

Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé

2016

sur données 2015

Table des matières

A. EDITORIAL	5
B. METHODOLOGIE DU RAPPORT	6
C. LE QUESTIONNAIRE GRAND PUBLIC SUR L'EVALUATION DE LA POLITIQUE DE L'ARS	7
D. L'ETUDE DE LA CRSA : « Attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé »	7
 1 – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers	 11
1. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS	11
2. RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS	11
2.1 Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire	11
2.2 Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur sanitaire	14
2.3 Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) des Pays de la Loire	21
2.4 Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social	22
2.5 Le dispositif de traitement des plaintes à l'ARS	24
3. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE	25
3.1 Promouvoir la bientraitance dans le secteur ambulatoire	25
3.2 Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire	25
3.3 Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance en structures médico-sociales	26
4. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR	32
4.1 Prendre en charge la douleur dans le secteur ambulatoire	32
4.2 Prendre en charge la douleur dans le secteur sanitaire	32
5. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE EN FIN DE VIE	33
5.1 Le plan d'action pour le développement des soins palliatifs	33
5.2 Analyse du critère 13a de la certification HAS	34
5.3 La prise en charge du malade en fin de vie et la rédaction des directives anticipées dans la synthèse des rapports CRUQPC	34
5.4 Extrait de la synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD :	35
6. DROIT A L'INFORMATION : PERMETTRE L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	35
6.1 L'accès au dossier médical en ambulatoire	35
6.2 L'accès au dossier médical dans le secteur sanitaire	35
6.3 L'accès au dossier médical dans le secteur médico-social	36
7. ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE	36
7.1 Les missions des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)	36
7.2 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Pays de la Loire	37

7.3 Le profil des élèves en situation de handicap dans les Pays de la Loire	38
---	----

8. DROITS DES PERSONNES DETENUES	39
8.1 Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale	39
8.2 Les unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral (UCSA)	39
8.3 La santé des personnes détenues	39
9. SANTE MENTALE	41
9.1 Missions et composition des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP)	41
9.2 Mesures d'admission aux soins sans consentement en psychiatrie	41
9.3 Les éléments statistiques	42
9.4 Les constats	43
9.5 Le fonctionnement des CDSP	43
9.6 Les visites des établissements	44
 2 – Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous	 47
10. ASSURER L'ACCES DE TOUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX	47
10.1 Pourcentage d'offres en tarifs opposables par spécialité	47
10.2 Le contrat d'accès aux soins	47
10.3 Taux de dépassements honoraires en hospitalisation en cliniques privées	48
10.4 Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale	49
10.5 Point sur la mise en place des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)	49
10.6 Les difficultés d'accès à un médecin traitant	49
10.7 Les mesures correctives du Pacte Territoire Santé	50
10.8 Le Plan régional d'accès à la santé	40
10.9 L'accès aux chirurgiens-dentistes	51
10.10 La permanence des soins (PDSA)	52
11. ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS	54
11.1 Les commissions d'activités libérales des établissements publics de santé (CAL)	54
11.2 Le nombre de plaintes et réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	54
11.3 Les permanences d'accès aux soins (PASS)	54
11.4 Renoncement aux soins	55
12. ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION	55
12.1 La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans	55
12.2 La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans	55
12.3 Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	55
12.4 La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle : actualisation données 2015	55
13. REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES	57
13.1 Les contrats locaux de santé (CLS)	57
13.2 Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux	57
13.3 Logements : les procédures d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique	59
13.4 L'accueil adapté au public	60
13.5 Les aidants et leur santé	61

3 – Conforter la représentation des usagers du système de santé 65

14. FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE 65

14.1 La typologie des formations organisées pour les représentants des usagers	65
14.2 Le nombre de formations CVS réalisées/nombre de personnes formées	65
14.3 Faire participer et informer les représentants des usagers	66

4 – Renforcer la démocratie sanitaire 69

15. GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LA CRSA ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE 69

5 – Suivi des recommandations du précédent rapport 2015 71

6 – Synthèse et recommandations du rapport 2016 73

ANNEXES 83

A. EDITORIAL

L'élaboration de ce rapport annuel par la CRSA, au-delà de permettre la production d'un document, doit constituer un levier pour faire progresser dans notre région les droits des usagers du système de santé, l'accessibilité aux services de santé et également la qualité des prises en charge.

L'année dernière, et donnant suite aux résultats d'une étude menée par la CRSA sur le respect des droits des malades en fin de vie, notre rapport préconisait la mise en place de mesures « pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie » afin améliorer l'information sur ces droits et permettre au patient d'être au cœur des décisions qui le concernent. Le plan régional élaboré par l'ARS en juillet 2016 reprend un certain nombre de ces préconisations. Il faut également relever plusieurs initiatives locales permettant de renforcer l'information et la qualité de la prise en charge de la fin de vie, dans les projets soumis au label « Droits des usagers ».

Ce nouveau rapport intègre les résultats de l'étude « Attentes des usagers des services des urgences des établissements de santé » menée au cours de l'année 2016 par la CRSA en collaboration avec l'ARS. Les enseignements de cette étude sont que le recours aux urgences par l'utilisateur correspond souvent davantage à un besoin lié à une réponse rapide et coordonnée à son problème de santé qu'à une problématique de véritable urgence ou de gravité. Il est donc à prévoir qu'à défaut d'une prise en charge accessible et lisible en amont ce recours ne fera que croître, même si quelques fois l'utilisateur ressent une insatisfaction sur ses conditions de séjour.

2016 a vu le début de la mise en œuvre des dispositions de la nouvelle loi de santé. Notre rapport souligne la réactivité de l'ARS et des établissements de santé dans la mise en place des commissions des usagers. Il reste maintenant à les faire vivre dans leurs nouvelles missions d'appui aux patients.

Enfin la CRSA a participé à l'évaluation de la perception des ligériens du fonctionnement du système de santé et des politiques menées par l'Agence Régionale dans le cadre du projet régional de santé (PRS). Si le niveau de confiance vis-à-vis du système de santé est relativement stable (70%), la perception de l'accessibilité aux soins s'est dégradée en particulier vis-à-vis des médecins généralistes. Les attentes sont également fortes sur les dispositifs de soutien aux aidants et de prise en charge des personnes âgées et handicapées. Ce rapport reprend un certain nombre de ces questionnements avec des propositions que nous souhaiterions voir prises en compte dans le tout prochain projet régional de santé.

Rendez-vous annuel, ce rapport fait donc le point sur les difficultés comme sur les avancées. Nous espérons qu'il constitue pour vous un support utile pour contribuer plus activement à la démarche de démocratie en santé attendue par l'ensemble des partenaires.

Dr Denis LEGUAY
Président de la CSRA

Gérard ALLARD
Président de la CSDU

B. METHODOLOGIE DU RAPPORT

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

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

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

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

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

L'arrêté ministériel du 5 avril 2012 fixe le cahier des charges des rapports à établir par les CRSA en reprenant les thèmes suivants :

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

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

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

- *un rappel du contexte, réglementaire si nécessaire,*
- *les données recueillies avec leur analyse,*
- *les commentaires de la commission spécialisée.*

Ce rapport, après adoption en séance plénière de la CRSA le 30 mars 2017, est transmis avec les recommandations formulées :

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

Je tiens à remercier :

- *toute l'équipe de la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique (DADSPS), et plus particulièrement Madame Anne-Lise SERAZIN, Madame Sylvie PLANCHOT, Madame Christine MENARD et Madame Cindy LINCY (stagiaire) pour leur aide notamment dans le recueil des données,*
- *Madame Hélène DEVAUX, en appui à la commission spécialisée, pour l'analyse des données du rapport et la finalisation de celui-ci,*
- *les membres du groupe de travail en charge de l'élaboration de ce rapport pour leur contribution et leur aide à l'analyse,*
- *les personnes ayant répondu favorablement à notre demande d'entretien :*
 - *Dr MOREAU Président du Conseil de l'Ordre régional des Médecins Pays de la Loire,*
 - *Dr BROUSTE Président du Conseil de l'ordre régional des Chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire.*

Gérard ALLARD
Président de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

C. LE QUESTIONNAIRE GRAND PUBLIC SUR L'EVALUATION DE LA POLITIQUE DE L'ARS

Dans le cadre de l'évaluation du Projet Régional de Santé 2012-2016, la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA a eu en charge, au cours de l'année 2016, de porter la question évaluative « Quels sont les effets de la politique de l'ARS en termes de participation individuelle et collective des usagers, et en termes de modification de la perception de la population sur le système de santé ? ».

Un groupe de travail commun CRSA/ARS a suivi cette partie d'évaluation réalisée par un prestataire extérieur (CEMKA-EVAL). L'enjeu était notamment d'éclairer l'ARS sur la poursuite de la mise en œuvre de sa politique régionale dans sa relation à l'utilisateur. Cette évaluation s'est basée sur une enquête en ligne de près de 40 questions réalisée en juillet 2015. 3835 ligériens y ont répondu.

Les résultats de cette évaluation sont à retrouver au fil du rapport dans des encadrés spécifiques.

D. L'ETUDE DE LA CRSA :

« Attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé »

La Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA en liaison avec l'ARS a souhaité faire mener une étude répondant aux objectifs suivants :

- comprendre les causes de l'insatisfaction (ou de la satisfaction) exprimée par les usagers,
- cerner les raisons d'un recours à un service d'urgence alors que le patient aurait pu faire appel à la permanence des soins ambulatoires,
- recueillir et analyser les attentes et les besoins des usagers des services d'urgence.

L'étude a été menée par le Cabinet Ernst & Young. Un comité de pilotage CRSA/ARS a suivi les travaux.

La méthodologie de l'étude était la suivante :

L'enquête a été réalisée dans 8 établissements de la région tant publics que privés : CHU de Nantes (urgences adulte et pédiatrique), CH Le Mans (urgences adulte et pédiatrique), CH Cholet, CH Laval, Pôle Santé Sarthe et Loir, CH Côte de Lumière, Clinique St Charles, Clinique de l'Anjou.

Une première étape d'analyse documentaire a permis de disposer en amont des enquêtes usagers d'une première vision du territoire et des établissements. Des entretiens stratégiques avec des professionnels de santé et des représentants des usagers ont été réalisés en amont de la phase d'enquête sur site afin de pouvoir élaborer le questionnaire de satisfaction en disposant d'une bonne vision sur les problématiques existantes.

Un questionnaire portant sur les observations, attentes et besoins des usagers, a permis de recueillir l'avis de 517 usagers. Deux focus group ont été organisés au Mans et à Nantes au mois de décembre afin de mettre en perspective les résultats de l'étude avec le retour d'expériences d'usagers et de représentants des usagers

Sont présentées ici des données et conclusions extraites du rapport remis en janvier 2017 par l'agence EY (lien étude sur site ARS - CRSA)

1. Recours aux services d'urgence et connaissance de l'offre de soins

- 75% des patients interrogés dans cette enquête étaient déjà venus aux urgences et pour un tiers d'entre eux trois fois ou plus.
- la majeure partie des patients sont arrivés aux urgences de leur propre initiative (41% des répondants). Moins d'un quart des patients arrivent aux urgences à la suite d'un appel au SAMU-centre 15. L'adressage par le médecin traitant représente 16,8% des orientations au niveau global.
- 70% des patients interrogés connaissent des alternatives au service des urgences. Le médecin traitant et le SAMU-Centre 15 sont les alternatives les plus fréquemment évoquées : respectivement 28% et 24% des patients.

2. Les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction

78,2% du panel total se déclarent satisfaits et très satisfaits de leur prise en charge dans sa globalité. Seulement 5,3% d'entre eux sont peu ou pas satisfaits.

L'accueil, l'attention et l'écoute des équipes médicales et soignantes sont reconnus : que ce soit le personnel soignant ou le personnel médical, la satisfaction est très bonne sur l'ensemble des établissements : 90,7% de satisfaits concernant l'attention et l'écoute du personnel soignant et 89,4% de satisfait concernant le personnel médical. L'attention réservée aux proches, le respect de l'intimité et la prise en charge de la douleur sont perfectibles.

3. Des conditions de séjour et une information des patients à (ré)interroger

Conditions de séjour et d'attente

Les conditions de séjour dans le service des urgences (alimentation, besoins élémentaires...) de même que les conditions d'attente des examens complémentaires sont jugés plus sévèrement avec respectivement 75,5 et 68% de patients satisfaits. Dans certains établissements, la satisfaction descend à 50% des patients interrogés.

Information

Alors que la qualité des informations transmises est satisfaisante, des points de ruptures ont été identifiés dans la transmission des informations. En effet, environ 86% des patients se déclarent satisfaits de la clarté des informations transmises par le personnel médical et soignant, par contre seulement 68% des patients sont satisfaits des informations communiquées sur l'ensemble de la prise en charge.

4. Les enjeux

4.1. Une augmentation inévitable du recours aux urgences

Les travaux récents (DREES, rapport Grall) convergent sur le diagnostic de l'évolution du recours aux urgences par les patients, ainsi que sur les variables explicatives de ces évolutions.

- Un recours aux urgences qui augmente : en 2013, 1 français sur 3,5 contre 1 français sur 8 en 1990
- Une proportion d'urgences graves qui reste identique, voire diminue, parmi l'ensemble des demandes de soins non programmés prises en charge par les structures d'urgence
- Une baisse de la démographie des médecins généralistes
- Une évolution des pratiques des médecins généralistes, notamment vis-à-vis de la permanence des soins ambulatoire.

Les résultats observés corroborent ces analyses avec 75% des patients interrogés qui étaient déjà venus aux urgences et pour un tiers d'entre eux trois fois ou plus sur les deux dernières années.

Les patients connaissent très majoritairement les alternatives aux urgences (70% des patients interrogés), mais ils ne les ont pas sollicitées car :

- Ils ressentent un sentiment d'urgence qui nécessite d'avoir une réponse rapide et amène le patient à recourir directement aux urgences
- Ils ont la conviction que leur problème de santé nécessite un avis spécialisé et/ou des examens complémentaires (imagerie prioritairement) qui ne trouveront une réponse rapide qu'aux urgences (par ex la traumatologie)
- Ils connaissent la difficulté d'accès rapide à leur médecin traitant.
-

Enfin, la majorité des patients rencontrés (plus de 40%) viennent de leur propre initiative, c'est-à-dire sans qu'aucun professionnel de santé n'ait posé un regard « technique » sur leur demande de soins.

Tous ces éléments nous invitent à penser que ces changements de comportement vis-à-vis du recours au service d'urgence sont pérennes et qu'ils nécessitent de repenser les organisations : l'accueil, la prise en charge et l'interface avec les autres services de l'hôpital et l'aval (ville, structures médicosociales, ...).

4.2. Des opportunités de changements des services d'urgence à exploiter

Si les services d'urgence doivent envisager des évolutions sur le long terme liées au changement de modèle, l'étude met en évidence des opportunités d'amélioration réalisables dès à présent.

Deux thématiques sont particulièrement identifiées :

- la transmission d'informations pourrait encore progresser :

Le manque d'informations transmises par le personnel a été souligné par les usagers, pendant l'enquête terrain et lors des focus group, notamment à certains moments clés de la prise en charge : attente d'un examen d'imagerie et/ou de son interprétation, attente d'une hospitalisation.

La présente étude met surtout en exergue les discontinuités d'information du patient au cours de sa prise en charge.

L'enjeu pour les services d'urgence pourrait consister à organiser de façon régulière des échanges soignant-soigné tout au long du séjour du patient aux urgences.

Des expérimentations existent notamment sur le délai d'attente prévisible pour un examen d'imagerie. Le patient sait à tout moment combien de temps il doit attendre. Si une urgence vient modifier l'ordre de passage, il en est également informé,...

- les conditions d'accueil pourraient facilement être améliorées :

Il s'agit de répondre aux besoins primaires des patients et des accompagnants : accès à des toilettes, avoir la possibilité de boire et/ou de manger (en l'absence de contre-indication médicale).

L'absence de distributeur de nourriture ou d'une fontaine à eau a souvent été regrettée par les usagers rencontrés.

De même, les locaux sont parfois apparus comme peu adaptés et/ou peu confortables. Une réflexion en ce sens pourrait être envisagée.

- le respect de l'intimité du patient est perfectible :

Il s'agit de respecter l'intimité et la confidentialité du patient tout au long de sa prise en charge. De nombreuses situations sont décrites : échanges entre les professionnels des urgences, échanges avec les patients dans des boxes voire dans le couloir (en cas de forte affluence). La configuration des locaux ont également un impact important.

Il est nécessaire de veiller au respect de ces droits, en particulier pour les patients en situation de vulnérabilité et de fragilité.

4.3. Une prise en compte des évolutions quantitatives et qualitatives et un travail de communication et d'information à engager

Le dernier enjeu qui ressort de cette enquête auprès des usagers des urgences concerne la planification de l'offre de soins.

Le recours aux services d'urgence s'est banalisé comme nous l'avons vu précédemment et n'est plus justifié par les usagers par la nécessité de la prise en charge d'un problème de santé urgent, mais également par l'opportunité d'accéder à un plateau technique complet (médecin, soignant, laboratoire, imagerie).

Parallèlement, le choix du plateau technique ne semble pas être guidé par la qualité de celui-ci, mais plutôt par sa proximité. L'enjeu de planification pour les années à venir consiste à :

- Faire évoluer les dispositifs de prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence vraie :
- Développer les maisons médicales et élargir les plages d'ouverture
- Développer des organisations innovantes des services d'urgence associant les médecins généralistes du territoire (CH Belle Ile, CH Neuchâtel en Bray)
- Inciter les médecins libéraux à admettre sur leur planning réglé des patients non programmés, par un financement adapté (rapport Grall)
- Développer la communication et l'information sur l'utilisation des alternatives (le recours au 15 par exemple).

4.4 Une prise en compte des populations spécifiques à renforcer

Le dernier enjeu concerne la prise en compte de populations spécifiques, notamment les patients âgés et les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Pour ces patients fragiles, en complément des évolutions générales indiquées précédemment, des dispositifs spécifiques doivent être envisagés. De nombreuses pistes ont déjà été proposées et mis en œuvre, comme :

- L'intervention de gériatres aux urgences,
- La présence de compétences psychiatriques (médicales et/ou infirmières),
- L'identification de lits d'UHCD dédiés à la psychiatrie gérés par des équipes formées,
- Les interventions pré-hospitalières afin de prendre en charge les patients à domicile ou en institutions et éviter le passage aux urgences : équipes mobiles gériatriques, psychiatriques, voire communes géro-psycho-geriatriques, avec parfois des dispositifs innovants (groupe ERIC dans le Sud Yvelines).

Comme indiqué dans le chapitre précédent, ces démarches doivent se poursuivre et être renforcées dans une perspective de filières de soins spécifiques, graduées et protocolisées entre établissements (sanitaires et médico-sociaux), ainsi qu'avec les professionnels de ville.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU partage les enjeux identifiés dans ce rapport et en particulier :

- Le constat de l'augmentation inévitable du recours aux urgences, compte tenu des attentes des usagers souhaitant obtenir une réponse rapide et coordonnée à leurs problèmes de santé.
Cette croissance de la fréquentation des services d'urgence ne pourra être freinée que par des réponses adaptées de l'organisation de l'offre de soins en amont et en aval des urgences. Il s'agit d'un des enjeux du futur PRS 2.
Les pistes dites innovantes du rapport (présence d'un lieu de médecine générale dans les services des urgences) mériteraient d'être étudiées.
- Des évolutions nécessaires dans l'accueil des patients et de leurs proches et dans la transmission des informations.
Dans le cadre de leur mission les nouvelles commissions des usagers des établissements pourraient se saisir des éléments de ce rapport et examiner les conditions d'accueil et de fonctionnement du service d'urgence de leur établissement et proposer des évolutions dans le cadre du projet des usagers de l'établissement.
Cette démarche pourrait être appuyée par l'ARS sous des formes à définir : transmission du rapport au président des CDU, groupes de travail régional ou de territoire.
- La nécessité d'une meilleure prise en compte de populations spécifiques, notamment les personnes âgées, les patients souffrant de troubles psychiatriques et ceux en situation de handicap.

1 - Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

Aucune donnée recueillie sur ce thème.

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

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

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

Le nombre de plaintes et doléances reçues a fortement augmenté entre 2014 et 2015 : il est passé de 438 à 524. Excepté en Sarthe où on note une légère diminution.
En Mayenne la baisse s'explique par le fait que les appels téléphoniques (au nombre de 85 en 2015) n'ont pas été comptabilisés en 2015 dans les doléances alors qu'elles l'avaient été en 2014.
En Loire-Atlantique la hausse peut s'expliquer en partie par la possibilité de saisir désormais l'ordre par voie électronique.

Département	Plaintes et doléances reçues		Conciliations		Plaintes transmises	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Loire-Atlantique	127	194	20	23	12	17
Maine-et-Loire	102	134	7	13	4	6
Mayenne	124	41	3	6	2	3
Sarthe	27	22	13	9	7	4
Vendée	58**	133	6	13	4	8
Total	438	524	49	64	29	38

** Chiffres de janvier à juin 2014

La grande majorité des plaintes et doléances s'éteint grâce au dialogue instauré par l'intermédiaire des ordres départementaux puisque seulement 64 plaintes sur 524 plaintes et doléances font l'objet d'une procédure formelle de conciliation, et 38 font l'objet d'une plainte transmise à la Chambre disciplinaire régionale.

Nature des 524 plaintes et doléances en 2015 :

- difficulté/conflit entre particulier et médecin : 395
- difficulté/conflit entre médecins : 59
- difficulté/conflit entre médecin et établissement de soins : 24
- problème d'accès aux soins : 46

La Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) :

7% des plaintes et doléances ont été transmises à la Chambre Disciplinaire. Seules 3 plaintes sur les 38 transmises ont fait l'objet d'une décision en 2015. Le code de la Santé Publique fixe un délai de 6 mois pour le jugement des affaires portées devant la CDPI or il est de 11 mois dans les Pays de la Loire (9 mois au niveau national). L'allongement des délais est dû aux expertises complémentaires ou aux sursis à statuer dans l'attente d'une décision pénale.

Les motifs des plaintes :

La moitié des plaintes traitées par la CDPI a pour motifs : le comportement du médecin avec les patients, la prise en charge au titre de la permanence des soins, la rédaction de certificats médicaux.

FOCUS Le traitement des plaintes et doléances.

L'exemple du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Maine-et-Loire.

La doléance

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins peut être saisi pour des faits qui aux yeux du demandeur transgressent les règles de la déontologie médicale. L'auteur de la doléance adresse un courrier en formulant ses griefs à l'encontre du praticien concerné. Ce courrier est transmis au médecin concerné en l'invitant à y répondre et à s'expliquer. Ses explications sont étudiées par le Conseil départemental qui peut être amené à formuler au médecin des remarques, des rappels sur la réglementation en vigueur.

Les éléments de réponse du médecin sont transmis à l'auteur de la doléance qui peut soit les accepter, les différentes correspondances seront alors classées dans le dossier ordinal du médecin, soit décider de porter plainte.

La plainte

Le conseil départemental retient la notion de plainte lorsque dans le courrier la personne l'exprime clairement : « je porte plainte » ou lorsqu'elle demande expressément une sanction disciplinaire.

À la réception d'une plainte les deux parties sont conviées à une réunion de conciliation. Trois possibilités se présentent alors à l'issue :

- la conciliation aboutit : le dossier est classé ;
- la conciliation ne peut avoir lieu (car le plaignant ou le médecin ne se sont pas présentés) ;
- les deux parties ne peuvent s'entendre : un procès-verbal de non conciliation est établi.

La plainte fait alors l'objet d'un examen en séance plénière par le Conseil Départemental qui dans tous les cas doit la transmettre à la Chambre disciplinaire de première instance (CDPI) et peut décider en son nom propre d'être lui-même plaignant à l'encontre du médecin.

A l'issue de l'examen de la plainte, la CDPI pourra soit :

- rejeter la plainte ;
- sanctionner le médecin par un avertissement, un blâme ou une interdiction d'exercer.

Les décisions de la Chambre Disciplinaire de Première Instance peuvent faire l'objet d'un appel auprès de la Chambre Disciplinaire du Conseil national :

- par le Conseil national ;
- par le médecin ;
- par le plaignant.
- Le dernier recours est le Conseil d'Etat.

En Maine-et-Loire les principaux motifs de plaintes et doléances sont :

1 – En ce qui concerne les conflits patient-médecin :

- Prise en charge considérée comme inadéquate
- Rédaction de certificat médical insatisfaisante
- Retard de transmission du dossier médical
- Violation du secret professionnel
- Impossibilité de trouver un médecin traitant

2- En ce qui concerne les conflits entre professionnels :

- Médecins libéraux entre eux
- Médecins libéraux et médecins hospitaliers

Il y a eu peu de cas pour dépassements d'honoraires considérés comme abusifs et aucun refus de soins.

En 2015 sur 134 doléances et plaintes adressées au Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Maine et Loire, seules 6 ont fait l'objet d'une transmission à l'instance disciplinaire.

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

Le Conseil régional de l'Ordre des pédicures-podologues n'a enregistré aucune saisine des usagers en 2015.

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

Les dix plaintes et signalements en 2015 concernent uniquement des conflits entre sages-femmes et autres professionnels de santé pour des motifs de détournement de patientèle essentiellement. Une plainte a été transmise à la Chambre disciplinaire régionale.

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

En 2015, l'Ordre régional des pharmaciens n'a pas chiffré les signalements et n'a recensé qu'une seule plainte, contre 28 en 2014. Une tentative de conciliation a eu lieu, contre 6 en 2014.

21 affaires portées en 2014 ont été jugées en 2015 en Chambre de discipline (17 en 2014) dont une affaire concernait un particulier et un pharmacien.

Les motifs des affaires sont les suivants : les problèmes de garde, les conflits relationnels, les problématiques sur les remboursements lors des retours de médicaments.

Les suites données aux signalements sont les suivantes : convocation du pharmacien, transmission à l'ARS ou rappel de la législation le cas échéant.

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

Il y a eu 15 réclamations en 2015 (11 en Loire-Atlantique, 3 en Sarthe et 1 en Maine-et-Loire), et 6 plaintes (3 en Loire-Atlantique et 3 en Maine-et-Loire).

Année de référence	Réclamations		Plaintes		Conciliations	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Pays de la Loire	8	15	13	6	12	2

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

Le nombre de réclamations et plaintes a diminué entre 2015 et 2016 : il est passé de 141 à 129. La disparité entre les départements s'explique par la différence du nombre de praticiens par département (de 70 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique à 40 pour 100 000 habitants en Mayenne et Sarthe).

Département	Plaintes/réclamations/signalements		Litiges		Conciliations		Plaintes transmises	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Loire-Atlantique	58	70	44	50	11	10	6	2
Maine-et-Loire	2	2	12	7	7	3	2	0
Mayenne	20	5	0	14	18	2	2	3
Sarthe	33	33	0	0	5	0	0	0
Vendée	28	19	0	2	11	8	3	3
Total	141	129	56	73	52	23	13	8

Tableau avec les données de 2014 réactualisées

La majorité des réclamations et plaintes s'éteint avant la transmission à la Chambre disciplinaire grâce :

- au rôle de facilitateur que joue le Conseil de l'ordre,
- au recours à la responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste (permettant la désignation d'un expert),
- à la réunion de conciliation.

Pour faciliter le rôle de conciliateur dans les Conseils départementaux, le Conseil de l'ordre régional a organisé en février 2017 une formation pour les professionnels exerçant ce rôle.

Les motifs des plaintes des patients concernent principalement le manque de communication et d'information, un ressenti d'une mauvaise qualité de soins et les honoraires. Une seule plainte pour refus de soins a été enregistrée en 2015.

Origine de la saisine de la Chambre disciplinaire de première instance

	Nombre de plaintes	
	2014	2015
Conseil de l'ordre	2	2
Patients	11	6
Autres	1	7
Motif(s) de la plainte		
	Nombre de plaintes	
	2014	2015
Qualité des soins	7	3
Honoraires	5	2
Obligations déontologiques	5	9
Décisions		
	Nombre de plaintes	
	2014	2015
Rejet de la plainte	10	9
Sanction	3	4

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

La réception d'une plainte donne systématiquement lieu à une conciliation entre les parties. En cas d'échec le dossier est transmis à la Chambre disciplinaire. Quand il s'agit de réclamations ou de signalements les parties sont entendues soit par téléphone soit lors d'une réunion de médiation.

Les réclamations sont au nombre de 8 pour la région des Pays de la Loire : 2 en Maine-et-Loire, 2 en Sarthe, 2 en Vendée, 1 en Loire-Atlantique et 1 en Mayenne. Aucune plainte n'a été enregistrée et aucune conciliation n'a été organisée en 2015.

Les usagers ont saisi l'Ordre principalement pour des refus de soins.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU note avec satisfaction qu'il est de plus en plus facile d'obtenir les données auprès des Ordres et que les processus de traitement des plaintes et doléances fonctionnent conformément aux procédures prévues.

Les éléments fournis par les Ordres concernant les plaintes et réclamations ne sont qu'un élément pour évaluer le respect des droits des usagers, il serait donc nécessaire d'avoir une classification précise des thèmes de plaintes reçues à la fois par les Ordres et par l'Assurance Maladie.

L'accès aux soins (en particulier l'accès à un médecin traitant) est un sujet de doléance important dans les sollicitations reçues par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Pour l'utilisateur il est toujours difficile de connaître les processus de dépôt et d'instruction d'une plainte. Il convient de poursuivre l'information à l'utilisateur sur les procédures, les recours possibles, sur la différence entre une plainte et une réclamation, sur la possibilité de se faire accompagner etc.

La CSDU encourage les Ordres à former leurs professionnels de santé à la conciliation comme l'a fait le Conseil de l'Ordre régional des chirurgiens-dentistes début 2017.

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

➤ Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :

50 % des répondants connaissent l'existence des représentants des usagers du système de santé

2.2.1 Cadre réglementaire (2015)

L'article L.1112-3 du Code de la Santé Publique définit le cadre général de la prise en compte des droits des patients au sein des établissements de santé. Conformément à cet article les établissements de santé sont soumis aux obligations suivantes :

- Chaque établissement de santé, chaque syndicat inter hospitalier et groupement de coopération sanitaire autorisé à assurer les missions d'un établissement de santé doit disposer d'une **Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)**. Celle-ci doit être consultée sur la **politique d'accueil et de prise en charge** menée dans l'établissement.

- Les conseils de surveillance des établissements publics de santé, ou une instance habilitée dans les établissements privés, doivent délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers, la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un **«rapport présenté par la CRUQPC»**.

- Ils doivent transmettre le «rapport de la CRUQPC» et les conclusions du débat au sein du conseil de surveillance à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

En 2015 le formulaire a été élaboré selon les critères du Ministère transmis en avril 2014.

Il revient par ailleurs aux ARS de rédiger une synthèse de l'ensemble de ces documents (rapports des CRUQPC et délibérations des instances hospitalières). Cette partie du présent rapport est ainsi constituée des éléments figurant dans la synthèse des documents transmis par les établissements de santé, consultable sur le site de l'ARS Pays de la Loire.

2.2.2 Bilan quantitatif des réponses par établissement

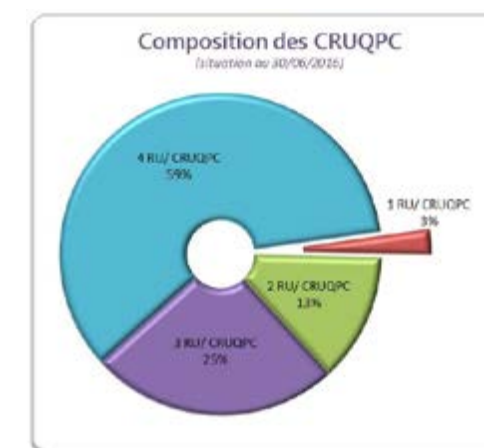
Les 116 rapports d'activité attendus ont été transmis à l'ARS : 38 en Loire-Atlantique, 33 en Maine-et-Loire, 10 en Mayenne, 20 en Sarthe, 15 en Vendée.

2.2.3 Fonctionnement des CRUQPC

Composition des CRUQPC : au 30 juillet 2016 aucun établissement ne fonctionne sans représentant des usagers et 97,4% fonctionnent avec au moins deux représentants des usagers dans sa commission.

Le nombre de CRUQPC fonctionnant avec le nombre de représentants des usagers requis (2 titulaires et 2 suppléants) est en augmentation constante : 69 établissements en 2016 contre 57 en 2015. Le principal motif en cas de non désignation des 4 représentants des usagers est une démarche infructueuse avant d'être une absence de recherche ou le choix de l'établissement.

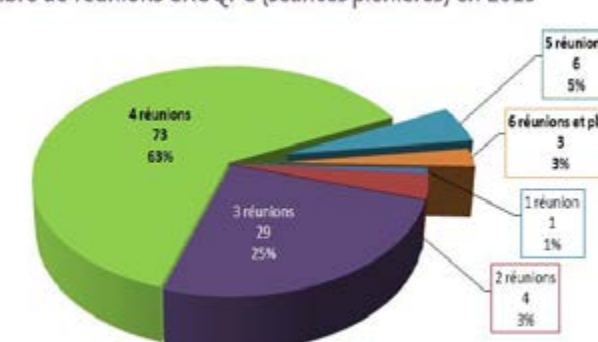
- En juillet 2016, 40 associations différentes sont présentes dans les CRUQPC ligériennes.



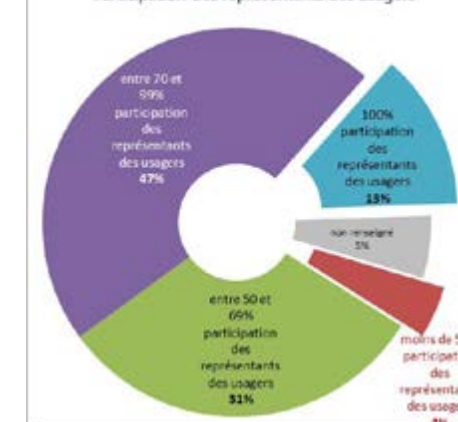
Règlement intérieur : 96,6% des établissements ont mis en place un règlement intérieur à la commission.

- En 2015, 71% des établissements ont réuni leur CRUQPC au moins 4 fois par an conformément à la réglementation contre 64% en 2014.

Nombre de réunions CRUQPC (séances plénières) en 2015



Participation des représentants des usagers



- Parmi les 51 établissements signalant leur rattachement à un service médico-social, 21% déclarent que les membres de la CRUQPC participent au Conseil de la vie sociale. Parmi les répondants 37% estiment avoir connaissance des différentes missions de ces instances. Seulement 7 établissements déclarent organiser des réunions du Conseil de la vie sociale avec les réunions des CRUQPC.
- Dans 87% des établissements le rapport des CRUQPC est transmis à d'autres instances de l'établissement.
- **Information des usagers :** pour exercer leurs missions de représentants des usagers, ceux-ci doivent être nécessairement connus au sein de l'établissement et être identifiés à la fois par le personnel, les associations et les personnes accueillies et leurs proches. Les supports de communication utilisés par les établissements pour informer les usagers et le personnel sont principalement le livret d'accueil et l'affichage. La communication orale et les réunions sont aussi un vecteur de communication privilégié vers le personnel pour les établissements.
- Sur les documents d'information destinés aux usagers, 79% des établissements y précisent le nom et les coordonnées des représentants des usagers.
- Plusieurs établissements déclarent qu'il est possible pour les usagers de contacter un membre de la CRUQPC à tout moment en cas de difficultés soit par mail (56%) et soit par téléphone (69%).
- Les représentants des usagers sont connus par les personnes assurant le standard ou l'accueil pour 91% des établissements (83% sur les données 2014). Cependant la présentation des représentants des usagers au personnel n'est réalisée que pour 52% des établissements et 49% des établissements déclarent que les représentants des usagers vont à la rencontre des usagers (via salle d'attente, lieux fréquentés par les usagers,...).
- **Formation des membres des CRUQPC :** si la démarche de formation semble être acquise pour de nombreux représentants des usagers, celle-ci semble moins développée auprès des autres membres des CRUQPC : 36% des représentants légaux des établissements ont déjà eu une formation entre 2010 et 2015, ainsi que 34% des médiateurs médecins et 41% des médiateurs non médecins. Les sujets de formation sont les suivants : fin de vie, démarche de qualité, plaintes et réclamations, droits des usagers, représentant des usagers, éthique, divers.

2.2.4 Les questionnaires de satisfaction des usagers

97% des établissements ont utilisé un questionnaire de sortie en 2015 mais les taux de retour sont inférieurs à 50% dans 84% des cas.

Les questionnaires sont analysés par 90% des établissements et 93% déclarent mettre en place des actions après l'étude des questionnaires.

88% des établissements mettent également en œuvre des enquêtes de satisfaction de façon ponctuelle, en direction d'un pôle, d'un service ou d'un public spécifique.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU souligne la qualité de la synthèse des rapports des CRUQPC établie par la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique de l'ARS, qualité permise également par les réponses étayées reçues de tous les établissements de santé de la région.

Le bilan de fonctionnement des CRUQPC progresse chaque année concernant aussi bien, la désignation des représentants des usagers, le nombre de réunions que l'existence d'un règlement intérieur.

Deux points de progrès sont identifiés :

- dans les établissements ayant une entité médico-sociale rattachée une plus forte interaction entre CRUQPC et CVS (en particulier en raison des difficultés de fonctionnement de ceux-ci) est attendue,
- une meilleure connaissance de l'existence et du rôle de cette instance à l'intérieur des établissements mais également auprès du grand public est à travailler.

FOCUS La mise en place des Commissions des Usagers

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 complétée par le décret n°2016-726 du 1er juin 2016 a institué la commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Cette dernière remplace la commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Le décret change peu la composition de la CDU par rapport à la CRUQPC, mais les missions et le fonctionnement ayant évolué davantage, il convenait de renouveler l'ensemble des membres composant cette commission dont 2 représentants des usagers et leurs suppléants dans un délai de 6 mois à compter de la publication du décret, soit d'ici le 3 décembre 2016.

En région Pays de la Loire 117 établissements sont concernés ; sur les 468 sièges de représentants des usagers 416 ont été pourvus¹.

Les difficultés rencontrées ont concerné :

- le non-respect de la procédure de désignation par les établissements, les associations, les représentants des usagers. (L'Agence Régionale de Santé a dû rappeler aux établissements de santé certaines dispositions réglementaires.) ;
- les contraintes liées au calendrier imposé par le décret.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers sur la mise en place et le rôle des Commissions des Usagers (CDU)

La CSDU note avec satisfaction que le renouvellement des membres des CDU par l'ARS s'est fait de façon simple, rapide et transparente. Il y a eu très peu de difficultés et les arbitrages nécessaires ont été compris dans la majeure partie des cas.

Dans 68% des 95 établissements ayant installé leur CDU les représentants des usagers ont été élus Vice-Présidents ou Présidents de celle-ci. L'usage effectif de cette possibilité précisée par le décret du 1er Juin 2016 permet aux représentants d'usagers d'avoir d'avantage d'impact sur les sujets présentés en CDU, notamment au niveau des ordres du jour, du règlement intérieur de la CDU, du suivi des plaintes et de la qualité, des événements indésirables, du formalisme des courriers de réception d'une plainte, de la prise de contact avec les associations d'usagers d'accompagnement des patients et de la conception avec les autres associations d'usagers d'un projet des usagers intégrable dans le projet d'établissement.

Par ailleurs les courriers du directeur de l'établissement de santé accusant réception des plaintes doivent faire mention de la possibilité de se faire accompagner d'un représentant des usagers lors des médiations.

Que ce soit pour leur représentation, l'accompagnement de plaignants mettant en cause la qualité de la prise en charge ou l'exercice de plus grandes responsabilités au sein de la CDU, les représentants doivent obligatoirement recevoir des formations adaptées. La formation initiale sur les rôles et missions devant évoluer avec le contexte notamment juridique et les responsabilités exercées.

FOCUS La création des groupements hospitaliers de territoire

Créés par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont pour objectif d'assurer un accès égal à des soins sécurisés et de qualité pour les patients du territoire de chaque groupement. L'ARS Pays de la Loire et la représentation régionale de la Fédération Hospitalière de France ont travaillé de concert pour la définition des territoires associant tous les établissements de santé à leur réflexion.

5 GHT ont été ainsi créés, un par département, avec pour établissement support :

- en Loire-Atlantique : CHU de Nantes
- en Maine-et-Loire : CHU d'Angers
- en Mayenne (GHT de la Mayenne et du Haut Anjou) : CH de Laval
- dans la Sarthe : CH du Mans
- en Vendée : CH de la Roche sur Yon

Dans chaque GHT doit être mis en place un comité ou une commission des usagers ayant pour mission à l'échelle du territoire du GHT de :

- veiller au respect des droits des usagers
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

¹- Données au 13 mars 2017.

Au 1er mars 2017, les conventions constitutives des 5 GHT de la région prévoient :

- un comité des usagers, sauf pour celui de Vendée qui a retenu la dénomination « commission des usagers »,
- une représentation des usagers avec deux représentants par établissements (2 titulaires ou 1 titulaire et un suppléant),
- une composition de la représentation des établissements très variée allant de la présence de tous les directeurs d'établissements (49 et 85) à la présence du président du comité stratégique et d'un directeur d'établissement (44).

Le nombre minimum annuelle de réunions prévues est soit de 3 (Sarthe,) 2 (44, 49, 53) ou 1 (85).

A signaler pour le GHT de la Sarthe la désignation d'un secrétaire issu du collège des usagers qui est invité aux réunions du comité stratégique.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU rappelle ici sa position exprimée le 26 mai 2016 et validée en réunion plénière de la CRSA du 28 juin 2016 :

Le décret d'application relatif à la mise en place des GHT précise : « La convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement. Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences, et notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des usagers des établissements parties au groupement. »

La CSDU du 26 mai 2016 a noté que ce texte proposait deux possibilités de mise en œuvre de cette représentation (comité ou commission des usagers). La CSDU a indiqué son attachement à la proximité des commissions des usagers (ex CRUQPC) de chaque établissement et ne souhaite pas que cette nouvelle instance se substitue aux missions principales des CDU. Ces commissions ont reçu de nouvelles missions par la loi, il est donc nécessaire qu'elles s'approprient dans un premier temps ce nouveau fonctionnement. La CSDU privilégie donc la notion de comité des usagers pour ne pas interférer avec le rôle des commissions des usagers de chaque établissement. Il serait souhaitable que l'organisation de la représentation des usagers dans les GHT de la région soit similaire.

2.2.5 Les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire

➤ Les dispositifs de traitement des plaintes et réclamations

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

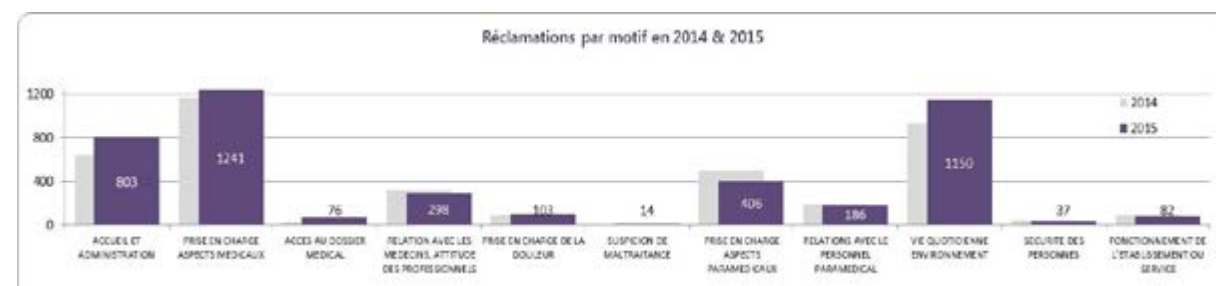
Un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers existe dans la majorité des établissements (96%) et le registre des réclamations est accessible à tous les membres de la CRUQPC dans 94% des établissements.

La formation ou l'information du personnel sur la procédure de gestion des réclamations n'est pas systématique et en baisse en comparaison à 2014 : 65% des établissements de santé déclarent le personnel formé.

➤ Le nombre de plaintes et réclamations

Au cours de l'année 2015, les établissements déclarent avoir reçu 4 296 réclamations contre 3613 en 2014.

➤ Les motifs des réclamations



La majorité des réclamations porte sur la prise en charge des aspects médicaux (28%) et la vie quotidienne et l'environnement (26%).

➤ Le traitement des plaintes et réclamations

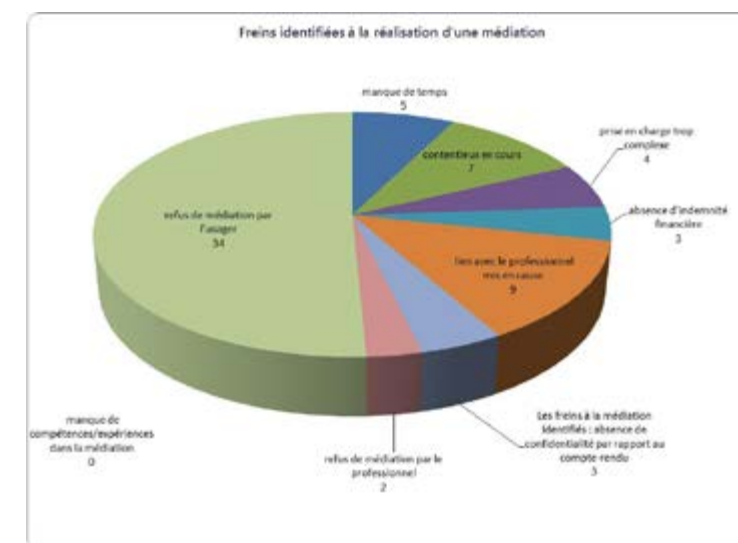
Le délai oscille entre 0 et 257 jours avec un délai moyen de 15.3 jours.

➤ La médiation

Le nombre d'établissements proposant la médiation est en diminution en 2015 puisque 50 établissements déclarent avoir proposé au moins une médiation contre 57 établissements en 2014.

Ces établissements ont proposé 438 médiations dont 42% ont été mises en œuvre, contre 45% en 2014.

Les freins à la mise en œuvre de la médiation : parmi les 47 établissements ayant identifié des motifs freinant la réalisation d'une médiation, le refus de la médiation par l'utilisateur est un motif cité plusieurs fois ainsi que le lien avec le professionnel mis en cause ou encore en raison d'un contentieux en cours.



Le médiateur médecin et le médiateur non médecin sont simultanément saisis mais 78% des médiations sont organisées avec le médiateur médecin.

Lors d'une médiation, 18% des établissements affirment « toujours » organiser une rencontre entre les personnes en conflit, 10% « souvent » et 24% « parfois ».

Parmi les 66 établissements n'ayant signalé aucune demande de médiation, 94% ont précisé cependant que les usagers sont informés de la possibilité de saisir le médiateur.

95 % des établissements informent les usagers de la possibilité de saisir le médiateur principalement par le livret d'accueil (pour 90% des établissements), par affichage (pour 47%), par le site internet (pour 39%) ou encore par des brochures spécifiques (8%) ou d'autres moyens non précisés par l'établissement (9%).

La médiation est proposée systématiquement par certains établissements dans le courrier de réponse circonstanciée à une réclamation.

107 établissements affirment que les usagers sont informés de l'existence d'un médiateur après une demande spécifique ou une réclamation.

78% des établissements affirment que les professionnels de santé sont informés de l'existence et du rôle des médiateurs dans les établissements par l'intermédiaire principalement de la communication interne (47%) et de l'affichage (39%).

➤ Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :

42% des répondants estiment que les droits des patients ou des personnes accompagnées sont bien respectés.

2.2.6 L'indicateur e-satis

L'outil e-SATIS est un indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en court séjour Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Les questions portent sur l'accueil, la prise en charge dans le service, la chambre et les repas, la sortie de l'établissement.

Nous ne disposons pas des données relatives à l'année 2015 pour la région des Pays de la Loire.

Les prochaines données disponibles concerneront la campagne e-Satis 2016 qui s'est déroulée par voie électronique du 13 avril 2016 au 7 novembre 2016. 63 établissements de santé y ont participé, 15709 mails ont été envoyés, le taux de retour est de 19%.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La répartition par motif des plaintes et réclamations dans les établissements sanitaires évolue peu avec néanmoins une part plus importante de l'insatisfaction liée au fonctionnement des établissements (accueil, vie quotidienne et environnement...). Le dispositif de la médiation apparaît rencontrer quelques difficultés avec la baisse du nombre d'établissements y ayant recours et la baisse du nombre de médiations mises en œuvre. La CSDU relève la nécessité de former les médiateurs des établissements de santé.

Pour la CSDU l'outil e-satis est intéressant et les données recueillies devraient permettre d'améliorer la qualité des services prodigués mais le mode de recueil est très insatisfaisant et il conviendrait de réfléchir à d'autres modes permettant l'expression des patients et usagers.

2.2.7 L'accès au dossier médical

99% des établissements ont mis en place une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical et on note en 2015, l'augmentation du nombre d'établissements attestant de la formation du personnel sur la procédure d'accès au dossier médical (76 établissements contre 67 en 2014).

Le nombre de demandes d'information médicale continue de progresser puisque 9 516 demandes ont été enregistrées (+ 840). Le nombre de demandes non recevables est en baisse (1 211 en 2013, 971 en 2014 et 619 en 2015).

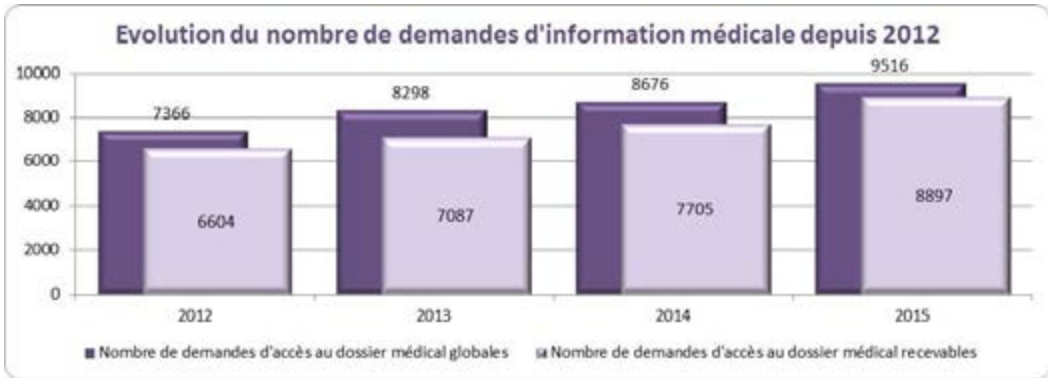
84% des demandes recevables concernent des dossiers de moins de 5 ans.

Parmi les 98 établissements ayant reçu des demandes de dossiers de moins de 5 ans :

- 31 établissements ont répondu dans un délai maximum de 8 jours
- 51 établissements ont dépassé le délai réglementaire
- 16 établissements n'ont pas indiqué le délai maximum

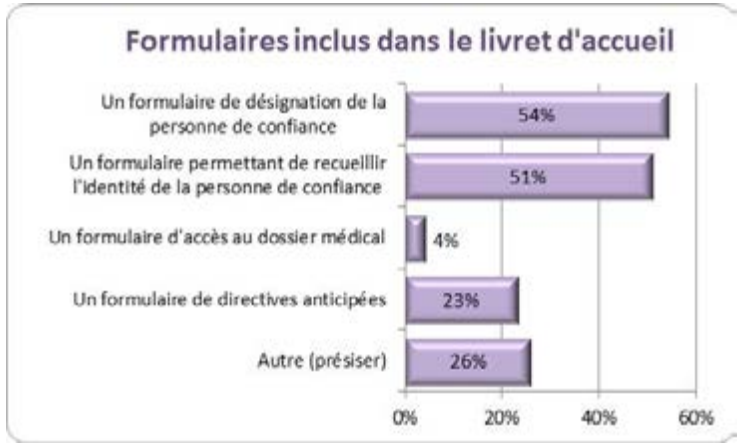
Concernant les 71 établissements ayant enregistré des demandes d'information médicale de plus de 5 ans :

- 50 établissements ont toujours répondu dans un délai inférieur à 2 mois
- 11 établissements ont dépassé le délai réglementaire
- 10 établissements n'ont pas indiqué le délai maximum



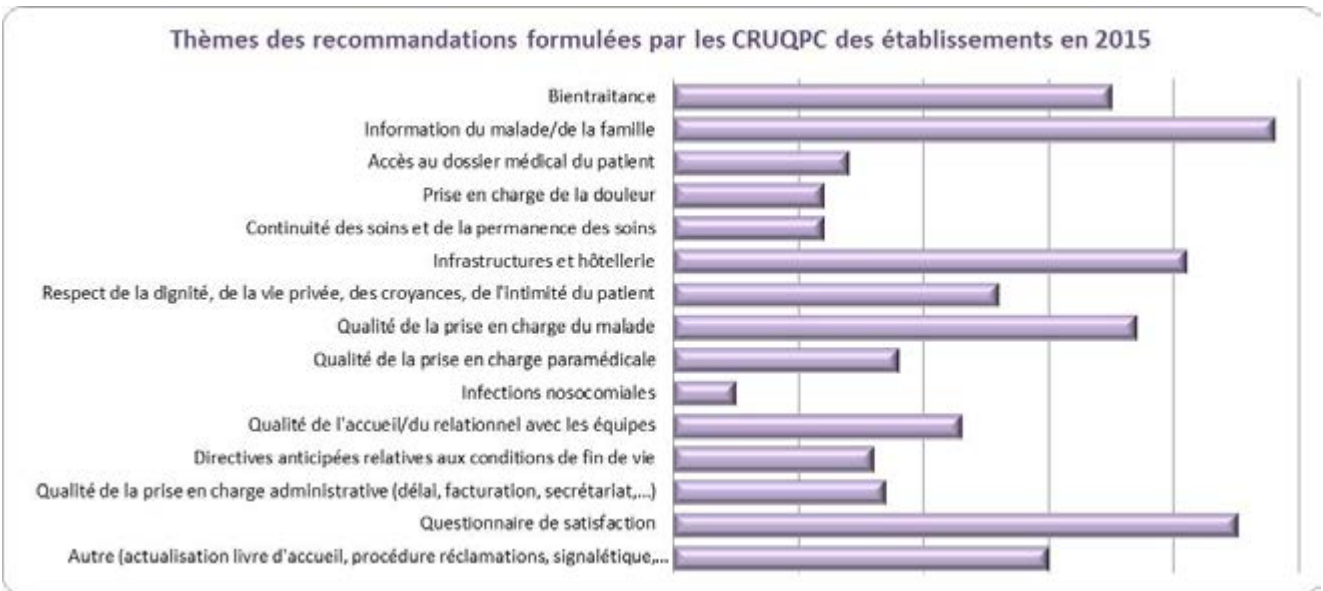
2.2.8 Les communications aux usagers

- **Le livret d'accueil :** En application de l'article L.1112-2 du Code de Santé Publique, un livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son admission ou le cas échéant à un proche. Remis par 98% des établissements, le livret d'accueil est donné principalement lors de l'entrée en hospitalisation (81%). Lorsque l'hospitalisation est programmée, 41% des établissements remettent le livret d'accueil en amont. Le livret d'accueil est remis systématiquement accompagné d'explications orales dans 77 établissements ligériens (66%).



- **La charte de la personne hospitalisée :** Elle vise à faire connaître leurs droits aux personnes hospitalisées, la charte doit être affichée dans les locaux fréquentés par celles-ci. Dans les établissements de santé ligériens, 94% indiquent l'insérer dans le livret d'accueil et 81% déclarent l'afficher dans les lieux fréquentés par les usagers.

2.2.9 Les thèmes de recommandation des CRUQPC



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

En 2015 la CCI a enregistré 164 nouveaux dossiers et en a traité 191. Les retards accumulés les années précédentes se résorbent graduellement.

Si le délai moyen entre la date de la demande et la date à laquelle le dossier est déclaré complet a augmenté en 2015 (8.7 mois contre 7.5 mois en 2014), le délai de remise des expertises a diminué : 3.6 mois en 2015 contre 4 mois en 2014.

	2014	2015
Demandes d'indemnisation amiable	186 nouveaux dossiers 137 dossiers traités	164 nouveaux dossiers 191 dossiers traités
Demandes de conciliation	16 dont 5 ayant abouti	19 dont 4 ayant abouti

	2014	2015
Nombre d'avis rendus en commission	91	138
dont avis positifs	40	55
dont rejets	27	30

Les 3 motifs principaux donnant lieu à indemnisation en 2015 sont :

- les accidents médicaux non fautifs, indemnisés par l'ONIAM (23) (9 en 2014)
- les accidents médicaux fautifs (14)
- les infections nosocomiales (8)

53 décisions de non recevabilité ont été prises en 2015 par la présidente (contre 46 en 2014) le dommage n'atteignant pas les seuils de gravité.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite de la réduction des délais dans le traitement des dossiers.

Le nombre toujours élevé de décisions de non recevabilité pour seuil de gravité non atteint révèle que de nombreux usagers ont recours à la CCI alors que leur dossier n'est pas éligible, ce qui doit inciter à poursuivre l'information et l'accompagnement des usagers.

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

2.4.1 Le contexte réglementaire des Conseils de la vie sociale (CVS) et le bilan de fonctionnement

➤ Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :

« La participation aux CVS est particulièrement limitée. Les acteurs décrivent des difficultés à recruter des usagers (ou représentants de familles) en particulier dans le cadre des EHPAD et rien (ou très peu) n'est développé dans le cadre des organisations intervenant à domicile. »

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

Le CVS comprend au moins :

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

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

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

Les CVS ne traitent pas des questions d'ordre individuel, des remarques relatives à une personne, ni des questions relatives à la gestion de l'établissement en matière financière et sociale.

2.4.2 Installation et fonctionnement des CVS

Le pourcentage des établissements médico-sociaux réunissant leur conseil de la vie sociale au moins 3 fois par an s'élevait en 2015 à 45.4% (contre 39.5% en 2014). Bien que le pourcentage ait augmenté en 2015, l'évolution reste insatisfaisante au regard du taux du premier indicateur de 2011 qui était de 63.8%. L'objectif-cible est de 100%.

Le bilan des évaluations externes des 961 ESMS montre que 4% des ESMS n'ont pas de CVS, que 7% d'entre eux ne respectent pas les règles de constitution, et que 12% ne respectent pas les règles de fonctionnement.

La synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD qui repose sur l'analyse de 1568 demandes de mesures correctives (DMC) adressées aux établissements à l'issue de quarante-deux inspections réalisées en 2014/2015 révèle que :

- « 55% des établissements ont reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives concernant le Conseil de la vie sociale ;
- les demandes de mesures correctives ont porté essentiellement sur la conformité du fonctionnement du CVS à la réglementation, mais aussi sur des aspects plus qualitatifs (préparation des réunions et communication insuffisantes, sujets de vie quotidienne peu ou pas abordés etc.) ;
- la moitié des EHPAD ont un CVS qui se réunit trois fois par an, conformément à ce que prévoit la réglementation, mais un tiers d'entre eux ont un CVS qui ne se réunit qu'une ou deux fois par an ;
- 17% d'entre eux ne disposaient pas d'un CVS en fonctionnement au moment de l'inspection (élections en cours ou absence totale de l'instance) ».

La synthèse des inspections note également que : « La mise en place d'une commission spécifique animation participe de l'expression collective des usagers pour ce qui concerne leurs souhaits en termes d'animation. Des préconisations ont été formulées en ce sens auprès des établissements qui n'en étaient pas dotés (29%). »

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les données quantitatives relatives au nombre de CVS et à leur composition évoluent de façon favorable mais des améliorations restent à apporter tant au niveau du fonctionnement des CVS que des aspects qualitatifs d'implication des membres et d'impact sur la structure et la vie des résidents.

La formation et l'accompagnement des représentants des résidents en CVS sont notamment des freins au bon fonctionnement de la démocratie sanitaire dans les établissements médico-sociaux.

La CSDU se félicite donc de l'expérience prévue en Maine-et-Loire pour 2017 : un appel à candidature sera lancé pour faire participer les représentants des usagers aux réunions des CVS afin d'accompagner leur fonctionnement. Les EHPAD du Maine-et-Loire dont les CVS connaissent des difficultés de fonctionnement et de composition seront ciblés et le cahier des charges sera rédigé par l'ARS.

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

Selon l'enquête Flash 2016 de l'ARS 83% des ESMS ont mis en place des groupes d'expression collective en dehors des CVS.

2.4.4 Personnes qualifiées

La fonction de personne qualifiée a été instaurée par l'article L311-5 du 23 février 2010 du Code de l'action sociale et des familles : « toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le président du conseil général. »

Les arrêtés sont signés pour une durée de 3 ans, tous ont été renouvelés en 2015 et 2016.

Un questionnaire a été diffusé à l'été 2016 auprès des Délégations territoriales de l'ARS sur le fonctionnement du dispositif des personnes qualifiées en leur sein.

La Délégation Territoriale de Loire-Atlantique n'a pas répondu à l'enquête. Seule la Délégation Territoriale de Vendée indique avoir communiqué auprès des usagers sur l'existence du dispositif.

Les personnes qualifiées ont également été invitées à répondre à une enquête : 71% y ont répondu. Elles perçoivent leur fonction comme une médiation entre l'utilisateur et l'établissement incriminé et pensent que leur rôle devrait être davantage mis en avant ; elles sont parfois en difficulté et souhaitent pouvoir être accompagnées par l'ARS dans leurs missions.

Répartition des personnes qualifiées par département, sollicitations et interventions :

	Nombre de personnes qualifiées	Année de nomination	Demandes d'intervention		Interventions réalisées	
			2014	2015	2014	2015
Loire-Atlantique	5	2015	6	0	6	0
Maine-et-Loire	4	2016	2	3	2	3
Mayenne	3	2017	1	1	1	1
Sarthe	6	2016	2	0	1	0
Vendée	4	2016	0	2	0	2

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Comme les années précédentes le recours à la personne qualifiée reste très peu utilisé et la CSDU en déduit que le dispositif n'est pas adapté pour faciliter le règlement des difficultés que peuvent rencontrer les usagers. Par ailleurs la liste des personnes qualifiées n'est toujours pas consultable sur le site internet de l'ARS Pays de la Loire.

2.5 Le dispositif de traitement des plaintes à l'ARS

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

En 2015, 506 plaintes ont été reçues, soit une baisse pour la première fois depuis 5 ans. Quatre nouveaux motifs ont été introduits en 2015 : défaut d'offres de soins, pharmacie/laboratoire, détenus, santé-environnement.

	Etablissement de santé	Ambulatoire	Personnes âgées	Personnes handicapées	Défauts Autres	Pharmacie Offres de Soins	laboratoires	Santé Détenus	environnement	TOTAL
2011	124	28	97	53	80	NR	NR	NR	NR	382
2012	119	27	91	50	64	NR	NR	NR	NR	351
2013	157	39	124	64	54	NR	NR	NR	NR	438
2014	204	51	147	82	61	NR	NR	NR	NR	545
2015	169 33.4%	32 6.3%	139 27.5%	57 11,3%	50 9,9%	49 9,7%	1 0,2	4 0,8%	5 1%	506

2.5.1 Répartition des réclamations par secteur en 2015

Un tiers des réclamations met en cause des établissements de santé : elles portent sur la prise en charge (27%), le délai de prise en charge (12%) ou un problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement/service (10%).

Un quart des réclamations concerne le secteur des personnes âgées : elles concernent la prise en charge et la prescription médicamenteuse (12%), les problèmes d'organisation et de fonctionnement (12%) ou l'hygiène, l'entretien et le ménage (5%). Le manque de personnel et la difficulté pour trouver une place en établissement sont également des motifs récurrents (4% chacun).

Parmi les 57 réclamations (11%) relatives au secteur des personnes handicapées : 33.9% concernent le secteur adulte et 66.1% concernent le secteur des enfants. Le problème d'accès aux soins ou à un établissement (13%) et la recherche infructueuse d'un établissement médico-social (7%) représentent les principaux motifs de réclamations du secteur.

Concernant le secteur ambulatoire (32 réclamations), les usagers se plaignent de l'attitude du professionnel, de la relation du professionnel avec la famille/l'entourage, de la permanence des soins ou encore dénoncent une suspicion d'exercice illégal ou de manque de qualification du professionnel.

En 2015, 49 réclamations ont porté sur les difficultés de désigner un médecin traitant dont 92% concernent le département de la Vendée (La Roche sur Yon, Challans, Fontenay le Comte ou Luçon principalement).

2.5.2 Les suites données

Chaque réclamation réceptionnée à l'ARS ou à la délégation territoriale est inscrite pour être examinée en commission des réclamations. Lorsque les réclamations concernant les établissements de santé sont transmises à l'ARS en copie d'un courrier adressé à l'établissement, il est demandé à l'établissement une copie de la réponse faite au plaignant. Celle-ci fera l'objet d'un examen par la commission qui jugera si la réponse est satisfaisante ou nécessite des investigations complémentaires. Si les réclamations relatives aux établissements de santé sont adressées uniquement à l'ARS, l'utilisateur est réorienté vers l'établissement, invité à solliciter la CRUQPC et informé de la possibilité de demander une médiation. Pour les motifs graves, les réclamations peuvent faire l'objet d'une demande d'information à l'établissement. Les réclamations dans le secteur médico-social, personnes âgées ou personnes handicapées, font l'objet d'un accusé de réception par la Direction d'appui à la démocratie sanitaire et au pilotage stratégique de l'ARS (DADSPS) qui informe le plaignant de l'instruction du dossier par la délégation territoriale. Ces réclamations peuvent faire l'objet d'une instruction commune de la part de la délégation territoriale et du conseil départemental. Les réclamations reçues peuvent être prises en compte par le programme régional inspection-contrôle-audit (PRICA) et donner lieu à des inspections ou à des contrôles ciblés. Lors d'une prévision d'inspection une requête relative aux réclamations liées à un établissement peut être réalisée.

➤ Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS : Une part importante de la population ne connaît ni ses droits de recours en cas de problèmes (73%) ni la notion de droits des patients (47%) (hors professions de santé).

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'analyse des plaintes est désormais plus aisée grâce à l'amélioration de leur classification par l'ARS, il serait utile que les conseils des ordres professionnels, les CDU et l'ARS harmonisent leurs pratiques dans ce domaine. Les plaintes reçues reflètent les points de vigilance mis en avant dans ce rapport, notamment les conditions de prise en charge des personnes âgées et les difficultés d'accès à un médecin traitant.

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

3.1 Promouvoir la bientraitance dans le secteur ambulatoire

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

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU regrette que les moyens de recueil des informations ne permettent pas de mesurer la promotion de la bientraitance dans le secteur ambulatoire. Il conviendrait de réfléchir à une meilleure analyse des motifs des plaintes et réclamations et aux indicateurs susceptibles de mesurer ce point notamment en interrogeant les associations agissant dans le secteur de la prévention de la maltraitance.

3.2 Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire

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

- Plusieurs items sont analysés par ce critère 10a :
- les modalités de signalement des cas de maltraitance,
 - les actions de sensibilisation des professionnels,
 - l'intégration de la promotion de la bientraitance dans les projets de l'établissement.

En 2015, 120 établissements soit 215 activités d'établissements ont fait l'objet d'une certification au titre du critère 10a, les résultats sont quasiment identiques à ceux de 2014 :

- 21% recueillent une cotation A
- 77% recueillent une cotation B
- 1% recueillent une cotation C
- seul un établissement a vu son activité de séjour longue durée cotée avec un D.

Cotation par type d'établissement	A		B		C		D	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Court séjour	13	14	54	54	1	2	–	–
Santé mentale	5	5	18	18	–	–	–	–
Soins de suite et de réadaptation	13	13	60	62	1	2	–	–
Séjour longue durée	10	10	24	24	–	–	–	1
Hospitalisation à domicile	3	3	7	7	–	–	–	–
TOTAL	44	45	163	165	2	4	–	1
%	21%	21%	78%	77%	1%	2%	0%	0.47%

3.2.2 Les informations sur la bientraitance au sein des rapports CRUQPC

91% des établissements mettent en œuvre des actions de promotion de la bientraitance, telles que :

- Elaboration d'une charte éthique avec les professionnels et les patients
- Organisation d'ateliers pour l'ensemble du personnel « mise en situation grand âge »
- Mise en place d'enquêtes et questionnaires
- Participation à des groupes de travail animés par le réseau qualisant
- Diffusion au personnel et affichage de la charte Bientraitance rédigée par les membres de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles Bientraitance
- Analyse de situation à partir des événements « négatifs » et « positifs » (courriers de réclamations ou d'éloges)
- Réalisation d'un état des lieux de la bientraitance dans l'établissement en appréciant les écarts de cohérences entre le ressenti des patients, des professionnels et la mise en œuvre des méthodes et support de l'établissement

Dans 104 établissements ligériens, 305 évaluations des pratiques professionnelles ayant pour thématique le respect des droits des usagers ont été recensées. Sur la région, 78% des établissements ont proposé au personnel des formations et des séances de sensibilisation à la bientraitance. Après une augmentation de cet indicateur ces dernières années, on note en 2015 une baisse du nombre d'établissements ayant proposé ces formations.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

77% des établissements de santé recueillent une cotation B concernant l'item 10a de la certification HAS relatif à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance et les chiffres sont quasiment identiques à ceux de 2014. D'après la synthèse des rapports CRUQPC 91% des établissements mettent en œuvre des actions de promotion de la bientraitance. De nombreux progrès ont donc été réalisés ces dernières années qu'il convient de poursuivre notamment en ce qui concerne la formation du personnel.

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

3.3.1 Le bilan des inspections menées par l'ARS

Depuis 2002 des programmes pluriannuels d'inspection en vue du repérage des risques de maltraitance dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées et relevant de la compétence de l'ARS sont mis en œuvre par les services de l'Etat. Ces programmes constituent une priorité nationale constante depuis plus de 10 ans. Le programme en cours a été défini pour la période 2013-2017. Il cible plus particulièrement les structures et activités à risque ou ayant fait l'objet de réclamations ou de signalements, afin de remédier aux dysfonctionnements, insuffisances et carences constatés, de sanctionner les abus, mais aussi d'accompagner les évolutions nécessaires.

La synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD (cliquer [ici](#) pour consulter le rapport) qui repose sur l'analyse de 1568 demandes de mesures correctives (DMC) adressées aux établissements à l'issue de quarante-deux inspections réalisées en

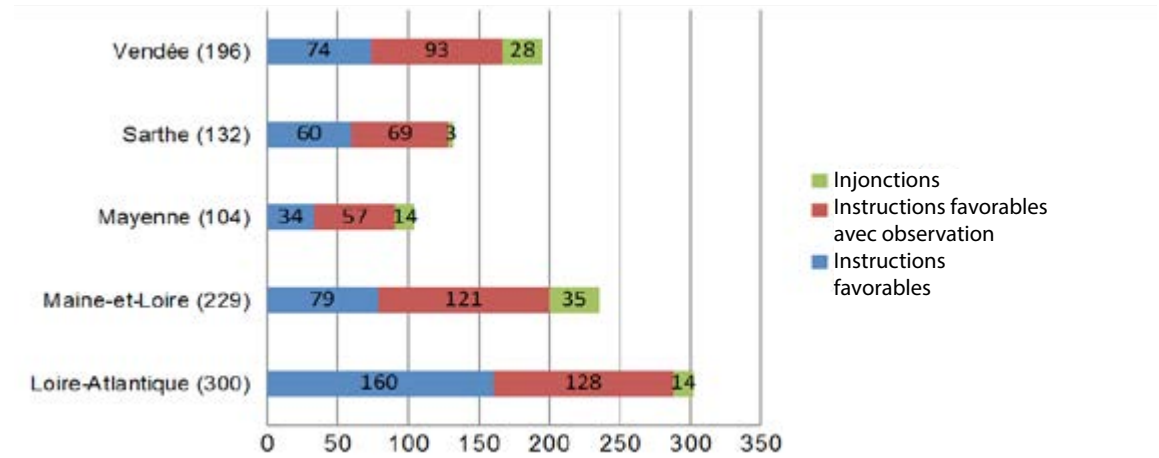
2014/2015 révèle que « **64% des établissements n'ont pas élaboré de protocole spécifique** de prévention et de traitement des situations de maltraitance. Cette proportion s'est légèrement améliorée par rapport aux constats effectués en 2012/2013, relevant alors l'absence de protocole maltraitance dans 84% des structures. »

3.3.2 La synthèse des évaluations externes

L'évaluation externe a été introduite par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Portant sur les activités et la qualité des prestations des établissements, l'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies.

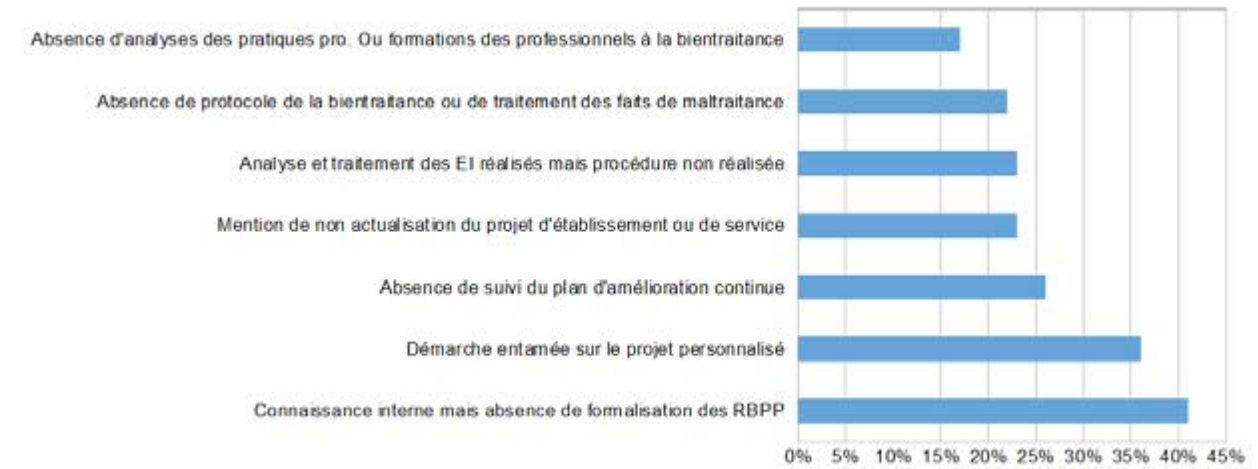
En novembre 2015, l'ARS Pays de la Loire avait reçu **961 évaluations externes** des établissements et services médico-sociaux : 517 EHPAD, 341 établissements pour personnes handicapées et 103 SSIAD. Ce chiffre élevé s'explique par la nécessité, pour les établissements autorisés avant la loi 2002-2 et n'ayant pas procédé à leur évaluation externe avant le 2 janvier 2015, de se conformer à la procédure réglementaire relative au renouvellement de l'autorisation.

Bilan des évaluations externes :



Construite à partir du tableau de bord de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), une «fiche d'instruction du rapport d'évaluation externe » à destination des services délivrant les autorisations (ARS, Conseils Départementaux) a été généralisée en 2016. La région ligérienne faisait partie des sites pilotes depuis 2 ans. Cette fiche vise à dégager, à partir de 7 critères, les observations soulevées lors de l'instruction. Des commissions sont ensuite organisées entre les services instructeurs sur l'opportunité d'émettre des recommandations ou injonctions aux structures lacunaires.

Principaux points d'observation des évaluations externes (tous établissements médico-sociaux confondus) :



RBPP : Référentiel des Bonnes Pratiques Professionnelles

3.3.3 La qualité de l'accompagnement en EHPAD

Depuis le lancement des enquêtes Flash en 2013 (devenues indicateurs Flash en 2016), le taux de répondants a augmenté de 28%.

Les données disponibles sont relatives aux indicateurs Flash 2016 réalisés à partir des recueils effectués en 2015. Comme l'année dernière 87% des EHPAD ont répondu aux indicateurs, soit 506 EHPAD. Les données recueillies sont exclusivement déclaratives.

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

En 2015, 89% des EHPAD de la région ont un PACQ (90% en 2014). La moyenne nationale se situe à 95%. La Vendée est le département le moins performant de la région, avec 77% de ses EHPAD bénéficiant d'un PACQ.

La synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD qui repose sur l'analyse de 1568 demandes de mesures correctives (DMC) adressées aux établissements à l'issue de quarante-deux inspections réalisées en 2014/2015 relève que : « pour 62% des EHPAD inspectés, des demandes de mesures correctives ont porté sur la démarche d'amélioration continue de la qualité. Elles concernaient plus particulièrement le PACQ (Plan d'Amélioration Continue de la Qualité), ses modalités d'élaboration (intégration des actions prévues dans le projet d'établissement, résultats des évaluations interne et externe, DARI, DUERP, autodiagnostic du circuit du médicament) et son actualisation. Les préconisations portaient également sur l'amélioration de la communication institutionnelle autour de la démarche qualité (ex : rapport d'activité retraçant la démarche d'évaluation continue etc.). L'appui des réseaux qualité, l'augmentation des temps de qualitiens, et l'évolution des systèmes d'information concourent à la diffusion de cette culture de la qualité. »

b) Les Projets de Vie Personnalisés (PVP)

Depuis la loi 2002-2, chaque personne accueillie en établissement médico-social devrait bénéficier d'un PVP. En Pays de la Loire l'objectif cible de 100% n'est pas atteint mais la dynamique est bien lancée : en 2015, 61% des résidents de la région disposent d'un projet personnalisé formalisé, chiffre stable par rapport à 2014.

Projets de vie personnalisés :	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
2014	67%	56%	46%	62%	59%
2015	65%	57%	50%	66%	61%

Sur 502 EHPAD répondants à l'enquête, 52% affirment que le dossier usager est complètement informatisé. Ce chiffre augmente constamment depuis 2013 où le taux était de 39%.

Extrait de la synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD :

« 98% des établissements inspectés ont reçu une demande de mesure corrective relative aux projets personnalisés. Cette demande portait sur la mise en place de ces projets ou sur l'élaboration de la procédure s'y rapportant. Sur un échantillon de quarante-deux établissements, il a été observé que seuls huit d'entre eux disposaient de projets personnalisés aboutis, réellement connus et utilisés par les professionnels. Pour 16 établissements, les projets n'avaient pas du tout été mis en œuvre, ou avaient été initiés puis arrêtés. Pour les 18 autres structures, les projets avaient été initiés et en étaient à des stades divers d'avancement (de 10 à 75% de projets mis en œuvre). Force est de constater que les établissements ont des difficultés à traduire les projets personnalisés en objectifs opérationnels évaluable, à les actualiser régulièrement, et à en assurer le suivi. D'ailleurs, ces projets ne font que rarement l'objet d'un avenant au contrat de séjour, tel que préconisé par l'ANESM. Par rapport aux constats effectués en 2013, on relève cependant une augmentation du nombre d'établissements ayant mis ou commencé à mettre en place les projets personnalisés. En effet, en 2013, environ la moitié des établissements de l'échantillon n'avaient pas débuté la rédaction de ces projets, alors qu'au 31 décembre 2015, 62% d'entre eux avaient initié leur mise en place. Toutefois, la proportion d'établissements disposant de projets effectifs et opérationnels, reste sensiblement la même (20%). »

Extrait de la synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD relatif à la « garantie des droits des usagers » :

« Cet item recouvre plusieurs points de contrôle (recueil du consentement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, personnes qualifiées...). 81% des établissements ont reçu des demandes de mesures correctives se rapportant à un défaut d'informations, au stade de l'accueil des nouveaux résidents, sur les droits qui leur sont garantis en application de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. S'agissant du dispositif des personnes qualifiées, des lacunes en termes de communication ont été relevées (absence d'affichage de la liste, de mention dans le livret d'accueil, liste non actualisée...). Un manque de traçabilité a également été pointé pour ce qui concerne la remise du contrat de séjour, du

livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie. En revanche, la quasi-totalité des contrats de séjour vérifiés étaient signés par les résidents ou leurs représentants légaux.

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

Les données disponibles sont relatives aux indicateurs Flash 2016 réalisés à partir des données de 2015. 80% des établissements pour personnes handicapées ont répondu de façon déclarative. Le taux de répondants est en légère baisse par rapport à l'année dernière (83%).

a) Les projets de vie

Dans les 389 ESMS répondant aux indicateurs Flash sur les projets de vie, une moyenne de 89% des personnes handicapées accompagnées bénéficient d'un projet de vie formalisé. 78% des projets personnalisés ont été réévalués avec la personne accompagnée en 2015. Le secteur de l'enfance est toujours plus avancé (90% des établissements) que le secteur des adultes (67% des établissements) dans cette démarche. 62% des ESMS révisent les projets personnalisés aux âges clés de la vie (18-25 ans, 35-45 ans). L'évolution est de +5% par rapport à 2014, +10% par rapport à 2013. Les établissements et les services pour adultes se situent en dessous de la moyenne régionale, avec respectivement 46% et 40% de projets révisés.

b) Les protocoles de gestion des situations de maltraitance

63% des 363 établissements ayant répondu à l'indicateur Flash sur cet item ont mis en place un protocole de gestion des situations de maltraitance du fait du personnel. L'écart intra-régional sur ce dispositif est très marqué : 79% des établissements sarthois ont mis en place un tel protocole contre seulement 29% des établissements vendéens. Les indicateurs Flash vont s'élargir aux Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) au premier semestre 2016. Les premiers résultats seront disponibles pour la parution du prochain rapport.

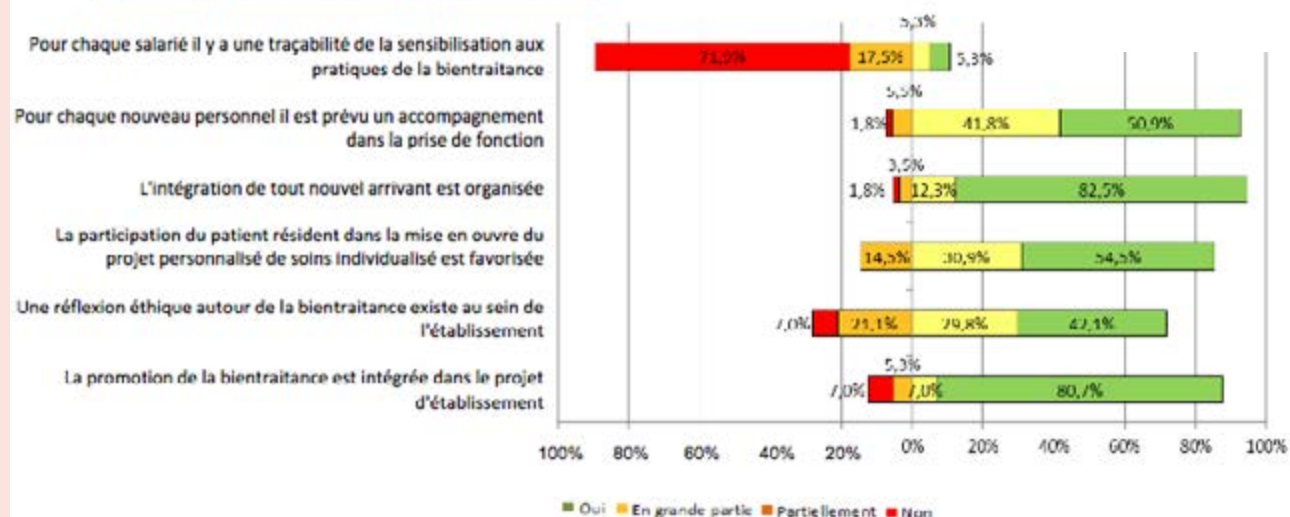
Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU note que la promotion de la bientraitance dans le secteur médico-social s'est améliorée ces dernières années mais qu'il reste des marges de progression importantes ainsi que le montre le tableau des principaux points d'observation des évaluations externes : près de 20% des établissements ne mettent pas en œuvre de formation des professionnels à la bientraitance ni d'analyse de la pratique et plus de 20% des ESMS n'ont pas de protocole de bientraitance ni de traitement des faits de maltraitance. La synthèse des inspections menées par l'ARS dans les EHPAD en 2014/2015 va dans ce sens puisqu'elle relève que 64% des établissements inspectés n'ont pas élaboré de protocole spécifique de prévention et de traitement des situations de maltraitance. Dans son rapport la CSDU a souhaité reprendre quelques éléments du séminaire « Evaluation de la Bientraitance en établissement sanitaire et en EHPAD : Regards Croisés des professionnels de santé et des patients/résidents ». En effet la CSDU est attentive à la diffusion des pratiques « remarquables » et souhaite que l'étude en cours soit un levier d'amélioration. La CSDU regrette cependant que le taux de réponse des professionnels de santé à cette enquête ne soit que de 50%. Il y a des améliorations concernant les plans d'action continue de la qualité et les projets de vie personnalisés mais les éléments sur leur application manquent pour évaluer leur apport pour les résidents. Les projets de vie « effectifs et opérationnels » sont encore peu nombreux d'après la synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD.

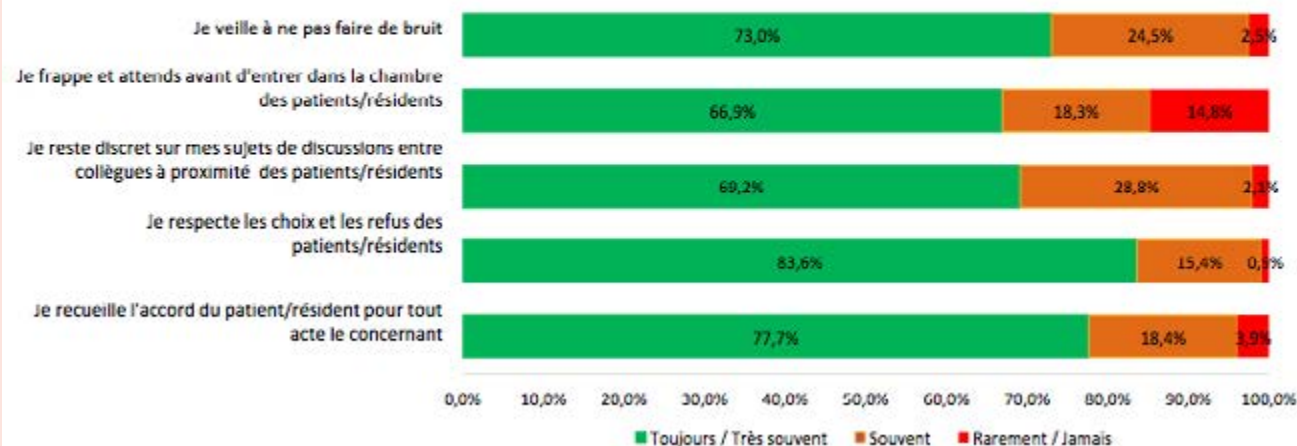
FOCUS Evaluation de la Bientraitance en établissement sanitaire et en EHPAD : Regards Croisés des professionnels de santé et des patients/résidents

Le 2 décembre 2016 le réseau Qualisanté 44-85 a présenté son retour d'expérience sur le projet « Convergence 2013-2015 » qui avait pour objectif de comparer la perception du patient/résident sur les pratiques de bientraitance en établissement de santé et EHPAD et celle des professionnels. L'expérimentation a porté sur 37 établissements sanitaires et EHPAD de Loire-Atlantique et de Vendée. 1259 professionnels, dont 39% d'aides-soignants et 33% d'infirmiers, et 1516 patients ou résidents, dont le profil-type est une patiente femme âgée de plus de 65 ans, ont répondu à l'enquête. L'enquête évaluait deux indicateurs managériaux, trois indicateurs de perception de la bientraitance et un indicateur d'expérience patient/résident. Le rapport reprend ici quatre indicateurs. L'enquête est disponible sur www.reseauqualisante.fr

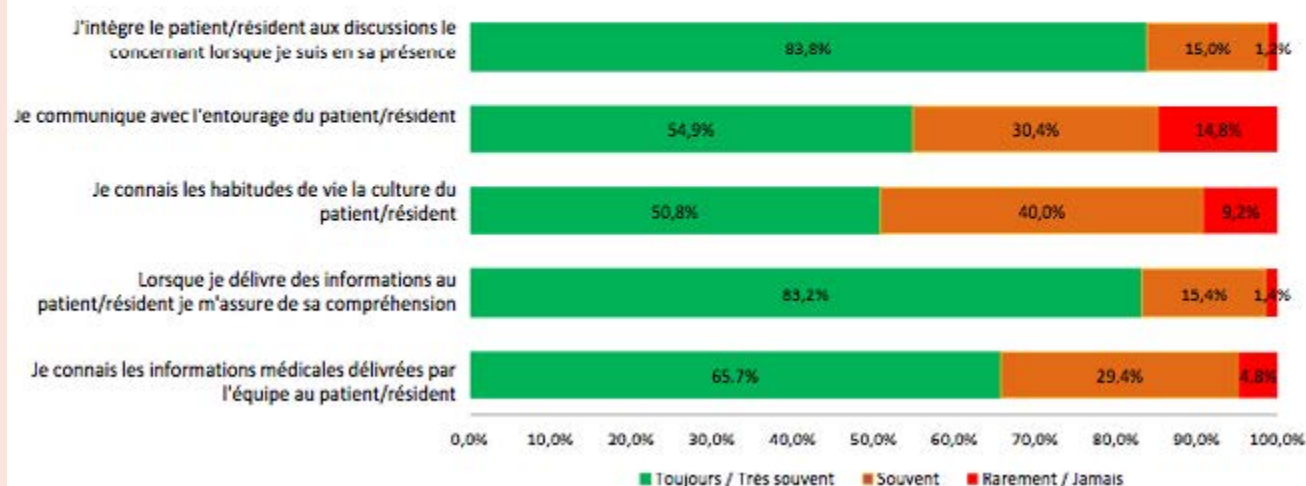
Approche centrée sur le management et les organisations



Respect



Information



Expérience du patient/résident

1	Je me sens respecté dans mon intimité corporelle	90,7%
2	Je trouve les professionnels respectueux	89,1%
3	Je me sens en confiance par rapport à la qualité des soins délivrés	87,7%
4	Le personnel frappe et attend avant de rentrer dans ma chambre	86,1%
5	Je me sens à l'aise avec les professionnels	85,6%
6	Je trouve les professionnels souriants	84,6%
7	Je trouve les gestes et attitudes des professionnels adaptés à mon égard	84,6%
8	Je trouve que les professionnels savent me rassurer lorsque j'en ai besoin	82,6%
9	Je me sens accompagné par les professionnels au quotidien	82,4%
10	Je peux parler et m'exprimer sans me sentir jugé	81,8%

L'enquête a permis d'identifier des leviers pour la promotion de la bientraitance :

- l'intérêt pour la thématique
- une promotion de la bientraitance renforcée sur les organisations : levier de la certification (thématique d'impulsion) et levier des outils de la loi 2002-2 et des évaluations internes / externes nécessitant un dernier coup de pouce pour passer vers une approche centrée sur les pratiques :
 - s'appuyer sur les espaces de dialogues avec les usagers et leurs représentants (CDU, CVS),
 - intégrer le questionnement sur les pratiques de bientraitance au sein des évaluations de pratiques professionnelles,
 - réouvrir des espaces d'échanges et d'analyses de pratiques entre les professionnels.

L'enquête a également permis de mettre à jour des points de vigilance pour la promotion de la bientraitance :

- les moyens de questionnement (EPP, espaces de réflexions),
- les modalités de coordination entre les professionnels,
- l'information du patient/résident,
- l'implication du patient/résident.

La suite : suite au séminaire du 2 décembre 2016 un rapport global du projet de recherche « Regards croisés sur la bientraitance » sera disponible au 1er semestre 2017. L'action se poursuivra ensuite avec l'identification de pratiques « remarquables » à proposer aux communautés de pratiques, le déploiement d'ateliers d'accompagnement à la mise en œuvre des outils en faveur de la promotion de la bientraitance. Puis une nouvelle édition de l'évaluation « Regards croisés sur la bienveillance » se tiendra en 2018.

L'élaboration d'un kit, à laquelle ont été associés des représentants des usagers, va donner lieu à sa diffusion dans le cadre d'une recherche-action avant une nouvelle édition de l'évaluation en 2018.

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

4.1 Prendre en charge la douleur dans le secteur ambulatoire

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

4.2 Prendre en charge la douleur dans le secteur sanitaire

4.2.1 Analyse du critère 12a de la certification HAS

Les critères de vérification de la certification 12a sont :

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

En 2015, 120 établissements et 219 activités d'établissements ont fait l'objet d'une certification à ce titre (209 activités en 2014) :

- 41% recueillent une cotation A (43 % en 2014)
- 46% recueillent une cotation B (47 % en 2014)
- 13% recueillent une cotation C (10 % en 2014)
- seul un établissement a vu son activité de soins de suite et de réadaptation cotée avec un D
- la cotation C concerne 7 établissements de plus qu'en 2014.

	A		B		C		D	
Année de référence	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Court séjour	35	35	29	29	4	5	-	-
Santé mentale	5	6	12	12	6	8	-	-
Soins de suite et de réadaptation	29	29	38	40	6	9	1	1
Séjour longue durée	14	14	16	16	4	5	-	-
Hospitalisation à domicile	9	6	3	3	1	1	-	-
TOTAL	89	90	98	100	21	28	1	1
%	43%	41%	47%	46%	10%	13%	0.48%	0.46%

4.2.2 L'indicateur IPAQSS sur la douleur

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

	Moyenne régionale		Moyenne nationale	
	2013	2015	2013	2015
Médecine-Chirurgie-Obstétrique	84%	86%	81%	86%
Soins de Suite et de Réadaptation	76%	87%	83%	89%
Hospitalisation à Domicile	84%	83%	76%	80%

4.2.3 La prise en charge de la douleur dans la synthèse des rapports CRUQPC

L'information sur la prise en charge de la douleur est principalement diffusée par affichage ou dans le livret d'accueil (95% des établissements), par la désignation d'une personne référente au sein du personnel (60% des établissements) et dans la procédure d'accueil/entrée (44% des établissements).

L'information est également développée lors de la consultation chirurgicale et/ou anesthésique avant une intervention.

Certains établissements proposent des actions en faveur de la prise en charge de la douleur, telles que :

- la mobilisation des membres du CLUD pour sensibiliser et former le personnel au sein des unités.
- la formation pour une appropriation des outils d'évaluation de la douleur pour les professionnels
- la mise en place de séance individuelle sur la gestion du stress et relaxation pour les patients.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le respect de la prise en charge de la douleur et la traçabilité de l'évaluation de la douleur se sont globalement améliorés ces dernières années, y compris pour les services de soins de suite et de réadaptation.

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

Dans la synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD : « Les missions ont constaté que les personnels étaient attentifs à la prise en charge de la douleur des résidents (du repérage à la surveillance des actions mises en œuvre). Les demandes d'actions correctives (7% des établissements) ont trait à un manque de formalisation du dispositif (particulièrement visible pour ce qui concerne la traçabilité du suivi de la douleur). »

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

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

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

Ces axes ont été déclinés en 14 mesures et 40 actions. **L'ARS Pays de la Loire a travaillé conjointement avec la CRSA** sur les modalités de mise en œuvre des orientations nationales à l'échelle régionale. Cette réflexion a donné lieu à la validation en juin 2016 d'un plan d'actions sur 2 ans privilégiant :

- d'organiser l'offre de soins spécialisés, en pourvoyant les établissements d'un lit d'unité de soins palliatifs pour 100 000 habitants,
- d'informer, sensibiliser et former les usagers et les professionnels sur les droits et les outils disponibles sur le thème,
- de favoriser l'hospitalisation à domicile en accompagnant les professionnels de santé de secteur,
- de soutenir les porteurs de projets innovants dans le domaine par le biais d'un appel à projets et d'un appel à candidatures.

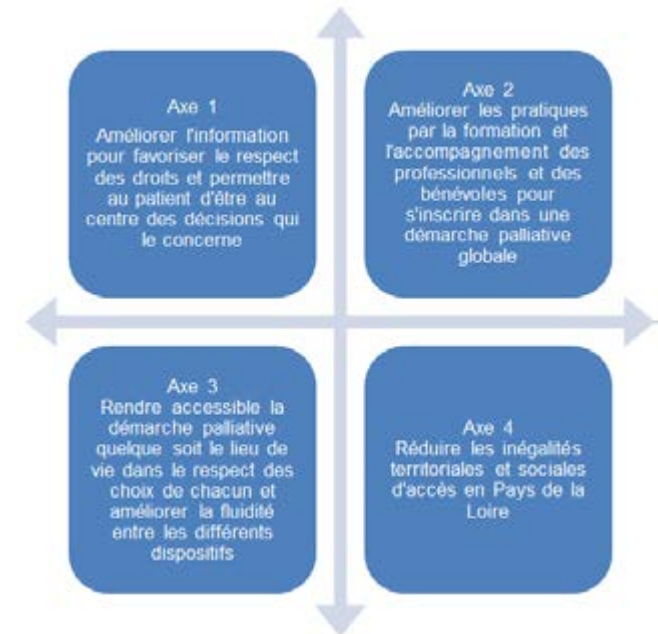
Les travaux inhérents à la thématique des soins palliatifs seront intégrés dans le prochain Projet Régional de Santé (PRS 2017-2022) de l'ARS Pays de la Loire.

Dans le dernier rapport relatif aux droits des usagers, les recommandations de la CSDU préconisaient pour l'item « droits des malades en fin de vie » :

a) d'encourager et de diffuser les initiatives visant à ouvrir des temps de réflexion et d'échanges d'expérience entre professionnels et usagers ;

b) de sensibiliser les représentants des usagers des CRUQPC et des CVS à l'examen des conditions dans lesquelles sont pris en compte les droits des malades en fin de vie dans leurs établissements.

Ces préconisations se traduisent dans le plan d'action de l'ARS par la rédaction d'un courrier pour proposer d'inscrire les sujets à l'ordre du jour des CDU (ex-CRUQPC) et des CVS (pour la mise en œuvre du point a), et l'organisation de 5 rencontres territoriales (pour la mise en œuvre du point b).



5.2 Analyse du critère 13a de la certification HAS

L'analyse du critère 13a de la certification HAS sur « la prise en charge et le respect des droits des patients en fin de vie » dans 120 établissements (soit 209 activités) montre qu'en Pays de la Loire :

- 60% recueillent une cotation A (63% en 2014)
- 31% recueillent une cotation B (30% en 2014)
- **9% recueillent une cotation C (4% en 2014)**

Année de référence	A		B		C		D	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Court séjour	42	42	20	20	3	7	-	-
Santé mentale	4	4	10	10	-	-	-	-
Soins de suite et de réadaptation	41	41	24	25	3	6	-	-
Séjour de longue durée	25	25	7	7	2	4	-	-
Hospitalisation à domicile	9	9	1	1	-	-	-	-
Total	121	121	62	63	8	17	-	-
%	63%	60%	30%	31%	4%	9%	0%	0%

5.3 La prise en charge du malade en fin de vie et la rédaction des directives anticipées dans la synthèse des rapports CRUQPC

➤ La personne de confiance

96% des établissements de santé attestent de l'existence d'une procédure de désignation de la personne de confiance et 72% des établissements déclarent que le personnel a reçu une formation ou information sur la procédure de désignation de la personne de confiance.

➤ La fin de vie

68% des établissements ligériens déclarent avoir mis en place une procédure de gestion des soins de fin de vie. Parmi les 15 établissements ne se considérant pas concernés, certains indiquent solliciter des équipes mobiles et les associations d'accompagnement à la fin de vie. La démarche de formation sur la prise en charge du malade en fin de vie est développée pour 84% des établissements.

➤ Les directives anticipées

78% des établissements ont mis en place une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées. Le nombre d'établissements ayant mis en place une procédure de recueil des directives anticipées progresse (en 2015 65% des établissements contre 60.7% en 2014). La formation du personnel sur la procédure de rédaction de directives anticipées relatives à la fin de vie est également en augmentation (63% des établissements contre 61% en 2014).

85% des établissements mettent en œuvre des mesures d'accompagnement de la famille et des proches.



Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU sera très attentive à la mise en œuvre des actions du plan triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. A partir des rapports des CRUQPC, la prise en compte du respect des droits des patients en fin de vie semble progresser, il reste néanmoins des marges de progrès.

5.4 Extrait de la synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD :

« Pour ce qui concerne les soins palliatifs, les demandes de mesures correctives, peu nombreuses (10% des EHPAD) portent sur la formalisation des relations avec les services et équipes mobiles, ainsi que sur la diffusion de bonnes pratiques en interne. »

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

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

6.1 L'accès au dossier médical en ambulatoire

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

6.2 L'accès au dossier médical dans le secteur sanitaire

6.2.1 L'analyse du critère 14b de la certification

L'évaluation du critère 14b traite de l'organisation de l'accès du patient à son dossier dans les délais fixés par la réglementation (8 jours pour un dossier récent, 2 mois pour un dossier dont la dernière pièce remonte à 5 ans).

Sur 120 établissements et leurs 214 activités en Pays de la Loire :

- 83% recueillent une cotation A
- 15% recueillent une cotation B
- 3% recueillent une cotation C

Année de référence	A		B		C		D	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Court séjour	35	35	29	29	4	5	-	-
Santé mentale	5	6	12	12	6	8	-	-
Soins de suite et de réadaptation	29	29	38	40	6	9	1	1
Séjour longue durée	14	14	16	16	4	5	-	-
Hospitalisation à domicile	9	6	3	3	1	1	-	-
TOTAL	89	90	98	100	21	28	1	1
%	43%	41%	47%	46%	10%	13%	0.48%	0.46%

6.2.2 L'indicateur IPAQSS sur le délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation

L'objectif de performance est de 80% : aucune moyenne n'est atteinte au niveau régional.

	Moyenne régionale		Moyenne nationale	
	2013	2015	2013	2015
Médecine-Chirurgie-Obstétrique	48%	49%	51%	53%
Soins de Suite et de Réadaptation	nc	73%	nc	80%
Hospitalisation à Domicile	nc	53%	nc	57%

Par décret (n° 2016-1471) du 28 octobre 2016, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé précise les conditions de délivrance aux patients des établissements de santé d'un document les informant du coût de l'ensemble des prestations reçues. Le document doit être remis au patient au plus tard à sa sortie de l'établissement. Le déploiement s'étalera de 2017 à 2021, afin que les établissements adaptent leurs systèmes d'information à cette pratique.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Il y a peu d'évolutions notables concernant l'accès du patient à son dossier et la remise du courrier de fin d'hospitalisation. La CSDU s'interroge dès lors sur la capacité des établissements à appliquer l'obligation de remise du document de sortie (dite «lettre de liaison») et du document du coût des prestations réalisées le jour même et sera attentive aux retours des patients sur ces points.

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

Parmi les plaintes reçues par l'ARS en 2015 pour le secteur médico-social aucune n'est relative à l'accès au dossier médical.

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

7.1 Les missions des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Conformément au décret du 11 décembre 2014 portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), au vu du projet personnalisé de scolarisation, peut se prononcer pour une orientation en milieu scolaire ordinaire ou au sein des unités d'enseignement, y compris à temps partagé entre l'unité d'enseignement et l'établissement scolaire. Elle peut également se prononcer sur un maintien à l'école maternelle ou encore sur des mesures de compensation de nature à favoriser la scolarité de l'élève handicapé, notamment sur l'attribution d'un matériel pédagogique adapté ainsi que sur les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales nécessaires. Les professionnels de la MDPH travaillent en étroite relation avec ceux de l'Education Nationale.
Note : depuis la rentrée scolaire 2015, tous les dispositifs de scolarisation sont désormais appelés ULIS (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire) : ULIS-école, ULIS-collège, -ULIS-lycée.

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

Les élèves en situation de handicap sont le plus souvent inscrits en classes ordinaires (68 % dans le premier degré et 62 % dans le second degré).

Total général 2015	
Enfants scolarisés en classe ordinaire en maternelle et en primaire	5 160
Enfants scolarisés en ULIS en maternelle et en primaire	2404
Total premier degré	7 564 (7101 en 2014)
Collège :	
Classe ordinaire	2 744
SEGPA	?
ULIS	1 803
EREA	32
Lycée :	
Classe ordinaire	845
ULIS	392
Total second degré	5 816 (5215 en 2014)
Ensemble	13 380 (12 346 en 2014)

7.2.1 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Loire-Atlantique

Orientations scolaires : le nombre d'orientations scolaires prononcées par la CDAPH connaît une progression constante depuis 2010 et atteint 1124 décisions favorables en 2015.
Aide humaine : parmi les décisions de la CDAPH en matière scolaire on observe qu'après une période de forte augmentation les accords d'aide humaine ont connu une stabilisation puis une baisse en 2014. En 2015 ces décisions se sont stabilisées avec 2068 accords.

7.2.2 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Vendée

Orientations scolaires : le nombre de décisions d'orientations scolaires était en retrait certain depuis 2013, on constate une évolution positive cette année (428 décisions en 2015 contre 409 en 2014) mais elle est principalement liée à l'allongement des durées d'orientation pour une bonne part des élèves. La répartition selon la nature du dispositif reste stable. La part des CLIS (devenues ULIS-Ecole) diminue très légèrement au profit des ULIS-collège.
Aide humaine : la CDAPH consacre toujours beaucoup de décisions aux demandes de reconnaissance d'un besoin d'auxiliaire de vie scolaire. A l'issue de l'année scolaire 2005/2006, seulement 133 décisions avaient été validées, 10 ans plus tard elles sont près de 900 soit une hausse de 577 %. Sur la dernière année scolaire il est à noter 196 refus, chiffre en hausse très sensible et globalement un tassement du nombre d'accords (- 10 %) sans doute également lié à l'allongement des durées.
Matériel pédagogique : on note une évolution assez irrégulière directement liée au nombre de demandes. La hausse importante observée entre 2013 et 2014 semble se poursuivre (+65 %) en 2015.

7.2.3 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Sarthe

Orientations scolaires : le nombre d'orientations scolaires en ULIS prononcées par la CDAPH connaît une progression constante depuis 2010 et atteint 393 décisions favorables en 2015.
Aide humaine : si l'accompagnement des élèves en milieu scolaire ordinaire par les Auxiliaires de Vie Scolaire a connu une baisse significative en 2014 il enregistre un surcroît de demande de près de 11,5 % en 2015. Toutefois, alors qu'ils représentaient 94,6 % des décisions de la CDAPH, les accords ont été seulement à hauteur de 79,5 % en 2015.

7.2.4 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Mayenne

1 883 enfants en situation de handicap sont scolarisés en Mayenne durant l'année scolaire 2014/2015 dont 85,3 % soit près de 9 élèves en situation de handicap sur 10 scolarisés en milieu ordinaire. Ce taux continue de progresser. Il était respectivement de 78 % à la rentrée 2012 et 83 % à la rentrée 2013. La moyenne académique en la matière est de 69 %. Depuis l'année scolaire 2009/2010, le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire a augmenté de 44 %. Dans le second degré, la Mayenne se démarque des autres départements de la région en privilégiant nettement plus la scolarisation en classe ordinaire que les autres départements de l'académie : près des 3/4 des élèves en Mayenne contre 58 % au niveau académique.

7.2.5 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés en Maine-et-Loire

Globalement les demandes liées à la scolarisation déposées en 2015 (3 266) ont augmenté : + 3 % mais dans une moindre mesure qu'en 2014 (+ 8 %).

Par droit, les évolutions sont les suivantes :

- orientation scolaire : - 5 % (- 41)
- transport scolaire : - 3 % (- 17)
- aide humaine scolaire : - 3 % (- 33)
- matériel pédagogique adapté : - 17 % (- 31)
- aménagement des conditions d'examen : + 29,7 % (+ 140)

Au terme de la campagne d'orientation pour l'année scolaire 2015/2016, le bilan réalisé permet de constater que 80 enfants étaient en attente d'une place en milieu scolaire ordinaire : dont 36 en ULIS Ecole, 20 en ULIS Collège, 18 en SEGPA-EREA, 6 en ULIS Lycée professionnel.

7.3 Le profil des élèves en situation de handicap dans les Pays de la Loire

Il se singularise sur les points suivants :

- la part des élèves ayant une déficience cognitive est nettement supérieure à la moyenne nationale,
- a contrario il y a moins d'élèves déficients moteurs ou reconnus pour des troubles du langage.

On note des disparités entre départements : la Mayenne connaît beaucoup moins d'élèves ayant une déficience cognitive mais beaucoup d'élèves s'inscrivant dans la déficience psychique : 28 %, soit un écart de 9 points par rapport à la moyenne académique et nationale.

Troubles	44	49	53	72	85	Acad	Nat
Cognitifs	43%	48%	33%	53%	52%	46%	40%
Psychiques	22%	18%	28%	13%	14%	19%	19%
langage	16%	7%	13%	12%	12%	13%	16%
Moteurs	7%	5%	6%	10%	9%	7%	9%
Sensoriels	5%	8%	4%	5%	6%	6%	5%
Autres	8%	13%	16%	7%	6%	10%	11%

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire augmente de façon continue depuis plusieurs années. En Maine-et-Loire cependant le nombre d'orientations scolaires prononcées par la CDAPH a diminué de 5% en 2015. La Mayenne quant à elle connaît le plus fort taux d'élèves en situation de handicap scolarisés : 85,3% contre 69% au niveau régional. Des marges de progression subsistent donc dans l'ensemble des départements. Toutes les Maisons de l'Autonomie n'indiquent pas le nombre de refus de décisions d'orientations (48 refus de décisions d'orientations scolaires en Maine-et-Loire, 12 en Mayenne, 6 en Sarthe) et la CSDU regrette le manque d'information quant au nombre global d'enfants en situation de handicap et ceux laissés sans solution d'une scolarisation adaptée. La CSDU souligne la mise en place de nouveaux dispositifs tels que l'unité d'enseignement en maternelle «La ribambelle» à Saint-Brevin et celle de l'école Stéphane Hessel à Saint-Herblain ou des ULIS spécifiques comme l'ULIS TED2 qui favorisent l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap.

8. DROITS DES PERSONNES DETENUES

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

Afin d'offrir aux personnes détenues prises en charge par l'administration pénitentiaire une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, la loi de janvier 1994 a supprimé la « médecine pénitentiaire » pour confier aux hôpitaux les missions de prévention et de soins des personnes détenues. L'application de cette loi a enfin permis l'introduction d'une véritable éthique des soins en détention :

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

Le principe de distinction du malade et du détenu est posé. Ainsi l'équipe médicale ignore pour l'essentiel le statut judiciaire ou pénitentiaire du détenu et n'a pas en principe accès aux informations relatives au dossier pénal de ce dernier.

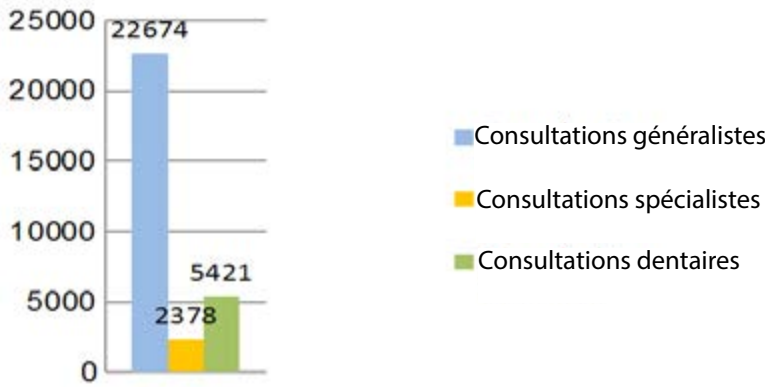
Désormais, la gestion des dossiers et les prises de rendez-vous médicaux sont assurées par le personnel médical des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).

8.2 Les unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral (UCSA)

Au sein de chaque établissement pénitentiaire les soins médicaux sont assurés par une UCSA. Une équipe pluridisciplinaire en détachement travaille dans les UCSA de chaque site pénitentiaire avec médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmières, cadre de santé, kinésithérapeute, manipulateurs radio, dentistes et assistantes dentaires.

Un médecin coordinateur dirige l'unité, ce dernier est placé sous l'autorité d'un chef de service de l'hôpital. Si les soins ne peuvent pas être administrés au sein de l'unité, il y a alors un transfert auprès de l'hôpital de proximité.

=) La région des Pays de la Loire compte 8 maisons d'arrêts qui sont reliées à 8 unités sanitaires. Au 1er décembre 2015, 2256 personnes détenues y étaient écrouées.



Nombre de consultations médicales réalisées en 2015

Quand des soins ou examens ne peuvent pas être réalisés en détention ou en cas d'urgence, des **extractions** sont réalisées. La consultation des rapports d'activités pour l'année 2015 de chaque Unité Sanitaire permet de constater que :

- toutes les extractions urgentes (387) ont été réalisées,
- 713 extractions pour consultations ou examens dans les hôpitaux référents n'ont pas été effectuées, principalement en raison du refus de la personne détenue (41%),
- seules 44 hospitalisations (soit 15%) ont nécessité un transfert entre l'établissement de santé initial et l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Rennes.

Le seul établissement de la région ayant mis en place le **Dossier Médical Informatisé** est la Maison d'Arrêt de Laval. En revanche, tous sont dotés d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et ont élaboré un Programme Annuel de Prévention et d'Education pour la Santé.

8.3 La santé des personnes détenues

Extrait du rapport Santé des détenus de l'Institut National de la Veille sanitaire (juillet 2015) :

« En matière de santé, la vulnérabilité des personnes détenues est aujourd'hui reconnue. Cependant, il n'existe pas de système de surveillance épidémiologique permettant de décrire de façon précise les déterminants et les pathologies rencontrés en milieu carcéral. Les travaux disponibles et les données sont hétérogènes, et ne relèvent d'aucun système de surveillance en routine. Les maladies chroniques - dont les maladies cardiovasculaires et le diabète - restent insuffisamment documentées alors que la population carcérale tend à devenir de plus en plus âgée, ce qui laisse présager une augmentation de ces pathologies à

traiter en milieu pénitentiaire. Il n'existe aucun système de surveillance actuellement permettant de connaître la prévalence de problèmes de santé nécessitant un suivi tels que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cancers, les pathologies ostéo-articulaires, etc. D'autres problèmes de santé (santé bucco-dentaire, traumatismes, affections dermatologiques, par exemple) demeurent peu documentés pour pouvoir orienter des mesures de surveillance et de prise en charge bien que les quelques résultats disponibles suggèrent une fréquence non négligeable de ces difficultés en milieu carcéral. De plus, les troubles psychiatriques semblent surreprésentés en population carcérale. »

FOCUS **Le programme d'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues de Médecins du Monde.**

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

Né de la volonté croisée de Médecins du monde et des équipes médicales intervenant en centre pénitentiaire à Nantes, un programme visant à améliorer l'accès aux soins des personnes détenues s'est mis en place.

Tel qu'il a été conçu ce programme donne une place fondamentale aux personnes concernées permettant, grâce à une démarche collective, l'identification des difficultés qu'elles rencontrent et la reconnaissance de leur légitimité à réfléchir ensemble à la construction de solutions adaptées et acceptables par tous. La temporalité de cette démarche est longue, cependant après plusieurs mois de fonctionnement on constate des avancées certaines.

Par exemple les femmes de la maison d'arrêt ont travaillé avec les équipes du programme pendant plusieurs semaines sur le stress causé par l'arrivée en détention, lié en particulier au manque d'information. Elles ont conçu un livret d'accueil d'une quinzaine de pages, validé par l'Administration Pénitentiaire, traduit en plusieurs langues et remis à chaque arrivante avec le guide officiel.

Selon elles le programme participe à l'amélioration des relations avec le personnel pénitentier. La force du programme est notamment de reconnaître une place et un rôle aux surveillantes dans les enjeux de santé. Cette reconnaissance est bénéfique pour tous et permet de travailler sur un sujet commun même si, dans un premier temps, les espaces sont distincts. Avec la reconnaissance de la légitimité de la parole de chacun le climat s'apaise et devient constructif.

La non communication ou le cloisonnement entre les différents services favorisent des représentations erronées ou des fausses idées qui s'installent et se propagent. Les hommes inscrits dans le programme ont pu exposer leurs représentations lors de plusieurs rencontres avec les équipes médicales de l'UCSA, cela a permis de déconstruire certaines croyances dévalorisantes pour les détenus. Ces derniers pensaient par exemple que c'était parce qu'ils étaient détenus et donc moins bien traités et considérés qu'à l'extérieur qu'ils étaient reçus en premier par un personnel infirmier alors qu'ils demandaient à voir un médecin. La perception d'un manque de considération a été très vite atténuée dès lors que les médecins ont pu expliquer qu'il en était de même aux urgences, service dont dépendait l'UCSA. Les participants à cette réunion ont dès lors réfléchi à un outil pour communiquer à l'ensemble des personnes détenues ce type d'informations qui jouent un rôle dans l'estime de soi.

Les ateliers mis en place ont conduit à l'élaboration et à la diffusion avant l'été dernier du premier journal de la santé afin de partager des informations en lien avec la santé. Le premier exemplaire parle des extractions et des permissions pour soins et le second devrait aborder la question des médicaments.

Le programme a permis également l'émergence de thèmes dans différents groupes qui seront autant de sujets à travailler : le secret professionnel, la place du secret médical, l'organisation des déplacements pour accéder aux soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement vers l'hôpital après extraction, l'importance du relationnel, l'impact des décisions arbitraires, la consommation de produits psychoactifs, la délivrance des médicaments...

Après plusieurs mois d'intervention, nous constatons que la communication entre les professionnels pénitentiaires et ceux de la santé n'est pas toujours fluide, par manque de temps ou d'occasions, ou plus rarement à cause de tensions entre les services.

En plaçant la personne détenue au cœur des enjeux de santé et en essayant de prendre en compte les contraintes et difficultés de chacun, le programme favorise les temps de rencontres et tente de fédérer les énergies positives.

La complexité structurelle bloque parfois ou ralentit fortement ce processus mais consciente de l'importance de parvenir à réunir l'ensemble des acteurs, l'équipe de Médecins du Monde persiste à favoriser cette démarche. Les résultats sont parfois longs à émerger mais ils sont d'autant plus pertinents qu'ils émanent d'un partage d'intérêts et que les solutions sont élaborées collectivement.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Chaque établissement pénitentier de la région compte une Unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral. 30473 consultations ont eu lieu en 2015 mais 713 extractions pour consultations ou examens dans les hôpitaux référents n'ont pas été effectuées, dans 41% des cas du fait du refus de la personne détenue.

Les données relatives à l'état de santé des détenus ne sont pas disponibles mais le rapport de l'Institut National de la Veille souligne que « la vulnérabilité des personnes détenues est aujourd'hui reconnue ». La CSDU a donc souhaité mettre en avant un programme développé par Médecins du Monde Pays de la Loire dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues. Notamment en mettant les détenus au cœur de l'identification des problèmes rencontrés et des solutions à définir, en améliorant la communication avec et entre les différents services, etc.

9. SANTE MENTALE

9.1 Missions et composition des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP)

La CDSP a 8 missions principales :

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

La CDSP est composée de :

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

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

9.2 Mesures d'admission aux soins sans consentement en psychiatrie

Compte-tenu des évolutions constatées il est apparu important de préciser brièvement la nature et les conditions de mise en œuvre des mesures d'admission aux soins dans les établissements publics de santé mentale. Seules les plus significatives et les plus connues des usagers de la psychiatrie ont été retenues afin de ne pas alourdir la lecture du rapport.

Admission en soins psychiatriques sur décision d’un représentant de l’Etat – SDRE- (L.3213-1)

- Quatre conditions doivent être réunies :
- la présence de troubles mentaux
 - l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
 - la nécessité de soins et d’une surveillance médicale constante ou régulière
 - l’atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

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

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

Admission en soins psychiatriques à la demande d’un tiers ou péril imminent –SDT -(L.3212-1-2°-1)

- Trois conditions doivent être réunies :
- la présence de troubles mentaux
 - l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
 - la nécessité de soins immédiats et d’une surveillance médicale constante ou régulière.

Le tiers est toute personne susceptible d’agir dans l’intérêt du patient : un membre de sa famille ou de son entourage, une autre personne pouvant justifier de l’existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l’intérêt du patient, à l’exclusion des personnels soignants qui exercent dans l’établissement d’accueil. Deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours doivent attester que les troubles rendent impossible le consentement de la personne.

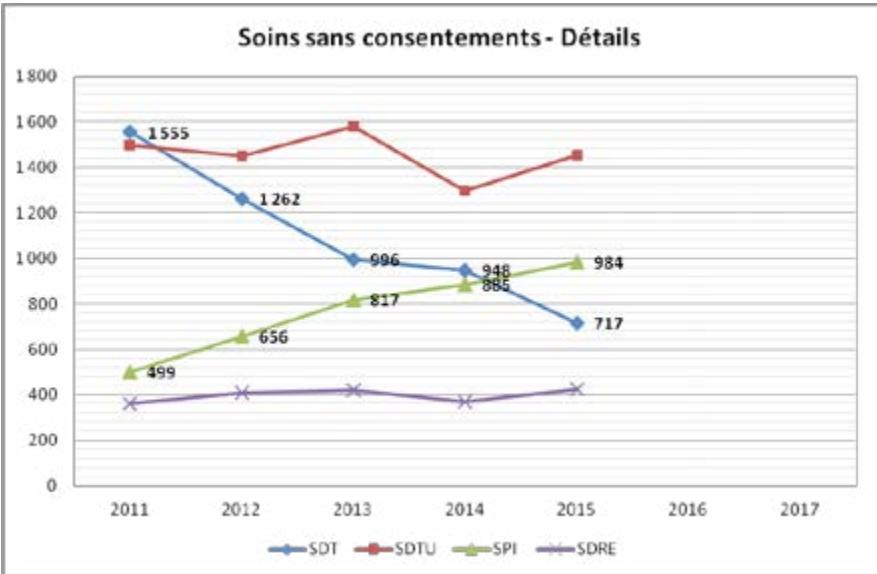
Admission en soins psychiatriques en procédure d’urgence – SDTU - (L. 3212-3)

La procédure dite «d’urgence» permet, en cas de risque grave d’atteinte à l’intégrité d’autrui, d’admettre une personne sur les bases d’une demande 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 lorsque 2 certificats médicaux, dont l’un est obligatoirement établi par un médecin extérieur de l’établissement, attestent de la nécessité immédiate d’une hospitalisation. Le premier certificat peut être établi par le médecin traitant par exemple.

9.3 Les éléments statistiques



Admission en soins psychiatriques sur demande du représentant de l’Etat ou sur décision de justice (SDRE) :

• L.3213-1 dite « demande direct Préfet »	70
• L.3213-2 dite « mesure provisoire Maire »	230
Total SDRE	300

Pour la période 2011 – 2015 l’ensemble des mesures SDRE laisse apparaître une tendance relativement stable.

Admissions en soins psychiatrique à la demande d’un tiers (SDT / SDTU / SPI) :

• L.3212-1 dite normale - SDT.....	717
• L.3212-3 dite urgence - SDTU.....	1 456
• L.3212-1-2° dite péril imminent - SPI.....	984
Total SDT	3 157

9.4 Les constats

Trois constats peuvent être dressés concernant les évolutions de ces prises en charge sur la période 2011 – 2015 :

- Pour les SDT : une baisse globale très importante de ce type d’admission est constatée sur l’ensemble de la Région puisque celle-ci est légèrement inférieure à - 54 %. La situation est plus contrastée selon chacun des départements :
- Maine et Loire : - 16% Sarthe : + 32% Mayenne : - 67% Vendée : - 82% Loire-Atlantique : - 35%
- Pour les SDTU : La situation est relativement stable sur la période avec une baisse globale de près de 3%. Cependant si la situation est fort différente d’un département à un autre sur la période 2011 – 2015 elle est également assez hiératique d’une année sur l’autre et ce pour chacun des cinq territoires. Une analyse plus fine mériterait de distinguer les causes de ces séquences irrégulières.
- Pour les SPI : une hausse globale de près de 100 % est enregistrée sur la période examinée. Cela porte à interrogations d’autant que les écarts sont considérables d’un territoire à un autre :
- Maine-et-Loire : + 198%
 - Sarthe : + 480%
 - Mayenne - 2%
 - Vendée : + 86%
 - Loire-Atlantique : + 33%

9.5 Le fonctionnements des CDSP

- **Composition des CDSP :** Une Commission Départementale des Soins Psychiatriques est présente dans chacun des cinq territoires des Pays de la Loire. La composition des CDSP du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Sarthe et de la Loire-Atlantique tant au regard de la qualité et de la quantité des membres qui les constituent, respecte les dispositions prévues par loi. **Toutefois celle de la Vendée mentionne l’absence d’un psychiatre sur les deux requis par la loi.**
- **Nombre de réunions annuelles :** Le nombre de réunions annuelles requises à minima, indépendantes des visites d’établissements de santé, est respecté voir dépassé par les CDSP du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Loire-Atlantique et de la Sarthe. **A contrario, la Vendée ne tient que 3 réunions par an. Cette situation avait déjà été notée en 2012, 2013, 2014 et 2015.**

9.6 Les visites des établissements

9.6.1 Nombre de visites

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

Loire-Atlantique :	4 établissements avec 5 visites
Maine-et Loire :	3 établissements avec 9 visites
Mayenne :	3 établissements avec 3 visites
Vendée :	3 établissements avec 1 visite
Sarthe :	2 établissements avec 1 visite

9.6.2 Qualité des visites

CDSP de Loire-Atlantique : Les médecins traitants répondent désormais majoritairement aux sollicitations de la Commission. La Commission a toujours été reçue par la direction des établissements avec un temps d'échange sur le fonctionnement, les difficultés et les projets de chaque structure. Elle constate une amélioration notable de la pratique du « copier-coller » concernant la rédaction de certificats médicaux à plusieurs mois d'intervalle qui avait été signalée en 2012 et 2013. Elle n'a toutefois pas disparu.

CDSP de Sarthe : La Commission a remarqué des situations d'hospitalisations bloquées par manque de transfert dans un autre département soit pour rapprochement familial soit pour bénéficier de sorties et activités thérapeutiques pouvant aider à la réinsertion et à la stabilisation progressive de l'état du patient. Elle remarque une persistance de la pratique du « copier-coller », le manque d'information du personnel concernant le patient, des durées d'hospitalisation longues ainsi qu'un manque d'activité au sein des services.

CDSP de Mayenne : Les conditions d'hospitalisation sont considérées comme satisfaisantes.

9.6.3 Examen des réclamations, plaintes et requêtes

A la requête des CDSP, un certain nombre de dossiers présentant une particularité sont examinés par celles-ci à l'occasion des visites d'établissements. Leur nombre s'élève à 867 pour l'année 2015. Ce chiffre est d'environ 15 à 20% en retrait par rapport aux années antérieures essentiellement du fait d'une baisse importante des dossiers examinés par la CDSP de Vendée. 63 patients ont été reçus par les CDSP en entretien individuel qu'ils avaient sollicités. D'une manière générale les CDSP de la Région Pays de la Loire n'ont pas constaté d'atteinte aux libertés individuelles et à la dignité des patients ou l'existence de mauvais traitements ou de conditions dégradantes.

FOCUS Les labels Droits des usagers de la santé

Depuis 2011 le dispositif « Label Droits des usagers de la santé » vise à valoriser des expériences exemplaires et des projets innovants en matière de promotion des droits des patients. Les labels sont mis en avant sur le site du Ministère de la santé et les lauréats du concours sont récompensés de leurs expériences exemplaires et projets innovants menés en matière de promotion des droits des patients. Le label est ouvert à tous les acteurs du système de santé qui souhaitent engager une action exemplaire dans le domaine de la promotion des droits des usagers. Les projets peuvent concerner l'ensemble du champ de compétence de l'ARS (prévention, soins ambulatoires et hospitalier et secteur médico-social). En 2015, L'ARS Pays de la Loire a reçu 9 demandes de label, 7 projets ont été labellisés. En 2016, L'ARS pays de la Loire a réceptionné 14 demandes de label, 6 projets ont été labellisés. La commission droits des usagers reste attentive à l'association des usagers dans la conception du projet et est vigilante en préférant repousser l'attribution d'un label lorsque la mise en oeuvre du projet n'est pas finalisée. 1 projet des Pays de la Loire a été proposé au concours national ; les résultats seront communiqués le 18 avril 2017.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU constate :

- En cinq ans, une baisse de l'ordre de 11% de l'ensemble des différentes mesures de soins sans consentement (SDT+SDU+SPI) est constatée, hors SDRE dont le gradient est relativement constant. En première approche les explications susceptibles d'être apportées sont aussi nombreuses que contradictoires.
- Sur cette même période, la baisse de la seule mesure SDT est d'un peu plus de 50% ! Cependant, concomitamment, la seule mesure SPI présente une hausse de près de 100 % et sa part relative dans l'ensemble des mesures de soins sans consentement (hors SDRE) s'est accrue de 14 à 31%. Comme précédemment la lisibilité d'une première approche est pour le moins incertaine.

Cette situation engendre des interrogations. Une analyse plus complète en prenant en compte les disparités territoriales s'avère nécessaire. Elle devra conduire :

- en premier lieu à s'assurer que les conditions de prise en charge de certaines personnes malades ne sont pas affectées,
- en second lieu à mettre en œuvre si nécessaire les mesures correctives administratives et/ou de parcours des pratiques et soins afférents à ces prises en charge particulières.

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

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

10.1 Pourcentage d'offres en tarifs opposables par spécialité

La répartition entre secteur 1 et secteur 2 reste relativement stable dans la région.

On note cependant :

- une augmentation du taux d'anesthésistes en secteur 2 : de 24% en 2014 à 28% en 2015,
- une augmentation du taux d'ORL en secteur 2 : de 49% en 2014 à 57% en 2015,
- une augmentation du taux de rhumatologues en secteur 2 : de 33% en 2014 à 40% en 2015.

Le taux de médecins généralistes en secteur 2 passe de 6% en 2014 à 5% en 2015.

10.2 Le contrat d'accès aux soins

A partir du 1er janvier 2017, l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) remplace le CAS, le principe restant le même, avec des aménagements concernant les calculs d'activité aux tarifs opposables et les conditions de prises en charges des cotisations sociales.

a) Le cadre réglementaire

Le contrat d'accès aux soins est défini par l'avenant 8 à la Convention Médicale de 2011.

Le médecin signataire s'engage à ne pas augmenter ses tarifs, à pratiquer un pourcentage substantiel de ses actes sans dépassement et à maintenir son taux moyen de dépassement sous la barre des 100%.

Les cotisations sociales du médecin signataire relatives à l'activité effectuée sans dépassement, sont partiellement prises en charge par la CNAM et le praticien bénéficie par ailleurs de nouvelles formes de rémunération (majorations...).

Le décret impose des remboursements des dépassements d'honoraires par les assurances complémentaires pour les médecins non-adhérents au CAS, plafonnés à :

- 125% de la base de remboursement Sécu (BRSS) pour 2015 et 2016,
- 100% BRSS à partir du 1er janvier 2017.

L'adhésion d'un médecin en secteur 2 au contrat d'accès aux soins ou non a une incidence importante sur le reste à charge des patients : ainsi la base de remboursement de l'assurance maladie pour une consultation est de 28€ pour un médecin spécialiste adhérent au CAS ou en secteur 1 et de 23€ pour un médecin spécialiste en secteur 2 non adhérent au CAS.

b) La situation en Pays de la Loire ²

Il existe une hétérogénéité selon les départements et également selon la taille des agglomérations.

En Sarthe et Loire-Atlantique 20 à 25 % des médecins sont en secteur 2 et de 30 à 40% de ces médecins ont adhéré au contrat d'accès aux soins.

En Maine-et-Loire moins de 20 % des médecins sont en secteur 2 et de 25 à 30% de ces médecins ont adhéré au contrat d'accès aux soins.

En Mayenne moins de 20 % des médecins sont en secteur 2 et moins de 20 % de ces médecins ont adhéré au contrat d'accès aux soins.

Dans les villes de moins 50 000 habitants très peu de médecins sont en secteur 2 (12,3%) et le taux d'adhésion au CAS est de 37,1%.

Dans les villes de 100 000 à 300 000 habitants le nombre de médecins en secteur 2 est plus important (25,4%) et le taux d'adhésion au CAS moindre.

²- Données du baromètre santé Mercer de juin 2016.

10.3 Taux de dépassements honoraires en hospitalisation en cliniques privées

Les indications concernant les Pays de la Loire sont extraites de la base de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (données 2015), elles concernent les cliniques privées et sont disponibles sur le site de l'ATHI : <http://www.scansante.fr/applications/depassements-honoraires>

Actes thérapeutiques remboursés par l'assurance maladie ³	Nb de séjours	Taux de séjours avec dépassements d'honoraires	Coût moyen unitaire de l'acte		Dépassements moyens	
		2012	2015	2015	2012	2015
Bulbe oculaire	50 005	32,5 %	42,4 %	436	125	133
Oreilles	8347	16,8 %	20,8 %	173	157	169
Veines	10583	39,8 %	40,6 %	258	152	166
Dents	21492		33,1 %	186		73
Appareils génitaux (H)	8441	56,8 %	69 %	394	165	241
Articulation membres inférieurs	20454	63,7 %	70,7 %	605	233	281
Sein	4120	59,5 %	65,7 %	396	516	579
Grossesse nouveau-né	14187	45,8 %	45,8 %	315	112	128

En analysant les données de cette étude, globalement la Région des Pays de la Loire se situe dans le dernier quart des (anciennes) régions métropolitaines en termes de dépassements d'honoraires. Il faut néanmoins noter une hausse continue du nombre d'actes avec dépassements ainsi qu'une hausse significative de ces dépassements (+ 16%)⁴ en 4 ans.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'accès aux données chiffrées précises du taux de dépassements d'honoraires, du nombre de médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins, reste impossible. Or ces données sont indispensables pour évaluer l'accessibilité financière aux professionnels de santé.

La faiblesse du nombre d'adhésions de médecins de secteur 2 au CAS risque de renforcer la difficulté d'accessibilité financière de beaucoup de patients à certains soins du fait du moindre remboursement par l'Assurance Maladie et des assurances complémentaires.

La complexité des tarifs d'honoraires pratiqués et leurs conditions de prise en charge par l'assurance maladie et les assurances complémentaires rendent nécessaire de renforcer l'information des patients (affichage, devis plus explicites et compréhensibles...).

10.4 Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale

10.4.1 Analyse de l'indicateur S26

L'indicateur S26 du PRS « promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins » se mesure par la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale. Aucune donnée n'est disponible pour 2014 et 2015. La dernière valeur de 2013 fixait cette part de la population à 14.8% plaçant les Pays de la Loire légèrement au-dessus de la valeur-cible de 13.7%.

10.4.2 Analyse de l'indicateur S09

L'indicateur S09 « cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles définies » se mesure par l'évolution annuelle du nombre de médecins généralistes installés dans les zones fragiles.

En 2015 dans les Pays de la Loire on dénombre 8 médecins de moins par rapport à l'année 2014.

10.5 Point sur la mise en place des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Fin 2015 la région comptait 60 maisons de santé pluriprofessionnelles et 29 projets en cours.

Fin décembre 2016 la région compte 72 MSP et 27 projets sont en cours.

10.6 Les difficultés d'accès à un médecin traitant

➤ **Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :**

80% des répondants déclarent avoir facilement accès à un médecin-traitant. L'accès au médecins généralistes est estimé difficile pour 20% et des répondants de l'enquête en ligne (42% en Vendée et 35% en Mayenne et Sarthe).

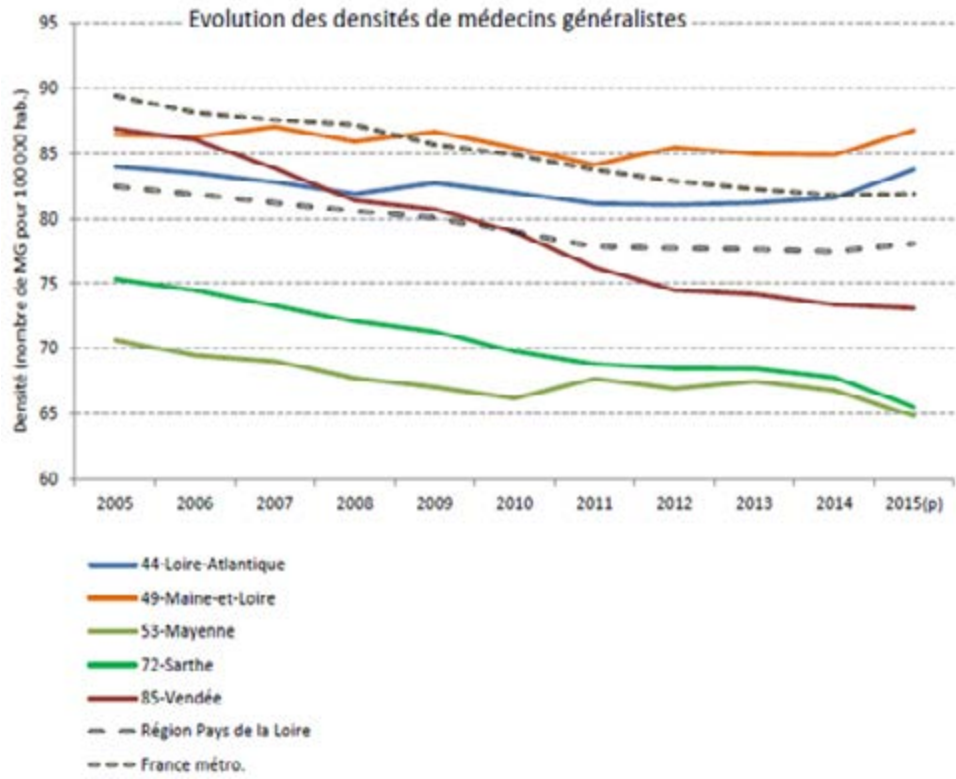
L'étude « Accès et démographie » réalisée en 2015 par la CPAM Pays de Loire et l'ARS montre que la situation est particulièrement difficile pour les habitants de la Mayenne et de la Sarthe et continue de se dégrader.

Au 1er octobre 2015, 9,6% des ligériens ne disposaient pas d'un médecin traitant désigné. Des territoires en Sarthe et en Mayenne affichent des taux supérieurs à 15,7%.

Ces problèmes d'accessibilité sont d'ailleurs exprimés par les ligériens dans le questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS : 80 % des personnes interrogées déclarent avoir un accès facile à un médecin généraliste mais seulement 58% en Vendée, 65% en Sarthe et 64% en Mayenne.

L'effectif moyen de patientèle pour un médecin traitant sur la région est de 925 patients avec des écarts importants entre départements : 1065 en Sarthe, 1057 en Mayenne, 972 en Vendée, 876 en Loire-Atlantique , 850 en Maine-et-Loire.

Le choix du temps de travail des médecins évoluant (développement du travail à temps partiel), l'impact sur le nombre de patients par médecin sera également significatif.



Source : Atlas de la démographie médicale 2016. Conseil National des médecins.

³- Méthodologie sur le site de l'ATHI : <http://www.scansante.fr/applications/depassements-honoraires>.

⁴- Calculé sur l'échantillon PDL retenu.

De plus la démographie des médecins risque d'accentuer les difficultés dans les prochaines années :

	Densité	% moins de 60 ans	% 60-64 ans	% 65 ou +
Loire-Atlantique	85,2	78,7 %	15,2 %	6,1 %
Maine-et-Loire	87,2	76,1 %	19,3 %	4,6 %
Mayenne	64,2	68 %	22,3 %	9,6 %
Sarthe	65,6	60,8 %	26,1 %	13,2 %
Vendée	73,2	68,8 %	23,2 %	8 %
Région	78,6	73,4 %	19,4 %	7,2 %

La situation semble **peu soutenable en Mayenne et en Sarthe** qui sont les départements de France où les médecins généralistes ont le plus de patients.
Ce constat est confirmé par le fait que les jeunes médecins s'installent actuellement de préférence en agglomération nantaise et angevine.

Cette situation est confortée par :

- des alertes des conseils départementaux de l'Ordre des médecins de Mayenne et de Vendée auprès de l'ARS et de l'Assurance Maladie sur la difficulté des patients à trouver un médecin traitant, en particulier à Laval et à La Roche sur Yon ;
- les sollicitations des usagers auprès des conciliateurs de la CPAM et de l'ARS.

Un certain nombre d'actions spécifiques a été mis en place par les différentes CPAM de la région (courriers aux assurés, communication de listes de médecins, comité consultatifs avec les partenaires concernés...).

10.7 Les mesures correctives du Pacte Territoire Santé

Le pacte Territoire Santé piloté par l'ARS prévoit un certain nombre de mesures pour améliorer cette situation d'accès à un médecin traitant parmi lesquelles le développement de stages des futurs médecins en cabinet de ville, la signature de contrats d'engagement de service public, l'augmentation du nombre de médecins libéraux maîtres de stage.

10.8 Le Plan régional d'accès à la santé

Le Conseil Régional fait le constat d'une double fracture : « une tension sur les effectifs et les conditions d'exercice des professionnels de santé de proximité et une inégale répartition des professionnels de santé en exercice sur le territoire régional ».
Afin de renforcer l'offre de santé dans les territoires les plus menacés, le Conseil Régional a adopté en décembre 2016 un plan régional d'accès à la santé comprenant 15 mesures dont le soutien à l'innovation, l'investissement dans 35 nouvelles maisons de santé, le soutien de façon renforcée et en amont aux 10 territoires les plus menacés d'ici 2021, la mise en adéquation des places de formations sanitaires et sociales avec les besoins des territoires et une meilleure prise en compte de l'exercice pluri-professionnel, la sensibilisation des futurs professionnels de santé à l'installation dans les territoires en difficulté.

➤ Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :

71% des répondants estiment que l'accès à la santé n'est pas le même pour tous les habitants de la région quel que soit leur niveau de revenu ou leur situation familiale.

Note moyenne sur le délai d'accès aux soins dans la région (délais de rendez-vous) : 3,9/10 (2,6 pour les habitants de la Mayenne). Note moyenne sur la prise en charge de leur santé au plus près de chez eux : 5,8/10 (4,4 en Mayenne).

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU est consciente des actions menées depuis plusieurs années pour limiter la désertification médicale dans certaines zones de la région (pas seulement rurales), mais force est de constater que pour 20% des ligériens (plus de 35% en Vendée, Mayenne et Sarthe), il y a des difficultés d'accessibilité à un médecin généraliste. Une évolution plus en profondeur, à la fois dans la répartition des tâches entre professionnels de santé et dans les modalités d'installation des médecins, semble donc nécessaire pour répondre aux situations critiques que connaissent et connaîtront les patients dans certaines zones de la région. La question du nombre de postes ouverts à l'internat se pose également compte tenu de l'évolution des modes de vie des professionnels de santé et des choix d'orientation faits à la fin des études.

Cette analyse concerne la démographie des médecins généralistes mais la situation est également préoccupante dans plusieurs territoires pour certaines spécialités médicales dont les chirurgiens-dentistes (voir ci-dessous).

CONTRIBUTION DE M. RAUD au titre de représentant du CODERPA 49 à la CRSA

« Déserts médicaux, la solution c'est la démocratie. »

Pourquoi certains territoires sont-ils désertés par les médecins ? Si ceux-ci n'ont jamais été aussi nombreux ils sont peu désireux de s'installer dans des zones où les services publics disparaissent peu à peu et où les conditions d'exercice se sont dégradées. De plus, les jeunes professionnels ne veulent pas travailler seuls, ni travailler trop. La situation médicale à laquelle s'accrochent certains médecins est incapable de résoudre les inégalités géographiques d'accès aux soins qui se cumulent souvent, pour les patients, avec les inégalités financières liées à l'augmentation des restes à charge : dépassements d'honoraires, taxes et franchises diverses... Il est aussi un frein pour s'atteler aux questions d'inégalités sociales de santé : on meurt plus tôt et on vit en moins bonne santé dans certaines régions.

La question du champ d'intervention de la médecine est donc posée. Des chercheurs rendent compte de leurs travaux sur ces questions. Ensemble, ils tracent les contours de ce que pourrait être une véritable politique de santé publique qui serait en capacité de répondre, en amont du soin, aux problèmes de santé de la population.

De ce fait la « désertification médicale » pose un problème d'accès aux soins pour les ressortissants des Pays de la Loire et de qualité des soins, détériorée par l'absence de transmission des connaissances locales et des savoir-faire des médecins s'arrêtant sans successeur.

Nous pouvons en déduire que deux séries de facteurs peuvent expliquer la « désertification médicale » :

- En interne : un nombre de médecins formés (numerus clausus) ne répondant pas aux besoins d'autant que le mi temps pour la qualité de la vie devient un choix prépondérant, des études longues en milieu urbain et hospitalier (en salariat, en travail d'équipe), une origine sociale élevée et citadine des étudiants en médecine.

- En externe : une situation socioéconomique rurale avec des emplois plus rares et moins qualifiés et une restriction progressive des services publics (hôpitaux de proximité par exemple).

Enfin, au regard de cette situation, la liberté totale d'installation permet aux médecins et à leurs familles de s'installer là où les conditions de vie et de travail leur paraissent les meilleures.

Ni les mesures coercitives (conventionnement sélectif, menaces de déconventionnement) prônées par certains députés, ni celles incitatives (aides forfaitaires à l'installation) prônées par les conventions médicales et le ministère de la Santé, ne régleront le problème.

Ne devient-il pas urgent de passer d'un système de soins à un système de santé. La santé ne se limite pas aux soins, mais intègre la dimension sociale, le logement, le travail (rémunéré ou non) et l'environnement.

Il convient donc de construire une offre de santé où la population dans son propre bassin de vie ait de véritables représentants des usagers élus démocratiquement avec un véritable pouvoir décisionnel.

La démarche de santé communautaire a pour but l'élaboration d'un projet de santé sur un territoire en y intégrant les citoyens à tous les niveaux d'élaboration et de mise en œuvre. Elle se veut collective et démocratique. Par ce biais doivent être redéfinis les missions des soignants, leur statut et le contenu transformé de leur métier, puis la forme d'organisation la mieux adaptée à ces exercices professionnels, avec un maillage qui ne délaisse aucun territoire géographique (réseaux, maisons de santé). Enfin, il faut redonner à la Sécurité sociale son sens initial et son socle démocratique par un financement solidaire, avec une remise à niveau des cotisations, condition de l'égalité, et une protection sociale pour tous, condition de la liberté.

10.9 L'accès aux chirurgiens-dentistes

a) L'évolution des effectifs des chirurgiens-dentistes ⁵

Le nombre de chirurgiens-dentistes n'a pas diminué ces dix dernières années mais en raison de l'augmentation de la population la densité des chirurgiens-dentistes libéraux est en baisse. Elle est passée de 54 à 49 pour 100 000 habitants entre 1997 et 2014 dans les Pays de la Loire. Elle est restée inférieure à la moyenne nationale (56), avec des disparités entre les départements. La densité est deux fois plus élevée en Loire-Atlantique (62), qu'en Sarthe (34). Ce dernier département est en outre celui où la proportion des professionnels de 55 ans et plus est la plus forte (47 %). Il existe de très nombreuses zones sous-dotées en chirurgiens-dentistes en Mayenne et en Sarthe et le délai d'attente pour un rendez-vous peut être de 2 à 3 mois.

En cas de difficulté pour accéder à un chirurgien-dentiste les usagers doivent contacter l'Ordre qui donne une liste des praticiens, notamment ceux nouvellement installés.

b) Les mesures pour pallier aux inégalités géographiques

Pour pallier aux inégalités géographiques différentes mesures ont été adoptées ces dernières années. Depuis 2012 le cadre conventionnel avec l'assurance maladie prévoit la possibilité de mettre en œuvre un contrat incitatif pour favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » définies par l'Agence régionale de santé (ARS). En échange de leur engagement d'exercer à titre principal pendant trois à cinq ans au sein d'un cabinet installé dans une zone « très sous-dotée », les praticiens libéraux bénéficient d'une participation financière de l'assurance maladie à l'équipement du

⁵ - La santé observée dans les Pays de la Loire, juin 2016. Etude de l'Observatoire Régional de la Santé.

cabinet, aux autres frais de fonctionnement et aux cotisations sociales obligatoires. Depuis la rentrée universitaire 2013-2014 les étudiants en odontologie peuvent bénéficier du contrat d'engagement de service public (CESP). Ce dispositif prévoit, en échange du versement d'une allocation mensuelle, l'engagement des étudiants à s'installer dans une zone « très sous-dotée ».

c) Plusieurs expériences existent pour faciliter l'accès aux chirurgiens-dentistes :

- **Au Centre Hospitalier du Lude en Sarthe** : un cabinet dentaire est accessible aux résidents de 4 EHPAD du sud-Sarthe (400 lits au total) depuis février 2014. L'activité bucco-dentaire a comptabilisé 53 consultations en 2015 pour 38 résidents et 58 consultations en 2016 pour 43 patients, à raison d'une demi-journée d'intervention par mois du chirurgien-dentiste.

Ce projet présente un réel intérêt pour l'usager :

- amélioration de la qualité de la prise en charge dentaire des résidents des EHPAD,
- proposition aux résidents d'une offre de santé en proximité, accessible aux personnes âgées (locaux adaptés, accompagnement par un personnel soignant, formé et détaché lors de la consultation..).

Cette action est appréciée des résidents et des familles et a été reconnue par l'ARS et la CRSA Pays de la Loire en obtenant le label « Droit des usagers » en 2015.

- **Au CHS d'Allonnes** une structure fonctionne avec du personnel formé à l'accueil de personnes en situation de handicap et est opérationnelle à raison d'une permanence par semaine.
- **Au CH du Mans** le projet d'installer un cabinet dentaire avec possibilité pour les étudiants chirurgiens-dentistes d'y faire leur internat est en attente d'autorisation. Le matériel accessible aux personnes handicapées, les praticiens, les enseignants et les maîtres de stage des internes sont trouvés. Ce type de projet permet également de faire venir des étudiants chirurgiens-dentistes dans de bonnes conditions et favorise leur installation future dans la zone géographique.

10.10 La permanence des soins (PDSA)

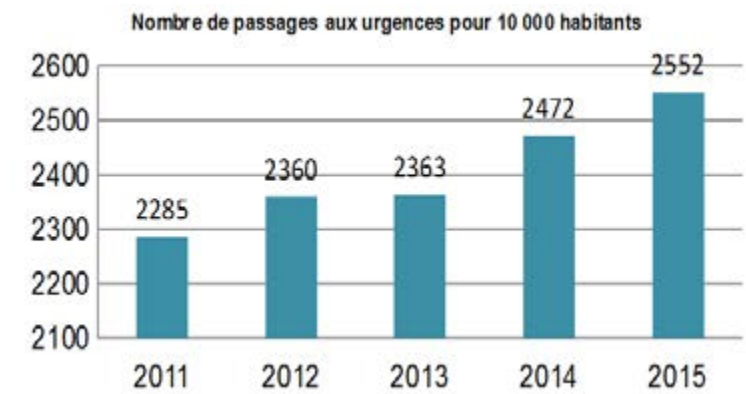
La permanence des soins ambulatoire (PDSA), instaurée par décret du 13 juillet 2010, consiste à organiser l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients devenant ainsi un véritable service public. Elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Un arrêté du 27 août 2015 modifie le cahier des charges initial et redéfinit les gardes odontologiques ainsi que le découpage territorial de la PDSA en Maine-et-Loire et dans la Sarthe. La répartition des 34 Maisons Médicales de Garde sur le territoire est très inégale : alors qu'il y en a 13 sur la zone d'Angers, il n'y en a qu'une dans la zone de Bailleul (Pôle Santé Sarthe et Loir).

Un nouveau cahier des charges à paraître en 2017 est en cours d'élaboration, modelé au regard de l'évaluation menée en 2015 qui indiquait entre autres :

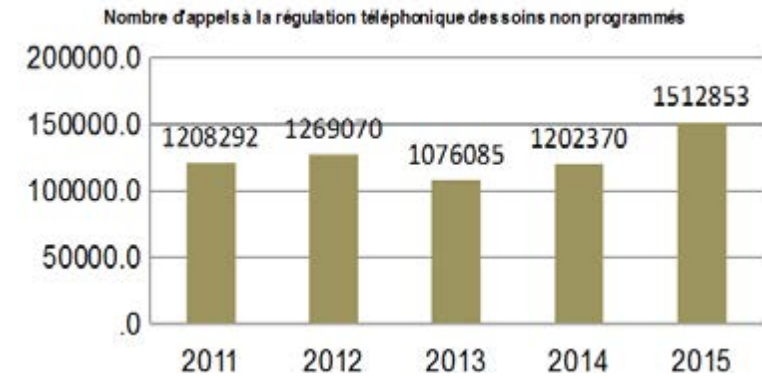
- L'activité de régulation est stable depuis 2011: 41% de conseil médical, 26% d'orientations vers les Maisons Médicales de garde.
- L'activité des médecins mobiles (44 et 85) représente entre 7 et 9 % de l'activité, majoritairement pour les plus de 65 ans (44,5%), au domicile (70%) et en EHPAD.
- D'un point de vue médico-économique la PDSA est plus économique qu'un passage aux urgences en Loire-Atlantique mais plus onéreux en Vendée.
- Elle évite une hospitalisation dans 75 % des cas.
- 13 incidents ont été signalés pendant la période d'astreinte en 2015 : 6 carences et 7 difficultés de mobilisation d'un médecin pour constat de décès. Les incidents se sont déroulés en Loire-Atlantique (1), dans la Sarthe (7), et en Vendée (5).

➤ **Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :**
La lisibilité par les usagers du système reste partielle notamment au niveau des urgences : Maisons médicales de garde peu connues et peu utilisées (62% ne connaissent pas).

➤ L'indicateur S11 du PRS « **assurer une permanence des soins ambulatoires (PDSA) adaptée pour les cinq territoires de santé** » se mesure par le nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants.



➤ L'indicateur S02 du PRS « **promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés** » permet de constater une hausse de 26% du nombre d'appels passés au SMUR/SAMU de sPays de la Loire.



➤ L'indicateur M11 du PRS « articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » mesure le pourcentage d'hospitalisation directe en médecine des personnes âgées de plus de 75 ans sans passage aux urgences. Cet indicateur a vocation à illustrer la fluidification des parcours de soins. En pays de la Loire ce pourcentage est très stable mais insatisfaisant au regard de l'objectif-cible.

	2012	2013	2014	2015
% d'hospitalisation directe en médecine des + de 75 ans	40,7%	40,8%	40,5 %	40 %

➤ **La permanence des soins par les chirurgiens-dentistes** : elle est organisée dans toute la région avec une matinée de permanence le dimanche matin. Le numéro de régulation doit normalement être affiché dans tous les cabinets dentaires. Les usagers peuvent également appeler le 15 pour obtenir les renseignements. En Sarthe la permanence est très fréquentée avec 20 à 25 patients par matinée.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Dans le cadre du PRS 2012-2016 une baisse du nombre de passages aux urgences était attendue grâce à un renforcement de l'organisation de la PDSA . Si ce renforcement du dispositif PDSA a bien été réalisé et sera conforté en 2017 par l'élaboration d'un nouveau cahier des charges, le constat est une hausse continue : augmentation de 12% des passage aux urgences depuis 2011 (année de la première évaluation de l'indicateur). Les enjeux sont donc de mieux faire connaître aux usagers l'organisation de la permanence des soins, d'en faciliter l'accès, et de mieux l'articuler avec l'organisation des services des urgences.

11. ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS

11.1 Les commissions d'activités libérales des établissements publics de santé (CAL)

La composition de la Commission d'Activité Libérale (CAL) est fixée par arrêté de l'ARS. Elle a une mission de contrôle de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, plafonnée à 20% de leur temps de travail et dans la limite de la moitié de leur volume d'actes. Tous les établissements de santé publics des Pays de la Loire disposent désormais d'un représentant des usagers au sein des CAL.

- **Loire-Atlantique** : CHU de Nantes, CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé, CH Francis Robert (Ancenis), CH de Saint-Nazaire
- **Maine-et-Loire** : CHU d'Angers, CH de Cholet et CH de Saumur
- **Mayenne** : CH de Laval, CH du Haut Anjou, CH Nord Mayenne
- **Sarthe** : CH Le Mans, EPSM de la Sarthe-Allonnes et Pôle Santé Sarthe et Loire
- **Vendée** : CH de la Roche-sur-Yon, CHD de Challans, CH de Fontenay le Comte et CH Côte de Lumière

En 2016 l'ARS a réalisé une enquête auprès des représentants des usagers (RU) des CAL de la région : 10 représentants de 10 établissements ont répondu au questionnaire. Il ressort de l'enquête que dans ces dix établissements :

- 161 praticiens exercent en libéral, dont 25 en secteur 2 et 12 en contrat d'accès aux soins,
- dans 4 établissements les seuils autorisés d'exercice libéral sont dépassés,
- dans 4 établissements le nombre d'actes autorisés est dépassé.

80% des RU répondant à l'enquête confirment l'existence de l'information relative à l'exercice de l'activité libérale ; 70% confirment l'existence de l'information relative aux plages horaires d'activité libérale de chaque praticien. Dans son rapport du 16 décembre 2016 la Cour des Comptes note concernant le CH de Laval que « l'activité libérale continue de s'exercer au détriment de l'hôpital » et que si la CAL « se réunit régulièrement et rédige des comptes rendus qui montrent le sérieux de son fonctionnement. Pour autant les courriers adressés aux médecins ne respectant pas les règles ont peu d'effet ». La Cour des comptes a notamment relevé que les délais de rendez-vous proposés par les médecins ont des écarts très importants selon que ces médecins exercent pour le secteur public ou en secteur privé.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite que les 18 établissements de santé concernés ont désormais un représentant des usagers au sein de leur CAL, contre 11 en 2014. Le rôle de la commission régionale d'activité libérale prévue par la loi santé de janvier 2016 sera déterminant pour éviter les situations de non-respect des seuils autorisés d'exercice libéral qui sont relativement fréquentes dans les établissements publics de notre région. Il conviendrait également d'être vigilant sur les délais de rendez-vous proposés par les praticiens concernés. En attendant que cette commission régionale soit mise en place la CSDU souhaite qu'un bilan régional de l'exercice libéral soit réalisé par l'ARS.

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

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

11.3 Les permanences d'accès aux soins (PASS)

L'indicateur S30 du PRS « aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » se mesure par le ratio du nombre de nouveaux consultants des Permanences d'Accès aux soins (PASS)/nombre de personnes accueillies par les PASS. Depuis la mise en place de l'indicateur en 2011 l'évolution à la hausse (1 à 2% chaque année) a toujours été constante. Or en 2015 le taux est de passé de 69 à 57% et a le niveau le plus bas depuis 2011.

Année de référence	2011	2012	2013	2014	2015
Indicateur S30 du PRS	65%	67%	67%	69%	57%

11.4 Renoncement aux soins

➤ Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :

Un tiers des répondants estime avoir dû renoncer aux soins sur les 12 derniers mois (majoritairement les soins dentaires). La proportion est encore plus importante pour les personnes atteintes d'une maladie chronique (44%) et pour les personnes en situation de handicap (de 75 % en 2014 à 51 % en 2016). Les situations complexes peuvent amener à des abandons de soins. Les indicateurs liés au renoncement se sont aggravés depuis 2011.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Dans le questionnaire grand public sur l'évaluation du PRS le taux de répondants indiquant avoir renoncé à des soins (33%) est préoccupant et s'est accentué depuis 2011. La détérioration de ce ratio montre sûrement la difficulté de réintégrer dans un régime de droit commun les personnes concernées.

12. ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION

12.1 La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans ⁶

En Pays de la Loire, le taux de dépistage est de 61.9% , soit 10% de plus que la moyenne nationale, mais le taux reste tout de même inférieur au référentiel européen préconisé de 70%. Les taux de dépistage sont plus élevés en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire (64%) qu'en Sarthe (59,9%), Vendée (58,5%) et Mayenne (59,3%).

Taux de dépistage de cancer du sein	2012	2013	2014	2015
Pays de la Loire	64%	62,9%	62,7%	61,9 %
Cible régionale	68,8%	70%	64,1%	
Taux national	52,6%	52,6%	51,4%	51,9 %

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

Dans le contexte du déploiement du test immunologique avec une mise en œuvre intervenue à la mi-année et des retards d'approvisionnement en tests dans certains départements, l'estimation de la participation pour 2015 n'a pas été réalisée.

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

Il n'existe pas de données actualisées pour l'année 2015.

12.4 La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle : actualisation données 2015

Il n'existe pas de données actualisées pour l'année 2015. En Pays de la Loire, l'ARS finance des associations comme « Du pain sur la planche » ou « Pommes et sens » qui interviennent en direction des enfants et des parents, voire des assistantes maternelles, pour favoriser des comportements favorables à la santé. En 2017, un partenariat devrait être formalisé entre l'ARS, la DRAAF et le Rectorat sur le thème de l'éducation au goût pour les enfants du primaire.

⁶ - Source : Santé Publique France.

Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :
57 % des répondants ont connaissance des campagnes de prévention (santé dentaire/nutrition/activité physique).

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Dans son rapport 2015, la CSDU s'inquiétait des baisses de dotation consacrées à la prévention au vu de la croissance continue de la population à dépister et de la fragilisation financière de certaines associations. La CSDU regrette le manque des données disponibles cette année.

Les taux de dépistage du cancer du sein continuent à baisser : 64% en 2011, 61,9% en 2015. La CSDU sera attentive aux différences de taux de dépistage entre les départements qui semblent refléter les difficultés d'accès au médecin traitant.

La CSDU se félicite des actions, souvent peu connues, de prévention bucco-dentaire sur les Pays de la Loire. Cependant elle s'inquiète de la diminution du nombre d'enfants bénéficiaires des actions de prévention bucco-dentaire qui fait suite à la diminution de 90 % des financements par l'Assurance Maladie : le nombre d'enfants bénéficiaires est passé de 14878 en 2014 à 1532 en 2015.

FOCUS La prévention bucco-dentaire dans les Pays de la Loire entre 2011 et 2015 Par l'URPS Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire

1. Le programme MT' Dents

➤ Examen bucco-dentaire

Avec ses partenaires conventionnels (syndicats professionnels signataires de la convention), l'Assurance Maladie propose un bilan bucco-dentaire entièrement pris en charge sur le régime général et le fonds de prévention et sans avance de frais, aux mineurs de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Si des soins complémentaires sont nécessaires ils sont pris en charge à 100% en dispense d'avance de frais par l'Assurance Maladie dans les caisses de la région des Pays de la Loire (CPAM, MSA, RSI).

Ce dispositif est proposé par l'ensemble des régimes d'assurance maladie (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS), Mutualité Sociale Agricole (MSA), le Régime Sociale des Indépendants (RSI), la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale, etc).

➤ Actions de l'UFSBD auprès des enfants (extrait du site de l'UFSBD)

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) accompagne le programme MT' dents en animant des séances collectives de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et à l'importance de ce bilan. Ces actions sont mises en place dans tous les départements, avec l'appui des UFSBD départementales, et visent à augmenter la participation des familles à l'examen ci-dessus. Ces séances d'éducation collectives visent à délivrer quatre messages :

- la nécessité d'un contrôle régulier,
- l'importance de l'hygiène bucco-dentaire au quotidien,
- l'impact de l'alimentation sur la santé bucco-dentaire,
- le rôle du grignotage et des addictions, notamment le tabac.

Nombre d'élèves vus lors des séances collectives par département entre 2011 et 2015 (par âge) :

	2011/2012		2012/2013		2013/2014		2014/2015
Loire Atlantique			6 ans	4832	6+9 ans	5873	415
			9 ans	1017			
Sous-total :				5849		5873	415
Maine-et-Loire :	6 ans	1155	6 ans	1439	6 ans	2122	656
Mayenne	6 ans	559	6 ans	387		1131	NC
	9 ans	500	9 ans	350			
			12 ans	218			
Sous-total :		1067		963		1131	
Vendée	6 ans	2002	6 ans	5910		5752	461
	9 ans	107	9 ans	157			
	12 ans	2522	12 ans	1224			
Sous-total :		4711		7291		5752	461
TOTAL		6 933		15 542		14 878	1 532

1 Extrait du site de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire : <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/enfants/>

Comme le montre le tableau ci-dessus, suite à une baisse des subventions de 90% de la part de l'Assurance Maladie en 2014 les actions sur les territoires ont énormément diminué en 2014/2015.

2. Examen bucco-dentaire des femmes enceintes

Tous les régimes d'assurance maladie proposent aux femmes enceintes de bénéficier d'un bilan bucco-dentaire à partir du quatrième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après l'accouchement. Ce bilan est intégralement pris en charge, sans avance de frais à effectuer. Il vise à faire un bilan de l'état de santé des dents et des gencives et de prodiguer des conseils pour la femme enceinte et le futur enfant.

3. Bilan bucco-dentaire de la MSA

La MSA propose un bilan bucco-dentaire pour les enfants de 3 ans de ses ressortissants, ainsi que, depuis 2016, pour ses ressortissants de 65 ans.

4. Projet Nutrition Bucco-dentaire Hygiène (NBH) & formation de Correspondants Santé Orale (CSO) dans les Pays de la Loire

* Le projet NBH est un projet de prévention de la dénutrition dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Soutenu par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, le projet repose sur trois piliers :

- la sensibilisation de l'ensemble des intervenants autour du patient en établissement sur la nécessité de prendre en compte le problème bucco-dentaire,
- la formation d'un Correspondant en Santé Orale (CSO), en charge du suivi de l'intégration du bucco-dentaire dans le projet d'établissement
- la réalisation d'un bilan bucco-dentaire en cabinet pour tous les nouveaux entrants en EHPAD (organisation en lien avec le CSO)

Après une phase d'expérimentation en 2015-2016, le projet a été déployé dans le Maine et Loire, en Mayenne et en Vendée fin 2016. Tous les EHPAD des départements concernés ont reçu des bilans bucco-dentaires pour la réalisation des consultations d'entrée. De même, tous les chirurgiens- dentistes ont été informés de ce déploiement, et de leur future sollicitation pour la réalisation de cet examen. Des documents spécifiques ont été créés et sont adressés.

A ce jour, 290 CSO ont été formés en région. D'autres sessions de formation sont prévues en 2017.

* La formation de Correspondant en Santé Orale

1. prévenir la dénutrition et améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées
2. intégrer la problématique bucco-dentaire dans le projet médical de l'établissement
3. permettre au correspondant en santé orale de coordonner l'action « Nutrition, Santé Bucco-Dentaire et Hygiène de la bouche au sein de son établissement.

5. Actions en milieu professionnel

En 2013-2014, une campagne de prévention à destination des apprentis boulangers en Centre de Formation pour Apprentis (CFA) des Pays de la Loire a été mise en place. Cette action va être reproduite en 2017-2018.

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

13.1 Les contrats locaux de santé (CLS)

En 2016, 17 Contrats Locaux de Santé, soit 3 de plus qu'en 2015, ont été signés en Pays de la Loire pour une durée allant de 3 à 5 ans :

- en Loire-Atlantique : Nantes, Pays de Redon et Saint-Nazaire
- en Maine-et-Loire : Angers, Baugé, Cholet, Laval, Pays des Mauges, Saumur et Trélazé
- en Mayenne : Mayenne et Pays de Craon
- dans la Sarthe : Allonnes, Le Mans, Coulaines et Sablé sur Sarthe
- en Vendée : La Châtaigneraie, La Roche sur Yon et L'Île d'Yeu

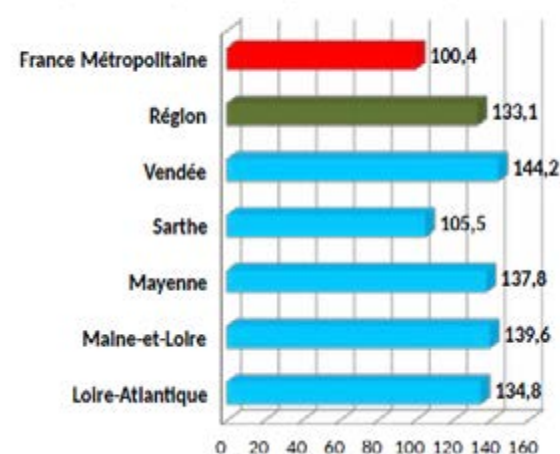
Les CLS signés dans les quartiers prioritaires sont indiqués en gras.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

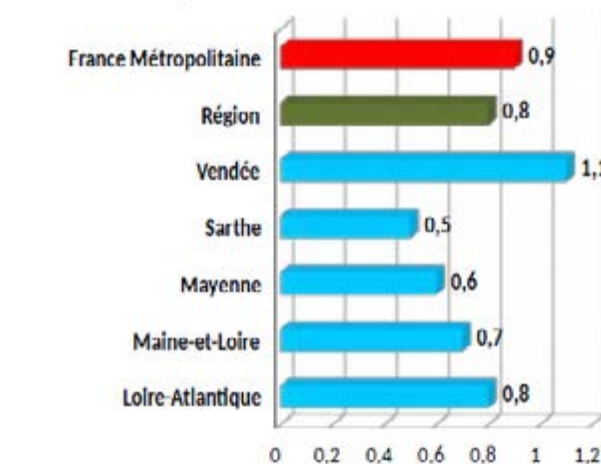
La CSDU note avec satisfaction l'augmentation régulière des contrats locaux de santé. Il sera nécessaire d'avoir un bilan et une évaluation des actions menées en particulier sur les thématiques socles de ces contrats : prévention, accès aux soins et parcours de santé.

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

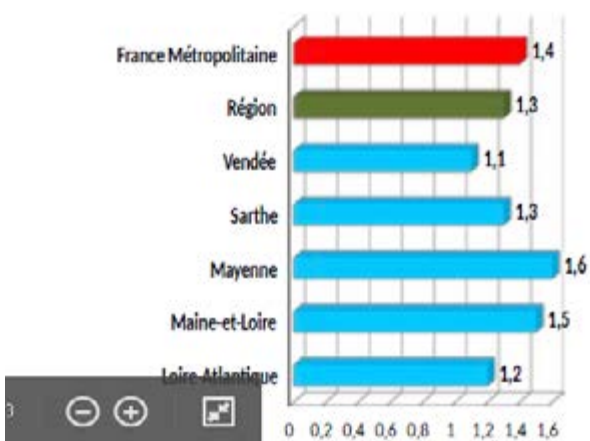
Taux d'équipement en places dans les structures EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus



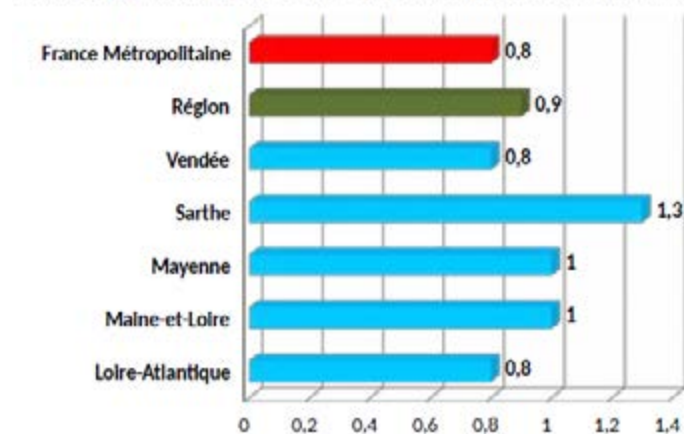
Taux d'équipement en lits et places en psychiatrie infanto-juvénile pour 1000 enfants de 0 à 16 ans



Taux d'équipement en psychiatrie générale pour 1000 habitants de 16 ans et plus



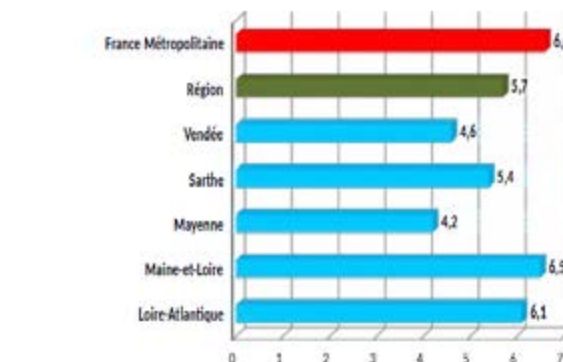
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisées pour adultes handicapés



Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les taux d'équipements des établissements et services médico-sociaux en Pays de la Loire sont très proches des taux nationaux avec néanmoins de fortes disparités départementales. En ce qui concerne les taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés : pour 1000 enfants de moins de 20 ans, la moyenne nationale est de 6,6, la moyenne régionale de 5,7 et en Mayenne elle atteint 4,2. Ces taux restent indicatifs et ne permettent pas d'évaluer les besoins auxquels il n'est pas répondu ni de mesurer les évolutions nécessaires pour répondre aux besoins des années à venir notamment en terme de places dans les EHPAD pour les personnes de plus de 75 ans.

Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés pour 1000 enfants de - 20 ans



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

La notion d'habitat indigne est apparue dans la loi dite Besson du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement. Cependant il a fallu attendre la loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion (MLLE) pour que cette notion soit définie : « Constituent un habitat indigne les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé. ». Ainsi l'habitat indigne relève de plusieurs procédures juridiques, civiles, administratives ou pénales telles que l'habitat insalubre, les procédures de péril ou encore l'indécence des logements.

Un partenariat confirmé au sein des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne(PDLHI)

Dès 2006, un pôle national de lutte contre l'habitat indigne (PNLHI) a été créé, additionnant des compétences des ministères du logement, de la santé, de l'environnement et de l'intérieur. Ce pôle est une ressource essentielle des acteurs locaux de la lutte contre l'habitat indigne. Au niveau local, les différentes procédures de lutte contre l'habitat indigne relèvent de plusieurs autorités (maires, préfets) et mobilisent les compétences de diverses structures : ARS, DDT(M), CAF, MSA, ADIL, Conseils Départementaux, services communaux d'hygiène et de santé, parquets... Il est donc nécessaire de coordonner une organisation locale, ce qui a été réalisé au travers de la mise en place des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI). Chaque département de la région Pays de la Loire dispose d'un PDLHI, les plus récents ayant été créés en 2011. Au cours de l'année 2015, les partenaires du PDLHI du Maine et Loire, en place depuis 2009, se sont engagés dans l'analyse de leurs instances et de leurs pratiques afin d'élaborer le protocole qui officialisera cette coordination dans le partage des mêmes attendus.

Une réflexion pour la construction du plan régional santé environnement (PRSE3)

Prévu au plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE 2), un réseau régional a été constitué. Piloté par la DREAL et l'ARS, il associe l'ensemble des partenaires régionaux impliqués dans la lutte contre l'habitat indigne, dont les collectivités. Son objectif est celui d'un partage des connaissances, des évolutions réglementaires ou des nouvelles orientations nationales ou régionales mais est surtout celui d'un échange de pratiques par des témoignages et présentations d'initiatives. L'année 2015 a été l'occasion d'établir un premier bilan de la mise en œuvre de la stratégie régionale inter services de lutte contre l'habitat indigne, validée en 2013.

Le développement par l'ARS des actions de sensibilisation/formation

Au niveau local, les partenaires expriment un besoin d'information et de formation sur le thème de l'habitat indigne. En raison notamment du transfert des dossiers relevant du règlement sanitaire départemental vers les maires, l'accent a été mis ces dernières années sur la formation des élus et de leur personnel technique, dans le but de les former au repérage et au traitement des situations d'habitat indigne.

Concernant les autres partenaires locaux, plusieurs sessions de sensibilisation ont été organisées pour les travailleurs sociaux (Conseils Départementaux, CAF, MSA...), les conseillers en économie sociale et familiale, les agents des SIAO (Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation), les intervenants à domicile, les associations caritatives, etc. L'objectif premier est d'outiller ces acteurs pour le repérage et le signalement des situations d'habitats indignes.

Un cycle de journées d'échanges professionnels sur la thématique « habitat et santé » a été lancé en 2013 à destination d'opérateurs effectuant des visites de logements mais aussi d'agents de collectivités territoriales (mairies ou communautés de communes). L'objectif principal est de former ces acteurs afin qu'ils prennent davantage en compte l'aspect « santé » dans leurs évaluations de l'état des logements. La troisième journée a été organisée le 25 septembre 2015 sur le thème de la qualité de l'air à l'intérieur des logements avec un focus sur le radon.

La prise en compte de la lutte contre l'habitat indigne dans les contrats locaux de santé (CLS)

Les contrats locaux de santé de La Roche sur Yon, de Le Mans-Allonnes-Coulaines, de La Châtaigneraie et de la Communauté de Communes de Baugé incluent une action de lutte contre le logement indigne (repérage et traitement, hygiène, OPAH, participation au PDLHI).

Des signalements et des procédures en baisse

L'important travail mené depuis 2011 a conduit à une augmentation globale du nombre de signalements envoyés aux pôles départementaux. Le département de la Loire-Atlantique est le plus fort contributeur en nombre de procédures mises en œuvre, ceci étant à mettre en perspective avec un volume de signalements plus important. Dans les autres départements, si cette progression est moins affirmée, la tendance est également à la hausse. Cette progression a été significative entre 2011 et 2014.

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

Le recul observé en 2015 tient à un changement dans le calcul de l'indicateur : ce calcul est désormais basé sur le décompte des procédures finalisées par arrêté préfectoral. Les années précédentes les procédures engagées mais non finalisées étaient dénombrées également.

Les signalements ne caractérisant pas l'insalubrité avec précision sont désormais transférés au maire pour un pré-diagnostic. Il se peut que ces situations ne reviennent pas aux services instructeurs pour la qualification de l'insalubrité et la mise en œuvre de la procédure.

Une attention particulière sera portée sur le suivi de ces procédures par les PDLHI.

Des actions larges de sensibilisation des acteurs

Concernant les actions de sensibilisation menées depuis 3 ans par l'ARS sur la région, la participation des partenaires est importante : plus de 1000 intervenants à domicile formés (travailleurs sociaux, conseillères en économie sociale et familiale, pompiers...) et environ 250 élus.

Ces modules de formation sont complétés par des actions portées par des porteurs de projets financés dans le cadre de l'appel à projets PRSE.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Après la création des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne, le réseau régional mis en place dans le cadre du PRSE2 a permis la coordination et la mobilisation des acteurs. Ce thème trouve toujours sa place dans le PRSE3 avec notamment la formation des collectivités, des associations et des professionnels pouvant agir dans le cadre du repérage.

La CSDU note la baisse du nombre de logements ayant donné lieu à une procédure au titre du code de la santé due à un changement de l'indicateur.

Une attention particulière devra être portée aux nouvelles procédures qui font désormais remontées au maire, pour un pré-diagnostic, les signalements ne caractérisant pas l'insalubrité avec précision. Il serait souhaitable que cette organisation n'entraîne pas un allongement des prises d'arrêtés préfectoraux pour insalubrité.

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

13.4 L'accueil adapté au public

13.4.1 La planification de la mise en accessibilité des établissements de santé et des locaux des professionnels de santé

Cette planification qui était prévue par la loi handicap du 11 février 2005 et devait être effective en 2015 n'a pas été respectée. En 2015 **seulement 39,5% des établissements de santé en Pays de la Loire affirmaient que l'accueil et les locaux étaient adaptés aux personnes handicapées** (objectif S29 du PRS « Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap », critère 16a de la certification HAS V2010).

13.4.2 Les éléments de la mise en accessibilité

a) La mise en accessibilité doit se focaliser notamment sur les objectifs suivants :

➤ Architecturaux et matériels :

- une signalétique **adaptée** à tous les types de handicap notamment sensoriels, mentaux et psychiques ;
- un aménagement **architectural** des locaux (cheminement, accueil, cabinet de consultation...);
- des **matériels** dédiés aux soins répondant aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

➤ Informationnels :

- des dispositifs répondant aux besoins spécifiques des **personnes présentant des difficultés de communication** (accompagnement, interprète, outils d'aide à la communication, ...). Cela doit servir également pour les handicaps sensoriels.

➤ Organisationnels (accueil) :

- **des circuits courts pour éviter des délais d'attente** à l'hôpital en urgence ou en programmé, notamment par conventionnement avec le secteur médico-social ;
- **des circuits adaptés aux handicaps** (ex : temps d'attente en consultation pour des enfants polyhandicapés...);
- **une « cellule handicap » dans chaque établissement de santé** optimiserait l'accueil pour la personne en situation de handicap et les aidants ; elle associerait les représentants des usagers de l'établissement et des associations de personnes en situation de handicap.

b) Rendre accessible (au sens de l'accessibilité universelle) tous les systèmes et dispositifs de prévention de droit commun : Assurer l'accès aux programmes de prévention et aux droits fondamentaux dans le champ du soin :

- **Accessibilité et adaptation des campagnes et dispositifs de prévention**, notamment dans les domaines : cancérologie, gynécologie, buccodentaire, sexualité (dont éducation sexuelle, planning familial), santé mentale. Par exemple, les mammographies ne sont pas accessibles aux femmes en fauteuil roulant.
- **Accès aux droits fondamentaux** : droit à voir sa douleur prise en compte et soulagée, accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie, **non-discrimination**, droit à des **soins conformes**.

c) Evaluer l'accessibilité des dispositifs et locaux de santé :

- en faisant appel aux représentants des usagers et aux associations spécialisées ;
- en utilisant les indicateurs COMPAQH⁷ d'accessibilité architecturale et informationnelle.

Des groupes de travail ont été poursuivis dans les Conférences de Territoires en 2015 pour permettre :

- des circuits courts pour éviter des délais d'attente à l'hôpital en urgence ou en programmé, notamment par conventionnement avec le secteur médico-social ;
- des circuits adaptés aux handicaps (ex : temps d'attente en consultation pour des enfants polyhandicapés, prise en compte des spécificités liées à tel ou tel type de déficiences...).

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Seulement 39,5 % des établissements de santé en Pays de la Loire indiquent que l'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées ; il reste donc encore beaucoup de chemin à parcourir dans ce domaine.

La CSDU souhaite attirer l'attention sur deux points :

- le développement de l'ambulatoire amène à des situations difficiles dans l'accès aux soins. En effet pour des personnes seules, en manque ou en perte d'autonomie, l'hospitalisation ambulatoire qui suppose de se présenter à l'hôpital en étant prêt pour une intervention et de quitter l'hôpital le jour même, est source de difficultés pour les personnes en situation de handicap qui ont des aides programmées à domicile et qui ne concordent pas forcément avec les besoins de l'intervention.
- l'insuffisance de personnel pour accompagner les personnes hospitalisées en situation de handicap alitées dans les gestes du quotidien.

13.5 Les aidants et leur santé

13.5.1 La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

En 2012, une étude de l'INSEE projetait que d'ici à 2030 la région des Pays de la Loire compterait 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires. Ce mouvement devrait s'accroître notamment en Loire-Atlantique et en Vendée. Si la région ligérienne est l'une des plus performantes en places dans les structures pour personnes âgées les projections induisent un maintien de la création de places spécialisées, le déploiement des services de soins à domicile, mais également un soutien au maintien à domicile.

Un arrêté du 5 décembre 2016 fixe le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants. Il fait suite à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, confiant l'élaboration du référentiel à la CNSA.

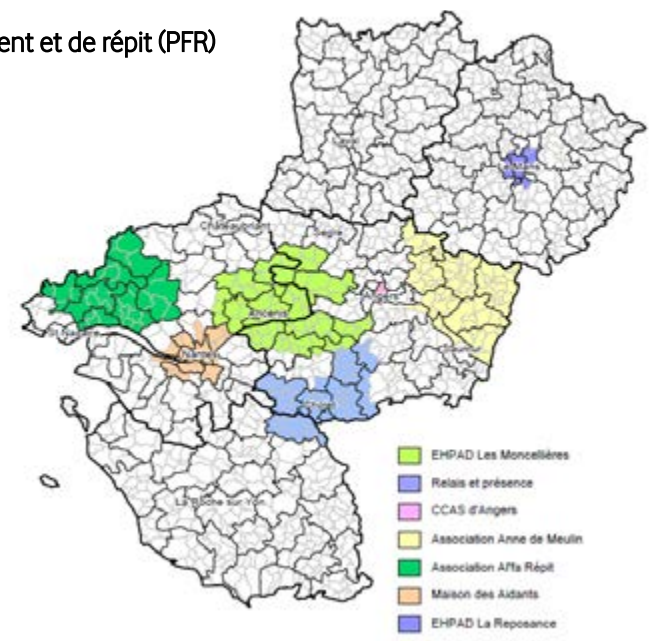
La situation des aidants et leur dimension prend la forme d'une évaluation complète :

- situation(s) et besoin(s) du (des) proche(s) aidant(s)
- conséquences de l'aide apportée et ressenti de l'aidant (vie familiale, professionnelle, santé, situation socio-économique et ressenti)
- perspectives et projets de l'aidant
- Les besoins identifiés

⁷ - Indicateurs COMPAQH « Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle », indicateurs validés comme généralisables à l'ensemble des établissements de santé, 2007) : http://www.compaqhpsst.fr/data/indicateurs/07_CDC_ACC_V2.pdf

Le plan d'aide prévoit une aide au répit pour l'aidant, un relais nécessaire en cas d'hospitalisation, et préconise des lieux d'information et d'accompagnement.

13.5.2 Les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR)



Suite aux appels à candidatures lancés par l'ARS Pays de la Loire 7 plateformes d'accompagnement et de répit ont été installées sur le territoire ligérien. Elles ont pour mission de :

- Répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants ;
- Proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple aidant-aidé ;
- Offrir un temps libéré à l'aidant et un temps accompagné à la personne malade ;
- Favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant ;
- Contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades ;
- Etre l'interlocuteur privilégié des MAIA (pour ces prestations et recensement de l'offre de répit) et des médecins traitants (chargés de suivre la santé des aidants et des patients).

13.5.3 L'indicateur M02 du PRS « prendre en compte la place de l'aidant naturel dans la réponse à la personne »

Cet indicateur permet d'évaluer l'efficacité des dispositifs destinés à soulager les aidants. Ainsi, on constate que :

- le nombre de lits et places en hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit pour **personnes âgées** a constamment augmenté depuis 2011 (+21%), atteignant 1744 lits en 2015, soit 47 lits de plus qu'en 2014 ;
- le nombre de lits et places en hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit pour **personnes handicapées** régresse en 2015 (535) par rapport à 2014 (571).

13.5.4 L'évaluation finale du Projet Régional de Santé : réponses à la question évaluative sur les usagers et pistes pour les recommandations

Les différents résultats de l'étude révèlent :

- « Des besoins d'informations très importants et en partie non satisfaits, d'autant plus pour certains publics plus difficiles à atteindre : précaires, en situation de vulnérabilité, de dépendance, personnes âgées et familles/aidants.
- Des problèmes d'identification des besoins « locaux » persistent notamment en termes d'accompagnement/soutien des aidants.
- L'articulation avec le Conseil départemental n'est pas jugée optimale pour favoriser l'aide aux aidants.
- Des difficultés majeures ont été rapportées (via les Focus Group) dans la coordination du parcours de soins.
- Les aidants ne se sentent pas assez soutenus, accompagnés (« Parcours du combattant »).

➤ **Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :**
14% des répondants à l'enquête déclarent s'occuper d'une personne dépendante à domicile (sur 522 répondants). 30% ne connaissent pas l'existence de places d'hébergement temporaire pour leur proche aidant.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU relève l'augmentation croissante des besoins liés à l'accompagnement des aidants et note une forte attente de ces derniers leur permettant de soutenir leurs proches.

Les propositions du rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé constituent des pistes intéressantes :

- organiser le repérage des aidants (en lien avec les Conseils départementaux),
- développer des « plans d'anticipation » de soutien et d'information aux aidants : document à remettre à tous les aidants comprenant les numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence, les possibilités de répit...
- faire connaître l'offre de répit sur le territoire
- repérer et faire connaître les expériences/actions d'intérêt
- faire connaître la consultation Santé de l'aidant (reprise par le Plan Maladies Neurodégénératives) aux médecins généralistes.

FOCUS Pour un baromètre de la santé des aidants

Contribution de M. RAUD, membre de la Commission Spécialisée Droits des Usagers et du CODERPA 49

D'ici à 2040, compte tenu du vieillissement de la population, les aidants seront de plus en plus nombreux. Cette tendance s'accompagnera d'une forte augmentation des maladies dites chroniques.

Quel est le nombre exact d'aidants pour la région des pays de Loire ? 500 000 ? 600 000 ? Et quel est leur état de santé ? En l'absence de données fiables il est difficile de répondre à ces deux questions de manière précise.

Les aidants proches ne sont pas des professionnels de santé et pourtant leur rôle est essentiel. S'ils jetaient l'éponge, le maintien à domicile des personnes dépendantes coûterait 164 milliards d'euros au système de santé, soit un tiers du budget total de la Sécurité Sociale !

Grâce au travail de repérage des associations nous pouvons affirmer que sur dix aidants plus de six sont des femmes, plutôt âgées, et les conjointes, filles et belles-filles sont en première ligne.

Autre fait de société : nous sommes en présence de trois générations, voire bientôt quatre. Deux autres particularités peuvent être soulevées : l'éclatement de la cellule familiale et le fait que la deuxième génération atteint plus de 70 ans.

Pour ceux qui sont en situation professionnelle être aidant est un autre travail à plein temps. Même si leur aide se fait plutôt à distance (la personne dépendante continuant à vivre chez elle), de nombreuses tâches sont prises en charge et sont à coordonner : tâches domestiques, administratives, aide à la décision etc... Les relations entre fratries sont mises à l'épreuve. L'engagement physiologique et psychologique est intense. Pour les femmes c'est leur vie familiale personnelle qui sert d'ajustement entre les différentes tâches à accomplir.

Pour les conjointes aidantes les plus âgées c'est la porte ouverte à un épuisement à petit feu. Pour la plupart d'entre elles la séparation d'avec leur conjoint s'assimilerait à un abandon auquel elles ne peuvent se résoudre. Alors, ces aidantes «tiennent», coûte que coûte. Il est important de mentionner qu'un aidant sur deux décède avant la personne qu'il accompagne.

Il faut souligner que c'est seulement depuis la loi de mars 2010 que la salariée ou le salarié peut bénéficier d'un congé rémunéré en cas de fin de vie ou de congé de solidarité familiale, d'une durée de trois mois renouvelable une fois, il s'agit faut-il le préciser d'un congé sans solde. A défaut, il lui est demandé de prendre un congé sans solde. Avec la dernière loi santé l'aidant a obtenu une aide pour le « répit » mais le nombre de places pour les aidés sera-t-il satisfaisant ?

Dans le même temps nous constatons le développement d'emplois directs du fait de l'accroissement des services d'aide à domicile. Ces nouveaux emplois posent les questions suivantes : quels profils de recrutements, quelles formations, quel suivi, quel remplacement et avec quel financement ?

La santé des aidants

Au vu d'un récent sondage sur la santé des aidants il apparaît, outre le fait que beaucoup d'entre eux refusent de se soigner, reportent leurs propres soins et négligent leur santé, que :

- 48% des aidants déclarent avoir des problèmes de santé qu'ils n'avaient pas avant d'assumer ce rôle,
- 61% affirment avoir des problèmes de santé depuis qu'ils sont aidants,
- 63,5% disent ressentir des douleurs physiques,
- 25% déclarent avoir augmenté leur consommation de médicaments,
- 59% font remarquer qu'ils se sentent seuls,
- 70% soulignent qu'ils ne s'accordent plus de temps libre.

Le repérage

Ils semblent donc opportun pour notre région de décider la mise en place « d'un baromètre de la santé des aidants » pour mesurer l'évolution de leur santé. L'application de cette décision nécessite préalablement de les recenser, ce qui aurait le mérite de les connaître et de passer ainsi d'une population invisible à une population connue. Ce repérage est primordial pour développer une prévention efficiente. Les clefs d'entrées peuvent être les suivantes : le médecin généraliste, les CPAM, les MSA et les CCAS.

Place de l'aidant familial dans la société

Le repérage induit la reconnaissance de l'aidant, celle-ci conduirait à une meilleure prise en compte dans toutes les politiques de santé et de protection sociale pour :

- améliorer la qualité des services d'aide à domicile afin de diminuer notamment les nombreuses rotations des personnes qui interviennent à domicile,
- améliorer la formation de ce personnel spécifique permettant ainsi une meilleure coordination des intervenants et des moyens additionnels (moins de reste à charge, meilleure rémunération des personnels...),
- développer un guichet unique par bassin de vie,
- intégrer l'aidant au parcours de soin,
- veiller à la conciliation entre activité professionnelle et rôle d'aidant,
- amplifier la participation des aidants à des réunions d'information et d'aide et veiller chaque année à ce que l'aidant bénéficie réellement d'une visite médicale à titre préventif.

L'évaluation

Cette reconnaissance sociale permettra d'évaluer l'ensemble des besoins et de mesurer chaque année et dans chaque département l'impact des dispositifs développés.

3 - Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

14.1 La typologie des formations organisées pour les représentants des usagers

En 2015 le CISS Pays de la Loire a formé **145 représentants des usagers** au cours de 14 modules de formation. Le chiffre de représentants des usagers formés connaît une nette progression par rapport à 2014 (81 représentants formés).

Les thèmes des formations étaient les suivants : « RU : l'essentiel », « Analyser les plaintes et réclamations en CRUQPC », « RU en CRUQPC », « Défendre les droits des usagers », « Prise de parole en réunion », « Le rapport de la CRUQPC », « RU en comité d'éthique », « Le RU et le système de santé », « Traiter les plaintes des usagers : les procédures juridiques ».

Le taux de satisfaction des personnes formées est très élevé : de 83% à 100% des participants affirment que la formation a répondu à leurs attentes.

Les participants font état de **changements concrets** qu'ils souhaitent mettre en œuvre à l'issue de la formation : revoir l'ordre du jour des CRUQPC, être plus à l'écoute des usagers, maîtriser l'émotionnel, mieux faire connaître les RU, avoir une méthode dans l'analyse des faits, voir le registre des plaintes, échanger davantage avec les autres RU de l'association, mieux préparer une réunion, reformuler les oppositions, prendre plus la parole, mieux se faire connaître des usagers, développer l'engagement auprès des usagers...

Les besoins de formation signalés sont notamment les suivants : les RU en comité d'éthique, les RU en conseil de surveillance, les RU en CRUQPC, analyser les plaintes en CRUQPC, la nouvelle loi santé, RU et la qualité, la personne de confiance, l'analyse des plaintes, les recours juridiques, savoir-être et savoir-faire dans les commissions, la certification, la gestion des conflits, la qualité et la sécurité des soins, défendre les droits des usagers...

14.2 Le nombre de formations CVS réalisées/nombre de personnes formées

Le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations (CREAI) Pays de la Loire anime et forme les représentants des patients et résidents au Conseil de la Vie Sociale (CVS) dans les établissements pour personnes handicapées (ESAT, MAS, FAM) et l'URIOPSS (Union interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux) pour les personnes âgées.

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

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

	Formation CVS pour secteur personnes âgées									
	Nombre de CVS		Nombre de représentants des résidents		Nombre de représentants des familles		Nombre de professionnels/ administrateurs		Effectif total de personnes	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Loire-Atlantique	10	7	6	3	11	15	3	4	20	22
Maine-et-Loire	5	5	1	3	8	6	0	3	9	12
Mayenne	6	9	6	7	7	19	2	12	15	38
Sarthe	5	8	4	8	6	16	4	7	14	31
Vendée	5	9	8	5	8	16	1	7	17	28
Total de personnes formées	31	38	25	26	40	72	10	33	75	131

Dans le secteur des personnes âgées, la mobilisation dans les EHPAD a été très satisfaisante, 56 personnes de plus qu'en 2015 ont été formées.

	Formations CVS pour secteur personnes handicapées - 2015				
	Nombre de CVS	Nombre de représentants des résidents	Nombre de représentants des familles	Nombre de professionnels/ administrateurs	Effectif total de personnes
Loire-Atlantique	5	16	-	6	22
Maine-et-Loire	3	6	-	4	10
Mayenne	7	13	-	7	20
Sarthe	4	11	1	3	15
Vendée	7	13	5	16	34
Total de personnes formées	26	59	6	36	101

La convention CREAL a évolué et en 2016 l'orientation a été prise d'organiser des rencontres inter-CVS avec pour objectif de maintenir la dynamique initiée en 2015. Quatre rencontres ont eu lieu :

- Maine-et-Loire et Loire-Atlantique : 13 participants
- Vendée : 14 participants
- Sarthe et Mayenne (ESAT) : 13 participants
- Sarthe et Mayenne (MAS) : 6 participants

Ces rencontres ont permis de partager les retours d'expérience suite à la formation. Certains établissements ont fait part des changements opérés et des réflexions en cours de travail au sein des CVS. Ils ont pu apprécier se rencontrer à nouveau entre élus pour échanger sur leur rôle. Les participants ont confirmé leur intérêt pour ces rencontres inter-CVS en dehors de l'établissement.

14.3 Faire participer et informer les représentants des usagers

Conforter la représentation des usagers passe par leur participation à différents évènements ayant trait au système de santé. Ainsi a eu lieu en novembre 2015 la 6ème édition des « Assises du CISS » avec pour thème « Le patient acteur de sa sécurité en santé ».

Au premier semestre 2017, une 6ème journée des usagers sera organisée par l'ARS en collaboration avec la CRSA .

Une lettre de l'ARS à destination des représentants des usagers a été diffusée en décembre 2016, elle traitait les thèmes suivants : les Commission des usagers, les commissions d'activité libérales des établissements publics...

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite de l'augmentation du nombre de personnes formées et de l'adaptation des formations aux besoins des représentants des usagers dans les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux.

La CSDU sera attentive à la mise en œuvre des formations des représentants des usagers prévues par la loi de modernisation du système de santé qui rend obligatoire pour tout représentant d'usagers nouvellement désigné la participation à une formation agréée.

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

Les formations prévues, la lettre d'information de l'ARS à destination des représentants des usagers et la journée des usagers prévue en juin 2017 devraient permettre de renforcer les compétences des représentants des usagers ainsi que leur implication et leur écoute en particulier au sein des commissions des usagers des établissements de santé.

FOCUS Les nouvelles exigences de formation des représentants des usagers

Par la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'arrêté du 17 mars 2016 fixe le cahier des charges de la formation de base des représentants des usagers. La formation doit permettre l'acquisition de connaissances et de compétences des représentants des usagers désignés dans les différentes instances hospitalières ou de santé publique.

Elle vise principalement à donner aux représentants des usagers la capacité à :

- comprendre l'organisation, le fonctionnement et le financement du système de santé ;
- veiller à la bonne expression des attentes et besoins des usagers ;
- construire une parole transversale et généraliste de l'utilisateur en santé ;
- apprendre à travailler en réseau.

La durée de la formation est de deux journées, en présentiel.

La mise en œuvre de la formation doit s'effectuer dans les six mois suivant la prise de mandat.

La formation peut être répartie en différents modules d'une journée.

Sont bénéficiaires les représentants des usagers désignés par les associations agréées.

La formation vise prioritairement les représentants des usagers nouvellement désignés dans les instances.

Seules les associations de représentants des usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et figurant sur la liste arrêtée par le ministre chargé de la santé peuvent délivrer cette formation.

La formation vise l'acquisition des connaissances et compétences suivantes :

- se positionner comme représentant des usagers dans une approche transversale,
- pouvoir mobiliser les fondamentaux de la démocratie en santé (notamment les principes, les valeurs, les droits...),
- élaborer et défendre une position d'usagers, dans une approche transversale.

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

En 2014 les représentants des usagers étaient 84% à avoir pris part aux réunions organisées, ils sont 79 % en 2015.

Taux de participation des représentants des usagers dans les réunions de la CRSA :

CRSA et commissions spécialisées	Nombre de réunions	Nombre de représentants des usagers convoqués	Nombre de représentants des usagers présents	Taux de participation 2015
Séance plénière	4	64	51	79%
Commission permanente	4	8	8	100%
Commission spécialisée droits des usagers	2	12	7	58%
Commission spécialisée médico-social	4	20	17	85%
Commission spécialisée organisation des soins	5	15	7	46%
Commission spécialisée prévention	4	24	23	95%
Total	23 en 2015 22 en 2014	143 en 2015 158 en 2014	113 en 2015 132 en 2014	79 % en 2015 84% en 2014

Taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire :

Conférences de territoire	Nombres de réunions 2015	Nombre de convocations 2015	Nb de représentants des usagers	Taux de participation 2015
Loire Atlantique	2	16	12	75 %
Maine et Loire	5	40	25	62,5 %
Mayenne	3	24	18	38,3 %
Sarthe	Nc	Nc	Nc	nc
Vendée	2	16	6	37,5%

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les taux de participation des représentants des usagers dans les différentes instances de la CRSA restent très élevés, malgré une légère baisse : 79% de participation en 2015 contre 84% en 2014. Cette baisse devrait être endiguée par la désignation pour chaque titulaire de la CRSA de deux suppléants mise en place mi-2016.

Dans les conférences de territoire la participation est très variable selon les départements : de 37,5% en Mayenne à 75% en Loire-Atlantique. Les conférences de territoire laissent désormais la place aux conseils territoriaux de santé qui conservent le même périmètre géographique.

Chaque conseil territorial de santé devra « organiser au sein d’une formation spécifique l’expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité » ; leur composition, leur rôle, leur fonctionnement seront rapidement à préciser. A la suite de leur mise en place il sera important de faire le lien avec la Commission Spécialisée Droits des Usagers de la CRSA afin que leurs travaux soient pris en compte dans le rapport annuel relatif aux droits des usagers.

5- Suivi des recommandations du précédent rapport (2015)

➤ Résultat du questionnaire grand public sur les effets de la politique de l'ARS :

Les instances de démocratie sanitaire en santé sont relativement peu connues du grand public. Hors professionnels de santé 28% connaissent les CRUQPC, 23% la CRSA et 17% les conférences de territoire. Un biais de meilleure connaissance lié au public répondant (potentiellement plus intéressé par les questions de santé) tend à surestimer les résultats. L'intérêt du grand public pour la santé peut être un levier à utiliser pour la politique régionale. Plus de 55% des répondants se déclarent prêts à s'engager ou s'impliquer davantage sur les questions relatives à leur santé et au système de santé.

Action feuille de route	Plan d'action - Libellé	Situation	Tendance	Appréciations	Recommandations	Etat d'avancement	Observations
Recommandation n°0 : Les bonnes pratiques concernant les droits des usagers							
1.	1. Valoriser les bonnes pratiques		➡	Mise en place d'un nouveau site ACS rd, à compter de janvier 2017			Rubrique validée
	1. 2. Améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers		➡		Observations des indicateurs SATIS pour identifier les bonnes pratiques dans les établissements		Mise à jour des informations relatives aux droits des usagers selon les nouvelles matrices web des données régionales
Recommandation n°02 : Le bien-être des patients et des recommandations							
2.	2. 1. Améliorer la communication sur les dispositifs de réclamations		➡	Projet de maquette réalisée	Support d'information pour les usagers et diffusable par les partenaires associatifs		
	2. 2. Encourager la communication relative aux réclamations par les Conseils de l'ordre des médecins		➡	Conférences de l'existence de freins pour communication d'une procédure réclamations, Enquête réalisée auprès des PQ et des référents DT	prévoir une réunion régionale avec les PQ en 2017 (par ACS)		
	2. 3. Evaluer le dispositif des personnes qualifiées		➡	L'ARS n'est pas candidate à l'expérimentation.			
	2. 4. Expérimenter le dispositif de médiation (nouveau bi santé)		➡				Le décret relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation est paru (2017-121 du 31/01/2017)
Recommandation n°03 : Les CRUQPC							
3.	3. 1. Améliorer la connaissance sur la qualité de prise en charge		➡	Le résultat attendu est conditionné à l'intervention du CISS	Vérifier auprès du CISS l'engagement des formations sur 2016		
	3. 2. Perfectionner la connaissance des représentants des usagers sur les évolutions de leur mission		➡	En cours de préparation pour l'information à destination des RU	Suivi dans prochain rapport relatif aux droits des usagers		Communication sur la mise en place des Commissions des usagers dans les établissements faite
	3. 3. Proposer la mise en place un indicateur spécifique pour les séjours ambulatoires		➡	Changement indicateur en cours			Un indicateur qualité relatif est en cours d'élaboration au niveau régional
Recommandation n°04 : Les conseils de la vie sociale							
4.	4. 1. Faire évoluer la formation des membres de CVS		➡	En attente de la finalisation de la formation 2016 prévue sur le 1er semestre 2017 - en cours d'élaboration	Evaluation de la convention et mise à jour avec pratique de déploiement sur les territoires		
	4. 2. Expérimenter la participation des usagers au sein du CVS		➡	Cahier des charges élaboré			Plan d'action à acter par la mise en œuvre de l'expérimentation
Recommandation n°05 : Les personnes âgées et les personnes handicapées							
5.	5. 1. Explorer les évaluations externes		➡	Pont de présentation sur l'analyse des évaluations externes lors de la CSOU du 26/05/2016			A inscrire à l'ordre du jour de la CSOU de juin 2017
	5. 2. Analyser les plaintes et et réclamations du secteur personnes âgées		➡	Le bilan des réclamations ACS pour répondre à cet indicateur au prochain rapport relatif aux droits des usagers			
Recommandation n°06 : Les droits des personnes en fin de vie							
6.	6. 1. Suivre les actions relatives aux droits des patients en fin de vie		➡				Evaluation à prévoir en 2018 - Valorisation des actions à prévoir
Recommandation n°07 : Les commissions d'équipement des soins							
7.	7. 1. Analyser les mesures "Péjorativement"		➡	Le sujet sera à traiter avec les recommandations du rapport des usagers			Les acteurs ACS sur le sujet sont à identifier pour faire un suivi
Recommandation n°08 : Les commissions d'évaluation de la qualité des établissements de santé							
8.	8. 1. Observer le fonctionnement des CAU		➡	Toutes les CAU Pays de la Loire ont désignées un représentant des usagers de désigner dans sa composition			En attente des textes réglementaires pour la mise en place d'un commission d'activité libérale régionale.
Recommandation n°09 : L'accès aux soins pour tous							
9.	9. 1. Obtenir les données assurance maladie		➡				
Recommandation n°10 : La formation des représentants des usagers et l'animation du réseau							
10.	10. 1. Offrir l'information de l'impact de la loi santé sur les instances		➡	Prévision de la journée des représentants des usagers le 20 juin 2017			Diffusion de la lettre d'information par message aux associations agréées du système de santé et aux représentants des usagers désignés à la commission
	10. 2. Elaborer une lettre pour les représentants des usagers		➡	Lettre usagers livrée fin décembre 2016 - prochain juillet 2017	Procédure validée en CSOU 13 janvier 2017 - choix des sujets avec la participation CSOU mois 2017 - validation des sujets		
	10. 3. Organiser la Journée des usagers		➡	Organisation en cours de la Journée des représentants des usagers prévue le 20/06/2017 à Angers.			

6 – Synthèse et recommandations

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

A partir des éléments fournis pour la réalisation de ce rapport la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) constate une bonne prise en compte et des avancées des droits des usagers dans les domaines suivants :

- les traitements des plaintes et réclamations, aussi bien dans par les ordres professionnels que dans les établissements de santé fonctionnent conformément à la réglementation,
- le renouvellement des membres des Commissions des Usagers des établissements de santé créées par la nouvelle loi de santé s'est fait de façon rapide et transparente et peu de difficultés ont été rencontrées dans la mise en place de cette nouvelle instance qui se substitue à la Commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC),
- l'augmentation du nombre de représentants des usagers formés, l'évolution des formations des CVS et l'expérimentation de la participation de représentants des usagers aux réunions des CVS vont dans le sens de l'accroissement des compétences des représentants des usagers et de la promotion de leurs droits,
- les préconisations de la CSDU suite à l'étude sur les droits des malades en fin de vie de 2015 se traduisent concrètement dans le plan d'action de l'ARS pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie,
- de nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années dans le domaine de la promotion de la bientraitance et le renforcement de sa prise en compte dans les établissements et la formation du personnel doivent se poursuivre.

Des axes de progrès ressortent et méritent l'attention :

- les dispositifs de traitement des plaintes et de médiation restent mal connus du grand public avec, dans le secteur médico-social, des difficultés pour les usagers à utiliser le recours prévu des personnes qualifiées,
- la problématique de la difficulté d'accès au médecin-traitant s'accroît. Les actions mises en œuvre pour pallier à ces difficultés ne permettent pas aujourd'hui d'améliorer une situation qui va sûrement continuer à se dégrader du fait de la pyramide des âges des médecins généralistes. La situation est également préoccupante concernant différentes professions de santé dans plusieurs territoires, ce qui a également un impact sur l'accès à la prévention.
- l'accessibilité financière aux soins apparaît se dégrader notamment du fait du faible taux d'adhésion des médecins de secteur 2 au contrat d'accès aux soins. La rétention des données empêche une analyse approfondie du sujet,
- l'amélioration de l'information et des conditions de séjour aux services des urgences est une attente forte des patients,
- en santé mentale la baisse de plus de 50% de la mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers et la hausse de près de 100% de la mesure de soins psychiatriques dite de « péril imminent » interrogent,
- l'accessibilité progresse peu avec seulement 39,5% des établissements de santé dont l'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.

16. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

16.1.1 Le traitement des plaintes et réclamations

a) Ambulatoire

Pour l'année 2015 la CSDU a reçu des informations de la part de sept ordres professionnels contre deux en 2013.

Les processus de traitement des plaintes et réclamations fonctionnent conformément à la réglementation.

Les éléments fournis par les ordres concernant les plaintes et réclamations ne sont qu'un élément pour évaluer le respect des droits des usagers, il serait donc nécessaire d'avoir une classification précise des thèmes des plaintes reçues à la fois par les ordres et par l'Assurance Maladie.

L'accès aux soins (en particulier l'accès à un médecin traitant) est un sujet de doléances important dans les sollicitations reçues par les conseils de l'ordre départementaux des médecins.

Les dispositifs de plaintes et de conciliation gérés par les ordres professionnels restent mal connus des usagers, il convient donc de poursuivre l'information et l'accompagnement de ces derniers et la formation des professionnels de santé à la conciliation, à l'image de ce que fait le Conseil de l'ordre régional des chirurgiens-dentistes en Pays de la Loire.

Près de 10% des plaintes reçues à l'ARS ont porté sur les difficultés de désigner un médecin traitant dont 92% concernent le département de la Vendée.

b) Sanitaire

Le nombre de plaintes et réclamations reçues par les établissements de santé a augmenté il est passé de 3613 plaintes en 2014 à 4296 en 2015.

La majorité des réclamations porte sur la prise en charge des aspects médicaux (28%) et la vie quotidienne et l'environnement (26%), viennent ensuite l'accueil et l'administration, la prise en charge des aspects paramédicaux puis les relations avec les médecins et l'attitude des professionnels.

Le nombre d'établissements proposant la médiation est en diminution en 2015 puisque 50 établissements déclarent avoir proposé au moins une médiation contre 57 établissements en 2014.

Ces établissements ont proposé 438 médiations dont 42% ont été mises en œuvre, contre 45% en 2014.

Le dispositif de médiation apparaît donc stagner, et une relance de cette possibilité de solution pour régler des difficultés apparaît nécessaire.

33,4% des plaintes adressées à l'ARS en 2015 concernent les établissements de santé. La prise en charge médicale reste le premier motif d'insatisfaction (27%), puis le délai de prise en charge (12%) et les problèmes d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement/service (10%).

c) Médico-social : les plaintes à l'ARS

Un quart des réclamations concerne le secteur des personnes âgées et notamment : la prise en charge et la prescription médicamenteuse (12%), les problèmes d'organisation et de fonctionnement (12%) ou l'hygiène, l'entretien et le ménage (5%). Le manque de personnel et la difficulté pour trouver une place en établissement sont également des motifs récurrents (4% chacun).

11 % des réclamations sont relatives au secteur des personnes handicapés : 33.9% concernent le secteur adulte et 66.1% concernent le secteur des enfants.

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

La CCI continue à résorber les retards accumulés ces dernières années. 191 dossiers ont été traités en 2015. Le nombre d'avis positifs rendus reste peu élevé (55) et s'explique notamment par le nombre élevé de décisions de non recevabilité pour seuils de gravité non atteints. L'information et l'accompagnement des usagers doivent se poursuivre dès l'élaboration du dossier.

16.1.2 Le fonctionnement des instances de représentation des usagers

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

Le bilan de fonctionnement des CRUQPC progresse chaque année aussi bien en ce qui concerne la désignation des représentants des usagers, le nombre de réunions, l'existence d'un règlement intérieur que l'information aux usagers.

La mise en place des commissions des usagers (CDU) : la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 complétée par le décret n°2016-726 du 1er juin 2016 a institué la commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé. En janvier 2017, 115 établissements sur 116 ont mis en place leur CDU. Le renouvellement des membres des CDU par l'ARS s'est fait de façon rapide et transparente et peu de difficultés ont été rencontrées. Les représentants d'usagers ont désormais un impact plus actif sur les sujets présentés en CDU et il conviendra de les former et de les accompagner dans leurs nouvelles missions.

Deux points de progrès sont identifiés :

- dans les établissements de santé ayant une entité médico-sociale rattachée, une plus forte interaction entre CRUQPC et CVS (en particulier en raison des difficultés de fonctionnement de ceux-ci) est attendue,
- une meilleure connaissance de l'existence et du rôle des CDU à l'intérieur des établissements mais également auprès du grand public est à travailler.

b) Les conseils de la vie sociale (CVS)

Les données quantitatives relatives au nombre de CVS et à leur composition évoluent de façon favorable.

Le pourcentage des établissements médico-sociaux réunissant leur conseil de vie sociale au moins 3 fois par an s'élevait en 2015 à 45.4% contre 39.5% en 2014. L'évolution reste cependant insatisfaisante au regard du taux du premier indicateur de 2011 qui était de 63.8%. De plus ces données ne permettent pas d'évaluer le fonctionnement des CVS, l'implication des membres et l'impact sur la structure et les résidents.

La formation et l'accompagnement des représentants des résidents en CVS restent des enjeux majeurs et à ce titre l'expérimentation prévue en 2017 en Maine-et-Loire permettant de faire participer un représentant des usagers issus d'une association agréée constituent une étape intéressante qui sera à évaluer.

c) Les personnes qualifiées

22 personnes qualifiées ont été nommées en Pays de la Loire, elles ont réalisé 6 interventions en 2015.

Comme les années précédentes le recours à la personne qualifiée reste très peu utilisé et la CSDU en déduit que le dispositif n'est pas adapté pour faciliter le règlement des difficultés que peuvent rencontrer les usagers du secteur médico-social.

Par ailleurs la liste des personnes qualifiées n'est toujours pas consultable sur le site internet de l'ARS Pays de la Loire.

16.2 Droit au respect de la dignité de la personne

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

L'analyse du critère 13a de la certification HAS sur « la prise en charge et le respect des droits des patients en fin de vie » dans 120 établissements montre une dégradation des résultats : ainsi en 2015 le nombre de services cotés C (insuffisant) est passé de 8 en 2014 à 17 en 2015.

En 2015 l'ARS et la CRSA menaient une étude sur la qualité et la pertinence de l'accompagnement en fin de vie qui faisait état des bonnes pratiques, leviers et attentes. La CSRA préconisait alors d'encourager et de diffuser les initiatives visant à ouvrir des temps de réflexion et d'échanges d'expérience entre professionnels et usagers et de sensibiliser les représentants des usagers des CRUQPC et des CVS à l'examen des conditions dans lesquelles sont pris en compte les droits des malades en fin de vie dans leurs établissements. Ces préconisations se traduisent dans le plan d'action de l'ARS pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie de juin 2016.

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

a) Promotion de la bientraitance

77% des établissements de santé recueillent une cotation B concernant l'item 10a de la certification HAS relatif à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance et les chiffres sont quasiment identiques à ceux de 2014.

La synthèse des rapports CRUQPC révèle que 78% des établissements ont proposé au personnel des formations et des séances de sensibilisation à la bientraitance, ce chiffre est légèrement en baisse par rapport à 2014.

b) Prise en charge de la douleur chronique

Le respect de la prise en charge de la douleur et la traçabilité de l'évaluation de la douleur se sont améliorés ces dernières années mais on note désormais une stagnation des moyennes régionales. Les données de certification de la HAS (critère 12a relatif à la prise en charge de la douleur) nous indiquent que 46% des établissements sont cotés B et 13% des établissements sont cotés C (contre 10% en 2014).

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

a) Promotion de la bientraitance

961 établissements sociaux et médicaux-sociaux (517 EHPAD, 341 établissements pour personnes handicapées et 103 SSIAD) ont fait conduire une évaluation externe en 2015.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a relevé les principaux points d'observation de ces évaluations externes :

- près de 20% des établissements ne mettent pas en œuvre de formation des professionnels à la bientraitance ni d'analyse de la pratique,
- plus de 20% des ESMS n'ont pas de protocole de bientraitance ni de traitement des faits de maltraitance.

De nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années dans le domaine de la promotion de la bientraitance mais le renforcement de sa prise en compte dans les établissements et la formation du personnel doivent se poursuivre.

b) L'accompagnement personnalisé

Dans les 506 EHAPD répondant aux indicateurs Flash 90% affirment avoir mis en place un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité et 61% des résidents disposent d'un projet de vie personnalisé.

Dans les 389 ESMS pour personnes handicapées répondant aux indicateurs Flash sur les projets de vie, une moyenne de 89% des personnes handicapées accompagnées bénéficient d'un projet de vie formalisé et 78% des projets personnalisés ont été réévalués avec la personne accompagnée en 2015.

62% des ESMS révisent les projets personnalisés aux âges clés de la vie (18-25 ans, 35-45 ans). L'évolution est de +5% par rapport à 2014, +10% par rapport à 2013. Les établissements et les services pour adultes se situent en dessous de la moyenne régionale, avec respectivement 46% et 40% de projets révisés.

Il y a des améliorations concernant les plans d'action continue de la qualité et les projets de vie personnalisés mais les éléments sur leur application manquent pour évaluer leur apport pour les résidents. Les projets de vie « effectifs et opérationnels » sont encore peu nombreux d'après la synthèse des inspections réalisées par l'ARS dans les EHPAD.

16.3 Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical dans les établissements de santé

Le nombre de demandes d'information médicale continue de progresser : 9 516 demandes ont été enregistrées en 2015 contre 8298 en 2014 ; et le nombre de demandes non recevables est en baisse constante.

83% des 214 activités des établissements de santé évaluées recueillent une cotation A concernant l'organisation de l'accès du patient à son dossier dans les délais fixés par la réglementation.

Par contre seulement 49% des services de médecine-chirurgie-obstétrique respectent le délai de huit jours d'envoi du courrier d'hospitalisation.

A partir de 2017 le document de sortie (dite « lettre de liaison ») et le coût des prestations réalisées devront être remis le jour même de la sortie du patient.

16.4 Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

A la rentrée scolaire 2015, 13 380 enfants handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaire : soit en classe ordinaire (68% dans le premier degré et 62% dans le second degré) soit en unité localisée pour l'inclusion scolaire. Le nombre d'enfants handicapés scolarisés n'a cessé de croître depuis 2005.

En Maine-et-Loire cependant le nombre d'orientations scolaires prononcées par la CDAPH a diminué de 5% et 80 enfants étaient en attente d'une place en milieu scolaire ordinaire. La Mayenne quant à elle connaît le plus fort taux d'élèves en situation de handicap scolarisés : 85,3% contre 69% au niveau régional. Des marges de progression subsistent donc dans l'ensemble des départements.

La CSDU regrette le manque d'information quant au nombre global d'enfants en situation de handicap et ceux laissés sans solution d'une scolarisation adaptée ou avec une solution qui n'était pas leur premier choix.

16.5 Droits des personnes détenues

Chaque établissement pénitencier de la région compte une Unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral. 30473 consultations ont eu lieu en 2015 mais 713 extractions pour consultations ou examens dans les hôpitaux référents n'ont pas été effectués. Dans 41% des cas du fait du refus de la personne détenue.

Le programme mis en œuvre par Médecins du Monde Pays de la Loire à Nantes dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues a déjà permis des avancées concrètes : rédaction d'un livret d'accueil et d'un journal de la santé par les détenus, amélioration de la communication avec et entre les services, etc.

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

Les CDSP fonctionnent conformément à la réglementation cependant la CDSP de Vendée ne fonctionne qu'avec un seul psychiatre au lieu des 2 requis par la loi et se réunit 3 fois par an au lieu de 4.

Les CDSP ont examiné 867 dossiers en 2015. Ce chiffre est d'environ 15 à 20% en retrait par rapport aux années antérieures essentiellement du fait d'une baisse importante des dossiers examinés par la CDSP de Vendée. 63 patients ont été reçus par les CDSP en entretiens individuels qu'ils avaient sollicités.

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

En cinq ans, une baisse de l'ordre de 11% de l'ensemble des différentes mesures de soins sans consentement est constatée, hors soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État dont le gradient est relativement constant. En première approche les explications susceptibles d'être apportées sont aussi nombreuses que contradictoires.

Sur cette même période, la baisse de la seule mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers est d'un peu plus de 50 %. Cependant, concomitamment, la seule mesure SPI présente une hausse de près de 100 % et sa part relative dans l'ensemble des mesures de soins sans consentement (hors SDRE) s'est accrue de 14 à 31 %. Comme précédemment, la lisibilité d'une première approche est pour le moins incertaine.

Ces deux derniers constats engendrent des interrogations. Une analyse plus complète, en prenant en compte les disparités territoriales, s'avère nécessaire.

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

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

a) L'accessibilité aux données de santé et les contrats d'accès aux soins

L'accès aux données chiffrées précises du taux et des montants de dépassements d'honoraires, du nombre de médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins, reste impossible. Or ces données de l'Assurance Maladie sont indispensables pour évaluer l'accessibilité financière aux professionnels de santé.

En se référant aux données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation sur les actes thérapeutiques réalisés en cliniques privées, il est constaté que globalement la Région des Pays de la Loire se situe dans le dernier quart des (anciennes) régions métropolitaines au niveau des dépassements d'honoraires. Il faut néanmoins noter une hausse continue du nombre d'actes avec dépassements ainsi qu'une hausse significative de ces dépassements (16% en 4 ans).

La faiblesse du nombre des adhésions de médecins de secteur 2 au Contrat d'Accès aux Soins (en Pays de la Loire entre 20 et 40%) risque de renforcer la difficulté d'accessibilité financière de beaucoup de patients à certains soins du fait du moindre remboursement par l'Assurance Maladie et des assurances complémentaires.

La complexité des tarifs d'honoraires pratiqués et leurs conditions de prise en charge par l'assurance maladie et les assurances complémentaires rendent nécessaire le renforcement de l'information des patients (affichage, devis plus explicites et compréhensibles...).

b) La démographie médicale

L'étude « Accès et démographie » réalisée en 2015 par les CPAM et l'ARS montre que la problématique d'accès à un médecin généraliste s'accroît et que la situation est particulièrement difficile pour les habitants de la Mayenne et de la Sarthe, et dans une moindre mesure en Vendée. Au 1er octobre 2015, 9,6% des ligériens ne disposaient pas d'un médecin traitant désigné, des territoires en Sarthe et en Mayenne affichent des taux supérieurs à 15,7%.

Ces difficultés sont susceptibles de s'aggraver dans les années à venir compte tenu :

- de la pyramide des âges dans les territoires en difficulté (en Sarthe 39% des médecins généralistes ont plus de 60 ans)
- de la diminution de la patientèle par médecin traitant
- du choix actuel préférentiel d'implantation des jeunes médecins (agglomérations de Nantes et Angers).

De nombreuses actions sont mises en œuvre pour améliorer l'accès à un médecin-traitant : les mesures du PACTE piloté par l'ARS, le plan régional d'accès à la santé du Conseil Régional, mais aujourd'hui le constat est que 20% des ligériens (plus de 35% en Vendée, Mayenne et Sarthe) déclarent avoir des difficultés d'accessibilité à un médecin généraliste.

Une évolution plus en profondeur à la fois dans la répartition des tâches entre professionnels de santé et dans les modalités d'installation des médecins semble donc nécessaire pour répondre aux situations critiques que connaissent et connaîtront les patients dans certaines zones de la région.

La question du nombre de postes ouverts à l'internat est également à poser compte tenu de l'évolution des modes de vie des

professionnels de santé et des choix d'orientation faits à la fin des études.
Cette analyse concerne la démographie des médecins généralistes mais la situation est également extrêmement préoccupante dans plusieurs territoires pour certaines spécialités médicales dont les chirurgiens-dentistes.

c) La permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Dans le cadre du PRS 2012-2016 une baisse du nombre de passages aux urgences était attendue grâce à un renforcement de l'organisation de la PDSA . Si ce renforcement du dispositif PDSA a bien été réalisé et sera conforté en 2017 par l'élaboration d'un nouveau cahier des charges, le constat est une hausse continue depuis 2011 : augmentation de 12% des passages aux urgences.

Les enjeux sont donc de mieux faire connaître aux usagers l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, d'en faciliter l'accès, et de mieux l'articuler avec l'organisation des services des urgences.

d) Attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé

En 2016 la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA en liaison avec l'ARS a fait mener une étude sur les causes de l'insatisfaction (ou de la satisfaction) exprimée par les usagers et leurs attentes concernant les services des urgences. L'étude a été confiée au cabinet Ernst & Young.

Plusieurs constats peuvent être relevés :

- 41% des répondants sont arrivés aux urgences de leur propre initiative. Moins d'un quart des patients arrivent aux urgences à la suite d'un appel au SAMU-centre 15. L'adressage par le médecin traitant représente 16,8% des orientations,

- 78,2% du panel total se déclarent satisfaits et très satisfaits de leur prise en charge dans sa globalité, seulement 5,3% d'entre eux sont peu ou pas satisfaits,

- les conditions de séjour et d'attente des examens complémentaires sont jugées plus sévèrement avec respectivement 75,5 et 68% de patients satisfaits,

- seulement 68% des patients sont satisfaits des informations communiquées sur l'ensemble de la prise en charge, le taux d'insatisfaction est de 19 %,

La CSDU partage les enjeux identifiés dans ce rapport et en particulier :

- le constat de l'augmentation inévitable du recours aux urgences, compte tenu des attentes des usagers concernant le souhait d'obtenir une réponse rapide et coordonnée à leurs problèmes de santé.

Cette croissance de la fréquentation des services d'urgence ne pourra être freinée que par des réponses adaptées de l'organisation de l'offre de soins en amont et en aval des urgences. Il s'agit d'un des enjeux du futur PRS 2.

Les pistes dites innovantes du rapport (présence d'un lieu de médecine généraliste dans les services des urgences) mériteraient d'être étudiées.

- des évolutions nécessaires dans l'accueil des patients et de leurs proches et dans la transmission des informations.

Dans le cadre de leur mission les nouvelles commissions des usagers des établissements pourraient se saisir des éléments de ce rapport et examiner les conditions d'accueil et de fonctionnement du service d'urgence de leur établissement et proposer des évolutions dans le cadre du projet des usagers de l'établissement.

Cette démarche pourrait être appuyée par l'ARS sous des formes à définir : transmission du rapport au président des CDU, groupes de travail régional ou de territoire,

- la nécessité d'une meilleure prise en compte de populations spécifiques, notamment les personnes âgées, les patients souffrant de troubles psychiatriques et ceux en situation de handicap.

17.2 Assurer financièrement l'accès aux soins :

Les permanences d'accès aux soins (PASS) :

Le ratio du nombre de nouveaux consultants des Permanences d'Accès aux Soins sur le nombre de personnes accueillies par les PASS a fortement chuté : il est de 57% et est à son plus bas niveau depuis 2011. La détérioration de ce ratio montre sûrement la difficulté de réintégrer dans un régime de droits commun les personnes concernées.

Les renoncements aux soins :

Un tiers des répondants au questionnaire de l'évaluation du PRS estime avoir dû renoncer aux soins sur les 12 derniers mois (majoritairement les soins dentaires). La proportion est encore plus importante pour les personnes atteintes d'une maladie

chronique (44%) et pour les personnes en situation de handicap (de 75% en 2014 à 51% en 2016). Les situations complexes peuvent amener à des abandons de soins. Les indicateurs liés au renoncement se sont aggravés depuis 2011.

17.3 Les commissions d'activité libérales en établissement de santé public (CAL)

La représentation des usagers dans ces commissions a fortement progressé puisque les 18 établissements concernés ont désormais un représentant des usagers au sein de leur CAL, contre 11 en 2014.

Le rôle de la commission régionale d'activité libérale prévue par la loi santé de janvier 2016 sera déterminant pour éviter les situations de non-respect des seuils autorisés d'exercice libéral qui sont relativement fréquentes dans les établissements publics de notre région. Il conviendrait également d'être vigilant sur les délais de rendez-vous proposés par les praticiens concernés.

En attendant que cette commission régionale soit mise en place la CSDU souhaite qu'un bilan régional de l'exercice libéral soit réalisé par l'ARS.

17.4 Assurer l'accès aux structures de prévention

Les données actualisées concernant le dépistage du cancer colorectal n'ont pas pu être obtenues.

Seuls les taux de dépistage du cancer du sein sont disponibles et ils continuent de baisser : 64% en 2011, 61,9% en 2015. C'est en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire que les taux sont les plus élevés.

Les données actualisées du taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et de la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle ne sont pas disponibles.

Le nombre d'enfants bénéficiaires des actions de prévention bucco-dentaire a drastiquement baissé suite à la diminution de 90% des financements par l'Assurance Maladie : le nombre d'enfants bénéficiaires est passé de 14878 en 2014 à 1532 en 2015.

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

a) Les contrats locaux de santé

En 2016, 17 Contrats Locaux de Santé, soit 3 de plus qu'en 2015, ont été signés en Pays de la Loire pour une durée allant de 3 à 5 ans.

b) L'accueil adapté au public

En 2015 seulement 39,5% des établissements de santé en Pays de la Loire indiquaient que l'accueil et les locaux étaient adaptés aux personnes handicapées, très loin des objectifs de la loi Handicap de 2005 (conformité à réaliser en 2015).

La CSDU attire l'attention sur la nécessaire prise en compte des besoins spécifiques d'accompagnement des personnes handicapées prises en charge en hospitalisation ambulatoire ainsi que sur le soutien à apporter aux personnes hospitalisées pour les accompagner dans les gestes du quotidien.

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

Chaque département de la région Pays de la Loire dispose désormais d'un pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) et le réseau régional constitué en 2013 dans le cadre du PRSE2 permet de coordonner les acteurs et de partager les connaissances.

L'ARS a développé et soutenu des actions de sensibilisation et de formation des acteurs de terrain pouvant repérer l'habitat indigne et accompagner les personnes. Depuis 3 ans environ 1000 intervenants à domicile et 250 élus ont été formés.

L'important travail mené depuis 2011 a conduit à une augmentation globale du nombre de signalements. La CSDU note la baisse en 2015 du nombre de logements ayant donné lieu à une procédure d'insalubrité du fait d'un changement de l'indicateur. (127 en 2015 contre 190 en 2014)

Une attention particulière devra être portée aux nouvelles procédures qui font désormais remontées au maire, pour un pré-diagnostic, les signalements ne caractérisant pas l'insalubrité avec précision. Il serait souhaitable que cette organisation n'entraîne pas un allongement de la durée des prises d'arrêtés préfectoraux pour insalubrité.

d) Les aidants

La CSDU relève l'augmentation croissante des besoins liés à l'accompagnement des aidants et note une forte attente de ces derniers pour leur permettre de soutenir leurs proches.

Les propositions du rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé constituent des pistes intéressantes :

- organiser le repérage des aidants (en lien avec les Conseils départementaux), en s'appuyant notamment sur un « baromètre de la santé » des aidants
- développer des « plans d'anticipation » de soutien et d'information aux aidants : document à remettre à tous les aidants comprenant les numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence, les possibilités de répit...
- faire connaître l'offre de répit sur le territoire,
- repérer et faire connaître les expériences/actions d'intérêt,
- faire connaître la consultation Santé de l'aidant (reprise par le Plan Maladies Neurodégénératives) aux médecins généralistes.

18. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Le CISS, avec le concours de l'ARS, poursuit la formation des représentants des usagers dans le secteur sanitaire. 15 formations ont été réalisées en 2015 pour 158 participants et 14 formations en 2016 pour 145 participants.

Le taux de satisfaction des personnes formées est très élevé (de 83 à 100%). Ces formations sont aussi l'occasion de faire émerger de nouveaux besoins : besoin de formation sur l'éthique, sur les usagers au sein des conseils de surveillance, sur les recours juridiques, la gestion des conflits, la qualité et la sécurité des soins etc.

Les modalités et à la mise en œuvre de la formation des représentants des usagers prévue par la loi de modernisation du système de santé seront à suivre particulièrement dans les mois à suivre.

Les formations à destination des membres des CVS se poursuivent et connaissent des évolutions pour répondre aux difficultés de fonctionnement des CVS :

dans le secteur des personnes âgées la mobilisation dans les EHPAD a été très satisfaisante, 56 personnes de plus qu'en 2015 ont été formées,

dans le secteur des personnes handicapées 101 personnes ont été formées en 2015,

4 rencontres inter CVS ont été organisées en 2016 et ont permis des échanges constructifs sur les rôles et expériences de membre de CVS.

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

19. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Les taux de participation des représentants des usagers dans les différentes instances de la CRSA restent très élevés malgré une légère baisse en 2015 : 79% de participation en 2015 contre 84% en 2014. Dans les conférences de territoire la participation est très variable selon les départements : de 37,5% en Mayenne à 75% en Loire-Atlantique.

Les conférences de territoire laissent désormais la place aux conseils territoriaux de santé qui conservent le même périmètre géographique.

Chaque Conseil Territorial de Santé devra « organiser au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité » ; leur composition, leur rôle, leur fonctionnement seront rapidement à préciser. A la suite de leur mise en place il sera important de faire le lien avec la Commission Spécialisée Droits des Usagers de la CRSA afin que leurs travaux soient pris en compte dans le rapport annuel relatif au respect des droits des usagers.

20. LES RECOMMANDATIONS 2016

L'ARS a mis en place un suivi méthodologique des recommandations du rapport relatif aux droits des usagers 2015 au cours de l'année 2016, en priorisant les actions. Ce suivi a été examiné régulièrement au cours de l'année par la CSDU.

Le tableau de suivi des recommandations 2015 figurent en annexe.

Recommandation 1

Les services des urgences

Suite à l'étude « Attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé » le futur PRS se doit de prendre en compte la nécessité de trouver des solutions, y compris innovantes, pour améliorer la prise en charge des patients en amont et en aval des services des urgences. Le lien entre les services des urgences et la médecine de ville et/ou les maisons médicales de garde, voire la présence d'un lieu de médecine généraliste à l'intérieur des services des urgences sont des pistes à explorer. Les commissions des usagers pourraient examiner les conditions d'accueil et de fonctionnement du service d'urgence de leur établissement et proposer des évolutions dans le cadre du projet des usagers de l'établissement. Cette démarche devrait être appuyée par l'ARS sous une forme à définir.

Recommandation 2

Le traitement des plaintes et réclamations

Les dispositifs de traitement des plaintes et réclamations devraient être plus lisibles pour le grand public. Une communication ciblée et adaptée s'avère nécessaire. La mise en place d'un support accessible sur le nouveau site internet de l'ARS et relayé par les différentes associations d'usagers et de patients pourrait être une première étape.

Les Conseils de l'Ordre pourraient être invités à expliciter sur leur site les processus de traitement des plaintes et réclamations. La saisine des personnes qualifiées dans le secteur médico-social est très peu utilisée : il est nécessaire de communiquer davantage sur ce dispositif notamment sur le site de l'ARS.

Recommandation 3

Les Commissions des Usagers des établissements de santé

Les représentants des usagers devront recevoir les formations adaptées à l'élargissement de leurs missions prévues par la loi de modernisation du système de santé.

Un questionnaire auprès des représentants des usagers en 2017 permettrait de dresser un premier bilan de la mise en place des CDU et de la mise en œuvre des nouvelles missions des représentants des usagers.

Une campagne d'information sur l'existence des commissions des usagers est à réaliser auprès du grand public et au sein des établissements de santé.

Les établissements de santé devraient être encouragés à former les médiateurs afin d'améliorer la mise en œuvre et l'efficacité des médiations.

Recommandation 4

Les Conseils de la vie sociale

En 2017, la mise en place de l'expérimentation de la désignation d'un représentant des usagers issu d'une association agréée au sein des CVS des EHPAD volontaires du Maine-et-Loire doit être poursuivie et si possible étendue à d'autres départements.

Recommandation 5

Documents de sortie et de fin d'hospitalisation

Les dispositions concernant l'établissement d'un document de sortie à la fin de l'hospitalisation nécessitent un suivi dans leur mise en œuvre par l'ARS.

Ce suivi concerne également la communication au patient du coût de l'ensemble des prestations réalisées.

Recommandation 6

Santé mentale

La forte augmentation des mesures dites de péril imminent sur la région nécessite que l'ARS analyse cette évolution afin de s'assurer que les conditions de prise en charge ne sont pas affectées et de mettre en œuvre si nécessaire les mesures correctives administratives.

Les Commissions départementales de soins psychiatriques pourraient se saisir de cette évolution.

Recommandation 7

L'accès aux soins pour tous

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

Comme préconisé dans le précédent rapport il conviendrait de lever les freins institutionnels et administratifs à cette mise à disposition des données.

L'information des usagers sur les conditions de prise en charge des honoraires des professionnels de santé est à renforcer.

Recommandation 8

Les commissions d'activité libérale

Un bilan régional de l'exercice libéral dans les établissements de santé public serait à réaliser par l'ARS afin d'examiner le respect des seuils d'activités, les délais de prise de rendez-vous selon l'activité du professionnel et les modalités d'information des patients.

A l'avenir cette mission d'analyse pourrait être confiée à la commission régionale d'activité libérale prévue par la nouvelle loi de santé.

Recommandation 9

Les aidants

Les propositions du rapport d'évaluation du PRS concernant les aidants mériteraient d'être inscrites dans les actions du PRS, en particulier celles concernant : le repérage et la santé des aidants, les « plans d'anticipation » de soutien et d'information aux aidants, la communication autour de l'offre de répit et de la consultation Santé de l'aidant.

Recommandation 10

L'expression des usagers dans les Conseils Territoriaux de Santé

Dans chaque Conseil Territorial de Santé une formation spécifique d'expression des usagers doit être mise en place. Sa composition, son rôle, son fonctionnement seront à préciser par l'ARS en liaison avec les différents Conseils Territoriaux de Santé. Pour sa part la CRSA souhaite pouvoir s'appuyer sur ces formations d'expression pour réaliser les prochains rapports relatifs au respect des droits des usagers.

Composition du groupe de travail pour la rédaction du Rapport 2015 relatif aux Droits des Usagers

M. Gérard ALLARD, Président de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Françoise ANTONINI, représentante de la commission spécialisée prévention

Mme Cécile ARETIN, représentante de la commission spécialisée organisation des soins

M. Jean-François BABIN, représentant de la commission spécialisée organisation des soins

Dr Dominique BRACHET, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Sylvie CHAPELAIS, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Rolande DOUCET, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

Pr. Jacques DUBIN, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

M. Pierre GIRAUD, représentant de la commission spécialisée médico-sociale

M. Michel HAARDT, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

M. André HERVOUET, représentant de la commission spécialisée prévention

M. Roger RAUD, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Denyse LE BERRE, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

M François Xavier CORBIN, représentant de la commission spécialisée Organisation des soins

Mme Françoise RAMPILLON-MIGNON, représentante de la commission spécialisée droits des usagers

Mme Geneviève MAGNIEZ, représentante de la CRSA

M. Thomas HERAULT, représentant de la commission spécialisée organisation des soins

M. Luc GATEAU, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

M. François LEGENTILHOMME, représentant de la commission spécialisée droits des usagers

M Patrick MARTIN, représentant de la CRSA

