



Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé

2021

SOMMAIRE

MÉTHODOLOGIE.....	4
-------------------	---

AXE 1 : RESPECT ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS.....	6
---	----------

1 - Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.....	6
2 - Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....	6
A – Données des Conseils des Ordres.....	6
B – Les Commissions Des Usagers.....	11
C – Les Conseils de la Vie Sociale.....	25
D - Les médiations et personnes qualifiées.....	29
E – Certification des établissements et satisfaction des usagers.....	32
3 - Droit au respect de la dignité de la personne.....	36
A - Promouvoir la bientraitance.....	36
B - Prendre en charge la douleur.....	39
C – La fin de vie.....	39
D - Accès aux soins palliatifs.....	40
4 - Droit à l'information.....	42
A - Permettre l'accès au dossier médical.....	42
B – La lettre de liaison à la sortie.....	43
C – Mon espace Santé.....	44
D - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.....	46
E - Désigner une personne de confiance.....	46
5 – Santé mentale- veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP).....	47
6 - Assurer la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ou adapté.....	56
7 – Inégalités sociales en santé et précarité.....	57

AXE 2 : ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ.....	60
---	-----------

1- Assurer l'accès aux médecins.....	60
A - Démographie médicale et répartition géographique.....	60
B - Accessibilité financière aux professionnels de santé libéraux.....	64
2 – Accès aux infirmiers.....	66
3 - Accès aux soins et aides à domicile.....	69
4 – Accès aux urgences.....	70
A - Le fonctionnement des services d'urgence.....	70
B - La prise en charge des patients suspects Covid-19.....	73
C – Santé mentale et crise sanitaire.....	75
5 - Permanence des soins.....	77
6 – Rendre accessible les lieux de soins et les équipements pour tous.....	78
7 – Assurer l'accès aux offres de prévention.....	81

A - Dépistage du cancer.....	81
B - Couvertures vaccinales « rougeole, oreillons, rubéole ».....	84
C - Le dépistage du VIH en Pays de la Loire.....	85
D - Vaccination Covid.....	87
8 - Le transport des patients.....	87
9 - Développer des outils d'action publique favorables à la santé.....	90
A - Les Contrats Locaux de Santé.....	90
B - Les Communautés Professionnelles Territoriales (CPTS).....	90

AXE 3 : REPRÉSENTATION DES USAGERS AU SEIN DES INSTANCES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE.....93

1 - Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	93
A - La formation des représentants des usagers (RU).....	93
B - La formation des membres des Conseils de la Vie Sociale.....	95
C - Faire participer et informer les représentants des usagers : La lettre d'information.....	98
2 - Participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CTS.....	99

GLOSSAIRE.....106

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport sur le droit des usagers du système de santé est le quinzième 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 apportent des éclairages sur des sujets traités dans le rapport. Ils 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 21 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)

Marie-Christine LARIVE
Présidente 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.

AXE 1 : RESPECT ET PROMOTION DES 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

Si les professionnels de santé de la commission reconnaissent l'importance du module « Droits des Usagers » tel qu'abordé lors des formations initiales ou continue des personnels de santé, ils pointent la méconnaissance des salariés du système de représentation des Usagers en général et de leur rôle.

L'organisation de la démocratie en santé dans les établissements de soins est peu connue, voire pas du tout, bien que plusieurs associations participent aux formations initiales des professions paramédicales. Cela reste néanmoins trop occasionnel.

La CSDU propose que les personnels soignants rencontrent systématiquement les Représentants des Usagers lors de la mise en place des Commissions des Usagers afin de connaître le périmètre d'intervention de celles-ci, ainsi que les prérogatives des R.U. Ce dispositif devrait pouvoir être commenté par les R.U. dans le rapport annuel.

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

A - Données des Conseils des Ordres

Les Conseils des Ordres concernent toutes les professions de santé (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, infirmiers...). Ces organismes professionnels, administratifs, juridictionnels, indépendants, ont vocation à assurer une régulation déontologique en défendant l'intérêt des patients et les intérêts moraux de la profession.

- Conseil de l'Ordre des Médecins**

Département	Plaintes et doléances reçues						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Loire-Atlantique	194	225	197	219	198	171	220
Maine-et-Loire	134	164	160	177	192	82	144
Mayenne	41	44	44	52	64	46	54
Sarthe	22	45	38	48	56	62	131
Vendée	133	192	184	180	194	138	160
TOTAL	524	670	623	676	704	499	709

Département	Conciliations						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Loire-Atlantique	23	23	33	31	43	38	72
Maine-et-Loire	13	20	8	18	21	19	19
Mayenne	6	9	5	5	13	5	7
Sarthe	9	11	13	9	9	5	10
Vendée	13	16	21	21	20	19	15
TOTAL	64	79	80	84	106	86	123

Département	Plaintes transmises						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Loire-Atlantique	17	7	12	11	16	33	32
Maine-et-Loire	6	7	2	9	17	5	11
Mayenne	3	1	2	5	4	1	1
Sarthe	4	5	5	10	7	6	11
Vendée	8	6	21	Incomplet	10	3	13
TOTAL	38	26	42	35	54	50	68

La chambre disciplinaire de première instance des Pays de la Loire de l'Ordre des Médecins a enregistré 56 affaires en 2021, et jugé 57.

Décisions rendues en formation collégiale en 2021 :

Total : 48 décisions rendues. 18 décisions ont fait l'objet d'appel

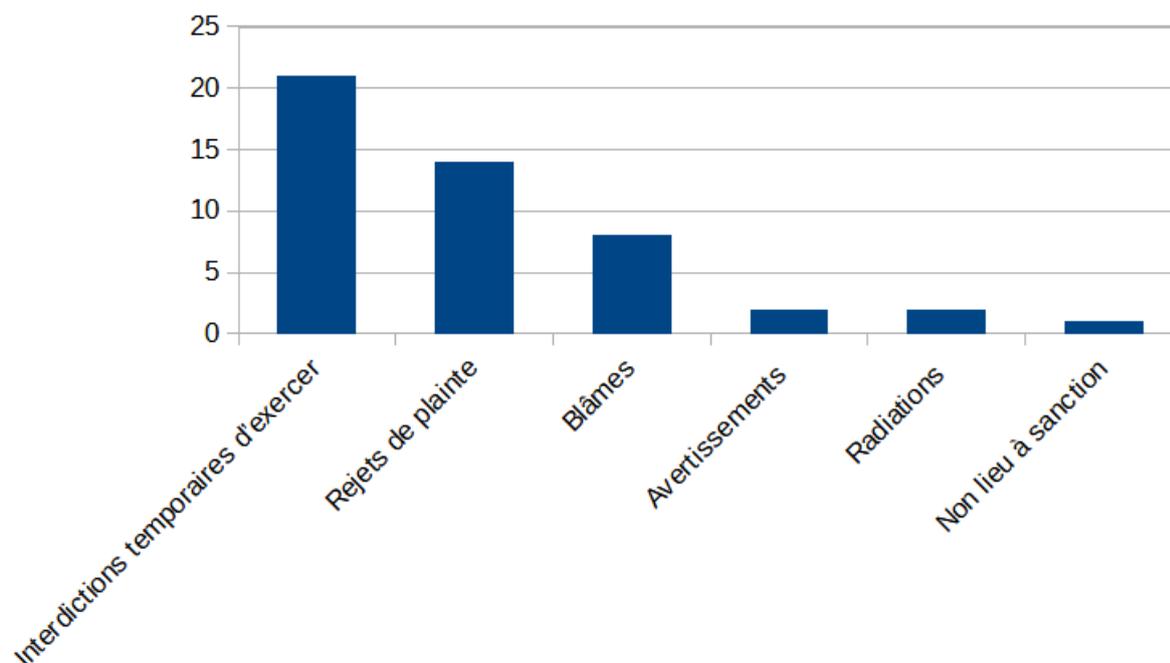


Figure 1 : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. Décisions rendues en formation collégiale en 2021.

Acteurs ayant saisi la chambre disciplinaire en 2021 :

Total : 48

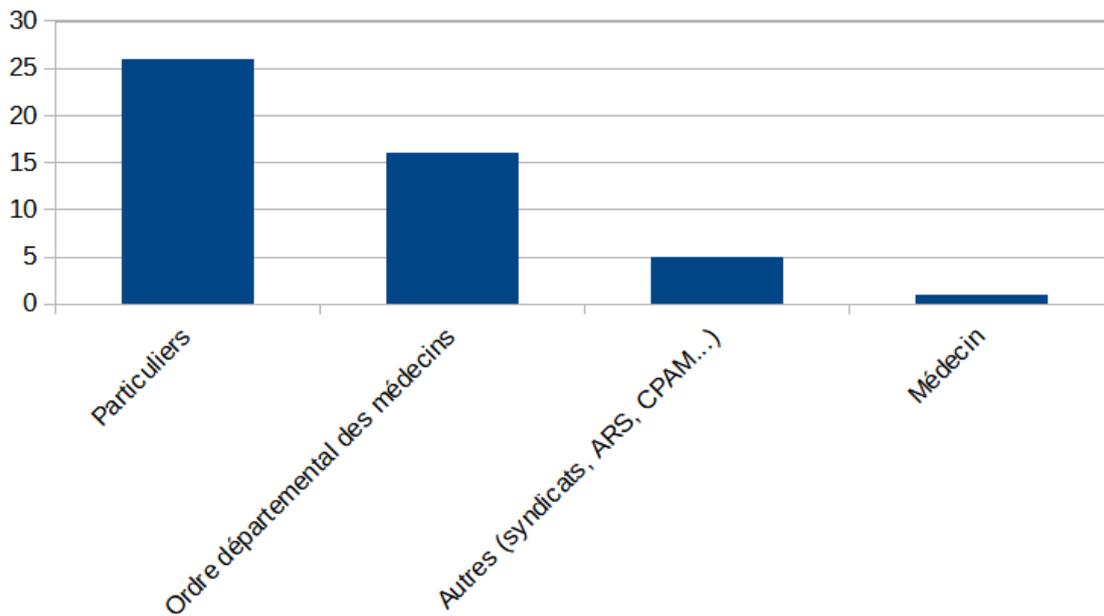


Figure 2 : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. Acteurs ayant saisi la chambre disciplinaire en 2021.

Principaux motifs de plaintes en 2021 :

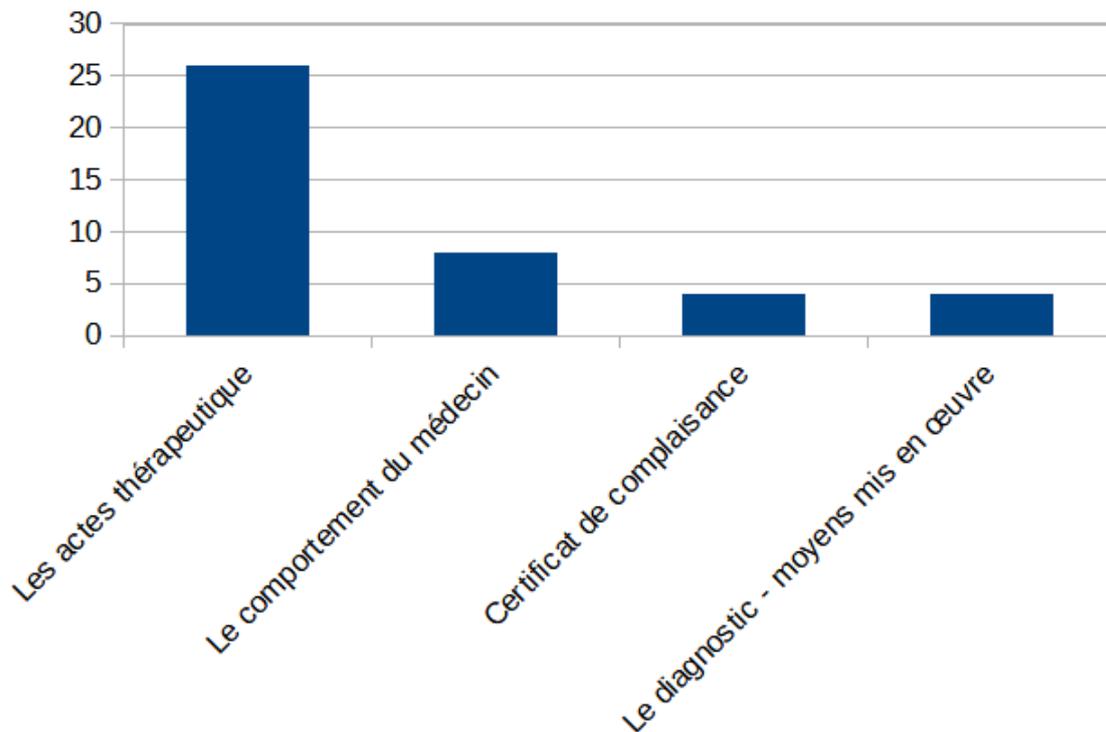


Figure 3 : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. Principaux motifs de plaintes en 2021.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Alors qu'en 2019 il était à noter comparativement à l'année précédente une hausse des plaintes et doléances reçues, des plaintes transmises et conciliations réalisées, l'année 2020 a été marquée par une baisse de ces activités en lien avec la crise sanitaire. L'année 2021 se caractérise par les plus forts taux de plaintes et doléances reçues, de plaintes transmises et de conciliations réalisées ces dernières années.

• Conseil de l'Ordre des Infirmiers

Année 2021 :

Nombre d'affaires enregistrées : 6

Qualité des plaignants :

- Infirmiers libéraux : 2
- Patients : 4

Nombre d'affaires et motifs des plaintes pour manquement en 2021:

Total : 11

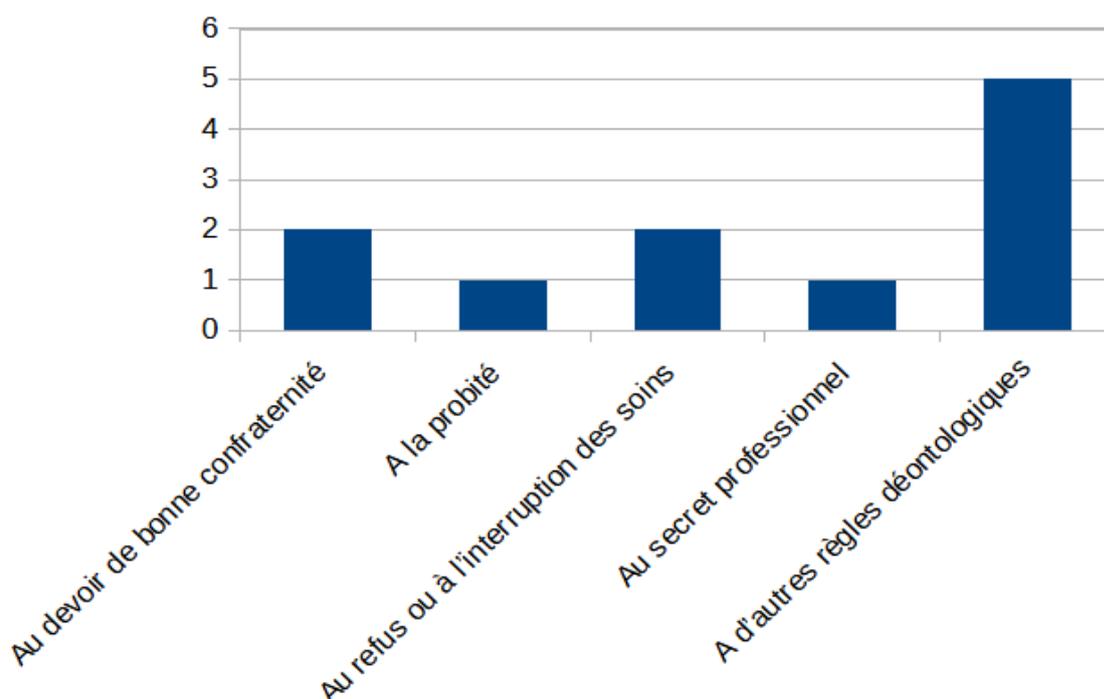


Figure 4 : Conseil Régional de l'Ordre des Infirmiers. Nombre d'affaires et motifs des plaintes pour manquement en 2021.

Nombre d'ordonnances rendues par le Président de la CDPI : 3

Nombre de décisions : en cours

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Il est constaté depuis 2019 une baisse importante du nombre d'affaires enregistrées par le Conseil de l'Ordre des Infirmiers, très certainement en lien avec la crise sanitaire :

- En 2019 : 20 affaires enregistrées, 19 décisions rendues
- En 2020 : 7 affaires enregistrées, 5 décisions rendues
- En 2021 : 6 affaires enregistrées

• **Conseil de l'Ordre des pharmaciens**

Année 2020:

- 108 signalements
- 11 plaintes

Qualité des plaignants et motifs :

- 6 plaintes de la présidente du CROP (publicité, non présence d'un pharmacien dans l'officine...)
- 5 plaintes de patients et professionnels de santé (refus de délivrance de médicament hors AMM...)

5 tentatives de conciliation réalisées.

Année 2021 :

- 66 signalements
- 29 plaintes

Qualité des plaignants et motifs :

- 3 plaintes du Directeur Général de l'ARS
- 5 plaintes de patients (réalisation d'un test antigénique au lieu d'un test PCR, refus de réaliser un test antigénique sur prescription médicale...)
- 18 plaintes de la Présidente du CROP (défaut de garde...).

7 tentatives de conciliation réalisées.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

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.

La possibilité de déposer une plainte auprès des Conseils de l'Ordre reste peu connue pour les patients, notamment auprès des Ordres paramédicaux, de création récente. Les procédures de dépôt doivent être mieux connues.

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'information réalisés par les Ordres

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.

De la même manière que les questionnaires de sortie d'hospitalisation, la diffusion de questionnaires de satisfaction dans le secteur libéral permettrait aux usagers de faire connaître leurs difficultés avant d'avoir recours aux Conseils des Ordres.

B – Les Commissions Des Usagers

1 – Composition et fonctionnement des Commissions des usagers

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers¹

En 2020 :

- 115 établissements sont concernés par une CDU (soit 100 % des établissements)
- 96 % des établissements ont actualisé le règlement intérieur de l'instance.

Composition de la CDU :

- **Directeur d'établissement ou son représentant**
- **2 médiateurs et leurs suppléants** désignés par le directeur d'établissement
- **2 représentants des usagers (RU) et leurs suppléants** désignés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.
- **Membres facultatifs** : 95% des établissements
- **Membres complémentaires** : 68% des établissements (44% en 2019)

1 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2021) Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Sur données 2020.

Occupation des sièges - titulaires et suppléants (au 31 décembre 2020):

- **Titulaires** : 94% des sièges occupés
- **Suppléants** : 71% des sièges occupés (74% en 2019).

Désignation des représentants des usagers (au 31 décembre 2020):

Au 31 décembre 2020, la désignation des représentants des usagers est complète pour 72 % des établissements (63 % en 2019).

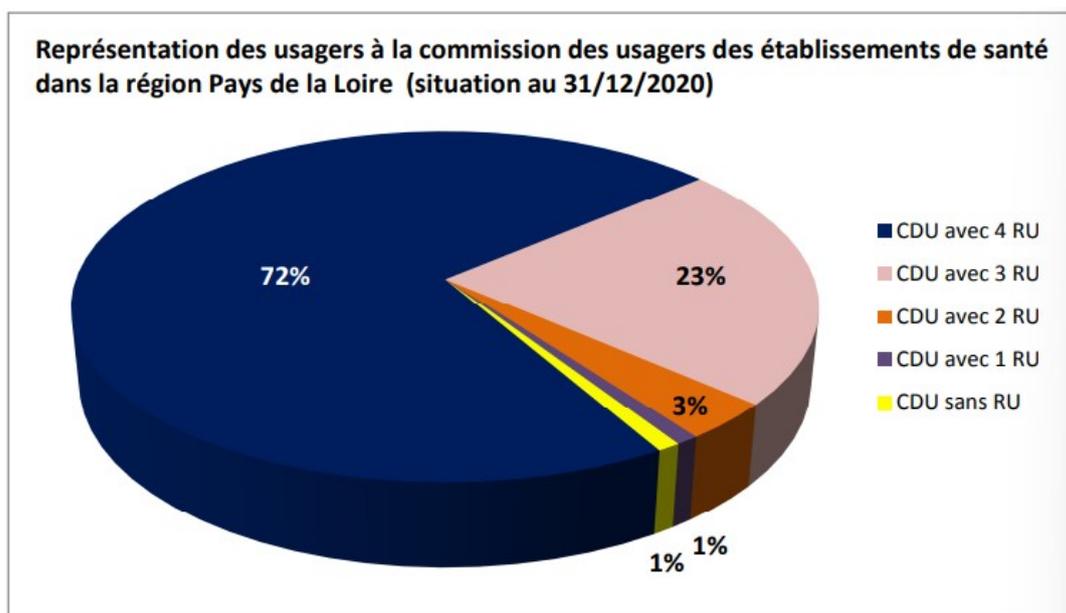


Figure 5: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Représentation des usagers à la CDU des établissements de santé dans la région Pays de la Loire en 2020.

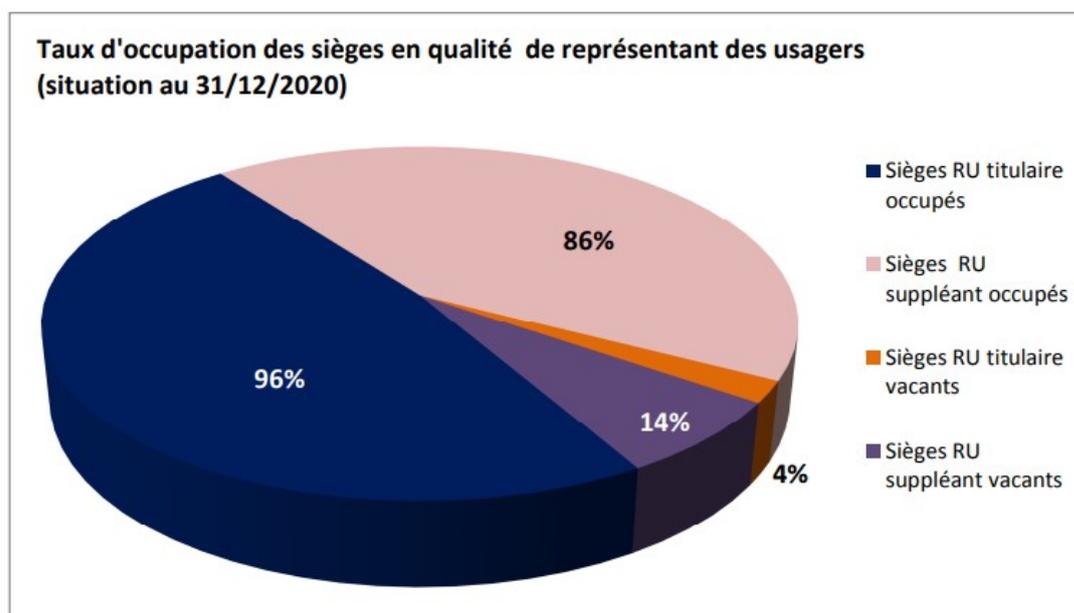


Figure 6 : Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Taux d'occupation des sièges en qualité de représentant des usagers en 2020.

Présidence et vice-présidence :

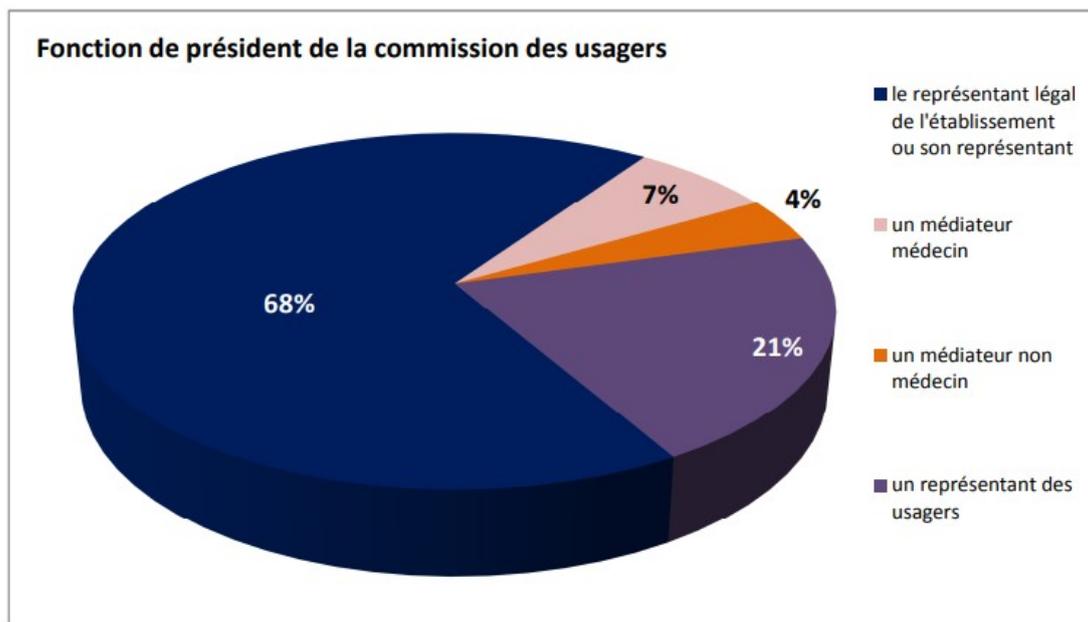


Figure 7: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Fonction de président de la CDU en 2020.

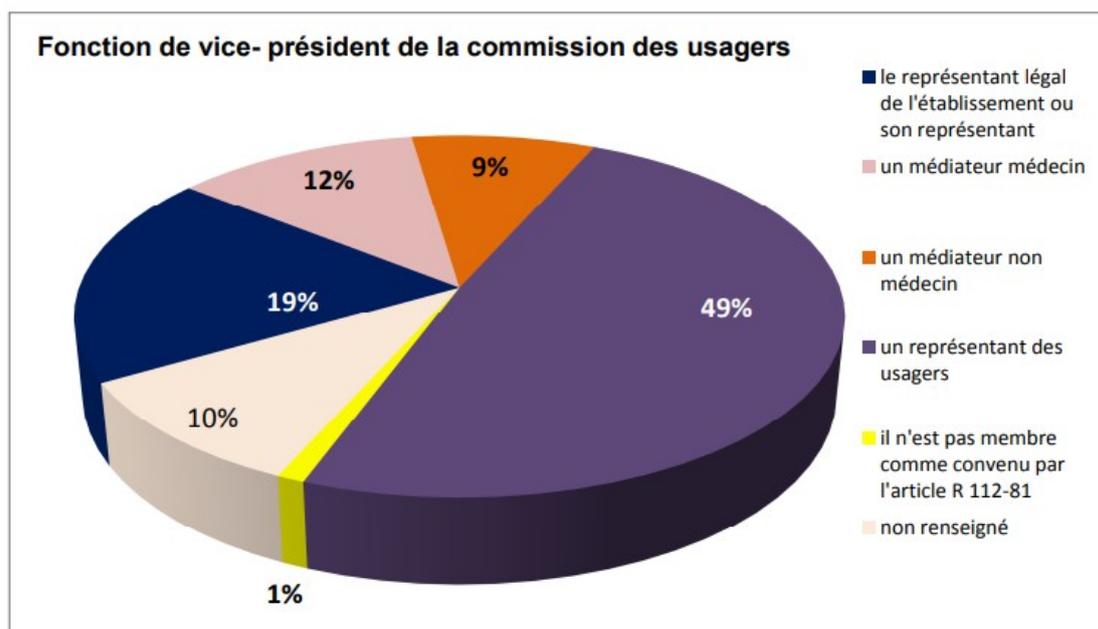


Figure 8: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Fonction de vice-président de la CDU en 2020.

Réunions CDU :

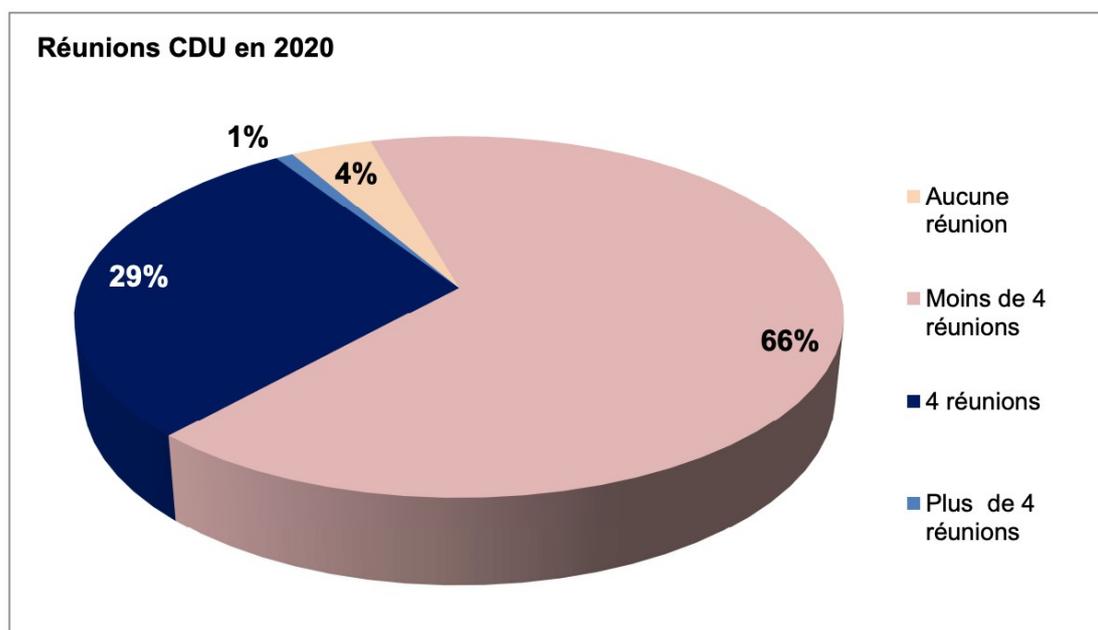


Figure 9: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Réunions CDU en 2020.

En raison du contexte sanitaire lié au COVID-19, la réglementation est respectée par 30% des établissements de santé (72 % en 2019 et 76 % en 2018).

- Moins de 4 réunions : lié à l'annulation de la réunion de la CDU du 1er trimestre 2020 en raison de la crise sanitaire, des difficultés d'organisation de visio-conférences, des changements de direction.
- 34 établissements ont organisé des réunions au-delà de la commission plénière (dédiées à la certification HAS, au projet des usagers, à l'étude des réclamations).
- Des établissements ont mis en place des rendez-vous hebdomadaires d'information ou consultation sur la gestion de la crise sanitaire (entre l'équipe de direction, la personne chargée des relations avec les usagers et les représentants des usagers)

Participation des représentants des usagers

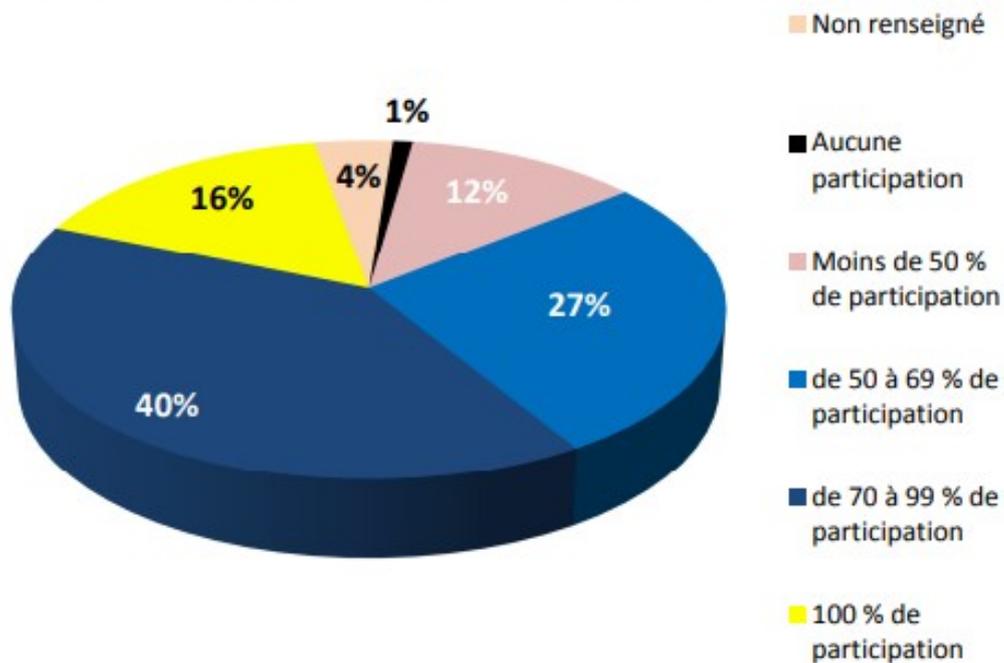


Figure 10: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Participation des représentants des usagers aux réunions CDU en 2020.

Selon 111 établissements, les représentants des usagers en qualité de suppléants sont invités systématiquement à la commission des usagers.

Participation des autres membres de la CDU

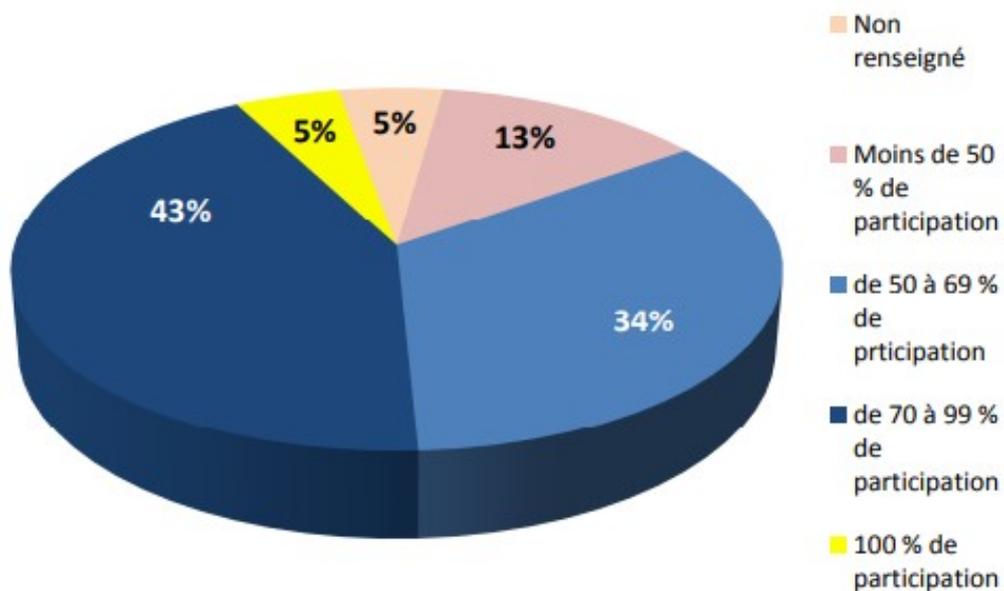


Figure 11: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Participation des autres membres aux réunions CDU en 2020.

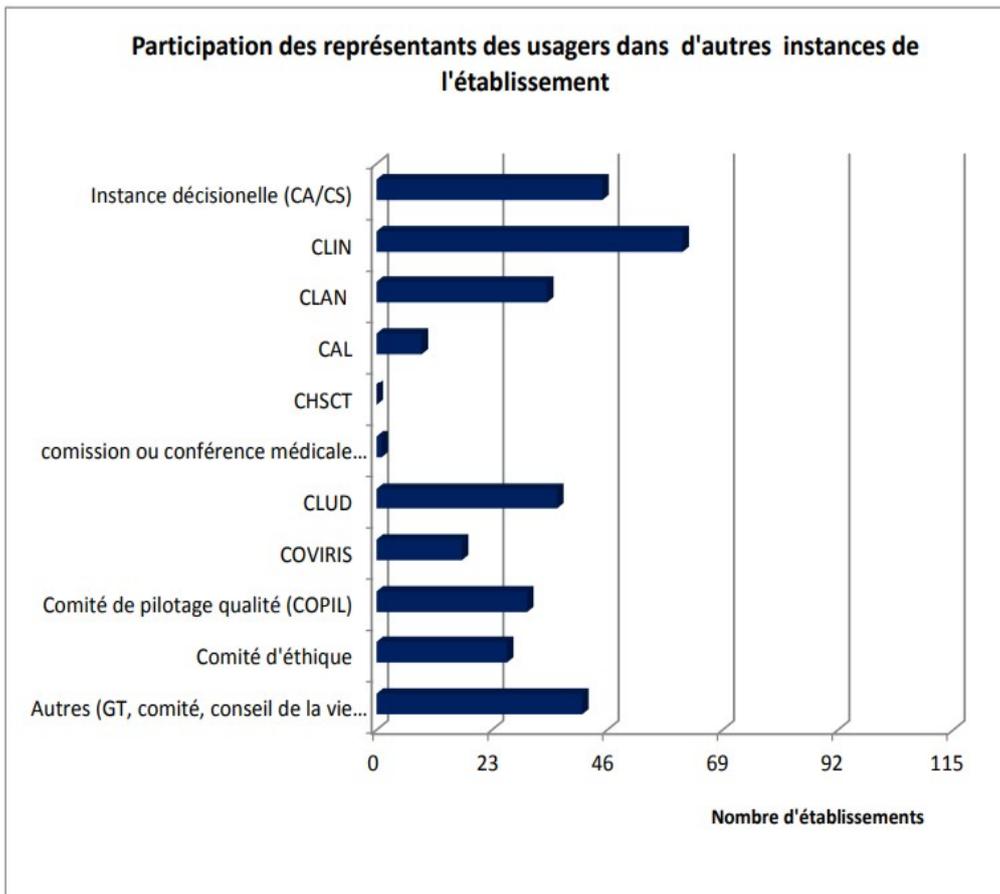


Figure 12: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Participation des représentants des usagers dans d'autres instances de l'établissement en 2020.

2 – Les rapports annuels des Commissions des usagers (Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers)

Chaque CDU doit transmettre un rapport d'activité annuel à l'Agence régionale de santé, 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.

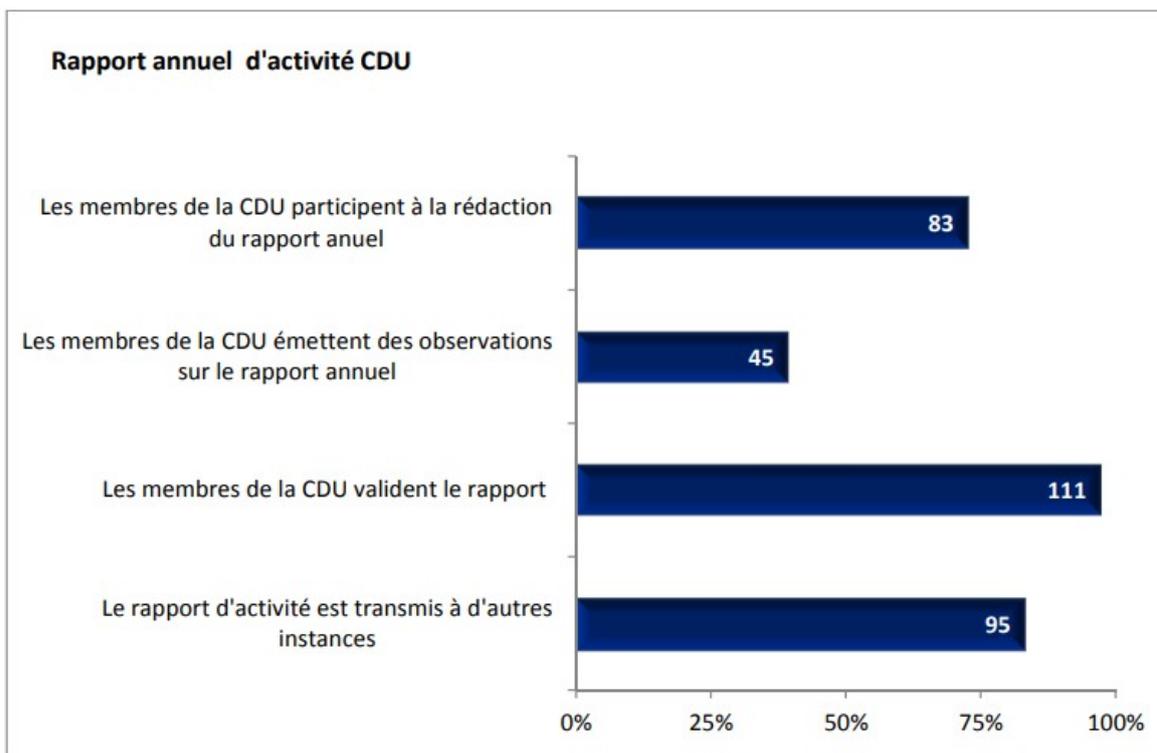


Figure 13: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Rapport annuel d'activité CDU.

Représentants des usagers :

- Rapport d'activité validé par les RU : 97 % des établissements
- RU sollicités pour émettre des observations : 39 % des établissements
- Participation des RU à la rédaction : 73 % des RU (39 % en 2019)

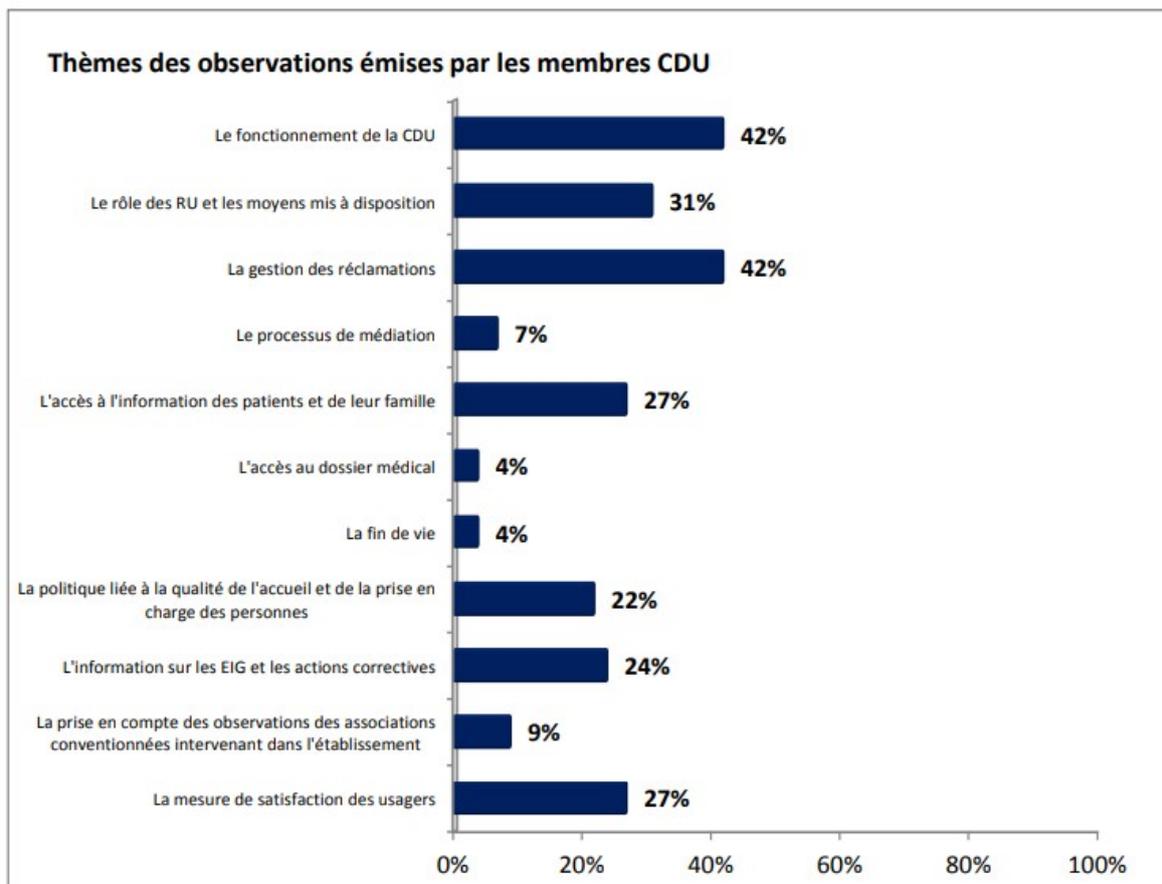


Figure 14: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Thèmes des observations émises par les membres CDU.

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. Il incombe à la CDU par ses avis et propositions de formuler des recommandations.

En 2020, 56 établissements ont formulé des recommandations. Elles concernent :

- **L'information du malade et de la famille : 32%**
- **Les infrastructures et l'hôtellerie : 27%**
- **Le questionnaire de satisfaction : 22%**
- **La qualité de prise en charge du malade : 14%**

Le taux de mise en œuvre est variable de 36 à 100% selon les établissements.

FOCUS

Enquête régionale France Assos Santé - « Hopitaux et cliniques : la démocratie en santé à l'épreuve de la crise Covid-19 ».

France Assos Santé Pays de la Loire, en collaboration avec 5 autres délégations régionales, a réalisé une enquête qualitative en juin 2020 sur l'état de « La démocratie sanitaire en temps de crise ». L'ensemble du réseau s'est mobilisé pour réaliser un état des lieux plus global de la représentation des RU en France en période de crise. 91 RU ont répondu à l'enquête en Pays de la Loire.

Constats :

- **Un nombre de CDU très insuffisant** en raison de la situation sanitaire
- **Des soins, consultations et interventions déprogrammées** : 36% des RU ont eu connaissance de soins, interventions, consultations déprogrammées et 20 % estiment que l'information reçue par les patients et leurs proches n'était pas complète et adaptée
- **Des modalités de visites des proches modifiées** : 49% des RU soulignent que le nombre de personnes a été réduit, 43% disent que les visites sont interdites sauf dérogation. Seuls 6 % des RU ont été associés à l'élaboration de ces modifications de visites.
- **Des relations avec les établissements encore insuffisantes** : En dehors des CDU et des cellules de crise, 39% des répondants indiquent n'avoir eu aucun contact ou, lorsqu'ils en ont eu, ils sont jugés peu voire pas satisfaisants du tout. Ce manque de contact a augmenté le sentiment d'insatisfaction, de non considération.
- **Un nombre de plaintes et réclamations globalement stable** : 14% des RU révèlent tout de même que les plaintes et réclamations ont augmenté et majoritairement, en lien avec les déprogrammations de soins, d'interventions, de consultations
- **Des cellules de crise sans RU** : Une cellule de crise a été mise en place au sein de l'établissement et ce, dès la première vague d'après 63% des RU. 24% d'entre eux ne savent pas si une cellule de crise a été mise en place. Seulement 8% des RU sont invités à participer.
- **Des cellules ou comités d'éthique ?** : 51% des RU ne savent pas s'ils sont mis en place pour discuter des choix éthiques en matière de soins et de réanimation. 23% des RU soulignent néanmoins que ces cellules ou comités d'éthique sont bien en place mais cela était déjà le cas avant la crise. Parmi eux, seulement 56% indiquent y siéger
- **Encore de trop rares échanges entre RU** : en 2021, seuls 48% des RU interrogés disent avoir échangé avec les autres RU de l'établissement en dehors des réunions de CDU.
- **Des RU qui ne se sentent pas associés à la vie de l'établissement** : A l'issue de cette année 2020, seulement 15% des RU se sentent mieux associés à la vie de l'établissement que lors de la première vague et 12% disent clairement ne pas se sentir mieux associés.
- **Non accès aux plaintes et réclamations** : 9 RU sur 91 n'ont plus accès aux plaintes et réclamations depuis le début de la crise sanitaire (10%)

France Assos Santé Pays de la Loire. (Février 2021). Enquête régionale menée auprès des représentants des usagers siégeant en CDU au sein d'établissements de santé de la région Pays de la Loire. « Hôpitaux et cliniques : la démocratie en santé à l'épreuve de la crise Covid-19 ». A l'adresse : <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/19/2021/06/VF-Rapport-Enquete-PDL-2021.pdf>

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le taux de couverture des postes de représentants des usagers est satisfaisant (94 % des postes de RU titulaires sont occupés), ce qui place notre région en tête des régions métropolitaines.

L'implication des RU reste à améliorer. La situation sanitaire a un rôle important dans ce constat : soit que les établissements aient limité les réunions et/ou échanges, soit que les RU aient souhaité se protéger.

La plus grande attention sera portée l'année prochaine à l'évolution de ces chiffres.

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

- 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.

- L'importance d'un accompagnement des RU bénévoles par les associations.

- 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. Le sujet de la cotation des événements indésirables pourrait être inscrit dans les échanges au sein des CDU.

- La CSDU constate le faible nombre d'établissements ayant mis en œuvre un projet des usagers en lien avec les associations de bénévoles (39%).

- La CSDU recommande et souligne l'importance de prendre en compte le projet des usagers dans la rédaction du projet d'établissement, dans chaque établissement de santé, en lien avec la CDU. La diffusion d'expériences positives favoriserait un essaimage des bonnes pratiques sur ce point.

3 – Évènements indésirables, plaintes, réclamations

- **Les évènements indésirables**

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

La Commission Des Usagers reçoit lors d'une présentation, au moins une fois par an, la liste des événements 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. Cette présentation a concerné 109 établissements en 2020.

De même depuis 2017 la CDU doit être informée de chaque événement 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'événement 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.

- **Les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire**

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

Les réclamations 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 2020 : 4 035 réclamations (83% écrites) et 10 727 éloges
- Nombre de réclamations relativement stable depuis plusieurs années : 4 372 en 2019 et 4 364 en 2018.
- 1/3 des réclamations est recensé sur 5 établissements

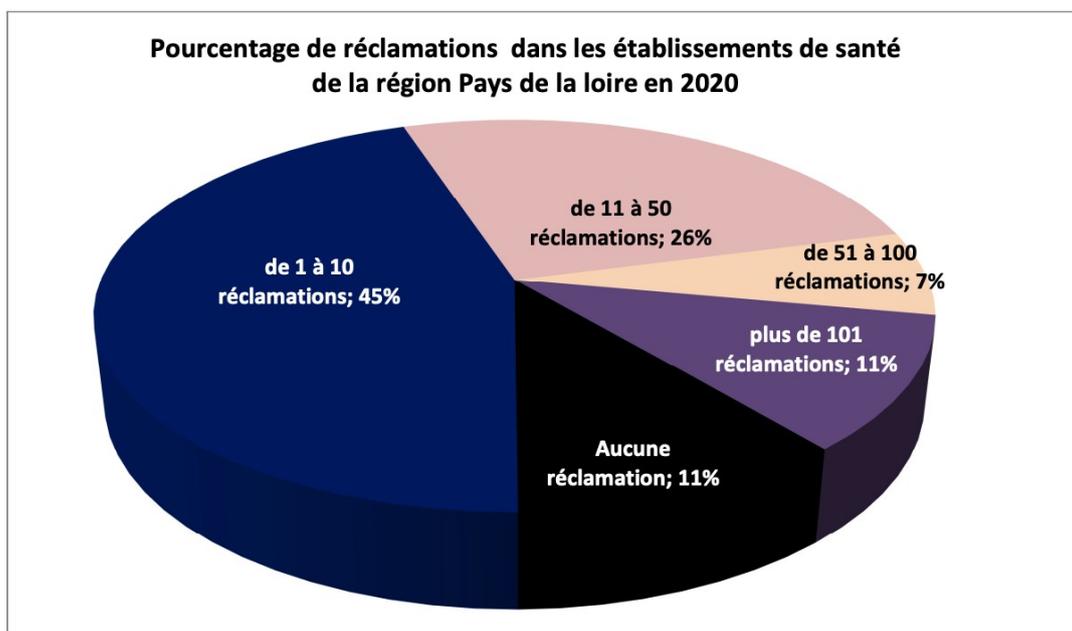


Figure 15: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Pourcentage de réclamations dans les établissements de santé de la région Pays de la Loire en 2020.

La majorité des réclamations portent sur :

- La prise en charge des aspects médicaux (1455 réclamations, soit 36 % des réclamations) : la qualité des soins, la relation avec le médecin, l'information du malade/ de la famille
- L'accueil et l'administration (893 réclamations, soit 22% des réclamations) : la facturation majoritairement
- La vie quotidienne et l'environnement (843 réclamations, soit 21 % des réclamations) : la gestion des ressources de bien à la personne (dépôt, perte, vol, objet endommagé)

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

Délais de réponse :

- 68 % des établissements accusent réception au requérant ayant formulé une réclamation écrite (72 % en 2019).
- Pour les établissements ayant précisé les délais de prise en charge des réclamations, ceux-ci oscillent entre 0 et 71 jours. 24 établissements précisent un délai de prise en charge des réclamations maximum au-delà de 100 jours, dont 399 jours pour un établissement.

En 2020, ont été formés :

- 75 recours juridictionnels
- 253 recours gracieux
- 98 saisines de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

• Les plaintes à l'ARS et leur traitement



Volumétrie et répartition des réclamations écrites reçues par l'ARS (de 2018 à 2020)

Année 2018

	ET. SANTÉ	ESMS PA	ESMS PH enfants	ESMS PH adultes	Défauts d'offre de soins	Ambulatoire	Autres	TOTAL	
Loire-Atlantique	66	55	31	13	9	35	9	229	39%
Maine-et-Loire	26	26	16	9	4	14	6	94	16%
Mayenne	13	7	5	3	3	2	-	29	5%
Sarthe	26	18	9	2	11	11	4	78	13%
Vendée	39	12	5	4	70	13	9	155	27%
REGION	170	118	66	31	97	75	28	585	
	30%	20%	11%	5%	16%	13%	5%		

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%
REGION	214	147	44	25	109	113	30	682	
	31%	22%	6%	4%	16%	17%	4%		

Année 2020

	ET. SANTÉ	ESMS PA	ESMS PH enfants	ESMS PH adultes	Défauts d'offre de soins	Ambulatoire	Autres	TOTAL	
Loire-Atlantique	68	99	24	10	6	67	21	295	37%
Maine-et-Loire	40	57	13	6	14	16	8	154	19%
Mayenne	13	16	3	1	5	6	8	52	7%
Sarthe	40	29	0	4	12	12	3	100	13%
Vendée	43	43	5	3	57	20	7	178	22%
REGION	209	248	45	24	95	128	51	800	
	26%	31%	6%	3%	12%	16%	6%		

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

Concernant les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire, la CSDU constate des délais de réponse longs, qui ne sont pas compris par les usagers.

Relativement aux plaintes à l'ARS, il est à noter une croissance des réclamations en 2020, lié à la crise sanitaire et à la difficulté pour les résidents et familles de trouver des interlocuteurs.

• **Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales**

Données transmises 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 était relativement constant jusqu'en 2019 (177 avis), puis a connu une baisse en 2020 et 2021 : 104 et 137 avis rendus respectivement.

37 avis ont conduit à une indemnisation en 2020, et 68 en 2021 (64 en 2019).

Le nombre de dossiers traités par la CCI a également baissé en 2020 et 2021 : 151 dossiers traités en 2020, et 183 en 2021 (246 en 2019).

Le délai moyen entre la date à laquelle le dossier est déclaré complet et son passage en Commission est en augmentation : 8,7 mois en 2020 et 9 mois en 2021 (7,3 mois en 2019). 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 (8,7 mois), passant à 3,06 mois en 2019, 3,23 mois en 2020 et 2,26 mois en 2021.

La Présidente de la CCI rend des décisions de rejet sans qu'il n'y ait de passage du dossier devant la Commission. Ce nombre de décisions a connu une forte baisse : 35 décisions en 2019, 3 en 2020 et 15 en 2021. 16 décisions ont été rendues par la Présidente après demande d'expertise en 2020, et 19 en 2021 (chiffre stable). Au total, 19 décisions ont été rendues par la Présidente seule en 2020, et 34 en 2021.

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 pour 2020 et 2021 :

- Un nombre de dossiers traités et d'avis rendus en baisse, notamment en 2020, en lien avec la crise sanitaire
- Un allongement du délai de traitement des dossiers
- Une stabilité en pourcentage des avis d'indemnisation rendus en Commission en 2020 et une augmentation en 2021

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 peut être très utile, dès le début de la procédure, et surtout lors de l'expertise

Cet accompagnement s'avère également nécessaire lors de la négociation du versement des indemnités, notamment avec les assureurs.

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.

C - Les Conseils de la Vie Sociale

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.

Le CVS comprend au moins :

- 2 représentants des personnes accueillies ou prises en charge
- S'il y a lieu, 1 représentant des familles ou des représentants légaux
- 1 représentant du personnel
- 1 représentant de l'organisme gestionnaire

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.

Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation

Le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 modifiera à partir du 1er janvier 2023 la composition et le fonctionnement des CVS.

Le décret « modifie et élargit la composition du conseil de la vie sociale (CVS). Il modifie le fonctionnement de cette instance en instaurant l'obligation d'élaborer un règlement intérieur. Il élargit la consultation obligatoire du CVS sur de nouvelles questions intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Il permet la participation au CVS de représentants externes à l'établissement ».

Une nouvelle composition :

Le CVS comprendra au moins :

- 2 représentants des personnes accompagnées (au lieu des termes « accueillies ou prises en charge »)
- 1 représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu
- 1 représentant de l'organisme gestionnaire

Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprendra également :

- 1 représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services
- 1 représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées
- 1 représentant des représentants légaux des personnes accompagnées
- 1 représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs
- 1 représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service
- Le médecin coordonnateur de l'établissement
- 1 représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

"Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil".

Il est noté que "lorsque les personnes accueillies sont dans l'impossibilité de participer directement au conseil, en raison de leur très jeune âge, leurs sièges sont attribués aux représentants des familles ou aux représentants légaux".

Pour certaines autres structures, "dans le cas où la représentation des personnes accompagnées ne peut être assurée, au maximum deux représentants de groupements de personnes accompagnées sont éligibles pour les représenter. La participation des personnes accompagnées est systématiquement recherchée".

Les représentants des professionnels employés dans l'établissement ou le service siégeant au sein du CVS, "sont élus par l'ensemble des salariés de droit privé ou agents nommés dans des emplois permanents". "Les candidats doivent avoir une ancienneté au moins égale à six mois au sein de l'établissement ou service ou dans la profession s'il s'agit d'une création". En cas d'égalité, c'est le plus ancien qui remporte le siège au CVS.

Le CVS fixera la durée du mandat de ses membres dans le règlement intérieur. Auparavant, les membres étaient élus "pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus renouvelable".

Nouvelles missions et rôle

Désormais, le CVS doit se doter d'un règlement intérieur. Son champs d'intervention est modifié : il « donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur les droits et libertés des personnes accompagnées, sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les prestations proposées par l'établissement ou services, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge". Cette liste thématique est plus fournie que précédemment.

Le conseil "est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement ou du service [...], en particulier son volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance".

Le CVS est de plus « entendu lors de la procédure d'évaluation », « informé des résultats », « associé aux mesures correctrices à mettre en place » et « est consulté » si cela s'y prête « sur le plan d'organisation des transports des personnes adultes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour ».

En cas de demandes d'information ou de réclamation concernant certains dysfonctionnements, le président « oriente les demandeurs vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits".

Pour les Ehpad notamment, les résultats de l'enquête annuelle de satisfaction (HAS) doivent être affichés dans l'espace d'accueil de ces établissements et sont examinés tous les ans par le conseil.

Chaque séance du CVS fait l'objet d'un "relevé de conclusions" qui doit être adopté par les membres du conseil, puis "transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire et à l'autorité administrative compétente pour l'autorisation".

Le conseil doit également produire un rapport d'activité chaque année, présenté par son président "à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire de l'établissement".

Le décret précise aussi les modalités de participation des usagers dans les établissements et services où le CVS n'est pas obligatoire.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le récent décret permettra d'ouvrir les CVS à des membres de l'équipe médico-soignante et à des participants extérieurs tels qu'un représentant du conseil départemental, de la commune d'implantation, de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation, du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) ou encore une personne qualifiée et un représentant du Défenseur des droits. Il donne de la place aux associations de bénévoles.

Ce décret présente des avancées intéressantes quant à la représentation des résidents et accompagnants, mais celles-ci restent toutefois minimes.

Il est important qu'elles soient relayées, connues, saisies par les équipes dirigeantes afin de les accompagner, ainsi que par les différents acteurs ayant droit afin d'assurer leur participation.

La participation effective des acteurs, notamment des élus locaux, sera à suivre. De même, une analyse des nouveaux champs d'intervention des CVS permettra à l'avenir de mesurer la manière dont les usagers sont associés à la vie de l'établissement.

La place des personnes qualifiées étant affirmée, il conviendra de ne pas laisser ces postes vacants. La CSDU sera vigilante à la nomination des personnes qualifiées.

L'instauration d'une obligation de participation de deux représentants des usagers aurait pu être bénéfique dans le fonctionnement des CVS.

La CSDU suivra l'évolution des projets de la CDMCA 44 relatifs à leur participation aux réunions de certains CVS et à la constitution d'un inter-CVS permettant un échange sur les pratiques.

D - Les médiations et personnes qualifiées

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

61 établissements ont proposé une médiation (61 en 2019, 62 en 2018).

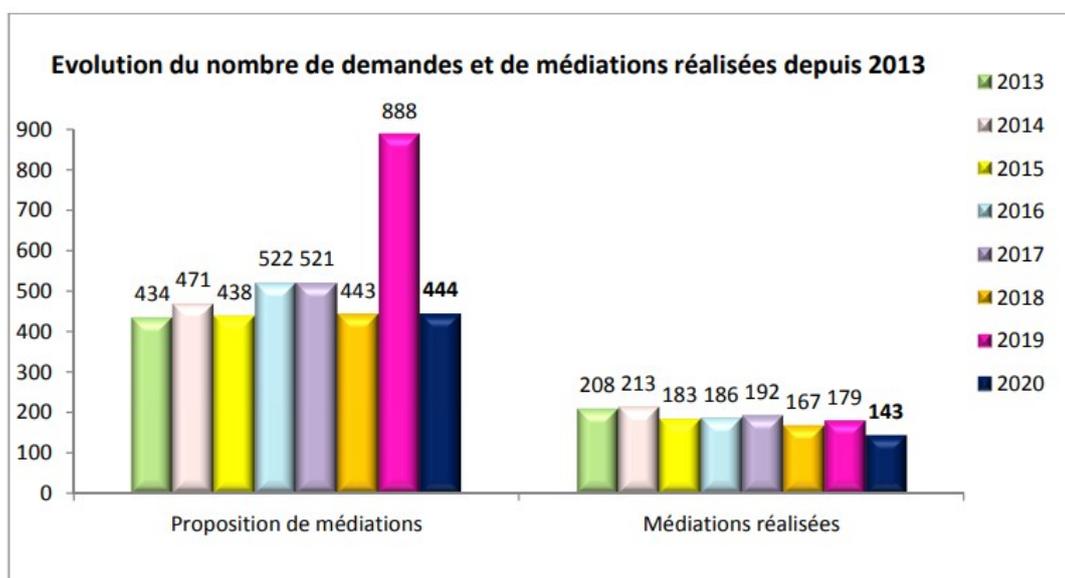


Figure 16: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Evolution du nombre de demandes de médiations réalisées depuis 2013.

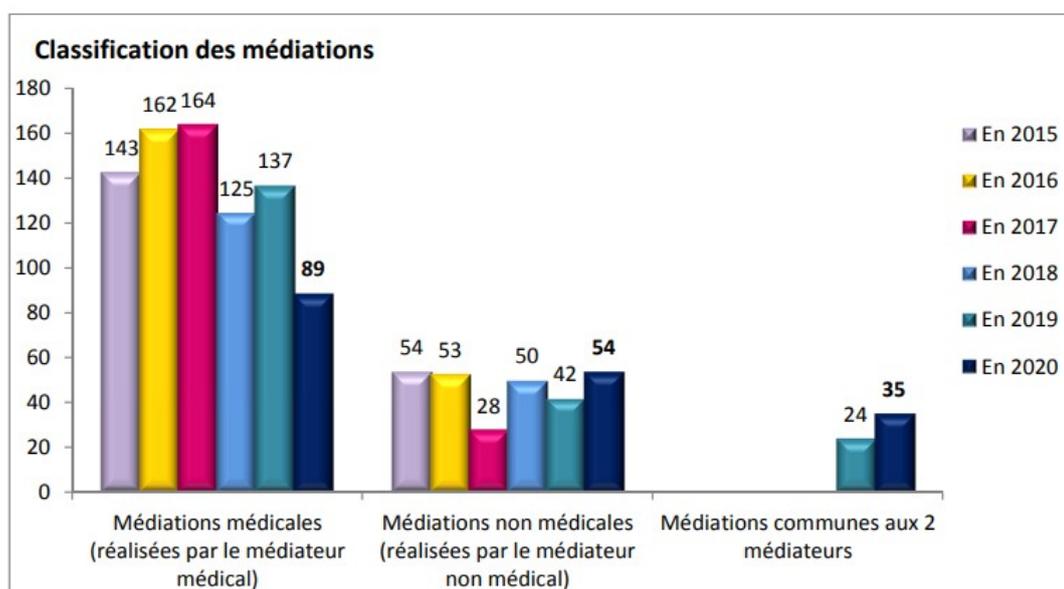


Figure 17: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Classification des médiations.

62% des médiations sont organisées avec le médiateur médecin et 24 % sont communes aux 2 médiateurs (13% en 2019).

Parmi les 53 établissements n'ayant signalé aucune demande de médiation, 98% ont précisé cependant que les usagers sont informés de la possibilité de saisir le médiateur. Ceux-ci sont informés via :

- Le livret d'accueil (89%)
- L'affichage (54%)
- Le site internet (49%)
- Des brochures spécifiques (8%)
- D'autres moyens (communication orale, courrier d'accusé de réception du plaignant, internet) : 34 %

87 % des établissements informent les professionnels de santé de l'existence et du rôle des médiateurs par :

- Le livret d'accueil (pour 48 % des établissements)
- Communication orale ou réunions (pour 56 %)
- Affichage (pour 41%)
- Site intranet (pour 34 %)
- D'autres moyens (8 %) comme les formations sur le droit des patients.

96 % des établissements informent les usagers qu'ils peuvent se faire accompagner d'un représentant des usagers lors de la rencontre avec le médiateur (92% en 2019). Pour 18 établissements, 29 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers (21 établissements et 39 médiations en 2019).

Transmission du compte-rendu :

Le médiateur adresse le compte rendu au Président de la CDU, qui le transmet aux membres de la Commission ainsi qu'au plaignant :

- 83 établissements le communiquent au plaignant (contre 66 en 2019).
- 67 établissements aux membres de la CDU (51 en 2019)

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU note que le nombre de propositions de médiations avait fortement augmenté en 2019, puis a chuté de moitié en 2020, redevenant stable par rapport aux autres années. Seulement 20 % des médiations proposées ont été mises en œuvre en 2019, et 32 % en 2020, taux apparaissant parmi les plus bas depuis 2013. Comparativement à l'année 2019, il est à noter une amélioration quant à la transmission du compte-rendu au plaignant et aux membres de la CDU, qui doit se poursuivre. La CDU doit donner un avis motivé, ce qui n'est pas toujours fait.

- **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 2020, 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

Dans la continuité de ses observations émises au sein du précédent rapport, la CSDU réitère son constat d'une désignation des personnes qualifiées de plus en plus difficile, notamment en Loire-Atlantique. Cela amène peu de recours dans la région à cette possibilité de médiation.

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.

E – Certification des établissements et satisfaction des usagers

Données transmises par l'ARS Pays de la Loire.

Depuis le printemps 2022, l'ensemble des résultats concernant les indicateurs de qualité et sécurité des soins et la certification des établissements de santé en France, sont consultables dans un nouvel espace d'information depuis le site de la HAS (le site Scope Santé est désormais fermé).

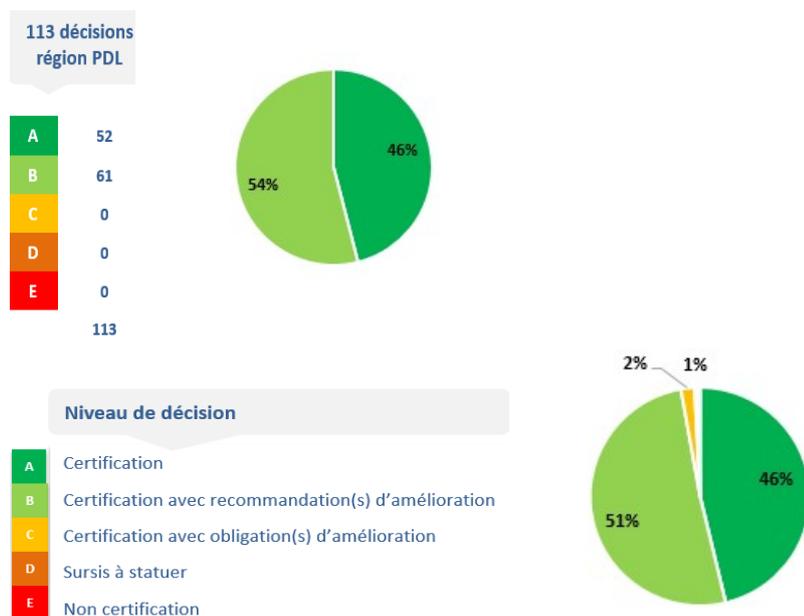
Dans ce nouvel espace, sont disponibles :

- Toutes les décisions de certification et les résultats des indicateurs pour la qualité et la sécurité des soins par établissement
- Un panorama interactif pour l'ensemble du territoire grâce à une cartographie dynamique
- Un nouvel outil de comparaison entre établissement.

1 - Certification des établissements en Pays de la Loire

L'ensemble des établissements de santé de la région ont reçu la visite des experts visiteurs pour la 4^{ème} itération de la certification (V2014).

Baromètre au 31/12/2021 :



Au 31/12/2021, plus aucun établissement en région PDL n'est engagé dans un suivi.

Thématiques les plus pourvoyeuses :

- Management de la prise en charge médicamenteuse
- Management de la prise en charge au bloc opératoire
- Management de la prise en charge aux urgences

La nouvelle procédure HAS de certification des établissements de santé pour la qualité des soins a été lancée le 25 novembre 2020 (5^{ème} itération de la certification). Après une phase pilote auprès de 33 établissements volontaires d'avril à juillet 2021, le déploiement des visites a débuté début septembre 2021 pour l'ensemble des établissements de santé en métropole dont 5 établissements de la région Pays de la Loire. Un peu moins d'une 40 aine de visites sont prévues en 2022 en région Pays de la Loire.

Afin de soutenir et accompagner collectivement les établissements de santé et les représentants d'utilisateurs dans le déploiement nouvelle procédure HAS de certification dans un contexte de gestion de crise, une web rencontre régionale a été co-organisée par l'ARS, la HAS, France Assos Santé et QualiREL Santé le 10 décembre 2021. Cette web rencontre, disponible en replay, a permis de présenter des retours d'expérience d'établissements de la région ayant récemment passé leur visite de certification ; d'échanger avec la HAS sur les enjeux et ajustement du dispositif ; et de présenter l'accompagnement en région Pays de la Loire (ressources et outils disponibles et mobilisables pour s'approprier les attendus du référentiel).

Représentants des usagers :

Pour 96 % des établissements en Pays de la Loire², les représentants des usagers sont associés à la préparation de la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé (suivi du compte qualité) :

- Participation à des réunion spécifiques, des groupes de travail
- Membre du COPIL qualité/Gestion des risques ou du comité de coordination
- Information lors des CDU
- Accompagnement lors des visites des experts-visiteurs
- Association des membres de la CDU au remplissage du compte-qualité

Les commissions des usagers sont informées des suites et résultats de la certification par les établissements dans leur totalité.

La commission des usagers est associée au dispositif du patient-traceur pour 65 établissements dans la région.

2 - Mesure de la satisfaction des usagers

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

Trois 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
- E-Satis MCO CA : mesuré depuis mai 2018, concernant les patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire
- E-Satis SSR : mesuré depuis octobre 2020, concernant les patients ayant été hospitalisés en établissements de Soins de Suite et Réadaptation

2 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2021) Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Sur données 2020.

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 campagnes nationales e-Satis +48h MCO, MCO CA et SSR se sont étendues du 1er octobre 2020 au 30 septembre 2021.

La campagne e-Satis SSR ne fait pas partie des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés dans l'arrêté 2021 annuel 4 fixant la liste des IQSS obligatoires et les modalités de diffusion publique et d'intégration à IFAQ. Ainsi, les scores de satisfaction globale et d'expérience patient issus de cette campagne 2021 ne feront pas l'objet d'une diffusion publique par établissement de santé.

Le déploiement du dispositif e-Satis HAD 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 e-Satis HAD a été lancée du 5 au 31 mai 2021. Une synthèse des résultats sera envoyée, par mail, aux établissements participants, à la fin de l'expérimentation.

Classement des établissements de santé :

Satisfaction globale et d'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement MCO				
Classement des établissements de santé	National		Pays de la Loire	
	En nb d'ES	en %	En nb d'ES	en %
A	126	14%	5	12%
B	261	30%	21	51%
C	341	39%	14	34%
D	150	17%	1	2%
Nombre Total d'ES classés	878	100%	41	100%

Pour la 6^{ème} campagne nationale e-Satis +48h MCO : sur 878 établissements classés en national presque la moitié sont classés en A ou B (44%) et sur 41 établissements classés en région Pays de la Loire plus de la moitié sont en classe A ou B (66%).

Thématiques	2021	
	PDL	National
Satisfaction globale et d'expérience	74,7	73,6
Accueil	73,3	71,3
Prise en charge médicale	80,9	81,1
Prise en charge paramédicale	82,6	81,6
Chambre	74,4	73,6
Repas	61	59
Organisation de la sortie	65	64,2

Satisfaction globale et d'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire

Classement des établissements de santé	National		Pays de la Loire	
	En nb d'ES	en %	En nb d'ES	en %
A	235	28%	12	32%
B	391	47%	18	49%
C	175	21%	6	16%
D	39	5%	1	3%
Total général	840	100%	37	100%

Pour la 4^{ème} campagne nationale e-Satis en chirurgie ambulatoire: sur 840 établissements classés en national 75% sont classés en A ou B et sur 37 établissements classés en région Pays de la Loire 81% sont en classe A ou B.

Focus par thématiques :

Thématiques	2021	
	PDL	National
Satisfaction globale et d'expérience	78,2	78,1
Organisation avant hospitalisation	81,7	81,6
Accueil	81,7	81,2
Prise en charge médicale et paramédicale	84,3	84,5
Chambre et collation	76,1	73,4
Organisation de la sortie et du retour à domicile	69,9	70,8

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Que ce soit au niveau national ou régional, en hospitalisation de courte durée ou ambulatoire, les patients déclarent être satisfaits de leur prise en charge dans les établissements de santé, que ce soit par les équipes médicales ou paramédicales. Les points à améliorer sont, comme lors des campagnes précédentes, relatifs à l'organisation de la sortie. Les patients mettent surtout en avant le besoin d'informations plus précises au moment de leur retour à domicile comme le montrent également les évaluations par les professionnels sur la coordination hôpital-ville (cf. résultats 2019 de l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO ou en ambulatoire »). La dimension concernant les repas doit aussi faire l'objet d'une attention particulière en hospitalisation de courte durée.

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.

3 - Droit au respect de la dignité de la personne

A - Promouvoir la bientraitance

Sanitaire <i>(Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers)</i>	Médico-social
<p>85% des établissements mènent des actions de promotion de la bientraitance, avec des initiatives variées:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p>57% des établissements proposent au personnel des formations de sensibilisation à la bientraitance, qui n'ont toutefois pas pu être menées en 2020 en raison du contexte sanitaire. 1021 professionnels de santé ont été formés en région Pays de la Loire en 2020.</p>	<p>Dans le cadre du dialogue de gestion, entre l'ARS et les établissements médico-sociaux de la région, les indicateurs Flash réalisent le suivi de données clés en matière de qualité et de sécurité des soins et des accompagnements.</p> <p><u>Les indicateurs Flash concernent :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Le secteur des personnes âgées - Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)- Le secteur des personnes âgées - Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD)- Le secteur des personnes en situation de handicap <p>Précédemment recueillies annuellement, ces données sont sollicitées depuis 2019 tous les 2 ans, en alternant une année sur l'autre le traitement des données du champ des personnes âgées avec celles du secteur des personnes en situation de handicap.</p> <p>Les données recueillies en 2019 concernaient les EHPAD et SSIAD. En raison de la crise sanitaire, les données n'ont pas pu être recueillies auprès des Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) (dernière enquête en 2018 sur données 2017). Une campagne est ouverte depuis juin 2021.</p>

FOCUS

Maltraitements au sein des EHPAD

La publication du livre Les Fossoyeurs de Victor Cassanet a mis en lumière les dérives de certaines entreprises commerciales gérant des établissements médicosociaux accueillant les personnes âgées dépendantes.

Dans ce contexte, le CDMCA 44 a lancé une alerte sur les maltraitements des résidents de certains EHPAD.

Pour ne pas jeter le discrédit sur la majorité des établissements soucieux de la qualité de l'accompagnement, le CDMCA, portant la parole des résidents de ces EHPAD, rappelle son alerte de 2017 à destination des responsables (Préfet, Directeur de l'ARS, président du Conseil Départemental) sur les dysfonctionnements de ces établissements et les conséquences pour les personnes accueillies.

Il constate que la crise sanitaire a amplifié les difficultés liées au manque de personnels qualifiés et reconnus, à l'inadaptation des locaux, à la pénibilité du travail et au manque d'attractivité des métiers de l'accompagnement.

Le CDMCA questionne :

- Le contrôle des établissements
- Le recueil de la parole des résidents et de leur famille
- La communication et consultation des résultats des enquêtes
- L'intéressement financier des groupes privés à but lucratif, en dehors de la déontologie et de la qualité des services
- La place et le rôle des CVS pour en faire de véritables lieux de participation

L'URIOPSS Pays de la Loire, dans un communiqué du 11 février 2022, rappelle quant à elle la place des acteurs privés non lucratifs dans l'accompagnement des personnes âgées. L'URIOPSS réaffirme ce qui fonde l'action des acteurs privés non lucratifs (soit 1/3 des places d'EHPAD), afin d'éviter les amalgames avec le secteur privé commercial. Elle souligne le caractère désintéressé de la gestion de ces structures, la gouvernance assurée par des bénévoles, citoyens, représentants des familles, le réinvestissement des éventuels excédents budgétaires exclusivement au service du projet et des personnes accueillies et accompagnées. Elle rappelle que les gestionnaires d'EHPAD composent depuis de nombreuses années avec des moyens insuffisants, face à une augmentation des besoins des résidents nécessitant des professionnels et ressources. L'URIOPSS souligne le besoin de disposer de financements adaptés et d'exigences en termes de ratios d'encadrement.

FOCUS

Enquête interfédérale – Ressources humaines : situation alarmante

Face aux tensions croissantes pesant sur le secteur social et médico-social, l'URIOPSS, FEHAP, NEXEM et la CROIX ROUGE FRANCAISE ont réalisé un diagnostic RH interfédérale en 2021.

Le secteur social et médico-social représente en Pays de la Loire 50 253 salariés, 2 253 établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires de statut privé non lucratif, et 72 132 lits/places/dispositifs installés.

Sur 163 établissements et services répondants, l'enquête a révélé que 98,89 % des professionnels étaient oubliés des revalorisations salariales du Ségur dans l'action sociale.

Sur 143 établissements et services répondants, 379 postes vacants ont été recensés. Au 1^{er} semestre 2021, 116 répondants ont reçu 402 démissions ou demandes de ruptures conventionnelles. Toutes les catégories de professionnels sont concernées par les départs volontaires, dont les motifs concernent majoritairement une reconversion professionnelle vers un autre secteur ou vers des secteurs ayant bénéficié des revalorisations Ségur. De plus, une hausse de l'absentéisme est constatée parmi le personnel éducatif et soignant.

Certains postes rencontrent plus de difficultés à recruter et présentent plus de postes vacants. Ces postes vacants représentent jusqu'à plus du quart de l'effectif pour les métiers d'infirmières DE, aides-soignant.e.s et le paramédical. Les structures embauchent alors des salarié.e.s « faisant fonction » afin de pallier la carence de personnel. 41 % des répondants témoignent que plus d'un quart de leur recrutement n'ont pas abouti en raison du niveau de rémunération.

A ces difficultés se conjugue une augmentation des publics nécessitant une prise en charge plus délicate, une complexité administrative et RH croissante, des financements restreints....

Ces facteurs impactent les professionnels (mal-être au travail, sinistralité) et la qualité de l'accompagnement. 47 % des répondants ont dû renoncer à des accompagnements/admissions/prises en charge faute de professionnels suffisants, depuis le 1^{er} janvier 2021 et 33 % ont dû les interrompre.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'enquête interfédérale de l'URIOPSS, FEHAP, NEXEM et la CROIX ROUGE FRANCAISE met en évidence la situation inquiétante à laquelle est confrontée le secteur privé non lucratif. L'accompagnement, la bienveillance des personnes accompagnées, sont conditionnés à la gestion des ressources humaines et à une bonne qualité de vie au travail des professionnels.

Le PlaM, plan de mobilisation régionale et territoriale en faveur de la formation, de l'emploi et de l'attractivité des métiers dans le secteur sanitaire, médico-social et social, sera à suivre dans sa mise en œuvre et son effectivité. La CSDU s'interroge sur l'efficacité du projet de recrutement de 200 postes en service civique dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées prévu dans le PlaM.

B - Prendre en charge la douleur

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

La globalité des établissements sanitaires 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 91% 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, un quizz à l'occasion de la semaine du patient.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU déplore que peu d'informations soient disponibles sur la prise en charge de la douleur dans le secteur sanitaire, et aucune dans le secteur médico-social.

C - La fin de vie

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

La globalité des établissements concernés par la prise en charge du malade en fin de vie - soit 102 établissements - a mis en place une procédure de gestion des soins de fin de vie.

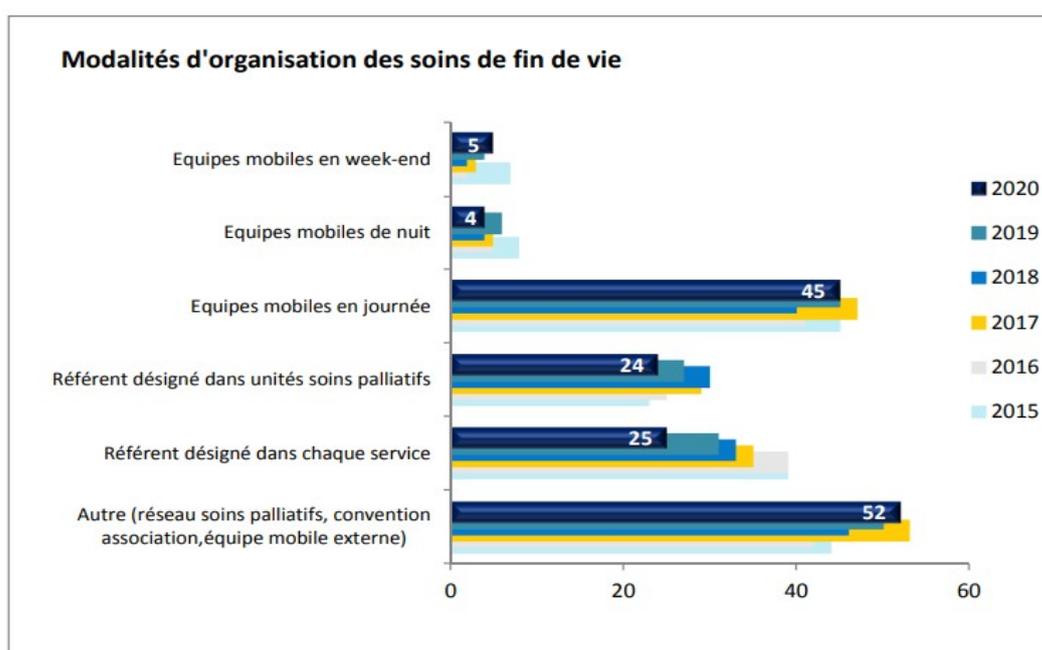


Figure 18: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Modalités d'organisation des soins de fin de vie.

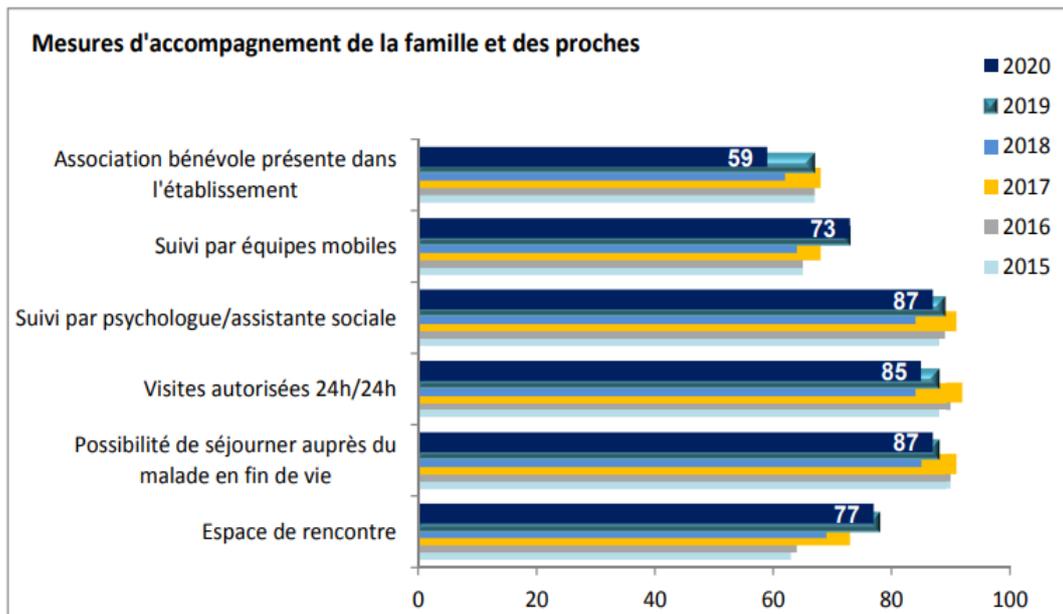


Figure 19: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Mesures d'accompagnement de la famille et des proches.

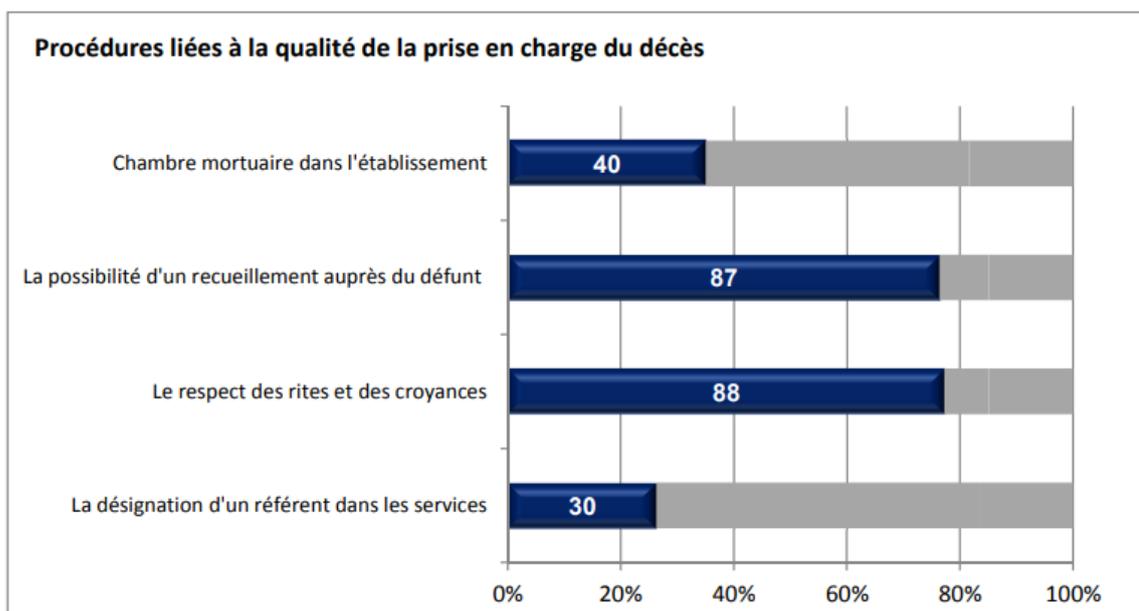


Figure 20: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Procédures liées à la qualité de la prise en charge du décès.

D - Accès aux soins palliatifs

Les Lits identifiés (LISP) situés dans des établissements sanitaires (CH, CHU ou SSR) sont au nombre de 444 en région soit un ratio de 11.7 lits pour 100 000 habitants (contre 8.4 pour 100 000 habitants en France entière).

Le nombre de LISP a connu peu d'évolution au cours des 5 dernières années (+30 LISP). Des reconnaissances ont été accordées dans les territoires reconnus en déficit, soit ceux situés en dessous de la moyenne régionale (Mayenne, sud Vendée...)

Les lits en Unité de soins palliatifs (USP) sont au nombre de 48, soit un ratio de 1.26 lits pour 100 000 habitants (contre 2.8 lits pour 100 000 habitants en France entière). Cette offre a connu une évolution importante, car seulement 16 lits étaient ouverts en 2015. Le plan national 2015/2016 prévoyait au moins un lit d'USP / 100 000 habitants, ce qui est désormais le cas. Cependant, certaines USP (Le Mans, La Roche) sont régulièrement soumises à des fermetures ou à des diminutions de capacité pour des raisons de ressources humaines.

Une part non négligeable des soins palliatifs (de l'ordre de 13% des séjours sur les 4 dernières années) se réalise dans des services non pourvus de lits dédiés.

Les dispositifs mobiles sont principalement constitués des Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP). Celles-ci sont au nombre de 25 (dont 1 équipe spécialisée en soins palliatifs pédiatriques présente sur 2 sites: au CHU de Nantes et au CHU d'Angers). Au cours des 5 dernières années, 3 équipes ont été créées par transformation de réseaux de santé. Les dotations allouées aux EMSP ont progressé de 15% entre 2015 et 2020. Cependant, leurs capacités à intervenir au domicile conventionnel reste limité.

Concernant le domicile, il faut noter : l'activité des HAD (30% de leur activité est constituée par des soins palliatifs), l'activité des professionnels de ville, les SSIAD... Ces activités sont difficiles à quantifier sur le sujet précis des soins palliatifs.

La traduction du plan national en région :

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 raison de la crise sanitaire.

Le plan national sera décliné sur chaque territoire de santé afin de définir les actions prioritaires au regard des besoins et des forces en présence.

Cette déclinaison sera travaillée lors du premier semestre 2022, avec une participation active des acteurs et des usagers.

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. Associer les associations d'usagers est important, car les réflexions menées ne doivent pas rester au niveau des spécialistes de ce domaine.

4 - Droit à l'information

A - Permettre l'accès au dossier médical

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

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.
- 84 % des établissements ont été sollicités en 2020 (contre 87 % en 2019) pour au moins une demande d'information médicale. Parmi ceux-ci, 70 % ont enregistré moins de 40 demandes (69 % en 2019). 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.

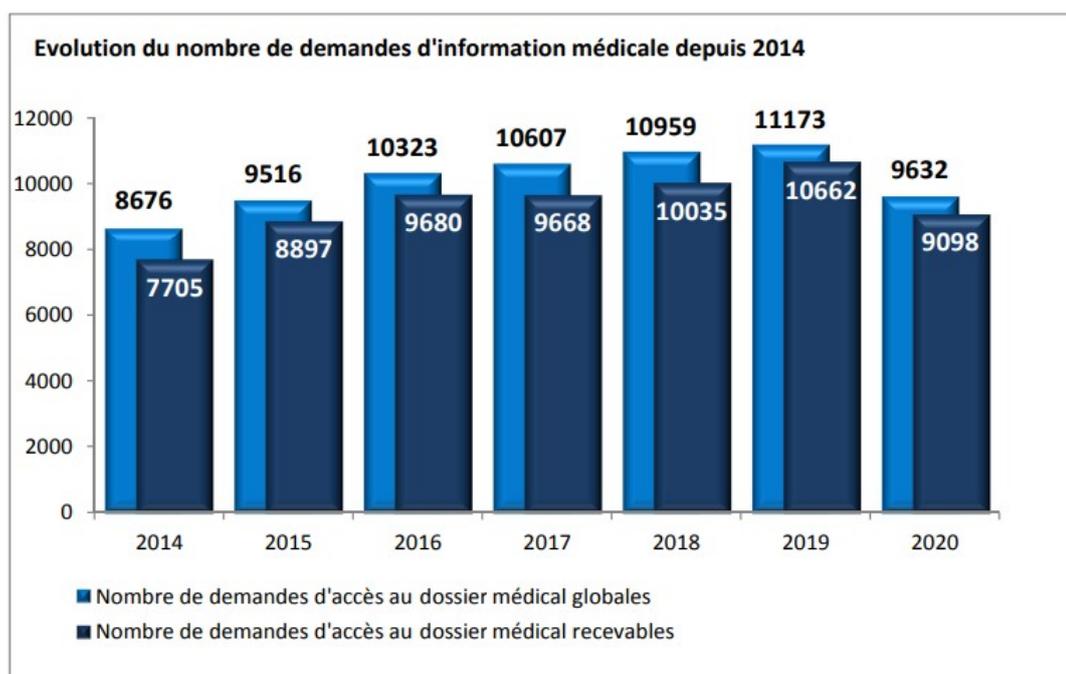


Figure 21: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Evolution du nombre de demandes d'information médicale depuis 2014.

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

Le nombre de demandes non recevables se stabilise en 2020 : 534 demandes ont été enregistrées (+ 23 par rapport à 2019).

Délais de réponse – demandes de dossiers de moins de 5 ans (sur 92 établissements concernés):

- 84 établissements ont répondu dans un délai maximum de 8 jours
- 3 établissements ont dépassé le délai réglementaire
- 5 établissements n'ont pas précisé le délai maximum

Délais de réponse – demandes d’informations médicales de plus de 5 ans (sur 55 établissements concernés) :

- 39 établissements ont répondu dans un délai inférieur à 2 mois
- 12 établissements ont dépassé le délai réglementaire
- 4 établissements n’ont pas précisé le délai maximum

Le non-respect du délai légal s’explique pour la majorité des établissements par la gestion de la crise sanitaire.

L’origine des demandes au dossier médical provient des patients, ayants droits ou tiers habilités pour 80% des établissements.

18 établissements sur 20 concernés prévoient une organisation permettant la consultation du dossier médical en cas d’hospitalisation sans consentement.

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.

B – La lettre de liaison à la sortie

Les derniers résultats de l’indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » ont été recueillis et publiés en 2019.

En raison de la crise sanitaire, la HAS a adapté ses dispositifs d’évaluation de la qualité :

- En annulant pour 2020 toutes les mesures nationales d’indicateurs à partir du dossier patient (dont la Qualité de la lettre de liaison à la sortie)
- En décidant en 2021 de rendre disponible pour les établissements de santé qui le souhaitent l’évaluation de la qualité à partir des audits des dossiers patients, pour certaines prises en charge au choix, sur les dossier 2021 (dont la lettre de liaison à la sortie en psychiatrie). Ce recueil étant sur la base du volontariat, les résultats n’ont pas été diffusés.

En 2022, le recueil de l’indicateur Qualité de la lettre de liaison à la sortie est obligatoire pour les établissements de santé (MCO, Ambulatoire, SSR, Psychiatrie), et se déroulera du 15 avril au 30 septembre 2022.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

En l’absence de données récentes la CSDU prévoit d’être attentive à partir de 2022 à cet élément important pour les usagers.

C – Mon espace Santé

Dans le cadre du programme numérique Ma santé 2022, la messagerie sécurisée de 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 de santé, à fin 2021, 88,5% des Établissements de Santé et 56,3% 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, en 2021, 1 203 792 DMP ont été créés en Pays de la Loire, dont 1 190 813 sur le dernier trimestre 2021 via le pilote Mon Espace Santé en Loire-Atlantique. 151 950 DMP ont été alimentés, dont 32% sur cette fin d'année.

Sur l'année 2021, en moyenne 21 301 DMP différents ont été alimentés chaque mois pour 35 746 documents déposés par les acteurs de santé de la région (hors alimentation de l'historique de remboursement), pour environ 4 450 DMP consultés mensuellement.

Avec l'ouverture de Mon Espace Santé en Loire-Atlantique, le nombre de DMP alimentés mensuellement sur le département a été multiplié par 4 en novembre et décembre 2021.

Au niveau national, le taux d'opposition à la création de Mon Espace Santé constaté lors de la phase pilote était de 0,69%.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Mon Espace Santé, expérimenté en Loire-Atlantique, est en cours de déploiement sur le territoire national.

Des moyens importants – 2 milliards d’euros – ont été attribués à la réalisation de ce projet.

La CSDU et la CRSA souhaiteraient être plus associés dans le suivi du déploiement de Mon Espace Santé.

Plusieurs points de vigilance :

- La dématérialisation des données de santé pose la question de la fracture numérique. Un important travail d’information et d’accompagnement devra être mené, notamment auprès des personnes les plus éloignées du numérique (personnes âgées, personnes en situation de précarité..) afin de s’assurer que cet outil ne renforce pas les inégalités sociales de santé et ne soit un frein à l’accès aux droits.
- L’ouverture automatique de Mon Espace Santé si aucune opposition n’a été réalisée et l’intégration d’informations par les professionnels de santé pose la question du consentement éclairé. Cela permet d’obtenir un bon taux d’ouverture de comptes, mais cela ne signifie pas une mise en œuvre effective de mon Espace Santé.
- Le développement annoncé d’un dispositif des ambassadeurs, visant à aider les citoyens les plus éloignés du numérique à prendre en main cet outil, sera à suivre dans son développement. Il est nécessaire que ce dispositif d’aide s’inscrive dans la durée, soit de proximité, prenne en compte l’ensemble des vulnérabilités des territoires.
- L’accompagnement annoncé des professionnels de santé sera également à analyser, afin d’appréhender l’appropriation, l’utilisation effective de cet outil par l’ensemble des acteurs y ayant accès (en 2021 : seulement 21 301 DMP alimentés par mois et 4 450 consultés mensuellement)
- Il ne faut pas renouveler l’expérience du précédent du DMP, rempli par les patients mais pas alimentés par les professionnels de santé.
- Il est nécessaire qu’un calendrier clair de déploiement vis à vis des professionnels de santé soit mis en œuvre, conjuguant les incitations et sanctions
- La question de l’asymétrie de la relation entre le professionnel de santé et le patient doit être retravaillée pour permettre une relation d’égalité. Actuellement, seul le professionnel de santé peut adresser un message au patient, et le patient peut y répondre. En revanche, le patient ne peut pas prendre l’initiative d’un échange par messagerie.
- La question de la coordination entre professionnels de santé doit également faire l’objet d’un travail, notamment concernant la mise en ligne de certains résultats d’analyse sans que le patient n’ait préalablement vu le professionnel de santé.
- La capacité de certains ouvrants droits à accéder au dossier d’ayant droits peut poser un problème, dans le cadre de violences conjugales par exemple.
- Enfin, la question de la sécurité des données doit faire l’objet d’un suivi continu et d’une transparence, gage de bonne démocratie sanitaire.

D - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

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 (conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement). Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

- 85 % des établissements ont mis en place une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées (82% en 2019).
- Parmi les 9 établissements n'ayant pas encore prévu de procédure d'information (20 établissements en 2019) : 7 ne sont pas concernés par cette thématique, 2 n'ont pas transmis d'information.

L'information de l'utilisateur se fait principalement par :

- L'affichage et/ou le livret d'accueil (95 %) et à l'accueil
- Par les personnels des services (58 %)
- Par une personne référente désignée au sein du personnel (15 %).
- 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.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Il y a encore beaucoup à faire concernant l'information des usagers sur les directives anticipées.

L'initiative du CHU de Poitiers et de l'ARS Nouvelle Aquitaine est à souligner : depuis février 2022, une cellule d'information et de recueil des directives anticipées (CIRDA) a été créée, ainsi qu'un poste d'infirmière référente parcours directives anticipées. Cette mission vise à informer le grand public sur les directives anticipées, former le personnel du CHU, le milieu médico-social extérieur et les associations. Elle aide également à la rédaction des directives anticipées sous forme d'ateliers ou de consultations pour les usagers.

E - Désigner une personne de confiance

Données issues de la synthèse régionale des rapports des Commissions des usagers

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 ».

Il existe une procédure de désignation de la personne de confiance dans l'ensemble des établissements.

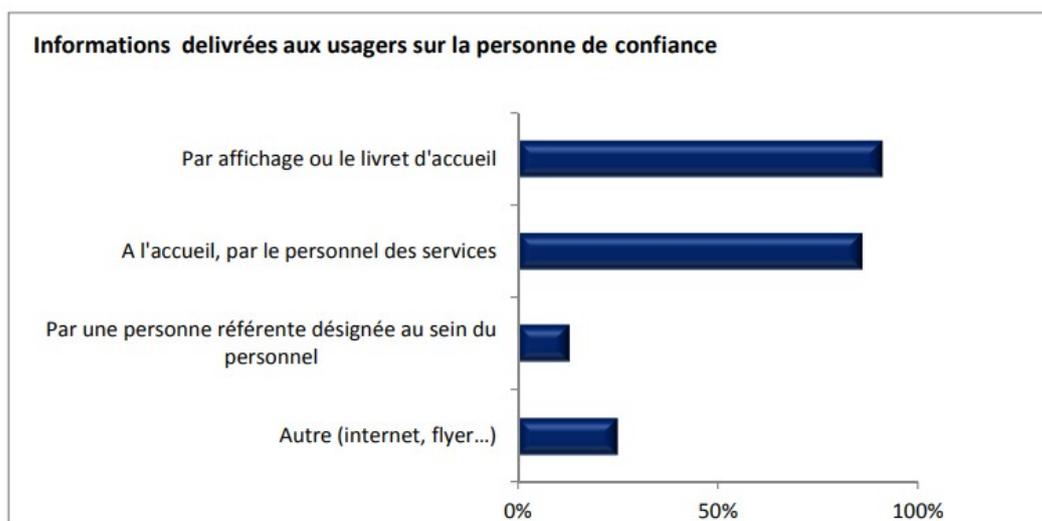


Figure 22: Synthèse régionale des rapports d'activité de la Commission Des Usagers des établissements de santé Pays de la Loire. Informations délivrées aux usagers sur la personne de confiance.

5 – Santé mentale- veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)

La Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP), le Code de la santé publique y consacre les articles L. 3223-1 à L. 3223-3 et R. 3223-1 à R. 3223-11.

L'article L. 3223-2 du Code de la santé publique fixe la composition de la CDSP. La suppression du magistrat dans la composition de la CDSP est effective depuis la promulgation de la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice, mais les magistrats désignés avant la date de la promulgation de la loi continuent de siéger au sein de l'instance jusqu'au premier renouvellement de chaque commission postérieure à la promulgation de la loi.

L'article L. 3222-5 du Code de la santé publique fixe le champ de compétence global de la CDSP : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 3222-4, dans chaque département une commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres II et IV du titre Ier du présent livre ou de l'article L. 706-135 du Code de procédure pénale au regard des libertés individuelles et de la dignité des personnes ».

Ce dispositif ne donne à la CDSP qu'une compétence limitée à l'examen de la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement.

La CDSP peut être saisie par toute personne en soins psychiatriques sans consentement, en application de l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique, qui précise le détail des droits dont la personne en soins psychiatriques sans consentement « dispose en tout état de cause ». Ce dispositif est à relier avec l'article L. 3223-1, 2° qui précise que la CDSP : « reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II

à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale ou celles de leur conseil et examine leur situation ».

L'exercice de ces droits suppose celui du « droit d'écrire » et d'user de tous les moyens de communication qui permettent de joindre la CDSP, dont la communication téléphonique ou électronique.

L'article L. 3223-1 du Code de la santé publique établit un bloc de huit champs de compétences de la CDSP, dont les principaux sont qu'elle :

« 1° Est informée dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre premier du présent livre de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins.

2° Reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale ou celles de leur conseil et examine leur situation ... » Elle statue sur les modalités d'accès au dossier médical.

Ces compétences sont précisées par l'article R. 3223-8.

« ... 3° Examine en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatrique en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale, et obligatoirement dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

a) Celle des toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 (admission en cas de péril imminent) ;

b) Celle de toute personne dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ; ... »

La Commission peut alors demander au directeur (article L. 3212-9), proposer au préfet (article L. 3213-4) et proposer au JLD la levée d'une mesure de soins sans consentement (article L. 3223-1,7°).

La CDSP visite au moins deux fois par an les établissements habilités à recevoir des patients hospitalisés sans consentement, et reçoit les patients qui le souhaitent, vérifie les informations figurant sur le livre de la loi (article L. 3223-1, 5°) et contrôle le registre de l'isolement et de la contention qui « doit être présenté, sur leur demande, à la CDSP, au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté et aux parlementaires » (article L. 3222-5-1, issu de l'art. 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé).

Elle est composée de :

- Deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet,
- Deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département,
- Un médecin généraliste désigné par le préfet.

Le présent rapport est établi sur la base des données et informations mentionnées dans chacun des rapports annuels 2021 des CDSP (Commissions Départementales des Soins

Psychiatriques) des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée.

Toutefois, à titre liminaire, il faut souligner que 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 relatifs 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 comporte plus aucun magistrat. Issue d'un amendement de la commission des lois de l'Assemblée Nationale Il est apparu aux parlementaires et au gouvernement qu'il fallait 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.
 - Enfin, l'article 84 de la loi de décembre 2020, modifié par la loi du 16 janvier 2022 confie désormais au JLD toute mesure d'isolement de plus de 24h, toute mesure de contention de plus de 12h. Le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement rappelle le sens de la loi et les conditions de son application.
- **Mesures d'admission aux soins sans consentement en psychiatrie**

Seules les plus significatives et les plus connues des usagers de la psychiatrie ont été retenues afin de ne pas alourdir la lecture du rapport.

Admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat – 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.

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, attestant 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 de 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 aux vues d'un seul certificat médical circonstancié, établi obligatoirement par un médecin extérieur de l'établissement, attestent de la nécessité immédiate d'une hospitalisation. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant par exemple.

- **Éléments statistiques de synthèse des rapports CDSP des 5 départements de la région Pays de la Loire**

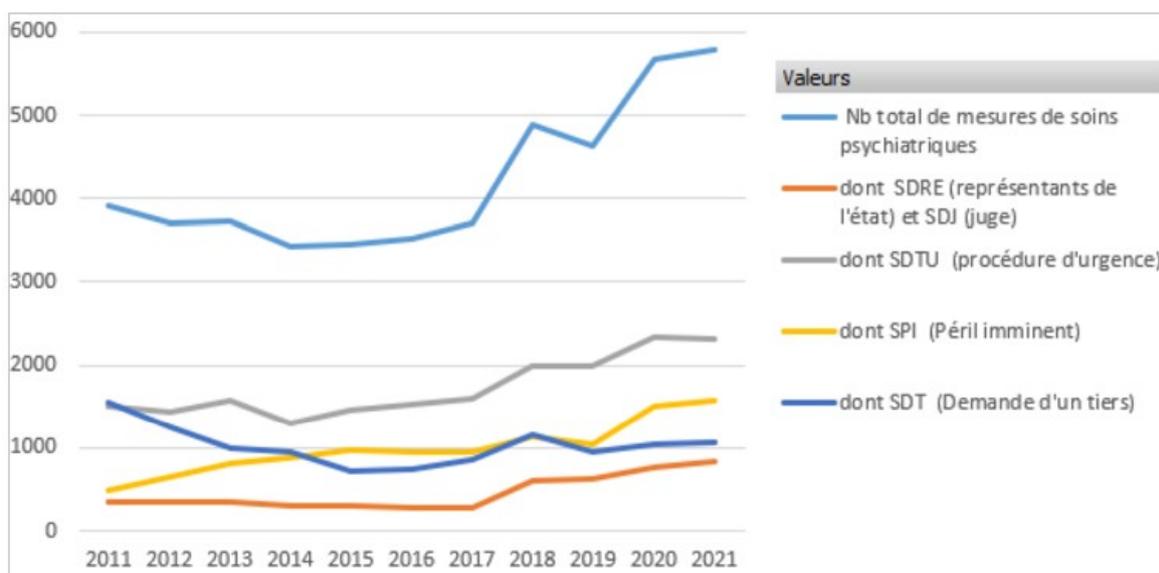
Éléments statistiques des soins sans consentement

Le contexte de la pandémie et du confinement ont mis les établissements publics de santé mentale en très grande tension. Les représentants des usagers ne peuvent que constater globalement une forte augmentation des mesures (figure 1) dans des proportions inquiétantes.

Tous les types de mesures sont concernées, à l'exception des demandes d'un tiers qui restent stables.

Ces données réglementaires, trop centrées sur les mesures, ne permettent pas d'appréhender le contexte des EPSM et du quotidien des personnes hospitalisées. Comment interpréter le nombre de mesures sans avoir connaissance de la file active des hospitalisations, des données populationnelles, des effectifs des personnels soignant, des consommations de pharmacie ? Ces dernières qui ne font pas partie des données réglementaires (Arrêté du 26 juin 2012 fixant le modèle du tableau des statistiques d'activité des commissions départementales des soins psychiatriques prévu à l'article R. 3223-11 du code de la santé publique).

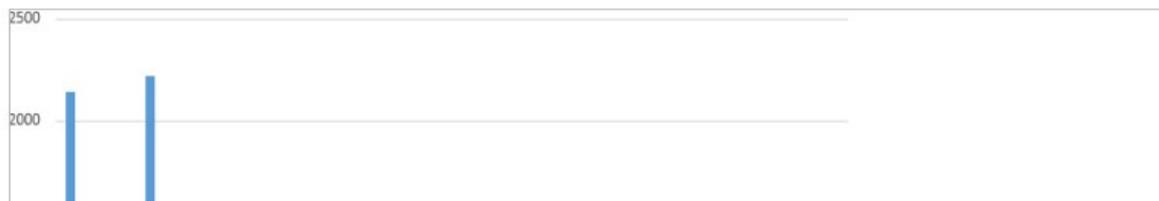
Evolution du nombre de mesures pour les Pays de la Loire (figure 1 et tableau 1)



Année	Nb total de mesure	dont SDRE (représe	dont SDTU (procédu	dont SPI (Péril imm	dont SDT (Demande
2011	3914	363	1497	499	1555
2012	3716	349	1449	656	1262
2013	3735	341	1581	817	996
2014	3424	295	1296	885	948
2015	3457	300	1456	984	717
2016	3521	286	1540	954	741
2018	3705	283	1611	956	855
2018	4880	600	1985	1145	1150
2019	4622	620	1998	1040	964
2020	5672	769	2344	1506	1052
2021	5797	837	2325	1570	1063

Toutefois, **il existe des disparités importantes entre départements** avec une décroissance des mesures dans deux d'entre-deux, le Maine et Loire et la Vendée, sans que l'on puisse avoir des éléments d'explication (figure 2).

Evolution du nombre de soins sans consentement par Territoire (figure 2 et tableau 2)



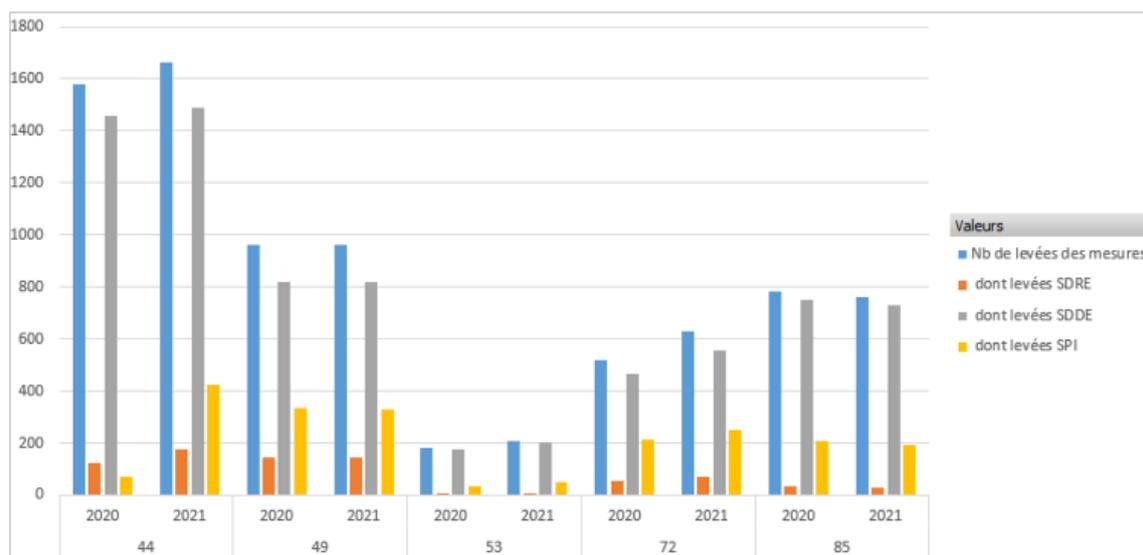
Territoire	Nb de mesures de soins psychiatriques	dont SDRE (représentant de l'état) et SDJ (juge)	dont SDTU (procédure d'urgence)	dont SPI (Péril imminent)	dont SDT (Demande d'un tiers)
44	4366	574	2227	1028	537
2020	2144	264	1108	497	275
2021	2222	310	1119	531	262
49	2441	461	836	760	384
2020	1237	231	408	387	211
2021	1204	230	428	373	173
53	664	108	395	133	28
2020	312	48	194	56	14
2021	352	60	201	77	14
72	1669	283	361	608	415
2020	779	130	184	285	179
2021	890	153	177	323	236
85	2329	180	850	547	751
2020	1200	96	450	281	373
2021	1129	84	400	266	378
Total général	11469	1606	4669	3076	2115

Le nombre de **levées des mesures** est en augmentation en 2021 par rapport à 2020. Les nombre de levées des mesures n'était pas suivis dans les précédentes mandatures de la CRSA. Nous n'avons pas le recul nécessaire pour mesurer l'effet pandémie

Les levées sur les mesures à la demande des directeurs d'établissement sont largement majoritaires.

Au vu de la démographie médicale, la prise en charge des personnes sorties et leur suivi en ambulatoire est une vraie question.

Evolution du nombre de levées des mesures par Territoire (figure 3 et tableau 3)

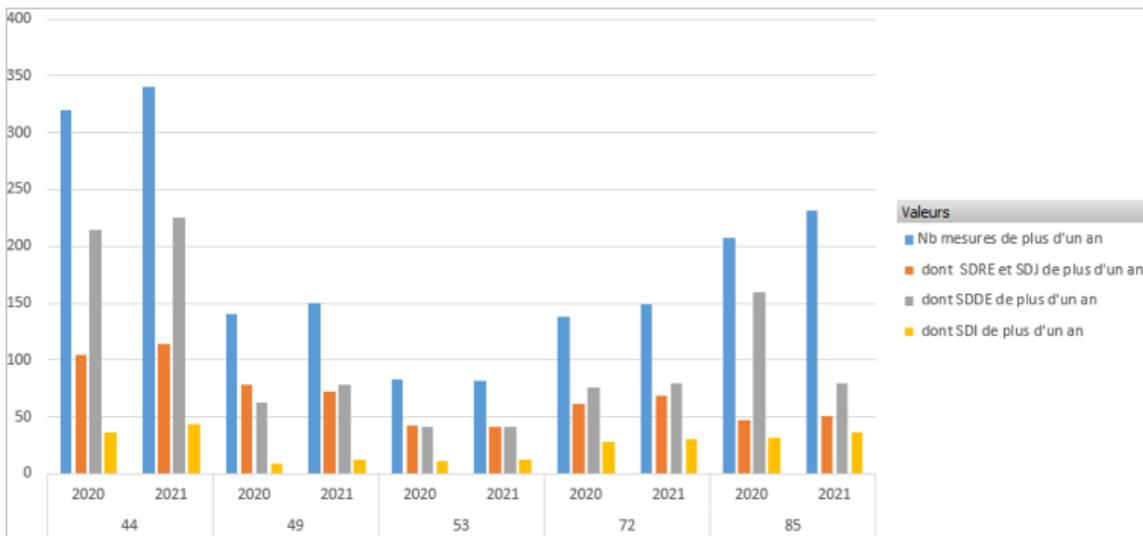


Territoire	Nb de levées des mesures	dont levées SDRE	dont levées SDDE	dont levées SPI
44	3239	296	2943	495
2020	1577	122	1455	72
2021	1662	174	1488	423
49	1927	287	1640	664
2020	963	145	818	335
2021	964	142	822	329
53	392	16	376	82
2020	183	7	176	33
2021	209	9	200	49
72	1150	127	1023	464
2020	520	54	466	213
2021	630	73	557	251
85	1545	64	1481	402
2020	784	35	749	208
2021	761	29	732	194
Total général	8253	790	7463	2107

Là encore, les **nombre de mesures depuis plus d'un an** qui définissent **les patients au long cours** n'étaient pas suivis dans les précédentes mandatures de la CRSA. Nous n'avons pas le recul nécessaire pour mesurer l'effet pandémie.

Le concept de société inclusive, la sortie des malades au long cours a encore du chemin à faire pour faire sortir les personnes concernées de l'hôpital.

Evolution du nombre de mesures de plus d'un an par Territoire (figure 4 et tableau 4)



Territoire	Nb de mesures de plus d'un an	dont SDRE et SDJ de plus d'un an	dont SDDE de plus d'un an	dont SDI de plus d'un an
44	660	219	441	81
2020	320	105	215	37
2021	340	114	226	44
49	291	150	141	22
2020	141	78	63	9
2021	150	72	78	13
53	165	83	82	23
2020	83	42	41	11
2021	82	41	41	12
72	287	131	156	58
2020	138	62	76	28
2021	149	69	80	30
85	438	98	240	69
2020	207	47	160	32
2021	231	51	80	37
Total général	1841	681	1060	253

Fonctionnement des CDSP :

Composition 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 la commission départementale des soins psychiatriques de Vendée ne s'était plus réunie depuis le deuxième semestre 2017 faute de quorum s'est réunie en 2021.

*Un nouvel arrêté fixant la composition de la commission a été pris le 19/05/2021 et les **séances ont pu débuter le 22/06/2021.***

Visite des Établissements :

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

Les restrictions sanitaires liées à la pandémie avec une limitation de l'accès aux services n'ont pas permis de respecter ce nombre de visite dans les établissements.

Suivi de l'isolement et de la contention :

Alors que Le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifie la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention **mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement**, la publication des tableaux tels que précisés à l'annexe II de l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 doivent être **portés à la connaissance des membres de la CSDU de la CRSA.**

Ces chiffres de l'isolement et de la contention doivent être complétés d'une ventilation par nature du non-consentement (SDRE, SDTU, SDT, SPI), hospitalisation libre et pédopsychiatrie.

Ces ventilations sont déjà communiquées à certaines CDSP et ne pose pas, à priori, de problème de production de ces chiffres.

Une évolution de l'arrêté du 26 juin 2012 fixant le modèle du tableau des statistiques d'activité des commissions départementales des soins psychiatriques prévu à l'article R. 3223-11 du code de la santé publique est incontournable.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU Souligne avec satisfaction la reprise de la CDSP de Vendée à compter du 22 juin 2021.

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

- L'augmentation du nombre de soins sans consentement est une vraie inquiétude, notamment les « procédure d'urgence » et « péril imminent ».

- Les seuls rapports des CDSP ne permettent pas d'appréhender la réalité de la situation des soins sans consentement. L'effet de la pandémie est sans doute aggravant. La connaissance de la file active en proportion des données populationnelles par territoire, tout comme l'évolution des effectifs aux sein des établissements permettraient une meilleure interprétation des chiffres communiqués.

- Pour suivre les impacts de l'évolution de la réglementation sur « isolement et contention », une publication plus large (en particulier à la CSDU de la CRSA) des éléments du registre ventilés entre soins sans consentement, soins libres et pédopsychiatrie sur le modèle de l'annexe II de l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 est demandée.

- Dans le contexte de modification de la réglementation, le recours aux « camisolles chimiques » est un risque. La publication sur les consommations de pharmacie permettrait d'anticiper de telles dérives si elles se produisaient (particulièrement dans les services de pédopsychiatrie).

- Le nombre de mainlevées interroge sur la capacité des établissements à suivre les patients en ambulatoires dans un contexte de très grande tension sur les effectifs. Sur le suivi en ambulatoire la CSDU demande d'éléments chiffrés.

- Les alternatives à l'hospitalisation sans consentement des patients au long cours doivent se multiplier et éviter un engorgement des établissements

Enfin, la CSDU pense qu'une réflexion commune des CDSP de la Région Pays de la Loire, un partage d'expérience permettraient de renforcer les CDSP dans leurs pratiques.

Les CDSP restent le dernier recours à l'Humanité pour des personnes hospitalisées sans leur consentement dans un contexte aggravé par la pandémie et par des effectifs de soignants en très grande tension.

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

Depuis plusieurs années, les associations de défense des droits des personnes en situation de handicap dénoncent un manque de dispositifs médico-sociaux adaptés pour les enfants et adultes 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 eu lors de la Comex de la MDPH 44 une visioconférence avec Secrétaire d'Etat Sophie Cluzel le 28 avril 2021, avec la participation du Directeur Général de l'ARS. Le CCAPH 44 interpelle la Secrétaire d'État « Les constats sont faits, maintenant des actes ! ». 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. A cela se rajoute la pénurie de professionnels et les difficultés du Ségur de la Santé pour le médico-social handicap (mobilisation forte des associations du social et du médico-social à Nantes le 5 novembre 2021). La situation est dramatique pour ces nombreuses familles et personnes concernées et ce malgré les dynamiques de transition inclusive des réponses des associations et le travail de co-construction avec tous les partenaires publics et associatifs.

Loire Atlantique

En 2021-2022, 8613 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans le département : 6961 en milieu ordinaire (en scolarisation individuelle en classe ordinaire, ou en scolarisation collective dans le cadre de dispositifs spécifiques - ULIS, SEGPA ou EREA, soit +75 % depuis 2011-2012), 1390 en établissements médico-sociaux (-24 % depuis 2011-2012) et 262 en établissements hospitaliers (-34 % depuis 2011-2012).

412 élèves sont en attente de places en établissements médico-sociaux : dont 289 en classes ordinaires et 123 en ULIS.

La Loire Atlantique compte 1850 AESH (Accompagnants des élèves en situation de handicap) au 1^{er} mars 2022 (1715 en janvier 2021). Ces postes se caractérisent par de nombreuses démissions et un manque de ressources humaines.

Ainsi, 52 % des élèves bénéficient d'une aide mutualisée (46 % l'année précédente) et 48 % des élèves d'une aide individuelle (54 % l'année précédente).

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU réitère son commentaire du précédent rapport :

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, à 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 et la pénurie de professionnels exerçant auprès des personnes en situation de handicap impactant la qualité de l'accompagnement pose la question de la mise en effectivité des droits des enfants en situation de handicap relativement aux Conventions Internationales. Il est impératif de mettre en place les dispositifs nécessaires afin de répondre à leurs besoins et Droits fondamentaux.

7 - Inégalités sociales en santé et précarité

Source : Groupe Permanent Inégalités Santé Précarité (GPISP) de la CRSA

Le logement est un déterminant majeur de la santé de la population. Les études scientifiques ont démontré les liens entre la santé, la qualité du logement et le lieu de vie.³ Il est une des conditions préalables à la santé selon la charte d'Ottawa de l'OMS : "Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base."

En 2020, 26 % des personnes interrogées dans les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) des Pays de la Loire se trouvaient sans logement et/ou dans un contexte

3 Santé Publique France. (septembre 2021). Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. La santé en action, n°457. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2021-n-457-le-logement-determinant-majeur-de-la-sante-des-populations>

d'hébergement extrêmement précaire (hébergés quelques nuits sur le 115⁴, à la rue, en squat, en bidonville...). Il serait également nécessaire de prendre en compte le mal logement, la différence entre logement et hébergement, ainsi que la stabilité, les modalités et les contreparties de ces accueils.

Ces conditions de vie se cumulent à des problématiques de santé et d'accès aux soins (absence de couverture sociale...).

4 A ce jour et depuis de nombreuses années, le 115 n'est plus en capacité de donner accès à des places d'hébergement d'urgence à toutes les demandes

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le GPISP et la CSDU soulignent la nécessité :

- **Pour chaque personne de disposer d'une offre de logement et d'hébergement stable, digne et pérenne, condition indispensable pour un accès aux droits à la santé pour tou.te.s.**

- **Que soient mises en place une évaluation et une adaptation de l'offre de soins aux conditions/lieux de vie des personnes concernées et de leur entourage.**

De réels moyens doivent être mis en œuvre afin d'appliquer les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives aux retours à domicile (quand les personnes en ont un). Il est nécessaire que ceux-ci soient adaptés afin d'éviter les risques de rupture, les ré hospitalisations non programmées et une morbo-mortalité évitable. Le virage ambulatoire et les retours à domicile rapides sont délétères pour les plus fragiles et isolés (par exemple les sorties de maternité).

- **De développer la capacité des professionnel.le.s de santé à prendre en compte des conditions de vie et notamment des lieux de vie des patient.e.s.**

Mettre en place des incitations auprès des professionnel.le.s afin d'évaluer ces déterminants de santé via un indicateur « mal logement - isolement ».

Le GPISP et la CSDU notent :

Face aux difficultés récurrentes dans l'accès aux droits et aux soins rapportées, et au constat d'une sous-estimation des procédures de recours (refus de soins notamment) du à un manque d'informations et à la complexité des procédures, la Fédération des acteurs de la solidarité a créé un outil destiné à mieux qualifier et quantifier ces situations : « l'Observatoire santé Solidarité ». Les informations recueillies et anonymes constituent une base d'échange entre les Fédérations régionales/ le siège national, avec la Direction Générale de la Santé et les Agences régionales de santé, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le Défenseur des droits, les professionnels de santé (Union Régionale des Professionnels de Santé, Ordres Professionnels par ex), les commissions d'évaluation des pratiques de refus de soins etc.

Accessible à l'adresse : <https://observatoiresolidarite.org/enquetes/index.php/912155?newtest=Y>

La Mission Accompagnement Santé (MisAS) de la Caisse d'Assurance Maladie vise à lutter contre le non recours aux droits et aux soins. Ses missions et leurs effectivité pourront faire l'objet d'un suivi au sein des prochains rapports.

Le GPISP et la CSDU seront attentifs au sein de leurs prochains travaux, avec les acteurs compétents (ORS, IREPS, FAS...), à différents indicateurs et leurs suivis relatifs aux inégalités sociales de santé.

AXE 2 : ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ

1- Assurer l'accès aux médecins

A - Démographie médicale et répartition géographique

- **Ensemble des médecins** ⁵

Au 1er janvier 2021 :

- 11 320 médecins exercent en Pays de la Loire (+1,3 % par an depuis 2016, contre +0,4 % en France), soit 299 médecins pour 100 000 habitants (-12 % par rapport à la moyenne nationale)
- 50 % des praticiens en 2021 sont des femmes (46 % en 2016). (65 % pour les moins de 35 ans).
- Age moyen : 48,7 ans (50 ans en 2016). (A l'échelle nationale: 50,7 ans en 2021 contre 51,4 ans en 2016).
- 59 % des médecins exerçant en 2021 ont obtenu leur diplôme dans les Pays de la Loire, 35 % l'ont obtenu dans une autre région française, et 6 % à l'étranger (10 % au plan national).

Sur les 11 320 médecins en Pays de la Loire:

- 42% sont salariés
- 58% ont un exercice libéral ou mixte

Depuis 2016, le nombre de praticiens salariés a augmenté plus vite (+2,1% par an) que le nombre de praticiens libéraux ou mixtes (+0.8%) dans la région (respectivement +1,3% et -0,3% en France).

Croissance du nombre de médecins dans la région :

- Médecins généralistes : + 0,9 % depuis 5 ans
- Autres spécialistes : + 1,8 % depuis 5 ans

Le taux de croissance annuel moyen du nombre de médecins diminue en Mayenne et en Sarthe (-0,3 % et -0,5 % respectivement)

5 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, novembre). Démographie de l'ensemble des médecins en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_30_MEDECINS_v3.pdf

Fig.4 Effectif, densité et évolution des médecins¹ par département
Pays de la Loire, France (01/01/2021)

	Ensemble des médecins			Médecins généralistes			Médecins spécialistes ²			Médecins libéraux ³			Médecins salariés		
	Effectif 2021	Densité ⁴ 2021	TCAM ⁵ 2016- 2021	Effectif 2021	Densité ⁴ 2021	TCAM ⁵ 2016- 2021	Effectif 2021	Densité ⁴ 2021	TCAM ⁵ 2016- 2021	Effectif 2021	Densité ⁴ 2021	TCAM ⁵ 2016- 2021	Effectif 2021	Densité ⁴ 2021	TCAM ⁵ 2016- 2021
Loire-Atlantique	5 079	360	+2,0%	2 408	170	+1,6%	2 671	189	+2,3%	2 986	211	+1,9%	2 093	148	+2,1%
Maine-et-Loire	2 777	340	+1,6%	1 308	160	+1,3%	1 469	180	+1,8%	1 573	193	+1,1%	1 204	148	+2,2%
Mayenne	607	198	-0,3%	338	110	-0,6%	269	88	+0,1%	353	115	-0,8%	254	83	+0,6%
Sarthe	1 297	229	-0,5%	643	114	-1,3%	654	116	+0,4%	713	126	-2,1%	584	103	+1,7%
Vendée	1 557	229	+1,2%	855	126	+0,5%	702	103	+2,1%	884	130	+0,1%	673	99	+2,6%
Pays de la Loire	11 317	299	+1,3%	5 552	147	+0,9%	5 765	152	+1,8%	6 509	172	+0,8%	4 808	127	+2,1%
France	227 700	341	+0,4%	100 488	151	-0,3%	127 212	191	+1,0%	127 849	192	-0,3%	99 851	150	+1,3%

Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS, 2016, 2021 ; 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 22: Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, « Effectifs, densité et évolution des médecins par départements. Pays de la Loire . 01/01/2021⁶

• Médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2021, les Pays de la Loire comptent 5 552 médecins généralistes⁷ :

- 3 744 exercent en secteur libéral ou mixte (libéral et salarié), soit 67 % contre 65 % en France.
- 1 808 médecins généralistes sont salariés, dont un peu plus de la moitié en établissement de santé (idem en France).

Médecins salariés :

Leur nombre à augmenté de 1,8 % par an depuis 2016 (0,5 % en France).

Médecins généralistes libéraux:

- La moitié sont des femmes (41 % en 2016). Cette proportion atteint 72 % parmi les praticiens âgés de moins de 35 ans.
- Age moyen : 48,3 ans en 2021 (50,4 ans en 2016). 21 % ont moins de 35 ans, 27 % ont 60 ans et plus
- Leur nombre à progressé de 0,4 % par an depuis 2016 (-0,8 % en France)
- 16 % sont inscrits comme remplaçants (13 % en France) contre 12 % en 2016
- 67 % des médecins généralistes libéraux exerçant en 2021 ont obtenu leur diplôme dans les Pays de la Loire, 30 % l'ont obtenu dans une autre région française et 3 % à l'étranger (4 % en France).
- 70 % sont installés en groupe (cabinet de groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle - MSP) en 2021 (56 % en France). En janvier 2021, la région compte 109 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) reconnues par l'Agence Régionale de Santé.

6 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, novembre). Démographie de l'ensemble des médecins en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_30_MEDECINS_v3.pdf

7 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, novembre). Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_31_MED_SPE_generalistes_v3.pdf

Fig.3 Effectif et évolution des médecins généralistes libéraux¹ par département
Pays de la Loire, France (01/01/2021)

	Effectif 2021	TCAM ² 2016-2021
Loire-Atlantique	1 698	+1,8%
Maine-et-Loire	926	+1,0%
Mayenne	210	-1,7%
Sarthe	383	-3,3%
Vendée	527	-1,1%
Pays de la Loire	3 744	+0,4%
France	65 864	-0,8%

Source : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS, 2016, 2021 - Exploitation ORS Pays de la Loire

1. Libéraux ou mixtes, y compris médecins à mode d'exercice particulier (MEP) et médecins remplaçants.
2. Taux de croissance annuel moyen.

Fig.4 APL aux médecins généralistes libéraux¹ de moins de 65 ans et évolution par département
Pays de la Loire, France (2019)

	APL < 65 ans 2019	TCAM ² 2016-2019
Loire-Atlantique	3,9	-0,6%
Maine-et-Loire	3,9	-1,0%
Mayenne	2,7	-2,2%
Sarthe	2,7	-2,4%
Vendée	3,0	-2,7%
Pays de la Loire	3,4	-1,3%
France	3,5	-1,5%

Sources : Sniiram, EGB (Cnam) ; Insee - traitements Drees Exploitation ORS Pays de la Loire

1. Médecins généralistes libéraux et salariés de centres de santé.
2. Taux de croissance annuel moyen.

Figure 23: Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, « Effectif et évolution des médecins généralistes libéraux par département » et « APL aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans et évolution par département ». Pays de la Loire. 01/01/2021. ⁸

L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur prenant en compte les besoins différenciés en fonction de l'âge de la population, la disponibilité des praticiens en termes de volume d'activité et l'offre de médecins à proximité immédiate de la zone concernée. Elle s'exprime en nombre moyen de consultations accessibles par an et par habitant.

L'APL moyenne aux médecins généralistes libéraux âgés de moins de 65 ans est de 3,4 consultations par habitant en 2019 en Pays de la Loire (3,5 en France). Des disparités importantes existent cependant selon les secteurs géographiques : en Loire Atlantique et Maine et Loire l'APL moyenne est relativement élevée (3,9) contrairement à la Sarthe et à la Mayenne (2,7), faisant partis des départements français ayant les plus faibles APL moyennes.

L'APL moyenne aux médecins généralistes libéraux âgés de moins de 65 ans a diminué de 1,3 % par an en moyenne depuis 2016 (-1,5 en France). Tous les départements sont concernés par cette baisse (de - 0,6 % en Loire-Atlantique à - 2,7 % en Vendée)

8 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, novembre). Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_31_MED_SPE_generalistes_v3.pdf

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La région est confrontée à une forte évolution démographique, un vieillissement de la population, des ressources professionnelles insuffisantes, une vague de départs en retraite dans de nombreuses professions, des pratiques professionnelles en évolution (plus de temps partiels...). De plus, le numerus clausus a également conduit aujourd'hui à un nombre insuffisant de professionnels formés.

La suppression récente du numerus clausus ainsi qu'une augmentation du nombre de professionnels formés est nécessaire. La CRSA a émis un avis défavorable le 2 décembre 2021 concernant les augmentations capacitaires proposées par les UFR concernant l'accès en première année des seconds cycles des études en MMOP (médecine, maïeutique, odontologie, et pharmacie) dans les UFR de Nantes et Angers prévues pour les années 2021-2025. Elle a souligné l'insuffisance des évolutions prévues pour répondre aux besoins de santé actuels et projetés. Certains territoires déjà en difficultés le seront d'autant plus dans les prochaines années, l'accès aux soins de plus en plus difficile, et les conditions de travail des professionnels de plus en plus dégradées. La crise COVID est venue renforcer les difficultés rencontrées par les professionnels et allonger les temps d'accès à un soignant pour les patients.

Ces tensions concernent tous les professionnels et secteurs, conduisant à des surcharges des services d'urgence, des déprogrammations d'opérations chirurgicales, des fermetures de lits en soins de suite et rééducation, des difficultés de prise de rendez-vous chez un médecin traitant (pour ceux qui en ont un), des ruptures de parcours de soins, un manque de personnel dans les EHPAD, des tensions importantes sur les services de soins à domicile.... L'accès aux soins des personnes les plus vulnérables, notamment en situation de handicap, est préoccupante.

La CSDU rappelle:

- La nécessité d'une répartition équitable des professionnels de santé sur le territoire
- La nécessité que tous les leviers soient mobilisés afin d'accroître le nombre de professionnels formés
- Les patients doivent être mieux informés quant aux dispositifs permettant l'accès à un médecin sans rendez-vous
- L'importance de penser à l'accélération du transfert des compétences aux professions paramédicales. Pour cela : accroître le nombre de formations et rendre ces métiers attractifs (conditions de travail, évolutions professionnelles, salaire...)
- La nécessité d'apporter une réponse globale : comprenant l'accompagnement, l'organisation des soins, la qualité de vie au travail, l'attractivité des territoires, les stages...
- L'importance de co-construire cette réponse avec le territoire et ses acteurs (collectivités locales, Conseils Départementaux, Conseil Régional, CRSA, usagers...)
- Le financement des Maisons de Santé pluridisciplinaires est significatif sur notre région. Permettent-elles pour autant une meilleure coopération entre les professionnels de santé et des effets positifs sur le parcours de soins des patients ? Le financement public de ces mesures doit être plus transparent, lié à des objectifs précis, évalués et contrôlés.

B - Accessibilité financière aux professionnels de santé libéraux

- **Répartition des médecins par secteurs tarifaires**

Fin 2019, selon les données de l'assurance maladie, 96 % des médecins généralistes libéraux exercent en secteur 1, c'est-à-dire qu'ils appliquent des tarifs sans dépassement d'honoraires ou avec des dépassements modérés (93 % en France). Ces proportions sont encore plus importantes en excluant les médecins à mode d'exercice particulier (MEP) (98 % vs 95 au plan national)⁹.

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

Actes thérapeutiques	Taux de séjours avec dépassements d'honoraires (%)						
	2012	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bulbe oculaire	32,5	42 ↑	42	47,7 ↑	49,4 ↑	54 ↑	61 ↑
Oreille	16,8	21 ↑	22	24,6 ↑	26,4 ↑	27,9 ↑	32,5 ↑
Veines	39,8	41	41	40,8	40,3	38,6	35,9
Dents	NR	33	35 ↑	40,8 ↑	44 ↑	48,3 ↑	52,7 ↑
Appareils génitaux (H)	56,8	69 ↑	71 ↑	71,8	71,3	70,8	71,2
Articulations des membres inférieurs	63,7	71 ↑	69	68,6	70	62,2	71,4 ↑
Sein	59,5	66 ↑	69 ↑	68,1	66,7	65,5	65,8
Procréation Grossesse Foetus Nouveau-Né	45,8	46	38	38,8	36,2	36,8	37,3

Actes thérapeutiques	Dépassements moyens						
	2012	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bulbe oculaire	125	133 ↑	132	134 ↑	140,9 ↑	146,1 ↑	147,8 ↑
Oreille	157	169 ↑	164	174 ↑	172,5	186,9 ↑	203,7 ↑
Veines	152	166 ↑	168 ↑	170 ↑	179,7 ↑	182,4 ↑	182,3
Dents	NR	73	80 ↑	81	86,7 ↑	89 ↑	94,2 ↑
Appareils génitaux (H)	165	241 ↑	267 ↑	271 ↑	281 ↑	268,6	293,8 ↑
Articulations des membres inférieurs	233	281 ↑	288 ↑	285	301,9 ↑	314,9 ↑	325,8 ↑
Sein	516	579 ↑	609 ↑	619 ↑	636,5 ↑	686,8 ↑	680,5
Procréation Grossesse Foetus Nouveau-Né	112	128 ↑	130 ↑	103	140,5 ↑	150,5 ↑	161,9 ↑

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/depassements-honoraires>

9 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, novembre). Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_31_MED_SPE_generalistes_v3.pdf

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.

2 – Accès aux infirmiers ¹⁰

Fig.2 Effectif, densité et évolution des infirmiers¹ par département
Pays de la Loire, France (01/01/2021)

	Effectif 2021	Densité ² 2021	Effectif 2016	TCAM ³ 2016-21
Loire-Atlantique	13 580	961	11 126	+ 4,1%
Maine-et-Loire	8 913	1 092	7 687	+ 3,0%
Mayenne	2 841	925	2 496	+ 2,6%
Sarthe	5 335	943	4 578	+ 3,1%
Vendée	5 801	853	4 729	+ 4,2%
Pays de la Loire	36 470	964	30 616	+ 3,6%
France	764 260	1 145	660 611	+ 3,0%

Sources : Drees, répertoire Adeli, 2016, 2021 ;

Insee - Exploitation ORS Pays de la Loire

1. Y compris infirmiers remplaçants.

2. Pour 100 000 habitants.

3. Taux de croissance annuel moyen des effectifs d'infirmiers.

Figure 24: Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, « Effectif, densité et évolution des infirmiers par département ». Pays de la Loire. 01/01/2021 ¹¹

Au 1^{er} janvier 2021 :

- 36 470 infirmiers exercent dans la région. Soit 964 infirmiers pour 100 000 habitants (densité inférieure de 16 % à la moyenne nationale: 1 145 infirmiers pour 100 000 habitants)
- 89 % des infirmiers sont des femmes.
- L'âge moyen est de 43,6 ans (45,5 ans en France). L'âge moyen tend à augmenter en lien avec une forte hausse de l'effectif des infirmiers âgés de 60 ans et plus (+ 3 245 professionnels entre 2016 et 2021, et soit 14 % des infirmiers en 2021 contre 7 % en 2016), ce qui s'observe notamment chez les infirmiers salariés.
- 54 % des infirmiers ont obtenu leur diplôme dans la région (65 % parmi les infirmiers ayant obtenu leur diplôme au cours des cinq dernières années)
- 67 % exercent dans un établissement de santé (les trois quarts dans les hôpitaux publics).
- 20 % sont salariés d'une structure non hospitalière telle que les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), établissements pour personnes en situation de handicap, centres de soins infirmiers, services de santé au travail, services de santé scolaire/universitaire...
- Plus de 10 % exercent en secteur libéral.

Des disparités départementales sont observées, en lien avec l'importance de l'offre en établissements de santé. La Vendée présente la densité d'infirmiers la plus faible (853), et le Maine-et-Loire la plus forte (1 092), proche de la moyenne nationale.

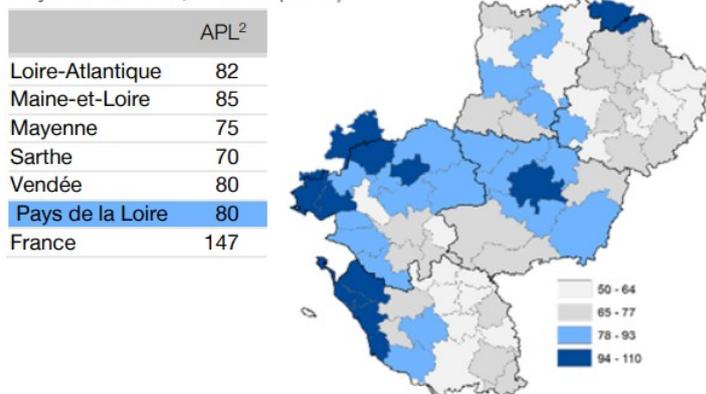
10 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, décembre). Démographie et activité des infirmiers en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_33_INFIRMIERS.pdf

11 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, décembre). Démographie et activité des infirmiers en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_33_INFIRMIERS.pdf

Exercice en établissement de santé	Exercice libéral et en centre de soins infirmiers (CSI)
<p>Fin 2019, 19 700 (17 600 ETP - équivalent temps plein) sont employés dans les unités de soins des établissements de santé (17 000 ETP fin 2013, 17 400 fin 2018) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 % exercent dans les établissements publics, 15 % dans les cliniques privées et 10 % dans les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). • 8 % disposent d'une spécialisation : 450 sont infirmiers de bloc opératoire, 520 infirmiers anesthésistes et 670 puéricultrices. • 6 % occupent une fonction de cadres de santé. • 15 % sont en Contrat à durée déterminée (CDD) contre 9 % en moyenne en France. Cette proportion est en hausse : 10 % fin 2013, 14 % fin 2018. 	<p>Les soins infirmiers réalisés à domicile peuvent être délivrés par les infirmiers libéraux, les infirmiers salariés des Centres de soins infirmiers (CSI), ainsi que par les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ou dans le cadre de l'Hospitalisation à domicile (HAD).</p> <p>- Infirmiers libéraux</p> <p>En 2020, la région compte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 257 infirmiers libéraux actifs hors remplaçants (2 693 en 2015, soit une augmentation de 3,9 % par an, contre 3,1 % en France). • L'âge moyen est de 45 ans. Un tiers à moins de 40 ans (idem en France) • 437 infirmiers libéraux exercent dans le cadre d'une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), soit 13 % des infirmiers libéraux (9 % en 2018). <p>Plus de 26 millions d'actes ont été effectués en 2020 (AMI et AIS), soit en moyenne 8 300 actes par infirmiers (8 200 en France). 89 % des actes sont des soins techniques (AMI) et 11 % des soins d'hygiène (AIS, contre 27 % en France). Le nombre total d'actes réalisés a augmenté de 4,4 % par an depuis 2015. Cette hausse concerne uniquement les actes techniques AMI, les actes AIS ont connu une forte baisse en 2020 en lien avec la crise sanitaire (-22%). Des disparités selon les départements sont observées : en Sarthe les actes AIS sont peu réalisés par les infirmiers libéraux (2 % des actes)</p> <p>- Centres de soins infirmiers</p> <p>En 2020, la région compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 71 centres de soins infirmiers (CSI) et 3 centres de santé polyvalents avec une activité d'infirmiers. • 2,6 millions d'actes ont été réalisés (AMI et AIS) soit 9 % de l'activité réalisée au global par les infirmiers libéraux et les centres de santé infirmiers de la région (3 % en France) • 22 % des soins réalisés sont des actes infirmiers de soins (AIS), tels que les soins d'hygiène (26 % en 2019). • Des disparités importantes sont observées selon les départements concernant l'implantation des CSI et le type d'actes réalisés.

Accessibilité potentielle localisée (APL)

Fig.8 APL moyenne aux infirmiers par département et par EPCI¹
Pays de la Loire, France (2019)



Sources : Cnam - Sniiram, Insee, traitements Drees - Exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : Infirmiers libéraux (âgés de 65 ans ou moins) et salariés en centre de santé (CSI, centre polyvalent).

1. Établissement public de coopération intercommunale.

2. En nombre d'ETP pour 100 000 habitants.

Figure 25: Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, « APL moyenne aux infirmiers par département et par EPCI ». Pays de la Loire. 2019 ¹²

En 2019, pour l'ensemble des Pays de la Loire, l'APL moyenne aux infirmiers (libéraux et salariés des centres de soins infirmiers ou polyvalents) s'élève à 80 ETP pour 100 000 habitants. Soit une accessibilité 1,8 fois inférieure à la moyenne nationale (147).

Les Pays de la Loire font partie avec la Nouvelle-Aquitaine des régions françaises avec la plus faible accessibilité géographique aux infirmiers.

Tous les départements des Pays de la Loire sont concernés par cette faible accessibilité. Des disparités territoriales importantes existent cependant selon les EPCI, où l'APL varie de 50 à 110 ETP.

Le nombre annuel moyen d'actes infirmiers réalisés par les infirmiers libéraux ou salariés d'un centre de santé auprès de la population régionale (7,0 actes par habitant) est inférieur d'environ 40 % à la moyenne nationale (11,5 actes, à structure par âge comparable). Cet écart concerne surtout les actes AIS réalisés plus particulièrement auprès des personnes âgées (en moyenne 7 actes par an et habitant de 75 ans et plus, contre 29 en France).

12 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, décembre). Démographie et activité des infirmiers en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_33_INFIRMIERS.pdf

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU fait le constat inquiétant d'une APL moyenne aux infirmiers libéraux en Pays de la Loire 40 % en dessous de la moyenne nationale.

Au sein de leur diagnostic RH interfédérale de 2021, l'URIOPSS, FEHAP, NEXEM et la CROIX ROUGE FRANCAISE soulignaient une augmentation de l'absentéisme et des départs parmi le personnel soignant. Les postes vacants représentent jusqu'à plus du quart de l'effectif pour les métiers d'infirmières DE, aides-soignant.e.s et le paramédical.

Bien que la formation d'infirmier soit l'une des plus demandée sur Parcours Sup, de nombreux étudiants abandonnent en cours d'études. Il est impératif de repenser la formation et les conditions d'accueil en stage (capacité pour les professionnels à accueillir et accompagner les étudiants) afin d'éviter les ruptures de parcours, ainsi que le maintien dans la profession en travaillant sur l'attractivité des métiers (qualité de vie au travail, rémunération...).

3 - Accès aux soins et aides à domicile

Fin 2021, les Pays de la Loire comptent une centaine de SSIAD et SPASAD. Ces services comportent au total plus de 7300 places¹³ :

- 6 665 places pour personnes âgées
- 330 places pour personnes en situation de handicap
- 330 places pour personnes souffrant de la Maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés

Ces services peuvent avoir recours à des infirmiers libéraux ou à des centres de soins dans le cadre d'une convention de collaboration. La majorité des intervenants à domicile sont des aides-soignants. Les infirmiers salariés des SSIAD (150 à 200 ETP) occupent le plus souvent une fonction de coordonnateur.

Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD), peuvent intervenir des infirmiers salariés des établissements de santé (216 ETP dans les établissements de la région, dont 92 coordonnateurs fin 2020), ou des infirmiers libéraux (960 fin 2020). Plus de 9 100 ligériens ont été pris en charge dans le cadre de l'HAD fin 2020 (au total : 292 000 journées), le plus souvent pour des soins palliatifs ou des pansements complexes.

13 Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. (2021, décembre). Démographie et activité des infirmiers en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. A l'adresse : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_33_INFIRMIERS.pdf

4 – Accès aux urgences¹⁴

A - Le fonctionnement des services d'urgence

Les Pays de la Loire comptent 26 services d'urgences (hors pédiatriques) : 22 à l'hôpital public et 5 en hospitalisation privée

- Mayenne : 3 structures (1/100 000 habitants)
- Sarthe : 7 structures (1,2/100 000 habitants)
- Maine et Loire : 4 structures (0,5/100 000 habitants)
- Vendée : 7 structures (1,2/100 000 habitants)
- Loire Atlantique : 5 structures (0,4/100 000 habitants)

Dans la région, 13 structures d'urgence sont concernées par des fermetures itératives temporaires, dues à un manque de personnel :

- 3 en Sarthe
- 5 en Vendée
- 1 en Loire Atlantique
- 3 en Mayenne

Afin de résoudre ces tensions, un plan d'actions est proposé :

- Le déploiement des équipes paramédicales de médecine d'urgence
- La mobilisation des acteurs de santé en ville (déploiement des SAS, organisation des soins non programmés dans les CPTS, renforcement des organisations de PDSA ..)
- Mise en œuvre de la réforme des transports urgents pré-hospitaliers
- Renforcement du suivi des capacités d'hospitalisation réellement opérationnelles et travaux sur l'ordonnancement territoriale

Plusieurs perspectives :

Concernant l'évolution du droit des autorisations concernant les structures d'urgence

La création des antennes de médecine d'urgence :

- des services non H24, ouverts tous les jours avec une amplitude minimale de 12h
- mêmes composantes et mêmes caractéristiques de prise en charge que les SU
- obligation de fonctionnement en équipe commune avec un SU H24
- obligation de présence d'un SMUR sur le même site, sauf dérogation du DG ARS

Sur l'aval des urgences :

- Obligation pour les ES ayant un SU ou une antenne de médecine d'urgence de mettre en place un dispositif de gestion des lits dans l'ES ou au niveau du GHT / territoire
- Inscription dans les CPOM d'un objectif obligatoire pour tous les ES de travailler à l'anticipation des flux d'hospitalisations programmés et non-programmés, notamment en aval des SU (sujet hors champ du décret autorisations, qui sera intégré dans la réforme des CPOM)

Sur le lien entre services de médecine d'urgence et avec les autres services :

¹⁴ Observatoire Régional des Urgences. (2021, novembre). Panorama Urgences 2020. Activité des services d'urgence des Pays de la Loire. A l'adresse: <https://www.oru-paysdelaloire.fr/nos-publications/toutes-les-publications-de-loru/panorama-urgences-2020>

- Élargissement des missions du réseau des urgences aux parcours non programmés et renforcement du rôle actuel des réseaux
- Pour un ES disposant d'un plateau technique spécialisé, obligation de signer une convention avec un ES autorisé en médecine d'urgence, annexée à la convention du réseau des urgences

Concernant l'évolution du droit des autorisations concernant les SAMU et les SMUR :

SAMU:

- Création de SAMU référents par type de prise en charge (psychiatrie, gériatrie, etc.), à organiser par l'ARS en fonction des besoins et de l'offre du territoire
- Clarification de la rédaction sur le fait qu'une articulation territoriale entre SAMU est possible ;
- Élargissement de la notion de médecins correspondants du SAMU à la notion plus large de professionnels de santé correspondants du SAMU, à désigner par arrêté

SMUR :

- Distinction entre transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH) urgent organisé par le SAMU et TIIH non urgent ne faisant pas intervenir le SAMU, à travailler sur le plan opérationnel par le CNUH ;
- Obligation d'avoir une ambulance positionnée sur le site géographique

Le SAS

La loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification instaure la création du SAS.

Le SAS repose sur deux volets :

- La prise en charge organisée des appels (24H/24, 7J/7) pour toute situation d'urgence ou tout besoin de soins non programmés (lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible)
- Une plateforme digitale permettant d'accéder à une information précise sur l'offre de soins sur le territoire et de prendre rendez-vous rapidement chez un professionnel de santé

La plateforme téléphonique de régulation médicale permet en fonction de l'urgence et des besoins des patients d'obtenir une réponse adaptée pour des soins non programmés ou des soins de médecine d'urgence. Elle propose une orientation ou un conseil médical ou paramédical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48h, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un établissement de santé ou l'engagement d'effecteurs auprès des patients, notamment le SMUR.

Cette démarche s'appuie sur la régulation médicale de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) (historiquement réalisées dans les SAMU-centres 15) et la régulation médicale de médecine générale par la médecine de ville en complémentarité de la régulation médicale hospitalière.

L'expérimentation du SAS a débuté en France avec la mise en place de 15 projets pilotes, dont un dans la région en Loire Atlantique en mai 2021. Depuis novembre 2021, le SAS est également opérationnel en Sarthe. Il sera déployé en 2022 en Vendée, puis en Maine et Loire et Mayenne début 2023.

Un groupe de travail pluriprofessionnel sur l'effectif en Loire-Atlantique a été lancé, composé de l'Assurance Maladie, des URPS, de l'InterURPS, des CPTS du département, des Conseils de l'Ordre, SOS médecins, et des associations de médecins régulateurs.

L'organisation des urgences

L'ORU (Observatoire Régional des Urgences) propose un état des lieux 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 2020, environ 801 500 passages aux urgences ont été enregistrés. Il est constaté une variation importante du recours aux urgences au cours de l'année, en lien avec l'épidémie de Covid-19 et les mesures de confinement.

Une baisse globale du recours aux urgences de 17 % est observée en 2020 par rapport à 2019. Le recours aux urgences a baissé de 44% lors du premier confinement et de 26% lors du deuxième confinement et des mesures de couvre-feu. A la sortie du premier confinement, les niveaux de recours ont retrouvé ceux observés en 2019 de manière plus ou moins rapide.

Cette baisse du recours aux urgences a été particulièrement marquée chez les jeunes de moins de 18 ans (-29%), plus modérée chez les patients entre 18 et 74 ans (-14%) et chez les patients de 75 ans et plus (-9%). Les diminutions les plus importantes de recours ont été constatées dans les SU pédiatriques de la région.

La baisse du recours aux urgences est d'origine multifactorielle: limitation des déplacements et des activités de loisir entraînant une diminution des motifs de recours traumatologique, respect des gestes barrières limitant la circulation de certaines maladies infectieuses, renoncement au recours aux urgences par crainte de mobiliser outre-mesure le personnel soignant, peur d'être contaminé, fermeture des crèches et établissements scolaires...

L'âge moyen des patients est de 42.7 ans (40,2 ans en 2019, soit une légère augmentation). 2% ont moins de 1 an, 9% moins de 5 ans, 23% moins de 18 ans, 17% ont 75 ans et plus et 60% 18 à 74 ans.

Concernant le mode de transport d'arrivée à la PDSA, 68% des patients arrivent avec leur moyen personnel de déplacement, 1% des entrées concernant la SMUR (Structure mobile d'urgence et de réanimation - comprenant le transport en hélicoptère), 11% de VSAV (Véhicule de secours et d'assistance aux victimes - transport sanitaire effectué par les sapeur pompiers) et 20% en ambulance privée. Soit une légère augmentation de la part des patients arrivant aux urgences en ambulance privée : 17% en 2019 (au détriment des modes d'arrivée par moyen personnel : 71% en 2019), constat particulièrement marqué lors des deux confinements.

45 % des arrivées se situent dans la période de la PDSA (Permanence des Soins Ambulatoires), dont 26% la nuit (entre 20h et 8h). Ce niveau d'activité fluctue peu selon le département de localisation des SU, mais apparaît plus important parmi les services situés dans les grandes agglomérations.

59% des passages sont liés à un diagnostic médico-chirurgical, 33% sont d'origine traumatologique, 4% psychiatrique, 2% toxicologique et 3% d'une autre nature. Cette répartition varie selon l'âge, l'heure d'entrée dans le SU et la saison.

En 2020, les diagnostics principaux de type médico-chirurgical ont légèrement augmenté par rapport à 2019 (57% en 2019), au détriment des diagnostics principaux de type traumatologique (35% en 2019), constat particulièrement marqué pour la période du premier confinement.

14% des passages correspondent à une gravité CCMU1 (c'est-à-dire qu'aucun acte complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient n'a été effectué dans le SU), et un peu plus d'1% à une urgence vitale (CCMU 4 ou 5).

Concernant le mode de sortie, 72% des passages se concluent par un retour au domicile et 28% par une hospitalisation. La proportion à être hospitalisé augmente progressivement avec l'âge (elle concerne deux tiers des patients au-delà de 85 ans).

Le taux d'hospitalisation post-urgence à légèrement augmenté par rapport à 2019 (en 2019, 25% des passages conclus par une hospitalisation), ce qui a été particulièrement marqué lors des deux épisodes de confinement. Cela pourrait s'expliquer par une hausse modérée de la proportion de passages ayant une CCMU3 et plus (15% en 2020 et 12% en 2019) mais aussi par une plus grande disponibilité des lits d'aval en lien avec la déprogrammation des soins et le moindre recours de la population aux services de santé durant les confinements. La mise en place d'un dispositif spécifique de prise en charge hospitalière des patients suspects Covid-19 durant le premier confinement pourrait contribuer à expliquer la hausse du taux d'hospitalisation.

La moitié des passages aux urgences durent moins de 3h18min (moins de 2h54min s'agissant des patients retournant à leur domicile et moins de 5h31min pour les patients hospitalisés). La durée moyenne de passage est de 4h41. La durée de passage augmente avec l'âge des patients, en lien avec la complexité croissante des prises en charge.

B - La prise en charge des patients suspects Covid-19

Sur l'année 2020, les passages pour lesquels une suspicion de Covid-19 a été notifiée représentent 1,9% de l'ensemble des passages dans les services d'urgences de la région.

Sur l'année, le nombre quotidien régional de passages Covid-19 observé présente deux pics épidémiques concomitants à l'entrée en vigueur des mesures de confinement:

- Un premier pic du 27 au 30 mars (plus de 230 passages Covid-19 quotidiens)
- Puis une diminution progressive suivie d'un creux épidémique (moins de 30 passages Covid-19 quotidiens entre le 12 juin et le 9 septembre)
- Un nouveau pic début novembre (90 passages par jour)
- Fin décembre un nombre de passage entre 30 et 40.

L'âge moyen des patients suspects Covid-19 est de 57,3 ans. 5 % ont moins de 18 ans et 30 % 75 ans et plus. Par rapport aux données "tous passages", on constate parmi les passages "Covid-19" une plus forte proportion de patients âgés de 75 ans et plus (17% "tous passages").

39 % des arrivées se situent dans la période de la PDSA (Permanence des soins ambulatoire), dont 22 % la nuit (entre 20h et 8h)

50 % des patients arrivent en PDSA avec leur moyen personnel de déplacement. Moins de 1 % des entrées concernent la SMUR (Structure mobile d'urgence et de réanimation – comprenant le transport en hélicoptère), 9% le VSAV (Véhicule de secours et d'assistance aux victimes – transport sanitaire effectué par les sapeurs pompiers), et 41 % en ambulance privée (20% des arrivées se font en ambulance privée pour les patients "tous passages").

9% des passages correspondent à une gravité CCMU1 (c'est-à-dire qu'aucun acte complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient n'a été effectué dans le SU), et 9% à une urgence vitale (CCMU 4 ou 5). Une plus forte proportion de patients "Covid-19" en urgence vitale est constaté par rapport aux données "tous passages" (1% CCMU 4 ou 5)

Concernant le mode de sortie, 41 % des passages se concluent par un retour au domicile, et 59 % par une hospitalisation (57% mutation interne, 2% transfert externe). Les passages aux urgences se concluent donc plus fréquemment par une hospitalisation pour les patients pour lesquels une suspicion de Covid-19 a été spécifié (28% "tous passages").

La durée moyenne de passage est de 4h55. 51% des passages durent moins de 4h.

L'évolution du nombre quotidien de passages aux urgences avec suspicion de Covid-19, par établissement, en 2020, est consultable à l'adresse: <https://www.oru-paysdelaloire.fr/nos-publications/toutes-les-publications-de-loru/panorama-urgences-2020>

Le personnel des services d'urgence a été confronté à des contraintes supplémentaires pendant la crise sanitaire: mise en place de nouvelles organisations de parcours intra-hospitalier des patients, prises en charge plus lourdes chez les patients avec suspicion de Covid-19 (temps supplémentaire d'habillage /déshabillage, etc.), défauts de matériel notamment au début de l'épidémie, arrêts de travail (personnel malade ou à risque de forme grave, femmes enceintes, burn-out...) ...

C – Santé mentale et crise sanitaire

En Pays de la Loire¹⁵ :

Troubles psychiques/adultes – Passages aux urgences

- 2018-2019 : 2304 passages/mois (5,8 % de l'activité codée aux urgences)
- 2020 : 2267 passages/mois (5,9 % de l'activité codée des urgences). Une nette baisse en avril 2020 lors du premier confinement
- 2021 : augmentation de 20 %/mois par rapport à 2020 (quelque soit la classe d'âge)
- Depuis octobre 2021 : poursuite de la hausse chez les 18-24 ans (pic de 673 passages en novembre 2021) et une baisse observée chez les 25-64 ans et les 65 ans et plus

Troubles psychiques/enfants (moins de 18 ans) – Passages aux urgences :

- 2018-2019 : 268 passages/mois (soit 1,9 % de l'activité codée aux urgences)
- 2020 : 295 passages/mois (+10% soit 2,5 % de l'activité codée des urgences). Une nette diminution enregistrée en avril 2020 lors du premier confinement
- 2021 : +44 %/mois par rapport à 2020. Une diminution en avril (3ème confinement) et au cours de l'été 2021 (notamment chez les 11-14 ans et 15-17 ans)
- Depuis septembre 2021 : le nombre mensuel de passages aux urgences pour troubles psychiques chez les enfants reste élevé, notamment chez les 15-17 ans (pic de 278 passages en novembre 2021).

15 Santé Publique France. Santé mentale. Analyse bimestrielle des indicateurs surveillés en continu. Edition Pays de la Loire. 2. 31/01/2022.

FOCUS

ORS, La santé mentale des adolescents des Pays de la Loire au regard de l'épidémie de Covid-19

L'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ont réalisé une étude faisant état de l'impact de la crise sanitaire sur la souffrance psychique et le recours aux soins des adolescents au sein de la région.

Plusieurs constats :

- Le nombre de passages aux urgences des filles à connu une forte hausse en 2020-2021 comparé à 2019
- Le nombre de jeunes de 13 à 18 ans traités par psychotropes a connu une augmentation de 23 % entre octobre 2020 et juin 2021, en particulier chez les filles de 13 et 14 ans (+50%)
- Les médecins généralistes ont pu prendre en charge une partie des patients en souffrance psychique, mais le recours à ces professionnels n'a pas été massivement utilisé pour pallier le manque d'offre spécialisée en pédopsychiatrie
- La crise sanitaire n'a pas influencé les données d'activité de consultation du libéral, secteur saturé.

Maisons des Adolescents (MDA)

Lors du 1er confinement, l'ensemble des MDA ont été fermées durant deux mois. Sur l'année 2020, moins d'adolescents ont été pris en charge, et notamment moins de nouveaux, mais les jeunes ont eu en moyenne un peu plus d'entretiens (3,6 vs 3,3 en 2018). A l'inverse, en Maine-et-Loire, l'activité a fortement augmenté, principalement dans les sites d'Angers et Saumur.

Au cours du 1er semestre 2021, de nombreux adolescents se sont tournés vers les MDA faute de prise en charge suffisamment rapide par un psychiatre ou dans un CMP. Ainsi, l'ensemble des MDA de la région ont connu une hausse de leur activité (+17 % d'entretiens et +23 % de nouvelles situations en Loire-Atlantique), entraînant une forte augmentation des délais de prise en charge : 2 semaines minimum, voire un mois (comparativement en 2018-2019 : entre 48h et 15 jours d'attente). Cet allongement des délais et le contexte sanitaire anxiogène ont conduit les professionnels à constater chez les adolescents rencontrés des situations de mal-être plus avancées que par le passé, témoignant de la difficulté à préserver une dimension préventive en période de crise.

Source: Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire. (janvier 2022). La santé mentale des adolescents des Pays de la Loire, au regard de l'épidémie de Covid-19. A l'adresse : <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/la-santementale-des-adolescents-des-pays-de-la-loire-au-regard-de-lepidemie-de-cov>

5 - Permanence des soins

En Pays de la Loire, le cahier des charges régional de la permanence des soins a été révisé en 2021 pour intégrer :

- L'Arrêté du 12 mai 2021 modifiant la sectorisation de la permanence des soins du département de la Vendée ; une autre disposition portait sur le renforcement de la PDSA dentaire en Maine-et-Loire ;
- L'Arrêté du 16 décembre 2021 modifiant la sectorisation de la permanence des soins du département de la Loire-Atlantique.

La participation à la régulation médicale en horaires de PDSA est rémunérée par des forfaits d'astreinte dont les montants sont déterminés localement par les ARS via le fonds d'intervention régional (FIR) dont elles disposent (ils ne peuvent pas être inférieurs à 70€ par heure de régulation). L'aménagement local de ces forfaits a entraîné des disparités régionales. Ils peuvent également varier au sein d'une même région selon la tranche horaire de PDSA. En 2021, ils étaient compris entre 75€ et 150€ par heure de régulation en horaires de PDSA, tous créneaux confondus, ce qui correspond à une augmentation entre 7% et 20% pour la borne la plus haute. En Pays de la Loire, en 2021, les forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA s'élèvent à 90-125 euros.

Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA :

- Loire Atlantique : pas de données
- Sarthe : -5 % d'évolution entre 2020 et 2021. (Taux de participation des médecins à la PDSA en 2019 : 62 % contre 61 % en 2021)
- Vendée : pas de données
- Mayenne : pas de données
- Maine et Loire : pas de données

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

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 ses services, qui ont abouti à des engagements gouvernementaux: 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 sont enregistrées depuis plusieurs années pour assurer dans certains établissements la couverture en personnels soignants, entraînant la fermeture pendant certaines périodes de services d'urgences. Des mesures sont actuellement à l'étude pour pallier ces difficultés.

La CSDU réitère que les 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).

6 – Rendre accessible les lieux de soins et les équipements pour tous

Pouvoir se soigner est un droit fondamental. Pourtant, de très nombreuses personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés pour se rendre chez un médecin, généraliste ou spécialiste, ou un professionnel paramédical, dans un centre de soins ou de prévention, etc.

Jugement de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux : 43 % des personnes sont insatisfaites. (Enquête Ifop - APF France handicap, 2020)

Les obstacles à l'accès aux soins et à la liberté de choix du praticien sont nombreux :
- Inaccessibilité des lieux de soins (escaliers, ascenseurs trop étroits, chambres inadaptées, toilettes inaccessibles...), des matériels et équipements (table d'examen trop haute, matériel absent pour des mammographies pour les femmes en situation de handicap à mobilité réduite excepté au CHU du Mans et à la Clinique Jules Verne à Nantes, le CHU de Nantes est en cours), des services (ex. prise de rendez-vous) et des informations mais aussi absence d'aide humaine.

- Inaccessibilité trop fréquente des transports en commun, inadaptation des transports sanitaires (qui est fortement pointée notamment en Loire-Atlantique et sur lesquels les associations d'usagers alertent depuis 2016) et refus de prise en charge dans le cadre des transports adaptés. Il est revendiqué par les associations l'obligation pour les compagnies de transport sanitaire d'être dotées en nombre suffisant par territoire de véhicules TPMR ou la prise en charge par l'assurance maladie de transports en TPMR bien que le véhicule soit affrété par une société "non sanitaire" via des conventions entre CPAM et transporteurs.
- Inaccessibilité de la e-santé pour de nombreuses personnes.

FOCUS

Annuaire de lieux de soins accessibles (ALSA) – APF France Handicap

Trouver un professionnel de santé pour les personnes en situation de handicap s'avère souvent difficile voire impossible. 75 % des personnes en situation de handicap déclarent renoncer pour partie au moins à des soins courants (source : ARS Pays de la Loire, Rencontre régionale sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, juin 2016). Face à ce constat et à celui d'un manque d'outils donnant des informations sur l'accessibilité pour tous types de handicap, APF France Handicap lance un annuaire sur l'accessibilité des lieux de soins, en expérimentation avec le Service Public d'Information à la Santé.

L'utilisateur pourra trouver des informations sur l'accessibilité du lieu de soin le plus proche de chez lui et être orienté par son professionnel de santé et/ou par un établissement vers un lieu adapté.

La phase d'expérimentation du projet est terminée depuis décembre 2021. L'annuaire, qui sera intégré sur le site national www.sante.fr sera bientôt en fonctionnement. Ce projet a pour objectif de se déployer sur l'ensemble de la France.

Source : Ministère des solidarités et de la santé. Annuaire de lieux de soins accessibles (ALSA). A l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/pays-de-la-loire/article/annuaire-des-lieux-de-soins-accessibles-alsa>

FOCUS

Baromètre UNAFAM 2021

L'UNAFAM a publié la deuxième édition de son baromètre des proches aidants. Plus de 4000 répondants, proches aidants et personnes vivant avec des troubles psychiques, ont participé à l'enquête à l'échelle nationale, dont 270 en Pays de la Loire. Cette enquête révèle la non-effectivité des droits et les déficits importants d'offre.

En Pays de la Loire, en un an, pour 31 % des personnes interrogées, le quotidien de leur proche malade s'est aggravé (30 % à l'échelle nationale).

La stigmatisation des troubles psychiques est toujours omniprésente : 69 % des répondants à l'échelle nationale déclarent que la maladie de leur proche est représentée de façon stigmatisante et anxiogène dans la presse (contre 65 % en 2020).

En Pays de la Loire, 30 % des personnes interrogées déclarent que leur proche vit chez eux (30 % à l'échelle nationale également) et 16 % des personnes vivant avec des troubles psychiques travaillent actuellement (20 % à l'échelle nationale). L'UNAFAM rappelle la nécessité de rendre les droits des personnes effectifs en leur permettant d'accéder aux dispositifs de logement accompagné, de maintien dans l'emploi, de compensation du handicap. Dans la région, seulement 6 % des répondants déclarent que leur proche bénéficie de la Prestation de Compensation du Handicap (7 % à l'échelle nationale).

Pour 66 % des personnes interrogées en Pays de la Loire, la maladie de leur proche a eu un impact sur leur propre santé (64 % à l'échelle nationale). En France, 71 % des aidants ont le sentiment de ne pas être suffisamment accompagnés dans le parcours de soins de leur proche et 54 % ne rencontrent jamais l'équipe soignante. L'UNAFAM constate que les aidants restent ignorés, laissés de côté, et ne sont pas reconnus comme participants au processus de rétablissement.

UNAFAM, Dossier de Presse. Baromètre UNAFAM 2021. A l'adresse : <https://www.unafam.org/actualites/lunafam-publie-la-2eme-edition-de-son-barometre-des-proches-aidants-entre-stagnation-et>

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La crise sanitaire en 2021 a mis en évidence des manques et des insuffisances dans notre système de santé, et a révélé voire aggravé les inégalités sociales et territoriales. Concernant les personnes en situation de handicap et leurs proches, le constat est là : les politiques de santé sont loin d'être adaptées. Cela s'est traduit par des déprogrammations et des renoncements aux soins jusqu'à l'arrêt de ceux-ci parfois, sans compter un fort impact psychologique (du fait de la peur du tri des malades, de la vulnérabilité accrue, de la privation de liberté).

Il est impératif de penser et mettre en œuvre tous les dispositifs permettant aux personnes en situation de handicap d'accéder aux soins, relativement à leurs Droits fondamentaux.

Le manque de professionnels impacte non seulement les patients, mais également les aidants (vie personnelle, professionnelle...). L'insuffisance de soutien aux aidants représente une perte de chance pour tous.

7 - Assurer l'accès aux offres de prévention

A - Dépistage du cancer

En 2021, en Pays de la Loire, 26 145 nouvelles fiches RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) en cancérologie ont été créées. Parmi celles-ci, 7 468 concernent des patients âgés de plus de 75 ans (soit 28,6 % des nouvelles fiches RCP).

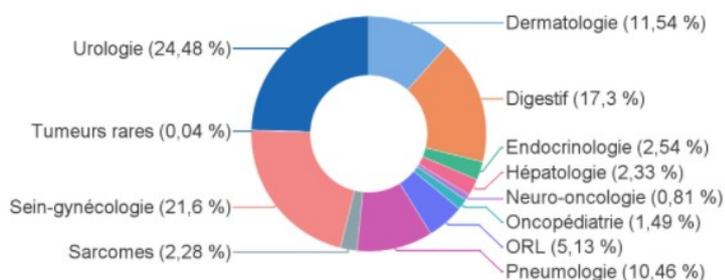


Figure 27: ONCOPL. Répartition des nouvelles fiches RCP par thème. 2021¹⁶

24,48 % des nouvelles fiches créées en 2021 sont relatives à l'urologie ; 21,6 % au sein et à la gynécologie ; 17,3 % au système digestif ; 11,54 % à la dermatologie et 10,46 % à la pneumologie.

16 ONCOPL. Rapport d'activité 2021. Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie. Données issues du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) ONCOPL. Période du 01/01/2021 au 31/12/2021.

- **Participation au dépistage du cancer du sein**¹⁷

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein français invite tous les deux ans les femmes de 50 à 74 ans à effectuer un examen clinique des seins et une mammographie de dépistage. Il propose un bilan diagnostique immédiat en cas de résultat suspect ainsi qu'une deuxième lecture de chaque mammographie normale en première lecture.

Généralisé en 2004 à l'ensemble du territoire français, le dépistage est coordonné au niveau régional par les Centres Régionaux de Coordination de Dépistage des Cancers (CRCDC).

Au cours de l'année 2020, 2 251 689 femmes ont effectué une mammographie de dépistage organisé (2 550 986 femmes dépistées en 2019), ce qui correspond à un taux national de participation de 42,8 % (48,5% en 2019). Pour la période 2019-2020, le taux de participation est de 45,6 %.

Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 pour atteindre un pic à 52,4 %, la participation au programme est depuis en diminution constante, avec une chute observée en 2020. Cette baisse s'observe pour toutes les tranches d'âge et concerne toutes les régions de France métropolitaine et les DROM.

La baisse des dépistages est probablement due à plusieurs facteurs liés à la crise sanitaire du Covid-19: interruption des invitations, interruption des activités de seconde lecture pendant des durées variables selon les CRCDC (Centres Régionaux de coordination des Dépistages des Cancers), fermeture des cabinets de radiologie et leur moindre activité à leur réouverture en raison de l'application des mesures sanitaires.

Pays de la Loire - Taux de participation standardisées 2019/2020 - CRCDC

- Vendée : 49,5 %
- Loire Atlantique : 52,8 %
- Maine et Loire : 55,4 %
- Mayenne : 53,8 %
- Sarthe : 51,7 %

Pays de la Loire : 52,8 %

- **Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus**

Depuis 2018, le dépistage du cancer du col de l'utérus s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé. Il invite les femmes de 25 à 29 ans à réaliser un examen cytologique tous les 3 ans (les deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle, puis un frottis à trois ans si les résultats sont normaux), et celles de 30 à 65 ans à réaliser un test HPV tous les 5 ans.

17 Santé Publique France. (2021, juillet). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2019-2020 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-2019-2020-et-evolution-depuis-2005>

Sur la période 2018-2020¹⁸, en France, 59 % des femmes de 25-65 ans ont été dépistées (58 % en 2017-2019).

Malgré une période d'interruption des dépistages dans le cadre du programme organisé de mars à mai 2020, la crise sanitaire ne semble pas avoir eu d'impact notable sur la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, les rattrapages ayant eu lieu au cours des mois ayant suivis.

Pays de la Loire - Taux de participation standardisées 2018-2020 - CRCDC

- Vendée : 64 %
- Loire-Atlantique : 63,8 %
- Maine-et-Loire : 62,6 %
- Mayenne : 60,5 %
- Sarthe : 58,3 %

Pays de la Loire : 60,4 %

Vaccination HPV

La vaccination contre les HPV (à l'origine d'environ 90 % des cancers du col de l'utérus et à l'origine d'autres cancers des voies génitales et de la sphère ORL) est actuellement recommandée chez les filles et les garçons (depuis 2021) âgés de 11 à 14 ans, avec un rattrapage vaccinal possible jusqu'à 19 ans. A l'échelle nationale, la couverture vaccinale est en progression chez les adolescentes depuis plusieurs années, mais reste insuffisante. En 2020, elle était estimée à 41 % pour une dose à 15 ans (35 % en 2019) et 33 % pour le schéma vaccinal complet à 16 ans (28 % en 2019).

Pays de la Loire - Taux de vaccination schéma complet pour les jeunes filles nées en 2004 (16 ans en 2020) - Source SPF : Bulletin Santé Public France mai 2021

- Vendée : 42,7 %
- Loire-Atlantique : 40,2 %
- Maine-et-Loire : 44,8 %
- Mayenne : 37,8 %
- Sarthe : 41,9 %

Pays de la Loire : 41,7 %

Les couvertures les plus faibles sont en Loire-Atlantique et en Mayenne. Bien que les couvertures vaccinales soient insuffisantes, une progression de +6,4 points est observée dans la région chez les adolescentes entre 2019 et 2020 pour la vaccination 2 doses. Cela est possiblement dû au renfort de la communication autour de la vaccination.

18 Santé Publique France. (2022, janvier). Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention. A l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention>

- **Participation au dépistage du cancer colorectal** ¹⁹

En 2019-2020, 28,9% de la population française (soit 5,1 millions de personnes) a réalisé un test de dépistage du cancer colorectal (30,5% en 2018-2019). Ce chiffre est en baisse constante depuis 2016-2017. Il n'a pas été constaté de chute brutale de la participation malgré la réduction temporaire des activités de dépistage au cours de l'année 2020 due à l'épidémie de Covid-19.

Le taux de participation est plus élevé chez les femmes (30%) que chez les hommes (27,7%), augmente avec l'âge et varie selon les départements.

183 500 personnes ont été dépistées positives à l'échelle nationale (3,7%), majoritairement des hommes (3.7% chez les 50-54 ans à 5,8% chez les 70-74 ans, contre 2.8% chez les femmes de 50-54 ans et 3.8% pour les 70-74 ans).

La proportion de personnes avec un test non analysable non refait au cours de la même période est plus élevé en 2020 que dans les périodes précédentes (4,7% en 2020 contre environ 3% les autres années). Dans 80% des cas, les tests étaient non analysables car arrivés hors délai ou périmés au laboratoire d'analyse, cela lié aux difficultés rencontrées par les services de la Poste et possiblement à une moindre priorité accordée par les participants liée à la crise sanitaire.

Pays de la Loire - Taux de participation INSEE bruts 2020/2021 - CRCDC

- Vendée : 44,8 %
- Loire Atlantique : 46,6 %
- Maine-et-Loire : 49,9 %
- Mayenne : 43,2 %
- Sarthe : 41,6 %

Pays de la Loire : 45,2 %

B - Couvertures vaccinales « rougeole, oreillons, rubéole » ²⁰

A l'échelle nationale, le taux de la couverture vaccinale ROR 2 doses à 33 mois chez les enfants nés au 1^{er} trimestre 2019 s'élève à 84 % (+2,4 points depuis 2017).

Pays de la Loire - Taux de vaccinations schéma complet (2 doses à 33 mois chez les enfants nés au 1^{er} trimestre 2019).

- Vendée : 89,1 %
- Loire Atlantique : 84,5 %
- Maine-et-Loire : 86,9 %
- Mayenne : 86,2 %
- Sarthe : 83,6 %

Pays de la Loire : 85,8 %

19 Santé Publique France. (2021, avril). Cancer colorectal: données de dépistage 2019-2020. A l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/cancer-colorectal-donnees-de-depistage-2019-2020>

20 Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique. (Mai 2021). Vaccination.

Les couvertures les plus faibles sont en Loire-Atlantique et en Sarthe. Une progression de +2,2 points est observée dans la région depuis 2017. Ces améliorations de couverture peuvent être attribuées à l'obligation vaccinale, ainsi qu'en partie à l'épidémie de rougeole survenue en 2018-2019.

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. 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** ainsi que l'accompagnement dans l'information sur les dépistages, notamment pour répondre à leurs préoccupations suite aux controverses concernant certains dépistages. Des efforts de communication sont également à réaliser sur la vaccination infantile pour mener avec succès l'extension de l'obligation vaccinale : la rougeole et la vaccination HPV chez les jeunes garçons pour protéger du papillomavirus.

C - Le dépistage du VIH en Pays de la Loire

La pandémie de COVID 19 (restrictions et crainte de contracter la maladie) a eu des répercussions directes sur la sexualité. La pandémie a également mobilisé les acteurs du soin et de la prévention, réduisant l'offre de dépistage : une baisse des consultations est constatée en Cegidd. Le taux de dépistage VIH est passé de 69 à 62 pour 1000 habitants en 2020 tandis que le taux de séropositivité a diminué passant de 1,4 à 0,9 sérologies VIH positives pour 1000 prélèvements réalisés dans les Pays de la Loire (LaboVIH). Les données d'usage de Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VIH ne sont pas disponibles pour 2020.²¹

Données COREVIH Pays de la Loire - 2020²²

File active :

- 4816 patients (4799 en 2019, soit +0,35%).
- 34,7 % des patients sont des femmes, 64,9 % sont des hommes, et 0,4 % des personnes transsexuelles homme ou femme.
- 1 femme sur 3 à moins de 40 ans et 1 homme sur 3 a entre 50 et 59 ans
- Mode de contamination : 48 % hétérosexuel, 35 % homosexuel, 5 % toxicomane
- 64,2 % des patients sont nés en France et 29,1 % sont nés en Afrique

21 Santé Publique France. (Décembre 2021). Bulletin de Santé Publique Pays de la Loire. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. A l'adresse : file:///C:/Users/marie/Downloads/BSP_VIH-IST_pdl_2021.pdf

22 COREVIH. (2020). Rapports épidémiologiques VIH/AES/PREP du COREVIH des Pays de la Loire. A l'adresse : https://www.corevih-pdl.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=135

- 1018 patients sont au stade SIDA (21,2 % de la file active)
- 25 personnes sont décédées du sida en 2020 (24 en 2019)

Nouveaux diagnostics VIH en 2020 :

108 notifications d'infections à VIH sur e-DO et 104 personnes ont bénéficié d'une nouvelle prise en charge

Parmi les nouveaux patients de la file active :

- 68 % sont des hommes, 31 % des femmes, et 1 % des personnes trans homme vers femme
- 34,6 % ont entre 40 et 49 ans, 27,9 % entre 30 et 39 ans et 20,2 % entre 15 et 29 ans
- Mode de contamination : hétérosexuel (52%), homosexuel (31%), toxicomane (1%)
- 43 % des patients sont nés en France, et 34 % en Afrique occidentale et centrale
- 83 % des patients ont découvert leur séropositivité en stade A, 4 % en stade B et 13 % en stade C (14,8 % en 2019).

Prophylaxie pré-exposition :

- 734 demandeurs de PREP en 2020 (657 en 2019)
- 697 personnes ont reçu la PREP (604 en 2019)
- 99,3 % sont des hommes, et 89 % ont des rapports exclusivement homosexuels

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU rappelle l'importance 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.

Une carte interactive des lieux de dépistage en Pays de la Loire est disponible à l'adresse : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/vih-hepatites-ist-faites-vous-depister-ne-renoncez-pas-votre-sante>

Un nouveau site Internet dédié aux dynamiques partenariales en santé sexuelle de la région des Pays de la Loire : <https://dynamiquesantesex-pdl.fr/>

D - Vaccination Covid

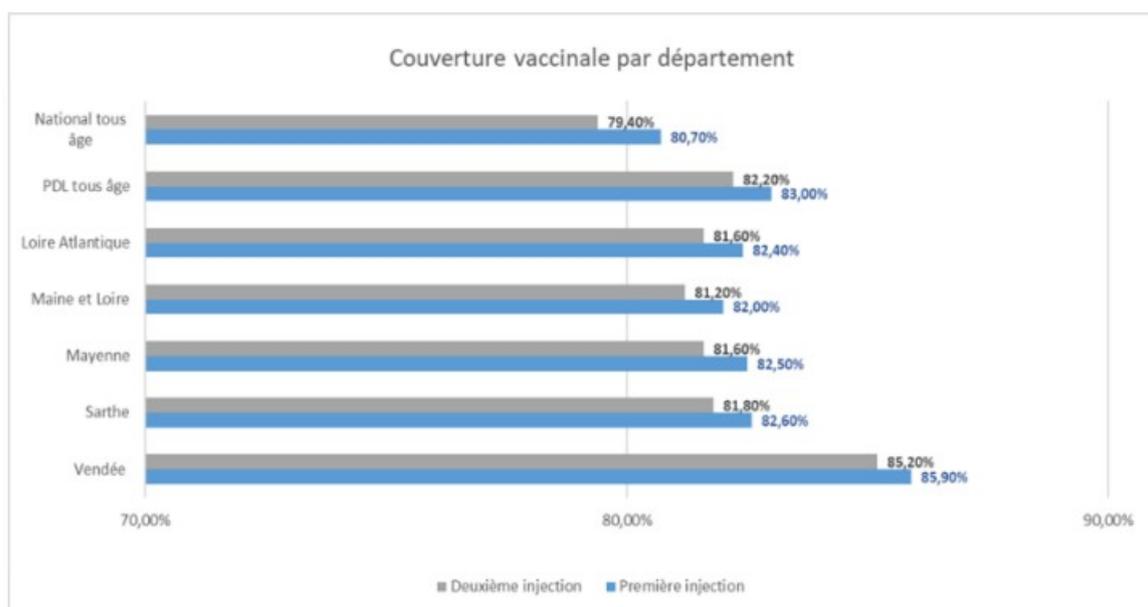


Figure 28: ARS Pays de la Loire. Bulletin d'information régional. Données couverture vaccinale régionale AMELI au 8 mai 2022²³

Au 8 mai 2022, 83 % de la population des Pays de la Loire a reçu une première injection de vaccin, et 82,20 % une seconde injection. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne nationale.

L'adhésion à la vaccination est similaire dans l'ensemble des départements, sauf en Vendée, territoire présentant les taux les plus élevés de la région.

8 - 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.

Pour rappel, France Assos Santé Pays de la Loire, à partir de témoignages recueillis auprès de ces associations membres faisait les constats suivants, relayés dans les rapports Droits des Usagers 2019 et 2020 :

- **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) en particulier 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

23 ARS Pays de la Loire. Bulletin d'information régional n°291. Mardi 24 mai 2022.

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 électrique; transports partagés augmentant davantage les délais d'attente et de transport)...

- **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.

En Pays de la Loire :

1899 véhicules sont autorisés (ambulances et VSL), nombre supérieur au quota régional (1 506). Le nombre moyen de véhicules s'élève à 20,72 ambulances et 29,22 VSL pour 100 000 habitants dans la région (en France : 20,4 ambulances et 20,2 VSL pour 100 000 habitants).

Toutefois, d'importantes disparités territoriales existent :

- Loire Atlantique : 17,53 ambulances et 19,55 VSL pour 100 000 habitants
- Maine et Loire : 19,48 ambulances et 29,5 VSL pour 100 000 habitants
- Mayenne : 26,5 ambulances et 44,20 VSL pour 100 000 habitants
- Sarthe : 24,63 ambulances et 36,41 VSL pour 100 000 habitants
- Vendée : 23,12 ambulances et 36,59 VSL pour 100 000 habitants

La Loire Atlantique se caractérise par l'offre la plus faible dans la région.

A cette offre s'ajoute celle de taxis conventionnés par l'AM (prescrits par des médecins à des patients dont l'état de santé est compatible avec un transport assis). L'offre en Pays de la Loire (1872 taxis, soit 49,23 véhicules pour 100 000 habitants) se situe en dessous de la moyenne nationale (56,1 véhicules pour 100 000 habitants). Cette offre est également inégale selon les départements :

- Loire Atlantique : 32,77 / 100 000 habitants
- Maine et Loire : 50 / 100 000 habitants
- Mayenne : 78,59 / 100 000 habitants
- Sarthe : 49,08 / 100 000 habitants
- Vendée : 69,96 / 100 000 habitants

Cette problématique s'est accentuée depuis la crise COVID, notamment sur l'agglomération nantaise. Les alertes relatives aux carences de transports se sont multipliées, provenant du SAMU, des établissements de santé, des usagers (transport itératif d'enfants en situation de handicap, de soins pédopsychiatriques, prise en charge en dialyse, en chimiothérapie..) et relayée par le Défenseur des Droits.

En 2019, des actions ont été réalisées, telles que la renégociation par la CPAM de la convention des taxis avec l'instauration nouvelle d'un forfait agglomération.

Un plan d'actions partenarial est en cours d'élaboration, copiloté par l'ARS et la CPAM pour la Loire Atlantique.

Deux axes de travail ont été définis afin de résoudre les carences :

Axe 1 : Résoudre les carences par l'optimisation du niveau de circulation des véhicules

- Assurer un suivi des carences constatées
- Optimiser le niveau de circulation des véhicules
- Augmenter le nombre de véhicules dédiés à l'AMU (Aide Médicale d'Urgence)
- Augmenter à titre dérogatoire le nombre de véhicules pour les transports inter-établissements
- Améliorer les conditions de circulation sur Nantes et Saint Nazaire
- Organiser des circuits de transports partagés

Axe 2 : Résoudre les carences par l'optimisation de l'organisation entre adresseurs et transporteurs

- Améliorer les modalités de réception lors des sorties d'hospitalisation
- Améliorer la réception des enfants à la sortie des écoles
- Augmenter le vivier de personnels diplômés

Au regard de la multiplication des difficultés d'accès aux soins, a été proposé l'augmentation du nombre de VSL en dérogation au quota départemental pour une période de 2 à 3 ans. Les transporteurs sanitaires sont en accord avec une augmentation du nombre de véhicules de transports assis à condition que les formations des ambulanciers augmentent en conséquence. L'ARS analysera le volume de carences sur les territoires de Nantes et de Saint Nazaire afin de déterminer le nombre et type de véhicules à autoriser et étudiera avec les transporteurs l'opportunité d'un transfert d'autorisation vers des territoires en tension.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La commission spécialisée souhaiterait que les propositions faites par plusieurs acteurs lors de groupes de travail soient prises en compte :

- Les ambulances sont trop souvent immobilisées lors des entrées et sorties ainsi que sur les consultations faute d'équipements pour accueillir les patients
- Une augmentation conséquentes du nombre de formations d'ambulanciers
- La création d'une plateforme intégrant l'ensemble des ambulanciers du 44 et les taxis conventionnés pour assurer la régulation des demandes et de l'offre et éviter une perte de temps pour les soignants à rechercher un transport.

Les mesures mises en œuvre dans le plan d'action en Loire Atlantique seraient à déployer dans les autres départements.

9 – Développer des outils d’action publique favorables à la santé

A - Les Contrats Locaux de Santé

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..)

Les Pays de la Loire compte 36 CLS actifs ou en cours de finalisation, ce qui représente environ 50 % de la population ligérienne couverte par ces dispositifs.

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 indicateurs permettrait de mesurer l’efficacité de cet outil et mettant en perspective les territoires couverts et non couverts par les CLS. La CSDU attends des retours chiffrés des mesures d’impact pour le prochain rapport.

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.

B - Les Communautés Professionnelles Territoriales (CPTS)

Les CPTS sont un dispositif créé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Cette forme d’exercice coordonné, améliorant la coopération des professionnels de santé entre eux et avec leurs partenaires et acteurs de santé du territoires (médico-social, social, sanitaire, associations d’usagers...), vise à améliorer l’accès aux soins, développer des

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.

AXE 3 : REPRÉSENTATION DES USAGERS AU SEIN DES INSTANCES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE

1 - Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

A - 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.

En 2020, France Assos Santé Pays de la Loire²⁵ a réalisé 5 sessions de formation en présentiel en Pays de la Loire, sur 7 journées, et à destination de 46 personnes, dont 30 nouveaux RU.

Les formations ont porté sur :

- « RU, en avant ! (RUEA) » - 2 sessions : 10 participants à Nantes, 14 participants à Angers (3 sessions annulées en 2020 : 2 en raison de la crise sanitaire, et 1 par manque de participants)
- « Prendre la parole » - 1 session : 7 participants à Angers
- « Défendre les droits des usagers » - 1 session, 8 participants à Angers
- « RU et le système de santé » - 1 session, 7 participants à Nantes

La formation a été impactée en 2020 par la crise sanitaire, conduisant au développement de formations en visioconférence. 10 demi-journées d'ateliers-formation ont été réalisées dans ce cadre.

Les ateliers-formations ont porté sur :

- « RU en Commission des Usagers » - 6 demi-journées en juin, 10 participants
- « RU en Commission des Usagers » - 2 demi-journées en novembre, 6 participants
- « Analyser les plaintes et réclamations » - 2 demi-journées, 7 participants

Parallèlement aux formations, le suivi téléphonique des nouveaux RU, par deux membres bénévoles de la Commission régionale formation se poursuit. En 2020, 14 RU ayant participé à une session RUEA ont été appelés dans les 6 mois suivant la formation. Ce temps d'échanges entre pairs est très apprécié par les RU.

En 2020, 65% des participants sont des personnes nouvellement mandatées en tant que RU.

²⁵ France Assos Santé Pays de la Loire. (6 mai 2021). Rapport d'activité 2020. A l'adresse : <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/2021/05/06/notre-rapport-annuel-2020-est-en-ligne/>

79% des participants ont été satisfaits des formations proposées en présentiel en 2020. Près de 93% d'entre eux considèrent que la formation était bien conforme au programme annoncé.

Les groupes d'échanges « Instants RU », initiés en 2019, ont été poursuivis en 2020. 5 rencontres ont été organisées en présentiel, dans les 5 départements de la région, et 4 en visioconférence. Au total, 63 RU au total ont participé à ces échanges (38 en présentiel, 25 en visioconférence).

En 2021, 115 établissements de santé sont concernés par une CDU, soit 460 sièges de représentant des usagers.

Au 31 décembre 2021 :

- 429 sièges pourvus
- 31 sièges restent à pourvoir

Soit un taux d'occupation de 93 %

- 20 nouveaux RU désignés en 2021
- 40 RU concernés par la formation de base

Répartition des sièges à pourvoir :

Département 44 : 11 sièges - 9 établissements concernés

Département 49 : 15 sièges - 11 établissements concernés

Département 53 : 4 sièges - 3 établissements concernés

Département 85 : 1 siège - 1 établissement concerné

B - La formation des membres des Conseils de la Vie Sociale

FOCUS

Mission d'animation régionale et de formation des représentants des CVS – CREAMI et URIOPSS

En 2012, des besoins de formation au sein des CVS des Pays de la Loire ont été identifiés suite à une enquête réalisée en 2011 portant sur les CVS ligériens (Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé de la CRSA Pays de la Loire).

Depuis 2014, le CREAMI PDL et l'URIOPSS ont mené conjointement une mission d'animation régionale et de formation des représentants des CVS, visant à initier des espaces d'échanges et de réflexion permettant de faire vivre une dynamique collective au sein des CVS et en inter-CVS sur les territoires. Cette mission a concerné les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les ESAT (Établissements et services d'aide par le travail).

Les objectifs étaient de:

- Renforcer les compétences des élus des CVS dans l'exercice de leur rôle
- Renforcer l'attractivité de cette instance auprès des usagers
- Travailler sur le sens du mandat, la posture, les outils et la dynamique
- Permettre et valoriser des échanges de pratiques entre pairs

Le programme comprenait les modules suivants :

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

Depuis 2018, l'instauration d'un module à distance « 6 mois à 1 an après » le cycle de formation a permis aux établissements de faire part des changements opérés et réflexions en cours au sein des CVS.

FOCUS

Mission d'animation régionale et de formation des représentants élus au sein des CVS des ESAT

En raison de la crise sanitaire, la mission a été suspendue en 2020, et a repris en 2021 auprès des représentants élus au sein des ESAT au 2nd semestre.

Celle-ci, conduite dans tous les départements, a touché 73 participants en 2019, et 82 en 2021. Chaque groupe était composé de représentants des usagers, représentants des familles (4 en 2019 et 0 en 2021), des professionnels (représentants élus ou en soutien aux membres élus au CVS). Trois à cinq ESAT étaient représentés au sein de chaque groupe.

En 2019 et 2021, les participants se disaient majoritairement très satisfaits de la formation, concernant son contenu, la facilité de compréhension des supports et des explications, la qualité des échanges et la qualité des outils pédagogiques. Les échanges entre représentants élus aux CVS ont permis une entraide, ainsi que de croiser les regards et dialoguer autour des problématiques communes. Ces formations ont permis un partage d'outils et de pratiques inspirantes entre ESAT au niveau départemental et régional, ainsi que d'ouvrir des perspectives de rencontres et d'échanges au-delà de la formation.

Dans le contexte de crise sanitaire, la sollicitation des élus aux CVS a été à géométrie variable selon les structures. Des informations en lien avec la crise sanitaire ont été diffusées, mais il a été constaté une disparité quant à l'association des représentants élus sur les choix de réorganisation au sein des ESAT durant la pandémie. De plus, certains CVS n'ont pas eu de réunion durant la crise sanitaire, tandis que d'autres ont eu recours à la visioconférence.

Des évolutions sont en cours concernant la co-animation du module 1 (formateur pair et conseiller technique CREAM) qui portera sur le sens du CVS ; ainsi que des adaptations (réduction du nombre de participants par formation, animation en sous groupes pour favoriser les interactions avec des mises en situation et un travail autour d'outils, adaptation des supports pour les rendre plus accessibles).

Un comité de suivi de l'action (ARS, CSDU, CREAM, URIOPSS) a été organisé le 24 janvier 2019, et un bilan écrit a été transmis en février 2021 pour l'action 2019. La mission a été présentée à la CSDU le 22 février 2022.

La mission est en cours d'inscription dans la CPO du CREAM 2022-2024, et un comité de suivi est programmé pour 2022. La démarche va se poursuivre auprès des représentants élus au sein des ESAT, et se développer auprès des structures de l'enfance (IME, IEM, ITEP...).

FOCUS

Remobilisation et accompagnement des Conseils de la Vie Sociale en EHPAD dans le contexte Covid

Au sein de leur bilan 2021, le CREAI et l'URIOPSS soulignent l'impact de la crise sanitaire sur les CVS, lié aux contraintes sanitaires, aux nombreux décès de résidents amputant les CVS des représentants des usagers et précipitant le départ des représentants des familles, et la tenue de réunions en visio mettant en évidence les inégalités d'accès au numérique.

Ces éléments ont empêché la réalisation du programme d'accompagnement des CVS 2021 axé sur l'animation régionale, la formation des membres et le renforcement des relations entre CVS et CDCA. Dans un contexte d'augmentation des besoins et de diminution des pouvoirs d'agir, l'absence de dialogue au sein des CVS a crispé les rapports entre directions et familles jusqu'à des clivages parfois préjudiciables. Les problématiques induites par la crise ont poussé l'URIOPSS et l'ARS à recentrer l'action sur la relance des CVS et l'apaisement du dialogue.

Dans ce cadre, l'URIOPSS et l'ARS ont convenu sur 2021 de :

Recueillir l'expérience de la crise en établissement et recenser les besoins ; Faire du lien entre CVS d'un même territoire ; Accompagner les représentants des familles et directions en difficulté ; Produire une boîte à outils facilitant l'exercice du mandat ; Identifier les axes de travail pour renforcer les relations entre CDCA et CVS ; Produire et conduire un programme de formation ciblé sur le réamorçage des CVS

La formation

Elle se compose de 2 modules de 3h chacun, sur chaque territoire de santé, représentant 10 rencontres sur la région. Elles sont accueillies dans des établissements volontaires, en présentiel, à la demande des participants. Elle s'adresse prioritairement aux représentants des usagers, leurs facilitateurs, représentants des familles, et est ouverte aux administrateurs, représentants des salariés, et directeurs. Tous les présidents de CVS des EHPAD et Résidences autonomie des Pays de la Loire ont été invités.

La boîte à outils

Les sujets traités dans le cadre de la formation ont été capitalisés et ont permis la création d'une boîte à outils. Formalisée en « Guide à l'attention des représentants du Conseil de la Vie Sociale », elle aborde différents points : Qu'est-ce qu'un CVS (cadre réglementaire, démocratie sanitaire, rôle du représentant, fonctionnement, thèmes...), sa vie (comment préparer et animer une réunion, restituer les informations...) et comment connaître, se faire connaître et renouveler le CVS.

L'accompagnement sur mesure

L'ARS et la formation orientent les représentants des familles et les directions en difficulté vers l'URIOPSS pour un accompagnement sur mesure.

Cette démarche a fait l'objet d'un réel intérêt et engagement effectif de tous les participants. Elle s'est déroulée dans un climat de confiance entre les acteurs permettant la qualité des échanges. La formation a permis aux élus des CVS de rencontrer leurs pairs et ainsi échanger sur les situations vécues, expériences, difficultés rencontrées dans leur exercice. De plus, la création de dynamiques inter-CVS/établissements donne du sens à la participation des usagers.

C - Faire participer et informer les représentants des usagers : La lettre d'information

Une lettre d'information a été diffusée par l'ARS aux représentants des usagers en juin 2021²⁶. Aucune lettre n'a été diffusée en 2020.

Celle-ci a porté sur les projets labellisés « Droits des usagers de la santé », le renouvellement des membres de la CRSA, un appel à candidatures pour la création de plateformes de répit et d'accompagnement sur le secteur du handicap sur la région, l'agrément régional d'association d'usagers du système de santé attribué à l'association Relais Santé Bien-Etre et à l'association Parkinson 49...

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 nouveaux RU nommés dans les CDU pendant la crise sanitaire.

La participation aux formations a été aléatoire pendant la crise sanitaire. France Assos Santé a proposé des rencontres entre RU pour mettre en place des échanges de pratiques.

26 Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. La lettre d'information des représentants des usagers. A l'adresse : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/la-lettre-dinformation-des-representants-des-usagers>

2 - Participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CTS

Participation des représentants des usagers (collège 2) en CRSA plénière calculé par rapport au nombre de sièges occupés

Taux de participation en 2020 calculé par rapport au nombre de sièges occupés pour le sous-collège 2a) (représentants des associations agréées) :

	Dates des réunions			TOTAL 2020
	16/06/2020 (visio)	06/10/2020 (visio)	01/12/2020 (visio)	
nombre de sièges occupés sur le 2a) dans l'arrêté de composition	8	8	8	
nombre de sièges représentés lors de la réunion	6	7	5	
taux de participation calculé sur les sièges (représentants des associations agréées)	75%	87,5%	62,5%	75%

Taux de participation en 2021 calculé par rapport au nombre de sièges occupés pour le sous-collège 2a) (représentants des associations agréées) :

	Dates des réunions				TOTAL 2021
	30/03/2021 (visio)	15/06/2021 (présentiel)	12/10/2021 (présentiel) (1)	02/12/2021 (présentiel)	
nombre de sièges occupés sur le 2a) dans l'arrêté de composition	8	8	8	8	
nombre de sièges représentés lors de la réunion	4	3	8	6	
taux de participation calculé sur les sièges (représentants des associations agréées)	50%	37,5%	100%	75%	66%

(1) 12/10/2021 : Réunion d'installation de la CRSA renouvelée

Taux de participation en 2020 calculé par rapport au nombre de sièges occupés pour les sous-collèges 2b) et 2c) (représentants des CDCA) :

	Dates des réunions			TOTAL 2020
	16/06/2020 (visio)	06/10/2020 (visio)	01/12/2020 (visio)	
nombre de sièges occupés sur les 2b) et 2c) dans l'arrêté de composition	8	8	8	
nombre de sièges représentés lors de la réunion	7	7	7	
taux de participation calculé sur les sièges (CDCA)	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%

Taux de participation en 2021 calculé par rapport au nombre de sièges occupés pour les sous-collèges 2b) et 2c) (représentants des CDCA) :

	Dates des réunions				TOTAL 2021
	30/03/2021 (visio)	15/06/2021 (présentiel)	12/10/2021 (présentiel) (1)	02/12/2021 (présentiel)	
nombre de sièges occupés sur les 2b) et 2c) dans l'arrêté de composition	8	8	5	5	
nombre de sièges représentés lors de la réunion	5	6	5	2	
taux de participation calculé sur les sièges (CDCA)	62,5%	75%	100%	40%	69%

- 12/10/2021 : Réunion d'installation de la CRSA renouvelée

Participation des représentants des usagers (collège 2) en CRSA plénière calculé par rapport au nombre de membres désignés

En CRSA plénière, les membres suppléants peuvent participer aux réunions même lorsque que leur titulaire est présent, ainsi il est pertinent de calculer également le taux de participation par rapport au nombre de membres désignés.

Taux de participation en 2020 calculé par rapport au nombre de membres désignés pour le sous-collège 2a) (représentants des associations agréées) :

	Dates des réunions			TOTAL 2020
	16/06/2020 (visio)	06/10/2020 (visio)	01/12/2020 (visio)	
nombre de membres désignés sur le 2a) dans l'arrêté de composition	24	24	24	
nombre de membres ayant participé à la réunion	6	7	7	
taux de participation calculé par rapport au nombre de membres désignés (représentant des ass° agréées)	25%	29%	29%	27%

Taux de participation en 2021 calculé par rapport au nombre de membres désignés pour le sous-collège 2a) (représentants des associations agréées) :

		Dates des réunions			TOTAL 2021
		30/03/2021 (visio)	15/06/2021 (présentiel)	12/10/2021 (présentiel) (1)	
nombre de membres désignés sur le 2a) dans l'arrêté de composition	24	24	22	22	
nombre de membres ayant participé à la réunion	6	4	12	6	
taux de participation calculé par rapport au nombre de membres désignés (représentant des ass° agréées)	25%	17%	55%	27%	30%

(1) 12/10/2021 : Réunion d'installation de la CRSA renouvelée

Taux de participation en 2020 calculé par rapport au nombre de membres désignés pour les sous-collèges 2b) et 2c) (représentants des CDCA) :

	Dates des réunions			TOTAL 2020
	16/06/2020 (visio)	06/10/2020 (visio)	01/12/2020 (visio)	
nombre de membres désignés sur les 2b) et 2c) dans l'arrêté de composition	24	23	23	
nombre de membres ayant participé à la réunion	8	12	11	
taux de participation calculé par rapport au nombre de membres désignés (CDCA)	33%	52%	48%	44%

Taux de participation en 2021 calculé par rapport au nombre de membres désignés pour les sous-collèges 2b) et 2c) (représentants des CDCA) :

	Dates des réunions				TOTAL 2021
	30/03/2021 (visio)	15/06/2021 (présentiel)	12/10/2021 (présentiel) (1)	02/12/2021 (présentiel)	
nombre de membres désignés sur les 2b) et 2c) dans l'arrêté de composition	22	23	10	10	
nombre de membres ayant participé à la réunion	7	7	7	3	
taux de participation calculé par rapport au nombre de membres désignés (CDCA)	32%	30%	70%	30%	37%

(1) 12/10/2021 : Réunion d'installation de la CRSA renouvelée

Pour la première fois de son histoire, la CRSA plénière s'est tenue en visioconférence (les 3 réunions de 2020 et la 1^{ère} réunion de 2021).

Globalement, il y a en 2020 et 2021 une plus forte participation des représentants des CDCA par rapport aux représentants des associations agréées (quel que soit le mode de calcul du taux de participation).

Il est constaté un niveau bas de la participation pour l'ensemble du collège 2 lors des deux premières réunions de 2021 (qui correspondent aux deux dernières réunions de la mandature 2014-2021)

Il est à noter que le niveau des désignations des CDCA progressera de manière significative en avril 2022 : tous les sièges seront occupés par au moins 2 représentants.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le taux de participation a été altéré par la réalisation des réunions en visioconférence. Ce taux de participation reste toutefois satisfaisant par rapport aux autres collèges de la CRSA.

Les associations doivent rappeler à leurs adhérents élus que le titulaire absent doit solliciter la participation de son suppléant. 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

Peut être ajouté suite aux échanges avec le groupe permanent (repris de leur programme de travail) :

La GPISP et la CSDU soulignent la nécessité de valoriser la participation et de la parole des usagers au sein des différentes instances :

- Afin de lutter contre la barrière numérique, identifier sur chaque territoire des lieux ressources, disposer de matériel et de la présence d'une personne pour faciliter la participation à des visios lorsque les réunions présentielles ne sont pas possibles.
- Disposer d'un accompagnement afin de faciliter la prise de parole et la compréhension lors des réunions :
 - Identifier une personne facilitante pour lutter contre le jargon technocratique et les sigles (+ glossaire dans Comptes Rendus),
 - Inviter les usagers 30 min avant les rencontres pour un temps d'échange préparatoire avec un facilitateur,
 - Favoriser travail en petit groupe pour faciliter la prise de parole
- Mettre en place des dispositifs de compensation des problématiques de santé/handicaps (visuel, auditif, moteur, psychique...)

Recommandations relatives au rapport droits des usagers du système de santé 2021

Les Commissions des Usagers (CDU)

- 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.
- Nécessité d'aborder la cotation des événements indésirables dans les échanges au sein des CDU.
- Importance de prendre en compte le projet des usagers dans l'élaboration du projet d'établissement.
- Vérifier la formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers.

Personnes qualifiées au titre de l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles

Nécessité de suivre la désignation des personnes qualifiées.

Les Conseils de la Vie Sociale (CVS)

- La participation effective des acteurs, notamment des élus locaux, sera à suivre.
- L'investissement commun de l'ARS, des Conseils départementaux et des établissements est nécessaire.

Droit au respect de la dignité de la personne

Dans le cadre de la promotion de la bientraitance, la CSDU s'interroge sur l'efficacité du projet de recrutement de 200 postes en service civique dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées prévu dans le PlaM.

Mon Espace Santé

La dématérialisation des données de santé pose la question de la fracture numérique. D'où :

- Prévoir un important travail d'information et d'accompagnement auprès des personnes les plus éloignées du numérique (personnes âgées, personnes en situation de précarité..)
- Ne pas renforcer les inégalités sociales de santé
- Ne pas être un frein à l'accès aux droits.

La CSDU reste vigilante sur :

- La question du consentement éclairé si intégration d'informations par les professionnels de santé
- Le développement annoncé d'un dispositif des Ambassadeurs et l'accompagnement annoncé des professionnels de santé seront à analyser.
- La question de la sécurité des données doit faire l'objet d'un suivi continu et d'une transparence, gage de bonne démocratie sanitaire.

Santé mentale

La CSDU requière la plus grande attention de l'A.R.S. Pays de la Loire quant aux conclusions suivantes :

- L'augmentation du nombre de soins sans consentement est une réelle inquiétude, notamment les « procédure d'urgence » et de « péril imminent ».
- Une réflexion commune des C.D.S.P. de la Région Pays de la Loire et un partage d'expérience permettraient de renforcer les C.D.S.P. dans leurs pratiques.

Inégalités sociales en santé et précarité

La CSDU souligne la nécessité:

- Pour chaque personne de disposer d'une offre de logement et d'hébergement stable, digne et pérenne, condition indispensable pour un accès aux droits à la santé pour tous.
- De mettre en place une évaluation et une adaptation de l'offre de soins aux conditions/lieux de vie des personnes concernées et de leur entourage
- De développer la capacité des professionnels de santé à prendre en compte les conditions de vie et notamment les lieux de vie des patients.

Assurer l'accès au médecin

- Nécessité d'une répartition équitable des professionnels de santé sur le territoire
- Nécessité que tous les leviers soient mobilisés afin d'accroître le nombre de professionnels formés
- Les patients doivent être mieux informés quant aux dispositifs permettant l'accès à un médecin sans rendez-vous
- Importance de penser à l'accélération du transfert des compétences aux professions paramédicales
- Importance de coconstruire cette réponse avec le territoire et ses acteurs (collectivités locales, Conseils Départementaux, Conseil Régional, CRSA, CTS, usagers...)

Accès aux urgences et aux soins non programmés

Mesures susceptibles d'améliorer la prise en charge des usagers ayant besoin d'un recours aux soins non programmé :

- Mise en place dans tous les départements de la région 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.

Les mesures prises pour gérer la pénurie doivent être lisibles pour la population.

Assurer le transport des patients

La CSDU souhaiterait que les propositions faites par plusieurs acteurs lors de groupes de travail soient prises en compte :

- Ambulances sont trop souvent immobilisées lors des entrées et sorties ainsi que sur les consultations faute d'équipements pour accueillir les patients.
- Augmentation conséquente du nombre de formations d'ambulanciers.
- Création d'une plateforme intégrant l'ensemble des ambulanciers du 44 et les taxis conventionnés pour assurer la régulation des demandes et de l'offre et éviter une perte de temps pour les soignants à rechercher un transport.
- Les mesures mises en œuvre dans le plan d'action en Loire-Atlantique seraient à déployer dans les autres départements.

GLOSSAIRE

ADIL : Agence Départementale d'Information sur le logement
ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
ALMA : Association de Lutte contre la Maltraitance envers les personnes Agées
ANAH : Agence Nationale de l'Habitat
APL : Accessibilité potentielle localisée
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
CAF : Caisse d'allocation Familiale
CAL : Commission d'activité libérale
CRAL : Commission régionale d'activité libérale
CAPS : Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins (maison médicale de garde)
CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation
CDAPH : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA : Conseil départemental à la Citoyenneté et à l'autonomie
CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CDU : Commission des usagers
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé
CLAN : Comité de liaison Alimentation et en Nutrition
CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales CL
S : Contrat Local de Santé
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRAL : Commission Régionale de l'activité libérale
CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
CSDU : Commission Spécialisée Droits des Usagers
CSP : Code de la Santé Publique
CTS : Conseil territorial de santé
CVS : Conseil à la vie sociale
DADSPS : Direction d'appui à la démocratie et au pilotage stratégique
DEO : Direction de l'Efficiencia de l'Offre (ARS)
DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé
DGOS : Direction Générale de L'Offre de Soins
DIPC : Document individuel de prise en charge
DLU : Dossier de liaison urgente
DMP : Dossier Médical Partagé
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement

DT : Direction Territoriale
 EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
 EIG : Evènement Indésirable Grave
 ESA : Equipes spécialisées Alzheimer
 ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
 ESMS : Etablissement social et médico-social
 ETP : Education Thérapeutique du Patient
 FAM : Foyer d'accueil Médicalisé
 FAS : France Asso Santé
 URASS : Union Régionale des associations agréées du système de santé
 HAD : Hospitalisation à Domicile
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 IGAS : l'Inspection Générale des Affaires Sociales
 IQSS : Indicateurs qualité et de la sécurité des soins
 InVS : Institut National de Veille Sanitaire
 IME : Institut Médico-Educatif
 IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
 IQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
 IREPS : Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé
 JLD : Juge des Libertés et de la Détention
 MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapée
 MNA : Mineur non accompagné
 MLLE : Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
 MSP : Maison de santé pluri professionnels
 ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
 OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
 ORS : Observatoire Régional de la Santé
 ORTHI : Outil de Repérage et de Traitement de l'Habitat Indigne
 ORU : Observatoire régional des Urgences
 PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
 PDLHI : Pole départemental de lutte contre l'habitat indigne
 PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PRIAC : Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
 PRS : Projet Régional de Santé
 PRSE : Plan Régional Santé Environnement
 PSL : Professionnels de Santé Libéraux
 PVP : Projets de vie personnalisés
 QualiREL : Qualité risques évaluation établissements ligériens
 ROR : Vaccin Rubéole, Oreillons, Rubéole
 RU : Représentants des Usagers
 SAMU : Service d'aide médicale urgente
 SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
 SDC : Structure d'étude et de traitement de la Douleur Chronique
 SDT : Soins psychiatriques Sur Demande d'un Tiers

SDTU : Soins psychiatrique procédure d'urgence
SDRE : Admission en soin psychiatriques Sur Demande du Représentant de l'Etat
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SISAC : Système d'information sanitaire des alertes et crises
SLD : Séjour de Longue Durée
SM : Santé Mentale
SMPR : Services médico-psychologiques régionaux
SPI : Soins psychiatriques de péril imminent
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TED : Trouble Envahissant du Développement
TICE : Technologie de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement
TRD : Traçabilité de l'évaluation de la Douleur
TROP : Test rapide d'orientation diagnostique
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UHSI : Unité hospitalière Sécurisée Interrégionale
ULIS : Unités localisées pour l'Inclusion Scolaire
URAF : Union Régionale des Associations Familiales
URAPEI : Union Régionale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis
URIOPSS : union régionale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé