ou partielles de lieux de soins, difficultés de fonctionnement d'associations impliquées dans le système de santé, entraînant des déprogrammations, des retards dans les rendez-vous, dans les diagnostics... Ces situations ont conduit à des ruptures de suivi médical, et renoncement aux soins. Il a ainsi été constaté des aggravations, pouvant être importantes, de certaines pathologies. De plus, les retards dans les parcours de soins liés à la crise COVID peinent aujourd'hui à se résorber. Les conséquences sanitaires et sociales de la crise, déjà observables actuellement, se feront ressentir sûrement dans les prochains mois et années.

Il convient également de souligner l'importante mobilisation des professionnels de la santé, du médico-social, du social, des acteurs associatifs, bénévoles, aides à domicile ... qui ont mis en place des actions innovantes (téléconsultations, permanences d'accueil et d'écoute, équipes mobiles...) afin d'essayer de répondre au mieux aux besoins des personnes.

## **Les prochains rapports droits des usagers**

Le décret relatif à la CRSA indique que ce rapport est établi selon un cahier des charges fixé par les Ministres concernés. Il est préparé par la Commission spécialisée dans le domaine du droit des usagers en collaboration avec les autres Commissions spécialisées.

La CSDU espère qu'un nouveau cahier des charges d'élaboration de ce rapport soit enfin construit, tenant compte des évolutions de notre système de santé.

Pour les prochains rapports, quelques recommandations :

- Améliorer la transmission des données nécessaires de la part de l'ARS, de la CPAM... Ces données en particulier peuvent provenir des indicateurs de suivi du PRS.
- Accentuer la collaboration des autres Commissions spécialisées de la CRSA, en particulier dans l'analyse des données et la participation au groupe de travail d'élaboration.
- Élargir la composition du groupe de travail d'élaboration du rapport avec l'expertise de participants non membre de la CRSA (l'apport par exemple d'un juriste serait utile).
- Associer les Conseils Territoriaux de Santé à la réalisation de ce rapport et aux formations d'expression des usagers de cette instance.
- Réaliser régulièrement des études externes sur la mise en œuvre du droit des usagers (à l'exemple de celles réalisées sur la fin de vie, les urgences...).
- Conserver des moyens humains (et financiers) dédiés à ce rapport et octroyés sur les crédits de la démocratie sanitaire.
- Rappeler que ce rapport n'est pas celui des associations d'usagers mais celui de la CRSA dans toutes ses composantes.
- Améliorer le suivi des préconisations de ce rapport.