Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé

2017

sur données 2016

CRSA Pays de la Loire

EDITO 5

METHODOLOGIE 6

I – PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS..... 8

1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers 8

2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers 10

2.1. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire 10

2.2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur sanitaire 13

2.3. Les indicateurs de qualité des établissements de santé en Pays de la Loire : Scope Santé 19

2.4. Satisfaction des usagers pris en charge en ambulatoire dans les pays de la Loire 22

2.5. Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales des Pays de la Loire 23

2.6. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social 24

2.7. Le dispositif de traitement des réclamations à l'ARS 25

3. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance 27

3.1. Promouvoir la bientraitance dans le secteur ambulatoire 27

3.2. Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire 27

3.3. Promouvoir la bientraitance et prévention de la maltraitance en structures médico-sociales 27

4. Droit au respect de la dignité de la personne – prendre en charge la douleur 31

4.1. Prendre en charge la douleur dans le secteur ambulatoire 31

4.2. Prendre en charge la douleur dans le secteur sanitaire 32

4.3. Prendre en charge la douleur dans le secteur médico-social 32

5. Droit au respect de la dignité de la personne en fin de vie 32

5.1. Le plan d'action pour le développement des soins palliatifs 32

5.2. Des initiatives pour favoriser le droit des patients 33

5.3. Analyse du critère 13a de la certification HAS 34

5.4. La prise en charge du malade en fin de vie et la rédaction des directives anticipées dans la synthèse des rapports CRUQPC 34

6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical 35

6.1. L'accès au dossier médical en ambulatoire 35

6.2. L'accès au dossier médical 35

6.3. L'envoi des courriers de fin d'hospitalisation 36

6.4. La lettre de liaison 36

6.5. L'accès au dossier médical dans le secteur médico-social 37

7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....38
7.1. Les missions des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées 38
7.2. La Scolarisation et l'accompagnement des enfants handicapés en Pays de la Loire 38
8. Droits des personnes détenues 41
8.1. Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale 41
8.2. Les unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral 41
9. Santé mentale 45
9.1. Les admissions en soins psychiatriques sans consentement et leur évolution 45
9.2. Les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques 46
II - RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS 49
10. Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux 49
10.1. Pourcentage d'offres en tarifs opposables par spécialité 49
10.2. Les dépassements d'honoraires en établissements sanitaires 49
10.3. Les dépassements d'honoraires en médecine libérale 50
10.4. L'option pratique tarifaire maîtrisée 51
10.5. L'augmentation des coûts des organismes complémentaires 52
10.6. La démographie médicale 52
10.7. La permanence des soins ambulatoire 55
10.8. Le recours aux services des urgences 56
10.9. L'accès aux Services de soins infirmiers au domicile 57
11. Assurer financierement l'accès aux soins 60
11.1. Les commissions d'activité libérale des établissements publics de santé et la commission régionale de l'activité libérale 60
11.2. Le nombre de plaintes et réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME 60
11.3. Les permanences d'accès aux soins 60
12. Assurer l'accès aux structures de prévention 61
12.1. La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans 61
12.2. La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans 61
12.3. Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole 61
12.4. La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle 62
12.5. Le dépistage du VIH dans les Pays de la Loire 62
13. Reduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico sociale sur tous les territoires 63
13.1. Les contrats locaux de santé 63
13.2. Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux 64
13.3. Les besoins liés au vieillissement de la population 65
13.4. Logements : les procédures d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique 66

13.5. L'accueil adapté au public 67
13.6. Les aidants et leur santé 68

III - CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE 70

14. Former les représentants des usagers siègeant dans les instances du système de santé 70

14.1. La typologie des formations organisées pour les représentants des usagers 70
14.2. Les formations en direction des conseils de la vie sociale 70
14.3. Faire participer et informer les représentants des usagers 71

IV - RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE 74

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans la CRSA et les conférences de territoire 74

15.1. Taux de participation des représentants des usagers dans les réunions et commissions de la CRSA : 74
15.2. Taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire 74

V - SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS 77

VI - SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU PRECEDENT RAPPORT 87

ANNEXES 88

GLOSSAIRE 98

EDITORIAL

Ce nouveau rapport de la CRSA relatif aux droits des usagers en Pays de la Loire coïncide avec la fin du processus d'élaboration du Plan Régional Santé (PRS).

A la lecture du projet qui nous est présenté, nous notons avec satisfaction que plusieurs recommandations des rapports « Droits des usagers » précédents ont été reprises dans les déclinaisons opérationnelles du schéma régional de santé, en particulier dans l'objectif de « renforcer la prise en compte de la parole de l'usager, ses attentes et ses besoins ». A titre d'exemple, il est prévu de mieux associer les usagers aux projets de santé des maisons de santé pluri-professionnelles et des contrats locaux de santé, de porter davantage à la connaissance du grand public le traitement des plaintes et réclamations, d'améliorer la qualité et la sécurité du service à l'usager avec une meilleure transparence.

Ce rapport, comme les précédents a été élaboré à partir de données recueillies principalement auprès de l'ARS et d'entretiens avec des acteurs du système de santé de notre région.

Des constats ont été effectués et des orientations en découlent. Quels en sont les points saillants ?

Les constats :

- une amélioration sensible des conditions de traitement des plaintes et réclamations, en particulier dans les Ordres professionnels, avec globalement un bon fonctionnement des procédures de conciliation et de médiation, sauf dans le secteur médico-social où le dispositif « personnes qualifiées » est toujours aussi inopérant.

- un niveau évalué de la qualité de la prise en charge des usagers dans les établissements de santé souvent supérieur à la moyenne nationale mais avec des écarts importants entre structures.

- un bon fonctionnement global des instances de démocratie sanitaire auxquelles participent les usagers, en dépit d'interrogations sur la place et le rôle des Conseils de Vie Sociale dans les EHPAD.

Mais aussi :

- dans le domaine de la prévention, une baisse continue et préoccupante du pourcentage de la population dépistée (notamment concernant le cancer du sein),

- une attente forte des ligériens pour une amélioration de l'accès aux soins de premiers recours,

- des difficultés d'accès aux services et structures médico-sociales, qu'elles soient dédiées aux personnes âgées ou aux enfants et aux adultes en situation de handicap.

La CRSA souhaite donc que soient mieux mesurées, analysées et comprises les difficultés d'accessibilité aux soins et aux parcours de santé, notamment pour des raisons financières et en particulier pour les personnes en situation de fragilité.

Beaucoup de ces constats et objectifs d'amélioration coïncident avec des axes de progrès formulés dans le futur PRS. La Conférence, et en particulier sa commission spécialisée droits des usagers pour ce qui la concerne, sera attentive aux mises en œuvre opérationnelles des déclinaisons retenues.

Dr Denis LEGUAY
Président de la CSRA

Gérard ALLARD
Président de la CSDU

METHODOLOGIE

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

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

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

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

Pour réaliser ce rapport, un groupe de travail (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 a fixé le cahier des charges des rapports à établir par les CRSA en reprenant les thèmes suivants :

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

Ce cadre, relativement strict, aurait besoin d'être revu et réactualisé afin de prendre en compte les évolutions intervenues dans notre système de santé.

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

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

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

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

Ce rapport, après adoption en séance plénière de la CRSA, le 19 avril 2018, sera transmis avec les recommandations formulées :

- à Monsieur le Directeur Général de l'ARS Pays de la Loire
- à la Conférence Nationale de Santé (CNS)

Gérard ALLARD

Président de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Je tiens à remercier :

- toute l'équipe de la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique (DADSPS), et plus particulièrement Mesdames Anne-Lise SERAZIN, Sylvie PLANCHOT, Christine MENARD et Monsieur Arnaud JOLY (Attaché d'administration stagiaire) pour leur aide notamment dans le recueil de données,
- Madame Hélène DEVAUX, en appui à la commission spécialisée, pour l'analyse des données du rapport et la finalisation de celui-ci,
- les membres du groupe de travail en charge de l'élaboration de ce rapport pour leur contribution et leur aide à l'analyse.

I – PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

Les formations sur le respect des droits des usagers apparaissent de plus en plus intégrées à la formation initiale des professionnels de santé, même si les données relatives au contenu et aux nombres d'heures dispensées restent difficiles à obtenir.

Le programme national des Instituts de formation en soins infirmiers intègre le droit des usagers :

- 2h sur les droits des usagers
- 1h30 sur les aspects juridiques du droit des patients et la santé mentale
- 2h sur la charte des usagers
- 1h30 sur la volonté et le consentement

Tout au long des cursus l'approche éthique est évoquée notamment dans le cadre de la responsabilité professionnelle, et il est fait référence aux usagers en faisant intervenir des témoins extérieurs.

FOCUS

L'exemple de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) d'Angers

Le droit des usagers est enseigné dès le début de la formation au cours de l'unité d'enseignement (UE) 1.3 S1 en législation, éthique et déontologie dans le cadre des sciences humaines, sociales et droit. Cet enseignement dure 50 heures et porte notamment sur :

- L'exercice professionnel et la responsabilité,
- Les droits de l'homme,
- Les droits des patients, notamment en santé mentale et en psychiatrie,
- La confidentialité et le secret professionnel.

En fin de 2ème année, ce même enseignement reprend le droit des usagers sur le versant éthique, et l'Institut indique que la question est abordée plusieurs fois de manière transversale au cours des 3 années de formation, ainsi qu'en stage lors des ateliers d'analyse de la pratique professionnelle. Cet enseignement du respect des droits des usagers représente donc environ une trentaine d'heures spécifiques au total.

L'exemple du CHU de Nantes

Plusieurs formations sur la thématique des droits des patients existent au sein du plan de formation de l'établissement, de manière générale (information et consentement aux soins, confidentialité, bientraitance, personne de confiance et directives anticipées etc…) ou sur certains points spécifiques notamment en lien avec les évolutions réglementaires ou les actualités juridiques (dossier médical et transmission, responsabilité hospitalière et médicale, gestion des réclamations et des demandes indemnitaires, loi Claeys-Leonetti…).

De la même manière, le CHU participe à un diplôme inter universitaire sur les Droits des usagers du système de santé, ouvert à des professionnels de l'établissement.

Par ailleurs une formation en e-learning a été proposée à tous les médecins et cadres de santé de l'établissement en novembre 2017. Cette formation sera étendue en 2018 à l'ensemble des agents de l'établissement.

En sus de ces actions de formation continue le CHU de Nantes participe aussi, comme établissement d'enseignement et de formation, à la formation initiale des futurs professionnels de santé, et notamment sur les droits des patients.

Enfin, le CHU de Nantes, en lien avec la Commission Droits des Usagers de l'établissement, propose régulièrement des actions de communication et de sensibilisation sur les droits des usagers, à destination des patients et usagers, des professionnels du CHU, comme du grand public.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Bien que conscient que leur mise en œuvre puisse être difficile, la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) insiste sur le fait que la formation des professionnels de santé sur les droits des usagers est fondamentale pour faire avancer la connaissance des droits, leur prise en compte, et faciliter leur appropriation tant par les professionnels que par les usagers.

La CSDU suggère aux établissements de s'appuyer sur les représentants des usagers des Commissions des Usagers (CDU) afin que ceux-ci fassent part de leurs expériences avec et auprès des professionnels et des usagers.

Le PRS2 prévoit la mise en place d'un module de formation destiné aux professionnels de santé « L'usager, un acteur à part entière de sa santé », dans le cadre de ce module il serait intéressant de développer une partie sur les droits des usagers pour laquelle les représentants des usagers pourraient être sollicités.

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

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

** Le nombre de plaintes et doléances est resté constant en Mayenne cependant le Conseil de l'Ordre a également reçu en 2016 près de 400 appels d'usagers se plaignant de la difficulté de désigner un médecin traitant.*

Nature des 670 plaintes et doléances en 2016 :

- difficulté/ conflit entre médecins : 77
- difficulté/ conflit entre particuliers et médecins : 509
- difficulté/ conflit entre médecins et établissements de soins : 34
- problèmes d'accès aux soins CMU-C : 1

Les différends entre particuliers et médecins sont principalement résolus par la conciliation, selon la procédure prévue par l'article L4123-2 du Code de la Santé Publique.

26 plaintes ont été transmises en 2016 au Conseil Régional de l'Ordre :

- 3 sont des plaintes entre médecins
- 10 sont des plaintes entre particuliers et médecins
- 13 sont des plaintes du Conseil Départemental

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

Pas de données.

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

- 5 réclamations ont été enregistrées en 2016, 10 en 2015.
- 4 entretiens et 2 médiations ont été réalisés en 2016 (aucune en 2015).

Les motifs des réclamations sont le droit au respect de la dignité, le manque de consentement, le défaut d'information.

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

En 2016, il y a eu 2 tentatives de conciliation et 3 affaires jugées en Chambre de Discipline dont 1 concernait un particulier.

Les signalements et les plaintes font suite à des problèmes de garde, des conflits relationnels, une erreur de dispensation, la délivrance de médicaments périmés.

Les suites données aux signalements sont les suivantes : convocations, transmission à l'ARS ou rappel de la législation.

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

En 2016, dans la région des Pays de la Loire (hors données de la Sarthe non renseignées) :

- 22 réclamations, qui concernent les délais de rendez-vous, les plaintes à caractère sexuel et celles émanant des Ordres pour publicité
- 13 plaintes
- 3 conciliations réalisées

Les plaintes et réclamations émanent en majorité des patients.

Le Conseil National a publié sur sa page internet les procédures de plainte et conciliation.

Des patients s'adressent à l'Ordre pour émettre des réclamations concernant des ostéopathes or le Conseil de l'Ordre n'est pas compétent pour agir envers ceux qui ne sont pas masseurs-kinésithérapeutes.

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

Département	Plaintes/réclamations/ signalements			Litiges			Conciliations			Plaintes transmises		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Loire-Atlantique	58	70	61	44	50	38	11	10	7	6	2	6
Maine-et-Loire	2	2	15	12	7	8	7	3	3	2	0	0
Mayenne	20	5	6	0	14	8	18	2	2	2	3	4
Sarthe	33	33	22	0	0	14	5	0	3	0	0	2
Vendée	28	19	25	0	2	7	11	8	9	3	3	9
TOTAL	**141**	**129**	**129**	**56**	**73**	**75**	**52**	**23**	**24**	**13**	**8**	**21**

En 2016, les plaintes concernaient principalement la qualité des soins et les obligations déontologiques.

Sur les 22 plaintes traitées en Chambre disciplinaire, 10 ont fait l'objet d'une sanction et 12 d'un rejet.

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

- 6 réclamations ont été enregistrées en Loire-Atlantique et 4 en Vendée
- 1 plainte a été enregistrée en Loire-Atlantique et 2 en Vendée

Les données des autres départements ne sont pas disponibles.

Les motifs principaux des plaintes sont : l'interruption des soins, le refus de soins, le défaut de prise en charge.

Un système de communication et d'information à l'usager sur les procédures a été mis en place sur le site internet régional du conseil de l'Ordre des infirmiers.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'augmentation du nombre des réclamations à l'Ordre des médecins est continue depuis 2014, sans doute grâce à un meilleur recensement des réclamations et doléances mais également du fait de l'augmentation des réclamations dues aux difficultés croissantes d'accéder à un médecin traitant. L'augmentation des réclamations liées à l'accès aux soins montre que les ligériens, sur un certain nombre de territoires, rencontrent des difficultés et souhaitent se faire entendre.

La CSDU notait dans le rapport 2016 qu'il restait difficile pour l'usager de connaître les processus de dépôt et d'instruction d'une plainte et qu'il convenait de poursuivre l'information à l'usager sur les procédures, les recours possibles ou encore les possibilités de se faire accompagner. Dans la Sarthe et le Maine-et-Loire, ces informations sont relayées par les sites du Conseil départemental et du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Pour l'ensemble des autres Ordres le nombre de réclamations et de plaintes traitées reste stable.

Il reste important de faire savoir aux usagers que toutes les professions médicales et para-médicales sont régies par un Ordre qui traite les plaintes et réclamations.

L'information aux usagers concernant les procédures de dépôt de plainte/réclamation diffère beaucoup selon les Ordres mais s'améliore progressivement. Le site internet de l'ARS informe désormais des procédures.

La compréhension des procédures peut être d'autant plus difficile pour les usagers que certains établissements de santé renvoient les usagers vers l'Ordre lorsque l'acte médical est pratiqué par le médecin dans l'établissement dans le cadre d'une activité libérale.

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

2.2.1. Cadre réglementaire

L'année 2016 fut une année transitoire marquée par l'installation des Commissions des Usagers (CDU) au cours du second semestre.

Le présent rapport fait état des éléments des rapports des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) établis selon les procédures habituelles ; le contenu du questionnaire 2017 sera adapté à l'évolution des missions des CDU.

Il revient aux ARS de rédiger une synthèse des rapports des CRUQPC et des délibérations des instances hospitalières.

Les Commissions des Usagers

La loi de modernisation du système de santé complétée par le décret n°2016-726 du 1er juin 2016 (annexe II) a institué la commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Cette dernière remplace la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC).

La commission chargée de représenter les usagers au sein des établissements de santé voit son rôle confirmé et renforcé :

La CDU a désormais accès à la liste des événements indésirables graves survenus ainsi qu'aux actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier, dans le respect de l'anonymat des patients ;

Elle dispose d'un droit d'auto-saisine et de suite sur les sujets qualité et sécurité des soins traités par la CME ;

Elle assure le recueil des observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement ;

Elle peut formaliser un projet des usagers qui exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. Ce projet des usagers est proposé par la CDU au directeur en vue de l'élaboration du projet d'établissement, de la politique médicale ou du projet institutionnel ;

L'auteur d'une plainte ou d'une réclamation peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R.1112-93, d'un représentant des usagers ;

La présidence de la commission peut être assurée par un représentant des usagers.

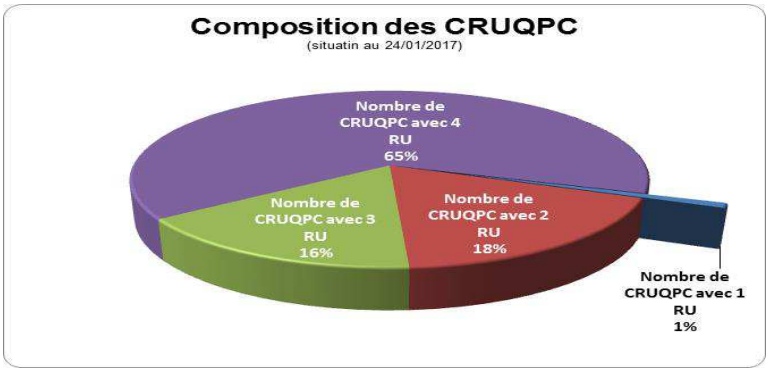
2.2.2. Bilan quantitatif des réponses par établissement

Comme en 2015, les 116 rapports d'activité attendus ont été transmis à l'ARS : 37 en Loire-Atlantique, 33 en Maine-et-Loire, 10 en Mayenne, 21 dans la Sarthe et 15 en Vendée.

2.2.3. Fonctionnement des CRUQPC

Composition et participation :

Au 1er janvier 2018, 424 représentants des usagers sur 468 ont été désignés dans les CDU. Les sièges vacants concernent principalement les suppléants.



Le nombre de CRUPQC fonctionnant avec le nombre de représentants des usagers requis (deux titulaires et deux suppléants) est en constante augmentation : 75 établissements fonctionnent avec le nombre de représentants des usagers requis en 2017, contre 69 en 2016 et 57 en 2015.

En décembre 2016, 44 associations différentes sont présentes dans les Commissions des Usagers ligériennes.

En 2016, selon 77 établissements, la CRUQPC affiche un taux de participation de représentants des usagers supérieur à 70% et 8 un taux de participation inférieur à 50%.

Parmi les 50 établissements signalant leur rattachement à un service médico-social, 46% déclarent que les membres de la CRUQPC participent au conseil de la vie sociale. Parmi les répondants 36% estiment avoir connaissance des différentes missions de ces instances. 3 établissements déclarent organiser les réunions de conseil de la vie sociale avec les réunions CRUQPC.

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

Transmission du rapport de la CRUQPC : le rapport est transmis pour 84% des CRUQPC à d'autres instances de l'établissement. Cette donnée est en baisse par rapport à 2015 et il parait nécessaire d'encourager les établissements dans la démarche de validation, d'avis, et de transmission aux autres instances du rapport d'activité de la CRUQPC/CDU.

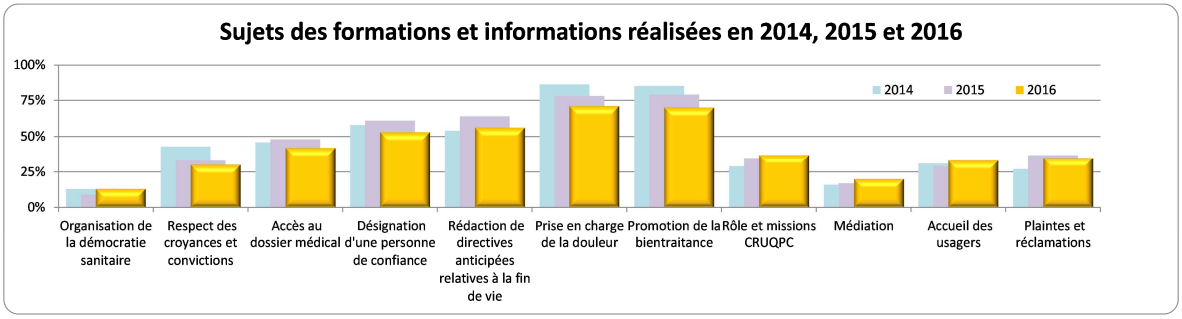
Information aux usagers : les supports de communication utilisés par les établissements pour informer les usagers et le personnel sont principalement le livret d'accueil et l'affichage. La communication orale et les réunions sont aussi un vecteur de communication privilégié vers le personnel.

Sur les documents d'information destinés aux usagers, 75% 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 CDU/CRUQPC à tout moment en cas de difficultés, soit par mail (60%), soit par téléphone (73%).

Formation des membres et information relative au respect des droits des usagers : l'article 176 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure une formation de base obligatoire pour les représentants d'usagers siégeant dans les instances hospitalières et de santé publique et nommés depuis le 1er juillet 2016. L'arrêté du 17 mars 2016 fixe le cahier des charges de la formation de base des représentants d'usagers. Il précise les modalités d'organisation de la formation de base, les objectifs d'une formation généraliste, prévue sur 2 jours, en direction des représentants d'usagers désignés par les associations agréées. Plusieurs formations de base ont été organisées en 2017 sur la région.

La promotion de la bientraitance et la prise en charge de la douleur sont les sujets de formation et d'information principalement proposés dans les établissements.

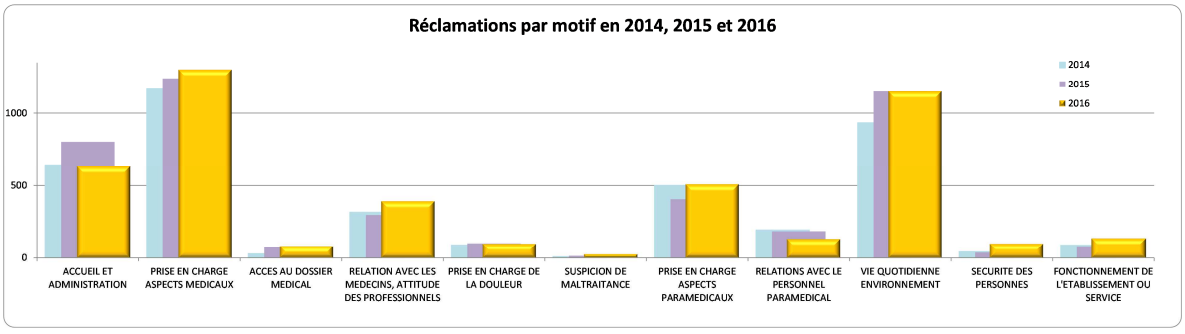


2.2.4. Les plaintes et réclamations dans le secteur sanitaire

Les dispositifs de traitement des plaintes et réclamations : une procédure de recensement et de traitement des réclamations tant écrites qu'orales est mise en place dans les établissements ligériens à l'exception d'un établissement déclarant l'absence de procédure mais ayant cependant enregistré 11 réclamations dont 5 écrites. L'élaboration d'une procédure par cet établissement est prévue en 2017.

Le nombre de plaintes et réclamations : en 2016, les établissements déclarent avoir reçu 4 281 réclamations, contre 4 296 en 2015 et 3 613 en 2014. Le chiffre est donc stable sur deux ans. 83% de ces réclamations ont été faites par écrit et les établissements ont reçu 8 622 éloges. 11 établissements n'ont pas enregistré de réclamations en 2016.

Les motifs des réclamations : la majorité des réclamations recensées en 2016 porte, comme en 2015, sur la prise en charge des aspects médicaux et la vie quotidienne et l'environnement.



Le traitement des plaintes et réclamations : pour les établissements ayant précisé le délai de prise en charge des réclamations le délai minimum oscille entre 0 et 30 jours et le délai maximum est de 246 jours.

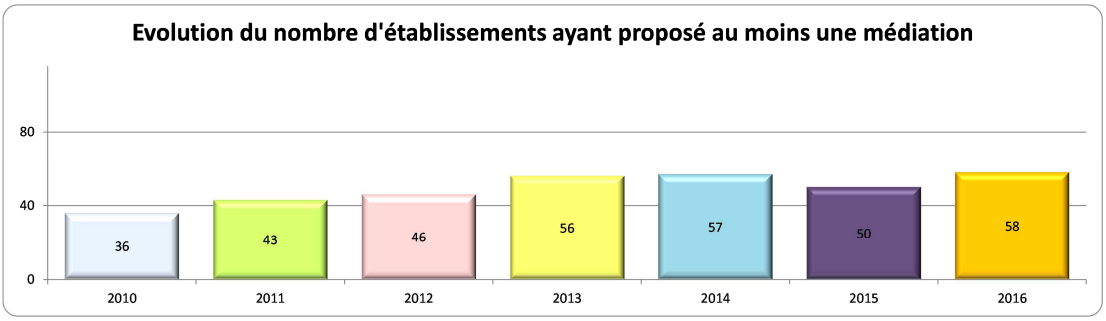
La médiation : le nombre d'établissements proposant une médiation est en augmentation en 2016 puisque 58 établissements déclarent avoir proposé au moins une médiation (50 en 2015).

Au total 522 médiations ont été proposées dont 36% ont été mises en œuvre en 2016. Il semble nécessaire de rester vigilant car si le nombre de proposition de médiation est en augmentation, le pourcentage de réalisation de ces demandes est en baisse (42% de réalisation des demandes de médiations en 2015).

87% des médiations sont organisées avec le médiateur médecin.

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

Le nombre d'établissements ayant proposé au moins une médiation est en hausse en 2016 : 58 contre 50.



2.2.5. Les communications aux usagers

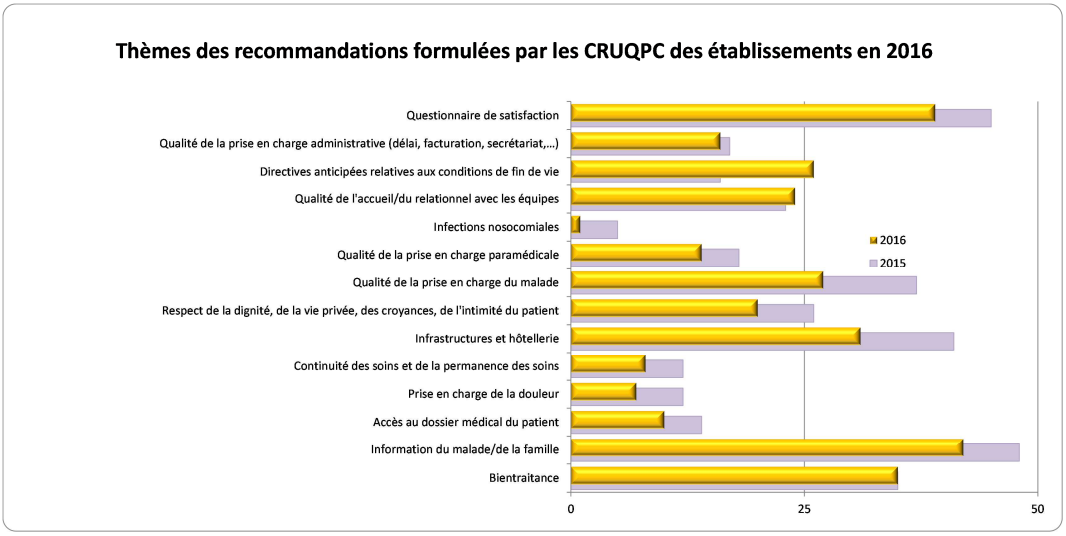
Le livret d'accueil : en application de l'article L.1112-2 du Code de Santé Publique, un livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son admission ou le cas échéant à un proche. Remis par 99% des établissements, le livret d'accueil est donné principalement lors de l'entrée en hospitalisation (85%).

Lorsque l'hospitalisation est programmée, 46% des établissements remettent le livret d'accueil en amont. Le livret d'accueil est remis systématiquement accompagné d'explications orales pour 82 établissements ligériens.

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

Dans les établissements de santé ligériens, 95% indiquent l'insérer dans le livret d'accueil et 83% déclarent l'afficher dans les lieux fréquentés par les usagers.

2.2.6. Les thèmes de recommandation des CRUQPC en 2015 et 2016



2.2.7. Mesure de la satisfaction des usagers

a. Les questionnaires de satisfaction des usagers

98% des établissements ont utilisé un questionnaire de sortie en 2016. Parmi les 2 établissements déclarant ne pas avoir réalisé d'enquête de satisfaction un précise qu'une enquête est mise en place tous les 2 ans.

4 établissements déclarent avoir un taux de retour des questionnaires supérieur à 75%.

84% des établissements mentionnent un taux de satisfaction supérieur à 70%.

b. Les autres moyens

Pour évaluer la satisfaction des usagers, 69% des établissements mettent en place d'autres moyens que le questionnaire de satisfaction ou l'enquête : organisation de réunions entre soignants et soignés, réalisation de questionnaires spécifiques, mise en place d'enquêtes téléphoniques, réalisation d'audits ou d'évaluations ciblés ou encore participation à la démarche e-satis.

c. Le dispositif national e-SATIS

Piloté depuis janvier 2015 par la Haute Autorité de Santé le dispositif e-Satis mesure la satisfaction des patients hospitalisés. À ce jour, il concerne les hospitalisations en court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

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

L'établissement recueille les e-mails des patients concernés ou celui d'un parent ou d'un proche. Le résultat du score de satisfaction globale est diffusé publiquement sur Scope Santé (voir point 2.3).

La deuxième campagne e-SATIS s'est déroulée de novembre 2016 à octobre 2017. Sur la région 37 établissements de santé ont participé à cette campagne pour un total de 15 709 questionnaires envoyés. Un total de 3012 réponses a été réceptionné, soit un taux de retour d'environ 19%. Pour la HAS le taux de répondants est jugé très satisfaisant mais « des efforts de communication doivent être poursuivis ».

Les résultats : le score moyen national est de 72.7 sur 100. En Pays de la Loire, les données disponibles indiquent que les scores se situent entre 69 et 81 avec un score moyen à 74,9 :

- 5 établissements ligériens obtiennent une note supérieure ou égale à 77.3,
- 14 une note comprise entre 74 et 77.3,
- 9 établissements une note comprise entre 70.7 et 74
- seulement 2 une note inférieure à 70.7
- 7 établissements de santé n'ont pas répondu.

Les résultats par thématique au niveau national sont les suivants, par contre nous ne disposons pas de la décomposition des résultats régionaux.

Thématique	**2016**	**2017**
Accueil	73.1	72,7
Prise en charge médicale	80,3	80
Prise en charge para-médicale	81	80,6
Chambre	71,7	71,4
Repas	58,1	57,3
Organisation de la sortie	63	62,6

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les Commissions des usagers sont désormais bien inscrites dans la gouvernance des établissements de santé, leur fonctionnement est globalement satisfaisant et correspond aux exigences réglementaires. Mais leur existence même et leurs missions restent très peu connues du grand public et des usagers. Il conviendrait de les faire connaître davantage, cela permettrait une meilleure remontée des expériences des usagers et la mise en place d'actions en phase avec leurs besoins.

Les représentants des usagers font remonter que leur prise en compte et leur implication dans le fonctionnement des établissements dépendent largement de la volonté des directions d'établissement.

La loi de santé de janvier 2016 créant les Commissions des Usagers prévoit la rédaction d'un projet des usagers ; la CSDU propose que soient étudiés les contenus des projets et partagées les bonnes expériences et pratiques entre CDU.

Il serait intéressant de soumettre aux représentants des usagers un questionnaire sur le fonctionnement des CDU nouvellement mises en place.

La CSDU appelle à la vigilance des établissements de santé pour qu'ils fassent mieux connaître le dispositif de la médiation.

En effet, si le nombre de propositions de médiation est en augmentation, le pourcentage de réalisation de ces demandes est en baisse : 42% de réalisation des demandes de médiations en 2015, 36% en 2016. Les représentants des usagers notent qu'il convient de rester vigilant sur le déroulement de la procédure de médiation et en particulier sur le délai de transmission du rapport de médiation à l'usager et le contenu de ce rapport.

La CSDU note peu d'évolutions du nombre et de la nature des réclamations des usagers.

E-satis, indicateur de satisfaction auprès des patients mis en place par la HAS mérite d'être mieux développé par les établissements, les données recueillies doivent être un levier pour améliorer la prise en charge. Une attention particulière doit être portée sur la problématique des repas et sur l'organisation de la sortie. E-Satis ne mesure pas encore la satisfaction des patients hospitalisés en ambulatoire. Cependant, certains établissements de santé ont déjà mis en place des enquêtes de satisfaction pour cette activité qu'il sera intéressant de suivre dans les prochaines années.

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

2.3.1. Contenu et fonctionnement de Scope Santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) a pour mission d'informer les usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. A cet égard elle développe les indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ces indicateurs sont disponibles sur le site internet Scope santé : https:// www.scopesante.fr.

Ces indicateurs permettent notamment :

- d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients : en effet les établissements ayant conscience de leurs difficultés peuvent mettre en place des dispositions afin de les réduire.
- de pouvoir comparer les établissements de santé afin d'aider à la prise de décision : les indicateurs permettent de mettre en avant les points faibles et les points forts des établissements, points sur lesquels un usager peut se baser pour arrêter son choix d'établissement.

Il est désormais possible de comparer les établissements, qu'ils soient publics ou privés, afin d'éclairer les usagers. L'un des objectifs majeurs de ces indicateurs est donc de répondre à l'exigence de transparence tant demandée par les usagers.

21 thématiques sont retenues pour apprécier le niveau de qualité de l'établissement. Il est possible d'accéder à la fiche de chaque établissement et aux résultats détaillés en sélectionnant une activité et/ou une spécialité dans la barre de recherche.

Le site propose :

- des synthèses et des cartes interactives concernant des indicateurs de qualité pour chaque établissement sélectionné ;
- une comparaison par établissement de santé ;
- des focus régionaux ;
- une possibilité de tri permettant de classer les établissements par thème et niveau de résultats

2.3.2. Les résultats en Pays de la Loire

Différents critères sont sélectionnables sur le site et permettent de mettre en avant les résultats de la certification et d'autres critères.

a) La certification

L'échelle de notes de la certification

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

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

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

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

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

La certification des établissements :

Résultats de la certification des 191 établissements ou services certifiés dans les Pays de la Loire :

Nombre d'établissements	Note
58	Note A
119	Note B
13	Note C
1	Note D
0	Note E

b) Les autres indicateurs

Sur Scope Santé les résultats de qualité de chaque établissement sont associés :

- à une couleur, le vert foncé représentant le meilleur résultat et le rouge le moins bon,
- à une cotation allant généralement de A à C en fonction des résultats propres de l'établissement et de son positionnement par rapport aux autres établissements. La cotation A peut être considérée comme très satisfaisante, la cotation B comme moyenne, la cotation C nécessite de mettre rapidement en œuvre des actions d'amélioration.

La traçabilité de la douleur

- en Hospitalisation à domicile : 56% des établissements sont en « classe A » et 44% en « classe B ». Aucun ne se classe en C.
- en MCO : 61% des établissements sont en classe A, 30% en classe B et 9% en classe C.
- enfin, en « Soins de suite et de réadaptation » 58% sont en classe A, 30% en classe B, 12% en classe C et 0.

La qualité du dossier patient

- en soins de suite et de réadaptation : 59% sont en classe A, 27% en B et 15% en C.
- en santé mentale : 39% sont en classe A, 39% en B et 22% en C.
- en hospitalisation à domicile : 56% sont en A, 33% en B et 11% en C.
- en médecine Chirurgie Obstétrique (Court séjour) : 45% sont en A, 26% en B et 28% en C.

Des progrès importants ont été faits dans la qualité de la tenue du dossier patient pour un grand nombre d'établissements. Néanmoins des efforts restent à faire pour les établissements relevant de la catégorie C.

Les courriers de fin d'hospitalisation :

- en hospitalisation à domicile : 11% des établissements des Pays de la Loire sont en classe A, 33% en classe B et 56% en classe C.
- en soins de suite et de réadaptation : 22% sont en classe A 37% en classe B 41% et en classe C.
- en santé mentale : 22% sont en classe A, 6% en classe B et 72% en classe C.

Le lien hôpital/ville

Il évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et la qualité du document de sortie. Dans cette catégorie tous les établissements obtiennent un résultat moyen. Cette catégorie sera complétée par un indicateur concernant la qualité de la lettre de liaison à la sortie courant 2018.

La diffusion des résultats

Les résultats des établissements doivent être affichés dans l'établissement, paraître dans le livret d'accueil et être diffusés sur le site internet de l'établissement.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

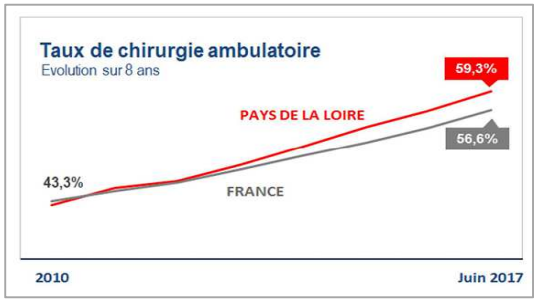
D'un premier abord, l'outil Scope Santé est difficile d'accès, il est cependant intéressant et répond aux exigences de transparence demandées par les usagers.

Il révèle notamment que l'indicateur lien hôpital/ville reste un point faible des établissements. En effet, tous les établissements obtiennent un résultat moyen. Les efforts à faire par les établissements sont d'autant plus importants qu'ils ont l'obligation depuis début 2017 de remettre aux patients une lettre de liaison au moment de la sortie de l'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.

2.4. Satisfaction des usagers pris en charge en ambulatoire dans les pays de la Loire

Au 30 juin 2017, le taux de chirurgie ambulatoire régional s'élève à 59,3%, soit 2,7 points au-dessus du taux national.



Depuis 2010, la région Pays de la Loire affiche une dynamique de progression supérieure à la dynamique nationale. Sur la période 2011-2016, le volume total des séjours de chirurgie a progressé de 9,9%, tandis que le volume des séjours de chirurgie ambulatoire progressait de 36,9%.

Il n'existe pas actuellement de résultat consolidé du taux de satisfaction des patients dans la région.

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

En 2016, la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) a enregistré 187 nouveaux dossiers, contre 164 en 2015, soit une augmentation de 14% en un an, et en a traité 247, soit le même nombre qu'en 2015.

Le délai moyen entre la date de la demande et la date à laquelle le dossier est déclaré complet a considérablement diminué : 5,6 mois en 2016 contre 8,7 mois en 2015.

La Commission s'est réunie 7 fois en 2016 et a rendu 169 décisions.

	2014	**2015**	**2016**
Demandes d'indemnisation amiable	186 nouveaux dossiers 137 dossiers traités	164 nouveaux dossiers 191 dossiers traités	187 nouveaux dossiers 247 dossiers traités

	2014	**2015**	**2016**
Nombre d'avis rendus en commission	91	138	169
Dont avis positifs	40	55	56
Dont refus d'indemnisation :		75	98
Pour rejet	27	30	55
Pour abandon		33	30
Pour incompétences/irrecevabilités		12	13

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les délais de traitement des dossiers continuent de s'améliorer.

Si le nombre d'avis rendus a augmenté, le nombre d'avis positifs lui est resté stable.

L'information aux usagers est à poursuivre tant le nombre de dossiers rejetés pour abandon ou incompétence est important, les usagers s'engagent dans une procédure souvent longue et difficile devant la CCI alors qu'ils ne remplissent pas les critères de recevabilité.

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

2.6.1. Le contexte réglementaire des Conseils de la vie sociale

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

Le CVS peut faire des propositions pour améliorer le quotidien des résidents et se réunit au minimum trois fois par an. Il peut donner son avis sur : les projets de travaux, l'entretien des locaux, la mise en place de nouveaux services, les modifications de la prise en charge ayant un impact sur les résidents, le programme des animations, l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants.

2.6.2. Installation et fonctionnement des CVS

Pas de données disponibles.

2.6.3. Les modes d'expression collective en dehors des CVS

83% des ESMS de la région ont mis en place des groupes d'expression collective en dehors du CVS.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Pour l'année 2016, la CSDU fait face à un manque d'information sur les CVS en l'absence du suivi des indicateurs du PRS et des bilans des inspections internes et des évaluations externes.

Les documents d'évaluation du PRS 1 indiquaient « Les Conseils de Vie Sociale (CVS) se mettent en place plus lentement que les CRUQPC, sont estimés moins fonctionnels, moins actifs, avec des difficultés de recrutement. »

La CSDU s'interroge sur le fonctionnement des CVS des EHPAD car les remontées du terrain font part de grandes difficultés dans leur mise en œuvre et leur fonctionnement alors qu'il s'agit d'une instance qui pourrait être constructive pour les résidents des établissements.

La CSDU est dans l'attente de la mise en œuvre de l'expérimentation de la désignation d'un représentant des usagers dans un CVS en Maine-et-Loire.

La CSDU sera attentive aux travaux que les Conseils Départementaux à la Citoyenneté et à l'Autonomie (CDCA) nouvellement installés ont prévu d'engager, avec les Conseils Départementaux, sur le fonctionnement des CVS.

2.6.4. 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.

Les interventions en 2016 :

- 1 intervention a été réalisée en Maine-et-Loire en 2016
- 2 en Sarthe (prise en charge des personnes handicapées)
- 3 en Vendée

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.

Les missions et modes de saisines des personnes qualifiées sont désormais publiés sur le site internet de l'ARS.

2.7. Le dispositif de traitement des réclamations à l'ARS

Le plus souvent les réclamations sont traitées par les Conseils des ordres des professionnels de santé en ambulatoire, par les établissements de santé dans le sanitaire, et par les structures spécialisées dans le secteur médico-social. Cependant un certain nombre de réclamations est adressé directement ou en copie à l'Agence.

526 réclamations ont ainsi été reçues au cours de l'année 2016 par la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique et examinées en commission régionale. Après une baisse en 2015 (506), le nombre de réclamations est de nouveau en progression.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Etablissement de santé	124	119	157	204	169	146
Ambulatoire	28	27	39	51	32	45
Secteur Personnes âgées	97	91	124	147	139	144
Secteur Personnes handicapées	53	50	64	82	57	47
Défauts d'offre de soins	NR	NR	NR	NR	49	107
Pharmacie Laboratoire	NR	NR	NR	NR	1	6
Autres domaines	80	64	54	61	50	24
Détenus	NR	NR	NR	NR	4	3
Santé Environnement	NR	NR	NR	NR	5	4
TOTAL	**382**	**351**	**438**	**545**	**507**	**526**

Répartition des réclamations par secteur en 2016 :

- Les **principaux motifs des réclamations** concernant le domaine des établissements de santé (28% des réclamations) signalent des problèmes de qualité des soins médicaux (30%), mettent en cause l'attitude des professionnels (20%) ou un problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement/service/pôle (12%).
- 27% des réclamations concernent le **secteur des personnes âgées** :
  - 30% pointent la qualité de l'hôtellerie-locaux-restauration
  - 20% pointent les problèmes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement et notamment le manque de personnel
  - 19% pointent la qualité des soins paramédicaux et notamment l'absence ou l'insuffisance d'accompagnement lors des toilettes
  - 12% mettent en cause l'attitude des professionnels.
- Deux tiers des réclamations relatives à la **qualité des soins médicaux** dénoncent un problème de prise en charge et de prescriptions médicamenteuses.
- La recherche infructueuse d'une place en établissement est le principal motif de réclamations du **secteur des personnes handicapées**, 62% de ces réclamations concernent les places en établissements pour adultes et 38% les places en établissement pour enfants.
- Dans les réclamations concernant **le secteur ambulatoire** les usagers se plaignent de la qualité des soins médicaux (33%), de l'attitude du professionnel (23%) ou d'un défaut d'informations (13%).
- Dans le domaine de **l'offre de soins,** en 2016, 93 réclamations signalaient des difficultés de désigner un médecin traitant dont 74% concernent le département de la Vendée (La Roche sur Yon, Challans, Fontenay le Comte ou Luçon principalement).
- Les autres motifs de réclamations portent sur différents problèmes sociaux, financiers, psychologiques, administratifs, de mutation…

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

A travers le nombre et les motifs de réclamations reçues par l'ARS, la CSDU constate les grands sujets d'inquiétude et d'attente des ligériens :

- **la problématique de l'offre de soins de premiers recours dans plusieurs territoires**
- **les conditions de séjour dans les établissements pour personnes âgées**
- **les difficultés pour trouver une place en établissement médico-social, notamment pour les adultes**
- **l'accès aux soins ou à un établissement pour les personnes en situation de handicap**
- **la qualité de la prise en charge médicale dans les établissements de santé.**

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

3.1. Promouvoir la bientraitance dans le secteur ambulatoire

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

3.2. Promouvoir la bientraitance dans le secteur sanitaire

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

Il n'y a pas de nouvelles données pour l'année 2016. De nouveaux indicateurs sont en cours d'élaboration pour la V-2014.

3.2.2. Les informations sur la bientraitance au sein des rapports CRUQPC

92% des établissements déclarent mettre en œuvre des actions de promotion de la bientraitance telles que :

- élaboration d'une charte éthique avec les professionnels et les patients
- participation à des groupes de travail animés par le réseau Qualisanté
- regards croisés sur la bientraitance
- développement de la bientraitance en psychiatrie.

Dans 107 établissements ligériens, 668 évaluations des pratiques professionnelles ayant pour thématique le respect des droits des usagers ont été recensées.

78% des établissements ont proposé au personnel des formations et des séances de sensibilisation à la bientraitance.

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

3.3.1. Le bilan des inspections menées par l'ARS

Pas de données disponibles pour l'année 2016.

3.3.2. La qualité de l'accompagnement en EHPAD

Le taux de répondants aux indicateurs Flash depuis leur lancement en 2013 a augmenté de 32%.

91% des EHPAD ont répondu aux indicateurs, soit 528 EHPAD.

a) Les plans d'amélioration continue de la qualité

En 2016, 88% des EHPAD des Pays de la Loire ont un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) (contre 89% en 2015). La Mayenne est le département le moins performant de la région en 2016, avec 83% de ses EHPAD bénéficiant d'un PACQ.

b) Les Projets de Vie Personnalisés

Depuis la loi 2002-2 chaque personne accueillie en établissement médico-social devrait bénéficier d'un projet de vie personnalisé (PVP). En Pays de la Loire, en 2016 70% des résidents de la région disposent d'un projet personnalisé formalisé, en augmentation continue depuis 2013 (50%).

Mais dans un quart des EHPAD seule la moitié des résidents disposent d'un PVP.

Projets de vie personnalisés :	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
2015	65%	57%	50%	66%	61%
2016	63%	63%	56%	65%	75%

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

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

c) Informatisation des dossiers usagers et dossier de liaison d'urgence

Sur 528 EHPAD répondant à l'enquête, 56% affirment que le dossier usager est complètement informatisé. Ce chiffre augmente constamment depuis 2013 quand le taux était de 39%.

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

71 % des résidents ayant chuté ont bénéficié d'un suivi individuel.

d) Les évènements indésirables graves

La politique de signalement des évènements indésirables (EI) est ancrée dans l'organisation des EHPAD : 97% des EHPAD disposent d'une fiche de déclaration des EI.

La culture de l'analyse des évènements indésirables progresse : 75 % contre 69 % en 2015.

58 % des évènements indésirables ont fait l'objet d'un plan d'actions correctrices.

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

Les données disponibles proviennent des indicateurs Flash 2017 réalisés à partir des données de 2016.

87% des établissements pour personnes handicapées ont répondu, soit 424 établissements et une hausse de 7% par rapport à 2015.

a) Les projets de vie

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

78% des projets personnalisés ont été réévalués avec la personne accompagnée en 2016, les chiffres sont stables par rapport à 2015.

Le secteur de l'enfance est toujours plus avancé (91% des établissements) que le secteur des adultes (66% des établissements) dans cette démarche. 56% des ESMS révisent les projets personnalisés aux âges clés de la vie (18-25 ans /35-45 ans), soit une baisse par rapport à 2015 (62%).

Afin de favoriser plus largement la participation de l'usager et le recueil de sa satisfaction QualiREL Santé a lancé en octobre 2016 le projet EAU (Evaluer avec les Usagers). Le livrable prévoit un outil adapté de recueil de l'expérience de l'usager en situation de Handicap disponible au 1 er semestre 201).

b) Les protocoles de gestion des situations de maltraitance

64% des 363 établissements ayant répondu à l'indicateur Flash ont mis en place un protocole de gestion des situations de maltraitance du fait du personnel (hausse de 1% par rapport à 2015).

L'écart intra-régional sur ce dispositif reste très marqué, ainsi 75% des établissements de Loire-Atlantique ont mis en place un tel protocole contre seulement 34% des établissements vendéens.

c) Les évènements indésirables graves

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

- 91% des ESMS disposent de fiches de déclaration des EI (progression de 8 points depuis 2014)
- 69% des ESMS organisent des réunions d'analyse des EI (+8% par rapport à 2014)
- 49% des EI sont liés à des situations de violence du fait de l'usager (en majorité constatées par les IME et les ITEP)
- les protocoles de gestion des risques de violence sont rédigés dans 65% des ESMS
- les protocoles de gestion des situations de maltraitance sont rédigés dans 64% des ESMS

3.3.4. La qualité de l'accompagnement dans les établissements pour Services de Soins Infirmiers à Domicile

Les indicateurs Flash se sont élargis aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) au premier semestre 2016. En juillet 2016 a été lancée une étude globale régionale sur l'ensemble des SSIAD, intégrant les futurs indicateurs Flash « coopération - qualité - sécurité » appelés à être recueillis tous les ans.

90% des SSIAD ont répondu à cette première étude, soit un total de 100 SSIAD, 5 n'ont pas répondu (dont 3 de moins de 40 places).

a) Plan d'amélioration continue de la qualité

La démarche qualité est formalisée par un PACQ dans 78 % des SSIAD de la région (17 SSIAD ont répondu l'avoir partiellement formalisé). La différence intra régionale est assez élevée entre la Loire-Atlantique où seulement 63% des SSIAD possèdent un PACQ et la Vendée où 96% des SSIAD en possèdent un.

Il existe :

- un dispositif organisé de traitement des remontées d'informations sur l'évolution de la situation de la personne dans 91 SSIAD,
- des modalités formalisées de réévaluation des soins dispensés à la personne accompagnée dans 73 % des SSIAD.

Un dossier administratif et d'admission informatisé est mis en place dans 95 SSIAD sur 100.

b) Document individuel de prise en charge

99 SSIAD ligériens sur 100 déclarent que toutes les personnes accompagnées bénéficient systématiquement d'un document individuel de prise en charge (DIPC).

Le DIPC comprend systématiquement : le plan de soins dans 83 % des SSIAD, les objectifs de prise en charge dans 82 % des SSIAD, les souhaits de la personne dans 69 % des SSIAD, l'environnement social et familial dans 65 % des SSIAD, le recueil des habitudes de vie dans 64 % des SSIAD, l'état du logement dans 56 % des SSIAD, les souhaits de son environnement dans 47 % des SSIAD, l'avis des professionnels intervenant au domicile dans 16 %.

Seuls 9 SSIAD déclarent que le DIPC comprend systématiquement l'ensemble de ces 8 items.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les indicateurs de suivi de la promotion de la bientraitance évalués par les critères de la HAS et les enquêtes Flash sont tous en hausse et des outils se développent pour accompagner les établissements désireux de travailler sur cette thématique : guide de la HAS, formations, enquêtes et accompagnements du réseau régional QualirelSanté…

De fortes disparités existent cependant selon les départements : les protocoles de gestion des risques de violence sont rédigés dans 65% des ESMS mais seulement dans 44% des établissements en Mayenne et 82% en Loire-Atlantique. De même les protocoles de gestion des situations de maltraitance sont rédigés dans 64% des ESMS dans la région mais seulement dans 34% des ESMS de Vendée.

Plans d'amélioration continue de la qualité, projets de vie personnalisés, formation des professionnels, protocoles de gestion de la maltraitance, il s'agit là de critères institutionnels et d'une vision institutionnelle de la bientraitance. Il serait intéressant de savoir ce que les résident·e·s des établissements médico-sociaux et leurs proches entendent par bientraitance, comment ils/elles la définissent ; ce travail permettrait de décliner des items spécifiques évaluables.

FOCUS

QualiREL : des outils au service des établissements sanitaires et médico-sociaux

Le précédent rapport relatif aux droits des usagers mentionnait le projet « Regards croisés sur la bientraitance » mené par l'association Qualirel. De nombreux outils ont été produits par le groupe de travail bientraitance et plusieurs évaluations ont été proposées aux établissements.

Ce projet a notamment permis d'aboutir à la création d'un questionnaire à l'attention des patients / résidents venant compléter les deux autres volets de l'évaluation « Regards croisés sur la bientraitance » et une nouvelle vague d'évaluation s'est déroulée au dernier trimestre 2017.

Le kit « Regards croisés sur la Bientraitance V3 » est le résultat du projet de recherche et la dernière version de l'outil qui a été créé pour être mise en place dans tout établissement sanitaire ou EHPAD souhaitant travailler sur la promotion de la bientraitance dans leur établissement. L'ensemble des supports est personnalisable.

Le réseau QualiREL propose également des ateliers thématiques sur la bientraitance ouverts aux représentants des usagers. Les objectifs de ces ateliers sont notamment de :

- Connaître les évolutions culturelles et réglementaires de promotion de la bientraitance;
- Connaître la place de la bientraitance dans le secteur médico-social et sanitaire;
- Identifier les acteurs de la promotion de la bientraitance et comprendre l'importance de leur rôle;
- Comprendre les grandes dimensions de la stratégie de la promotion de la bientraitance;
- Faire le lien entre les différentes actions réalisées au sein de son établissement : identifier des actions existantes;
- Connaître un panel d'outils de promotion de la bientraitance et leurs domaines d'application.

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. Les données de Scope Santé

Les données de la HAS reprises dans Scope Santé sur la traçabilité de la douleur indiquent :

- en Hospitalisation à domicile : 56% des établissements sont en classe A et 44% en classe B. Aucun ne se classe en C,
- en MCO : 61% des établissements sont en classe A, 30% en classe B et 9% en classe C,
- en « Soins de suite et de réadaptation » : 58% sont en classe A, 30% en classe B, 12% en classe C.

4.2.2. 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 (97% des établissements), par la désignation d'une personne référente au sein du personnel (56% des établissements) et dans la procédure d'accueil/entrée (48% des établissements).

93% des établissements affirment que le personnel a reçu une formation sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Certains établissements proposent des actions en faveur de la prise en charge de la douleur telles que la mobilisation des membres du Comité de Lutte Contre la Douleur 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 séances individuelles sur la gestion du stress et la relaxation pour les patients.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La douleur des patients en établissement de santé paraît être mieux prise en charge.

Mais la prise en compte de la douleur chronique continue de se heurter à des délais d'attente particulièrement longs dans les structures dédiées.

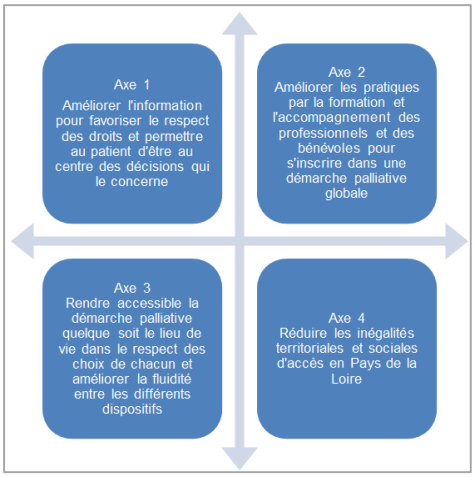
4.3. Prendre en charge la douleur dans le secteur médico-social

Pas de données.

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

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

Le plan 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. Plusieurs actions de ce plan reprenaient des préconisations de l'étude sur le respect des droits des malades en fin de vie et l'élaboration de ce plan s'est faite avec la participation de membres de la CRSA.



5.2. Des initiatives pour favoriser le droit des patients

D'un tour d'horizon réalisé avec le référent soins palliatifs de la région il ressort que dans le domaine de l'information différentes initiatives, souvent dispersées, sont prises dans la région pour favoriser la diffusion des droits des usagers en fin de vie :

- semaine des droits des patients au CHU de Nantes
- formulaire des directives anticipées en version pictographique déployé dans les MAIA Nord Sarthe et Perche Sarthois
- réalisation d'une bande dessinée sur les soins palliatifs
- actions de la Coordination de l'accompagnement en soins palliatifs 49 (CASSPA 49) vers les usagers : site internet, conférences, documentation dont plaquette démarche palliative et usagers
- réalisation d'un guide régional des soins palliatifs.

Début 2018, un courrier devrait être adressé aux président·e·s des Commissions des usagers et des Conseils de la vie sociale pour que leur instance examine d'une part les conditions d'information des usagers et d'autre part la mise en œuvre des dispositions du droit des patients en fin de vie.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Beaucoup d'actions d'information sur le droit des malades en fin de vie sont réalisées dans la région, par différents acteurs. Il manque une capitalisation de ces actions au niveau régional afin de faire connaître les projets, d'échanger, et de diffuser plus largement les outils existants.

Par ailleurs, il est nécessaire que les instances de démocratie sanitaire se saisissent de ce sujet dans leurs travaux : à la fois dans les Conseils territoriaux de santé par l'intermédiaire de la formation spécifique d'expression des usagers, dans les Commissions des usagers des établissements de santé et dans les Conseils de la vie sociale des établissements médico-sociaux.

5.3. Analyse du critère 13a de la certification HAS

Pas de nouvelles données pour 2016.

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

5.4.1. La personne de confiance

97% des établissements attestent de l'existence d'une procédure de désignation de la personne de confiance au sein de leur service. Parmi les 4 établissements n'ayant pas mis en place de procédure deux indiquent cependant avoir une procédure d'information des usagers sur cette possibilité.

5.4.2. 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 22 établissements n'ayant pas de procédure d'organisation des soins de fin de vie, 19 indiquent cependant solliciter des équipes mobiles, des référents désignés et les associations d'accompagnement à la fin de vie.

5.4.3. Les directives anticipées

83% 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 (70% des établissements en 2016 contre 65% des établissements en 2015 et 61% en 2014).

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

Il est à noter que la démarche de formation sur la prise en charge du malade en fin de vie est développée pour 85% des établissements.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Il reste un travail important à mener pour faire connaître les dispositifs de désignation de la personne de confiance et de directives anticipées et pas seulement en établissement de santé et en fin de vie.

Les indicateurs Flash EHPAD et Personnes Handicapées pourraient aborder les domaines de la désignation de la personne de confiance et de la rédaction des directives anticipées.

Selon l'Association de développement des soins palliatifs seulement 14% des Français~~-e-~~s auraient rédigé leurs directives anticipées.

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

Les éléments fournis pour 2016 par les différents Conseils de l'Ordre ne permettent pas d'analyser ce point.

6.2. L'accès au dossier médical

Source : données issues des rapports CRUQPC

6.2.1. Les procédures

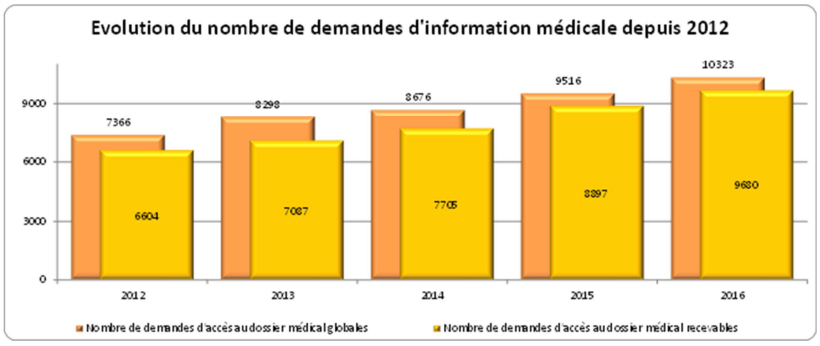
99% des établissements ont mis en place une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical. Cette information est portée à la connaissance des usagers par l'affichage ou le livret d'accueil (97% des établissements), par une personne référente désignée au sein du personnel (42%), dans la procédure d'accueil/ entrée dans l'établissement (15%), par la permanence pour l'information des usagers (9%) ou encore via le site internet, le règlement intérieur ou des plaquettes d'information.

En 2016, 74 établissements attestent de la formation du personnel sur la procédure d'accès au dossier médical.

6.2.2. Les demandes d'accès au dossier médical

84% des établissements de santé ont été sollicités en 2016 pour au moins une demande d'information médicale. Parmi ces 98 établissements, 65% ont enregistré moins de 40 demandes.

85% des demandes recevables concernent des dossiers de moins de 5 ans.



Les délais de réponse :

Parmi les 96 établissements ayant reçu des demandes de dossiers de moins de 5 ans :

- 31 établissements ont répondu dans un délai maximum de 8 jours

- 52 établissements ont dépassé le délai réglementaire
- 13 établissements n'ont pas indiqué le délai maximum

Concernant les 61 établissements ayant enregistré des demandes d'information médicale de plus de 5 ans :

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

Les motifs expliquant le non-respect du délai légal sont variés : problématique d'accès pour certains dossiers archivés en externe, surcharge de travail ou période de congé dans l'établissement, indisponibilité du patient pour le rendez-vous, indisponibilité du médecin pour la validation du dossier médical.

6.3. L'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (IPAQSS) étant biennaux il n'y a pas d'actualisation des données relatives au « délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation » pour l'année 2016.

Les données de Scope Santé sur l'envoi des courriers de fin d'hospitalisation indiquent :

- en hospitalisation à Domicile : 11% des établissements des Pays de la Loire sont en classe A, 33% en classe B et 56% en classe C.
- en soins de suite et de réadaptation : 22% sont en classe A 37% en classe B 41% et en classe C.
- en santé mentale : 22% sont en classe A, 6% en classe B et 72% en classe C.

6.4. La lettre de liaison

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a instauré l'établissement systématique d'une lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation adressée au médecin traitant et remise aux patients. Un décret du 20 juillet 2016 a précisé le contenu et les modalités de transmission de cette lettre de liaison.

Pour la HAS, la lettre de liaison est un élément clé de la continuité des soins. Elle ne crée pas de nouveau document. Elle doit être signée par un médecin de l'établissement et adressée au médecin de ville ou à la structure de transfert et remise au patient le jour de sa sortie. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».

D'après les retours des représentants des usagers des établissements de santé, cette disposition se met en place progressivement avec néanmoins des difficultés d'organisation.

D'après les représentants des usagers environ 30% des lettres de liaison en MCO répondraient aux critères définies par la HAS actuellement.

FOCUS **Mise en place de la lettre de liaison au CHU de Nantes**

Suite à l'évolution législative, le CHU a mis en place une large campagne de communication interne à ce sujet dès la parution du décret, pour accompagner les professionnels dans cette démarche :

- Présentation des exigences au sein de l'ensemble des comités médicaux,
- Diffusion d'une plaquette à tous les internes sur le contenu de la lettre de liaison,
- Mise à disposition de trame de rédaction pour les dossiers papiers ou numériques, intégrant les critères attendus,
- Communications écrites et ciblées : lettre d'information spécifique pour les professionnels,

Globalement, le dossier patient informatisé est un facteur aidant dans la mise en œuvre de la lettre de liaison. Celle-ci est créée dès l'entrée du patient et alimentée tout au long du séjour.

La remise au patient à la sortie est également un enjeu. Cela nécessite une organisation médicale adaptée pour que la lettre soit validée à la sortie du patient, remise immédiatement et que cette remise soit bien tracée.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La remise d'une lettre de liaison le jour de la sortie d'hospitalisation au patient est une avancée notoire de la loi de janvier 2016 pour tracer la continuité des soins et l'information du patient.

La CSDU comprend les difficultés de mise en œuvre pour les établissements de santé, mais il est néanmoins souhaitable que cette disposition se concrétise effectivement.

Il serait utile que dans les dialogues avec les établissements, l'ARS place cette remise de la lettre de liaison comme un objectif prioritaire de qualité.

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

Concernant les plaintes reçues par l'ARS en 2016 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

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.

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.

Ils permettent la scolarisation dans le premier et le second degré d'un petit groupe d'élèves présentant des troubles des fonctions cognitives ou mentales, auditives, visuelles ou motrices. Sont également concernés par ce dispositif les élèves présentant des troubles envahissants du développement, des troubles spécifiques du langage ou dysphasiques voire des troubles multiples associés.

7.2. La scolarisation et l'accompagnement des enfants handicapés en Pays de la Loire

7.2.1. Les données 2016

Les enfants en situation de handicap scolarisés

En Pays de la Loire, le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés s'élève à 18 600 élèves. 13 558 enfants sont scolarisés en milieu ordinaire soit 73%, ce qui est inferieur à la moyenne nationale. *(Source : Académie de Nantes).* 65% sont en classe ordinaire et 35% sont en ULIS, ce qui correspond à peu près à la répartition au niveau national.

L'inclusion scolaire *(Source : indicateur Flash ARS données 2016)*

70% des enfants de 6 à 16 ans accueillis en établissement sont scolarisés en Unité d'Enseignement interne et 30 % sont en inclusion scolaire, totale ou séquentielle. Ce sont les enfants d'ITEP qui bénéficient de la plus large inclusion scolaire (52%) et 18% des enfants d'Institut Médico-Educatif (IME).

Les élèves en attente d'affectation en ULIS (*source : Académie de Nantes)*

- 6 % des élèves sont en attente d'ULIS école (123 élèves)
- 1 % des élèves en ULIS école sont en attente d'affectation dans une autre structure (27 élèves)
- 6 % des élèves sont en attente d'ULIS second degré (101 élèves)
- 3 % des élèves en ULIS second degré sont en attente d'affectation dans une autre structure (44 élèves)

7.2.2. Les éléments du groupe de travail « Evaluation des besoins – Accompagnement des enfants en situation de handicap, scolarisation et participation sociales des jeunes en situation de handicap »

Ce groupe de travail constitué pour alimenter les travaux d'élaboration du Projet Régional de Santé 2018-2022 a mis en lumière les éléments suivants :

a) Une augmentation continue du nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés

Le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire a doublé entre 2006 et 2015 mais il convient de noter que cette augmentation résulte en partie d'une définition plus large du handicap (troubles des apprentissages, DYS...) et que cela masque de grandes disparités en fonction des handicaps (troubles cognitifs en ULIS, troubles moteurs en classe ordinaire, polyhandicapés...).

Dans le secondaire, il y a un écart important entre le nombre de places en ULIS collège (1 803 à la rentrée 2015) et le nombre de places en ULIS lycée (392). 22% des sortants d'ULIS collège rejoignent un établissement médico-social, 1% serait sans solution à la sortie d'ULIS collège.

b) Une augmentation de l'offre de services, mais qui reste insuffisante.

Depuis 2010, les Pays de la Loire ont connu une forte dynamique de développement des SESSAD : près de 500 places ont été créées ; l'offre de services a augmenté de 23% en Loire-Atlantique et de 37% en Vendée permettant un rééquilibrage territorial.

Mais la pression de la demande reste forte tant sur les établissements que sur les services médico-sociaux de la région ; la croissance démographique induit une augmentation de la demande supérieure au rythme de créations de place, notamment en 44 et en 85.

La région reste ainsi sous-dotée par rapport à la moyenne nationale. De plus, le peu de sorties vers le secteur adultes provoque une embolisation des IME, et le maintien en école ordinaire d'enfants relevant du médico-social, une saturation des ULIS, ainsi qu'un manque d'AVS.

c) La coopération entre milieu ordinaire et milieu spécialisé se concrétise difficilement sur le terrain :

- Les temps de scolarisation restent insuffisants en unité d'enseignement en établissement : c'est ce qui ressort du rapport sur les Unité d'enseignement de décembre 2014, la scolarisation varie de 1h à 20h, hebdomadaire.
- La part des enfants non scolarisés atteint 14% en établissement médico-social.
- Les scolarités partagées restent marginales.

d) La scolarisation en milieu ordinaire se heurte également à :

- Une mauvaise représentation du handicap à l'école liée à une insuffisante sensibilisation des équipes pédagogiques, des personnels des écoles, des élèves et des familles aux handicaps,
- Une méconnaissance réciproque des circuits et des contraintes entre professionnels des ESMS et de l'Education Nationale.
- Une difficulté d'accès à l'accueil périscolaire, aux sorties scolaires et aux transports scolaires de droit commun.
- Un manque d'offre quantitative et qualitative pour les plus de 16 ans (offre ULIS-pro, articulation ULIS-pro – ESAT).

FOCUS

Les évolutions suivantes sont proposées par le groupe de travail conduit par Jean Sellier, président de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux.

Afin de faciliter la scolarisation des enfants en situation de handicap il conviendrait de :

- Poursuivre et renforcer le travail de **partenariat entre Education Nationale et MDPH**. Cela passe notamment par la formation des enseignants au handicap, par le plaidoyer auprès des MDPH pour formaliser les projets personnalisés de scolarisation, etc.
- Organiser le plaidoyer pour un **meilleur accès aux structures de droit commun** (crèche, accueil périscolaire, formation professionnelle, loisirs, vacances, culture…) et à l'environnement numérique.
- Développer le nombre d'**accompagnements de type SESSAD**, ainsi que la poursuite de la réflexion sur leurs missions : SESSAD axés sur les prises en charges directes ou axés sur la coordination des accompagnements en collaboration avec les services de soins libéraux.
- S'interroger aussi sur les liens avec l'arrivée des **pôles de compétence et de prestations externalisées** dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous. Cette pluralité de fonctions pour les SESSAD élargirait le choix des familles dans leurs aspirations pour certaines d'entre elles de rester vraiment maitre d'œuvre de la déclinaison du projet personnalisé d'accompagnement.
- Les coopérations futures devraient, dans la perspective demandée par les Pouvoirs publics (également OS3-004 du PRS2) d'externaliser toutes les classes d'IME, se formaliser sur chaque territoire de santé par un pilotage permanent Education Nationale/ARS/Représentants du secteur médicosocial/Représentants d'usagers/Collectivités territoriales pour disposer d'une **stratégie collective, programmatrice, pluriannuelle et anticipatrice.**

  Il y aurait ainsi une construction élaborée, permettant aussi de donner de la visibilité aux familles et leur permettant de se projeter mieux sur le parcours de leur enfant.

  La **restructuration de l'offre** est un enjeu certain : il faut la corréler certes avec les aspirations nouvelles d'une partie des familles, ce qui est fondamental, mais aussi intégrer qu'en même temps un nouveau public présentant des troubles psychiques graves (et relevant souvent également de l'Aide Sociale à l'Enfance) vient prendre la place laissée libre grâce à l'inclusion des enfants déficients intellectuels.

Au final « les murs » des institutions changent de sens avec une fonction contenante et non plus discriminatoire comme cela a pu l'être et peut encore l'être. Les institutions ont un autre « usage » et cela doit être pris en compte dans la réflexion.

- Concernant le devenir des institutions et en particulier des **Instituts médico éducatifs** :

  Une réflexion partagée de tous les acteurs à l'issue de la promulgation du PRS2, serait peut-être utile pour retravailler leurs missions. Des pistes importantes comme le développement de leur fonction ressource au service du territoire sont déjà préfigurées dans le PRS2. Il peut sembler utile de penser l'assouplissement des orientations MDPH pour renforcer la possibilité des prises en charges partagées.

  Il y aura peut-être des inscriptions à renforcer dans le cadre des CLS, où il ne semble pas que le médicosocial, dont en particulier le dépistage précoce, soit exploité autant que cela pourrait l'être.

- Il est important de rappeler l'**obligation des projets personnalisés de scolarisation** qui ne sont pas encore systématiques sur tous les départements et qui sont à l'initiative de l'Education Nationale.

- L'**accompagnement des 16-25 ans** pose la question de la poursuite des apprentissages de base, que de nombreuses familles interrogent. Elles expriment que la déficience intellectuelle ou que les troubles de l'apprentissage nécessitent de penser autrement la durée et le maintien des acquis scolaires ou para scolaires.

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.

8.2. Les unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral

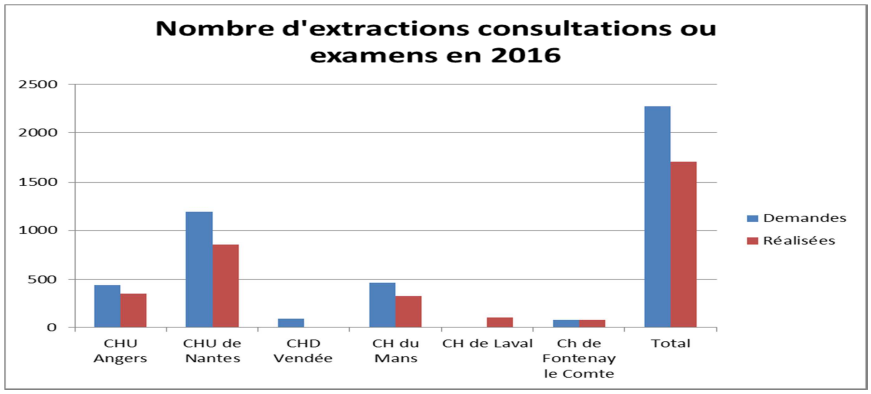
Au sein de chaque établissement pénitentiaire les soins médicaux sont assurés par une Unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral (UCSA).

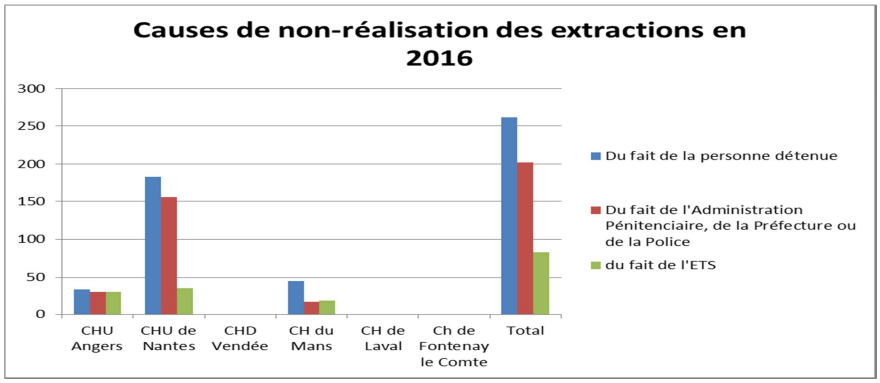
La région des Pays de la Loire compte un total de 8 établissements pénitentiaires et 6 maisons d'arrêts. Ces établissements sont reliés à 7 unités sanitaires. Au 1er janvier 2017, 2 222 personnes détenues étaient écrouées au sein des différents établissements pénitentiaires des Pays de la Loire.

Source : DAP-SDME-Me5 au 1er janvier 2017

Quand des soins ou examens ne peuvent pas être réalisés en détention, ou en cas d'urgence, des **extractions** sont réalisées.

Le taux de réalisation total des extractions pour consultations ou examens est de 80%.





Source rapports : https://o6.sante.gouv.fr/oSSD/a.asp?Ecran=1440&Ht=900&js=1

La consultation des rapports d'activités pour l'année 2016 de chaque Unité Sanitaire permet de constater que :

- 99,6% des extractions urgentes (481) ont été réalisées,
- 559 extractions pour consultations ou examens dans les hôpitaux référents n'ont pas été effectuées, principalement en raison du refus de la personne détenue (48%), ou du fait de l'Administration pénitentiaire, de la préfecture ou de la police (37%)
- 74 hospitalisations ont nécessité un transfert entre l'établissement de santé initial et l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Rennes (soit seulement 18%).

FOCUS

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

La démarche communautaire en santé en prison rend les personnes détenues actrices de leur santé

Né de la volonté croisée de Médecins du Monde et des équipes médicales et de l'administration pénitentiaire intervenant en centre pénitentiaire à Nantes, un programme visant à promouvoir la santé et améliorer l'accès aux soins des personnes détenues s'est mis en place en 2014.

La conception du programme donne une place fondamentale aux personnes concernées grâce à une approche communautaire en santé. Elle s'articule autour de la mise en place d'ateliers collectifs, points d'ancrage de la démarche, de l'identification par les personnes elles-mêmes des difficultés qu'elles rencontrent et la reconnaissance de leur légitimité à réfléchir ensemble à la construction de solutions adaptées et acceptables par tous.

Dès le lancement du programme un comité de suivi a été instauré et un travail de recherche est initié afin de mesurer l'impact d'un tel programme en vue d'une modélisation de l'approche. La responsabilité de la recherche est confiée à l'EHESP, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et plus particulièrement à Eric Le Grand, sociologue, spécialisé sur les questions de promotion de la santé, de précarité et de travail avec les pairs.

En 2016, le chercheur souligne l'intérêt de l'approche communautaire en santé. Il a constaté, non seulement la mobilisation progressive des personnes détenues mais aussi celle des différents professionnels de l'administration pénitentiaire et des services de santé. D'autre part, à partir du questionnement des personnes détenues, certains déterminants de santé ont pu être priorisés au-delà de l'intérêt d'une prévention individuelle.

Les entretiens individuels et collectifs ont montré les effets suivants :

- Une définition de ce groupe comme un groupe de détenus-relais qui s'inscrit dans une dynamique de projet se mettant en œuvre pour les « autres ». Exemple : rédaction et diffusion, avec l'assentiment de l'administration pénitentiaire, d'un journal de la santé.
- Le développement d'un fort sentiment d'appartenance, d'utilité sociale au travers du travail collectif, de reconnaissance sociale et d'estime de soi (cet aspect rejoint la littérature scientifique et pratique sur l'empowerment individuel et communautaire).
- Le développement d'aptitudes psycho-sociales en apprenant à s'exprimer en groupe à proposer et à s'écouter. Exemple : l'association des personnes détenues au fur et à mesure de l'avancée du programme à la tenue des comptes rendu de séances voire à l'animation du groupe.
- L'apprentissage, sur le plan individuel, de nouvelles connaissances sur le système de santé interne à l'établissement, le développement d'un sens critique, et le soutien à d'autres personnes détenues.
- Une meilleure appréhension des contraintes professionnelles du personnel de santé

Pour le personnel :

- Le changement de regard sur les personnes détenues avec la prise de conscience d'une amélioration de la relation et par là même de la qualité de vie au travail.
- Une reconnaissance de leur travail, et de ses contraintes. La posture de médiation des acteurs de Médecins du Monde représente un élément positif pour les surveillants, ils se sentent entendus face aux contraintes sécuritaires qui sont les leurs. Un travail mené autour de l'amélioration des pratiques d'extractions pour raison médicale a permis de lutter contre un des éléments majeurs du renoncement aux soins pour les détenus tout en prenant en compte les impératifs sécuritaires.

Le chercheur souligne aussi l'impact positif des caractéristiques de la démarche :

- Une démarche d' « aller vers » facteur de reconnaissance mutuelle.

- L'aboutissement de réalisations concrètes. Exemple : réalisation par les détenus du journal de la santé diffusé avec l'accord de l'administration pénitentiaire.

- Une reconnaissance réciproque de problématiques communes. Exemple : l'impact du suicide sur les détenus et les surveillants.

- Une réflexion collective favorisant l'échange et l'écoute. Exemple : ateliers santé organisés avec l'UCSA. Les rencontres entre les personnes détenues et les équipes médicales en dehors des consultations individuelles ont permis de modifier les représentations mutuelles et de travailler sur la méfiance et la distance qu'engendre le milieu carcéral.

Enfin, certains enjeux sont mis en exergue : d'une part la question des personnes relais et de leur position et rôle pour Medecins du Monde au sein du milieu carcéral, d'autre part la problématique du turn-over, particulièrement en maison d'arrêt, peut entraîner des déperditions dans ce qui a été engagé. Durant cette phase exploratoire la position de médiateur de Médecins du Monde a permis la reconnaissance des différents groupes, cependant cette avancée peut être remise en cause dans d'autres circonstances.

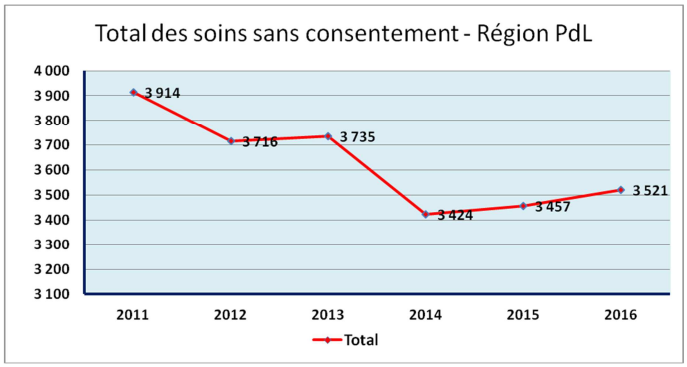
Dès à présent, on peut reconnaître les avancées d'un tel programme car il permet l'expression des personnes concernées sur leurs priorités dans le domaine de la santé et en font de véritables acteurs. Les messages de prévention se construisent en commun par des échanges équilibrés entre des savoirs profanes, des savoirs plus scientifiques et les impératifs de la structure.

9. SANTE MENTALE

9.1. Les admissions en soins psychiatriques sans consentement et leur évolution

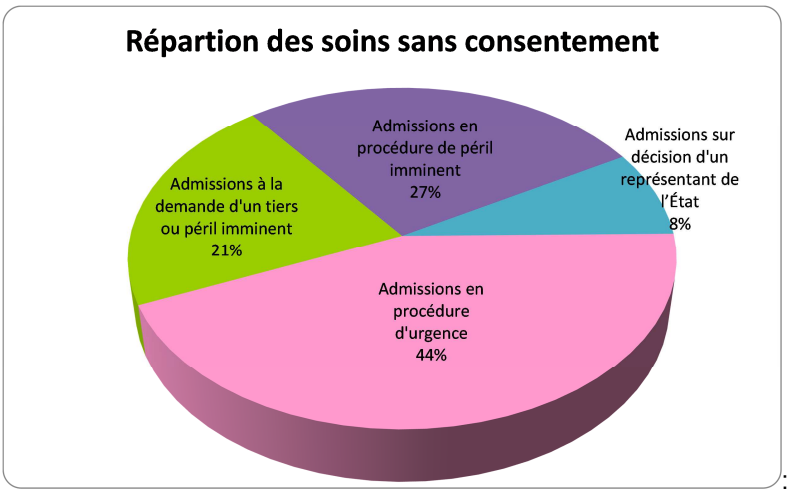
En 2016, dans les Pays de la Loire, il y a eu 3 521 admissions en soins psychiatriques sans consentement.

On note une décroissance de l'ensemble du nombre d'admissions sans consentement entre 2011 et 2014 puis une relative stabilisation sur 2014 et 2015.



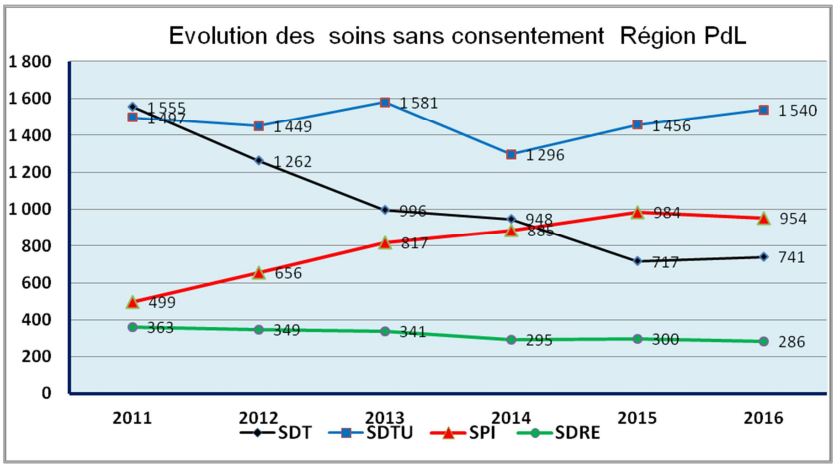
Il existe 4 mesures d'admission aux soins sans consentement en psychiatrie :

- l'admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE) : 286 en 2016,
- l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent (SDT) : 741 en 2016,
- l'admission en soins psychiatriques en procédure d'urgence (SDTU). 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 : 1590 en 2016,
- l'admission en soins psychiatriques en procédure de péril imminent (SPI). Lorsque la personne qui nécessite des soins est isolée socialement ou lorsque l'entourage refuse de signer la demande d'admission sans consentement : 954 en 2016.



:

L'évolution des soins sans consentement en Pays de la Loire :



Les admissions en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat ou sur décision de justice connaissent une décroissance d'environ 10% depuis 2011. C'est en Vendée que le taux de SDRE est le plus bas (3% contre 15% en Sarthe).

Les SDT connaissent une baisse globale mais la situation est contrastée selon les départements. En Mayenne, elles ne représentent que 10% des admissions sans consentement, contre 28% en Sarthe.

Le nombre des SDTU est relativement stable mais là encore la situation est fort différente d'un département à un autre et elle est assez hiératique d'une année sur l'autre.

La hausse globale est de près de 90 % pour les SPI pour l'ensemble de la Région mais là encore des écarts sensibles sont constatés entre les territoires. C'est en Mayenne que les SPI sont les plus importantes, elles représentent 59,5% des admissions sans consentement, entre 18% et 39% dans les autres départements.

La forte croissance des SPI et la décroissance parallèle des SDT et SDTU s'expliquent de plusieurs façons :

- les familles sont de plus en plus réticentes à signer une demande de soins pour un proche,
- la désertification médicale est une réalité et dans certaines zones rurales il est difficile de trouver un médecin pour établir le premier certificat,
- l'évolution des pratiques médicales amène certains centres médico psychologiques à s'exonérer de joindre un proche ou un tuteur de la personne dont l'état implique une hospitalisation sans consentement.

9.2. Les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques

Les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) sont informées de toute décision d'admission aux soins sans consentement, elles reçoivent les réclamations des personnes concernées et examinent la situation des personnes admises en cas de péril imminent et des personnes dont les soins se prolongent au-delà d'un an, elles peuvent saisir le préfet ou le procureur de la République et visiter les établissements, elles peuvent également proposer au juge des libertés la levée de la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet.

La CDSP est composée de deux psychiatres, un magistrat, deux représentants d'associations agréées, un médecin généraliste.

Le rapport complet issu des cinq rapports annuels 2016 des CDSP est en annexe 2.

9.2.1. Fonctionnement des CDSP

a) Composition : la CDSP de Vendée mentionne l'absence d'un psychiatre sur les deux requis par la loi.

b) Nombre de réunions annuelles : la CDSP de Vendée ne tient que 3 réunions par an, les autres CDSP en tiennent au moins 4 par an.

c) Visite des établissements : la réalité est assez disparate entre les territoires compte-tenu notamment de la charge que cela implique pour les membres des CDSP.

- Les visites de la CDSP du Maine-et-Loire : un effort particulier est fait avec trois visites par an.
- Les visites de la CDSP de la Loire-Atlantique : il est noté une bonne préparation des visites par les établissements permettant une discussion ouverte avec les directions concernées. Cette année la Commission a été vigilante sur deux points particulièrement :
    - La mise en place du registre permettant de répertorier les séjours en chambre de soins intensifs (CSI).
    - L'utilisation de la CSI des services de psychiatrie adulte pour répondre à une mesure de protection pour des jeunes entre 12 et 14 ans faute d'équipement adapté dans les services de pédopsychiatrie.
- Les visites de la CDSP de la Sarthe : comme précédemment les membres de la Commission ont de nouveau constaté :
    - La régularité du « copier-coller » utilisé plusieurs mois pour certains certificats médicaux,
    - Le manque de renseignements personnels concernant le patient,
    - La durée des hospitalisations au sein de l'établissement,
    - Le manque d'activité au sein des services.
- Les visites de la CDSP de Vendée : la Commission souligne la forte baisse (50%) du nombre de mesures SDRE.

9.2.2. Examen des réclamations et des plaintes

A la requête des CDSP, un certain nombre de dossiers présentant une particularité sont examinés par celles-ci à l'occasion des visites d'établissements. Leur nombre s'élève à 1 033 pour l'année 2016. Ce chiffre retrouve ses niveaux de 2013 et 2014, la baisse notable recensée en 2015 ayant été liée à des circonstances particulières en Vendée.

43 patients ont été reçus, à leur demande, par les Commissions en entretien individuel. Ce nombre de patients reçus est en baisse de l'ordre de 50% par rapport aux années 2014 et 2015.

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

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des usagers

La Commission requière la plus grande attention de l'ARS Pays de la Loire sur les conclusions suivantes :

- **la baisse de l'ordre de 10% de l'ensemble des différentes mesures de soins sans consentement**
- **le phénomène de « compensation » constaté entre les SDT avec tiers identifiés et les SPI/SDTU**
- **l'absence, dans les rapports annuels des différentes CDSP de la Région, à l'exception du Maine-et-Loire, d'un bilan des saisines du Juge des Liberté et de la Détention (JLD)**
- **la nécessité d'une vigilance particulière concernant la mise en œuvre et l'utilisation des pratiques d'isolement et de contention (CSI) et notamment :**
    - **l'utilisation de la CSI des services de psychiatrie adulte pour répondre à une mesure de protection pour des jeunes entre 12 et 14 ans faute de place dans les services de pédopsychiatrie,**
    - **la mise en place effective et l'utilisation systématique du registre permettant de répertorier les séjours en CSI conformément aux dispositions de l'Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 ainsi que de la Recommandation de bonnes pratiques de la HAS relatif à l'isolement en psychiatrie générale de février 2017.**

Les labels Droits des usagers de la santé

Pour l'édition 2016-2017, l'ARS Pays de la Loire a réceptionné 14 projets et, après avis de la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA, a décerné un label à 6 projets réalisés par les acteurs les plus innovants :

- Projet « Brochure Démarche palliative et usagers » - CASSPA ANGERS (49)
- Projet « Outil de liaison carte CONTACTS'A DOM » - MAIA ANGERS - SEGRE (49)
- Projet « La charte d'accueil des familles au CESAME » - SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE (49)
- Projet « Présenter les approches thérapeutiques non médicamenteuses mises en place en EHPAD » - EHPAD Les Glycines - MANSIGNE (72)
- Projet « Mise en place du comité droits des patients » - CHU NANTES (44) -
- Projet « Promotion de la bientraitance : mobilisations autour des bonnes pratiques » - Clinique Mutualiste de l'Estuaire - SAINT-NAZAIRE (44)

Les porteurs de projet labellisé utilisent le logo comme visuel attestant de la reconnaissance obtenue.
L'ARS Pays de la Loire a également soumis à l'échelon national le projet proposé par le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) en vue de l'attribution d'un prix par le Ministère de la santé. Suite aux résultats proclamés le 18 avril 2017, ce projet n'a pas été primé.

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

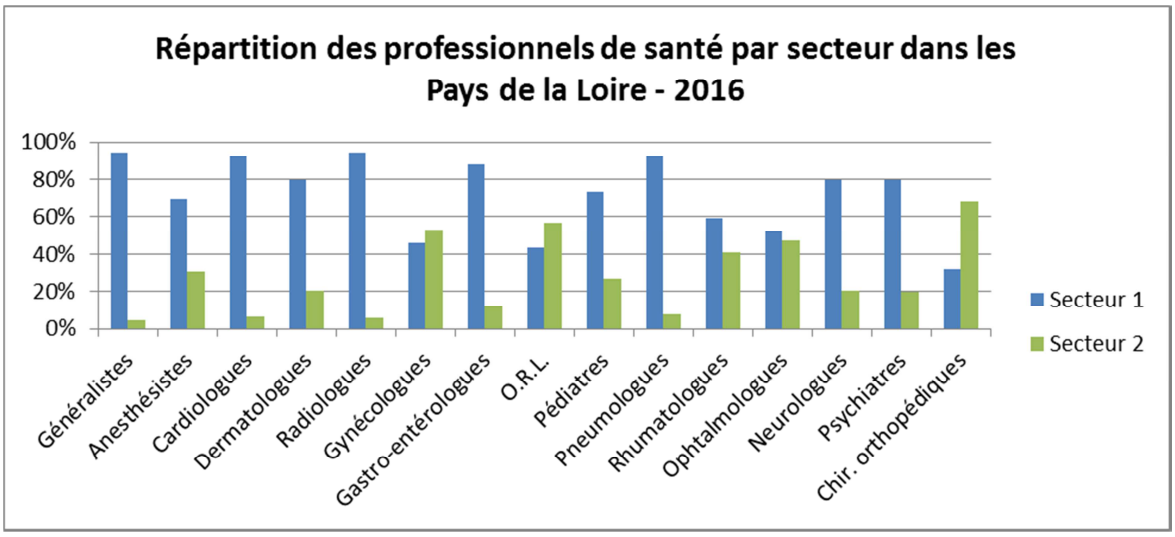
10. ASSURER L'ACCES DE TOUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

10.1. Pourcentage d'offres en tarifs opposables par spécialité

La répartition entre secteur 1 et secteur 2 reste relativement stable dans la région en 2016.

On note cependant :

- une augmentation du taux d'anesthésistes en secteur 2 pour la troisième année consécutive : de 24% en 2014 à 28% en 2015 puis 31% en 2016,
- une augmentation du taux de rhumatologues en secteur 2 pour la troisième année consécutive également, de 33% en 2014 à 40% en 2015 puis 41% en 2016,
- le taux de médecins généralistes en secteur 2 reste stable à 4%.



**Source Assurance Maladie – Tableau détaillé avec la répartition par département en annexe.*

10.2. Les dépassements d'honoraires en établissements sanitaires

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

Actes thérapeutiques remboursés par l'assurance maladie	Nb de séjours	Taux de séjours avec dépassements d'honoraires			Coût moyen unitaire de l'acte		Dépassements moyens		
	2016	2012	2015	2016	2015	2016	2012	2015	2016
Bulbe oculaire	52 450	32,5 %	42,4 %	42,20%	436	439	125	133	132
Oreilles	7 997	16,8 %	20,8 %	22,60%	173	171	157	169	164
Veines	10 570	39,8 %	40,6 %	40,90%	258	253	152	166	168
Dents	22 209	NR	33,1 %	35,60%	186	188	NR	73	80
Appareils génitaux (H)	8 598	56,8 %	69 %	71%	394	409	165	241	267
Membres inférieurs	20 849	63,7 %	70,7 %	69%	605	615	233	281	288
Sein	4 027	59,5 %	65,7 %	69,20%	396	390,1	516	579	609,2
Grossesse nouveau-né	13 792	45,8 %	45,8 %	38,50%	315	313	112	128	130

Une hausse continue du nombre de séjours avec dépassements d'honoraires est constatée.

Les dépassements d'honoraires en hospitalisation ne concernent pas uniquement le secteur privé. En effet, des médecins exerçant en secteur public peuvent être autorisés à réaliser des actes en secteur libéral avec pour certains des dépassements d'honoraires.

A titre d'exemple, dans un grand établissement de la région, en 2016, le pourcentage des praticiens exerçant en activité libérale par rapport au nombre de praticiens susceptible d'exercer une telle activité était de 10,66% soit 60 praticiens dont 28 avaient fait le choix de pratiquer des actes en honoraires libres.

Une étude nationale de l'association 66 millions d'impatients révèle que ces dépassements pouvaient être largement supérieurs à ceux du secteur privé.

10.3. Les dépassements d'honoraires en médecine libérale

Définition (Source Assurance Maladie) :

- *Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie.*
- *Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut l'être selon les garanties souscrites par l'assuré auprès de son assurance complémentaire.*

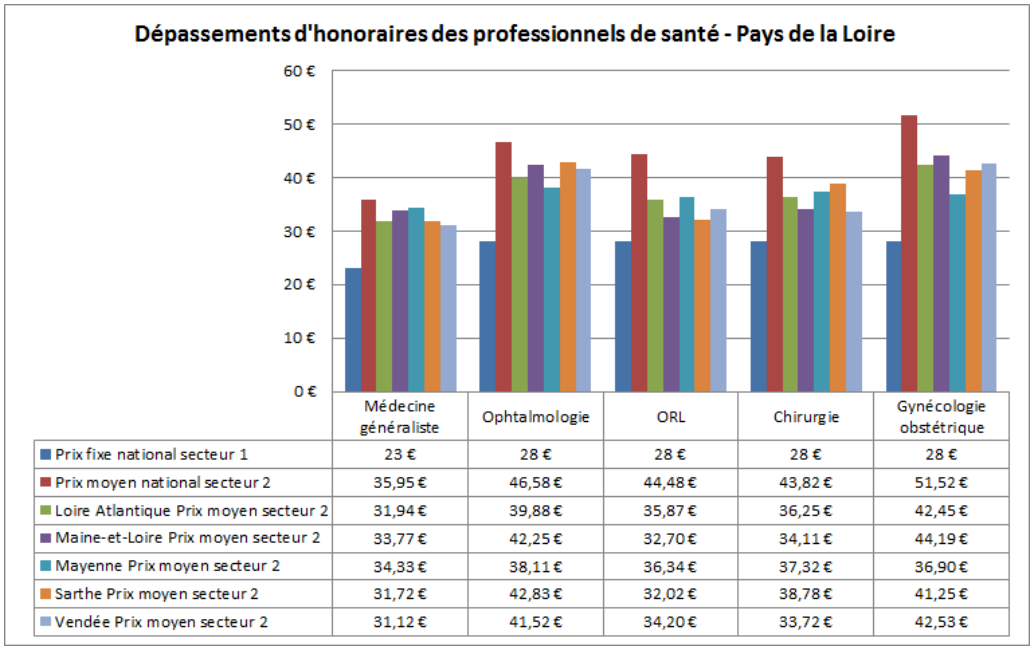
Il convient de distinguer d'une part le taux du dépassement, et d'autre part la part des actes pratiqués avec dépassements d'honoraires.

- Le montant **du taux de dépassements** chez les médecins de secteur 2, notamment chez les médecins spécialistes, recule pour la 5ème année consécutive au niveau national, suite à la mise en œuvre des premières mesures en faveur de la maîtrise des dépassements d'honoraires en 2012. Ce taux, qui mesure la part des dépassements facturés au-delà du tarif opposable, a baissé de 1,4 point en 2016 et de 0,3 point au 1er semestre 2017, soit un recul de 3,8 points depuis 2012. *(Source : Observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires – Bilan mi-2017)*
- Dans le même temps **la part des actes** pratiqués à tarif opposable a progressé : de 32,9% à 37,5% entre 2012 et 2016.

- Le montant **total des dépassements d'honoraires** des médecins - tiré notamment par une augmentation du nombre des médecins spécialistes et une augmentation de leur activité -

continue à croître en valeur absolue (2,66 milliards d'euros dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes en 2016).

En l'absence, une nouvelle fois, des données régionales officielles, le rapport se reporte aux données du site «60 millions d'impatients ».



	Médecine généraliste	Ophtalmologie	ORL	Chirurgie	Gynécologie obstétrique
Prix fixe national secteur 1	23 €	28 €	28 €	28 €	28 €
Prix moyen national secteur 2	35,95 €	46,58 €	44,48 €	43,82 €	51,52 €
Loire Atlantique Prix moyen secteur 2	31,94 €	39,88 €	35,87 €	36,25 €	42,45 €
Maine-et-Loire Prix moyen secteur 2	33,77 €	42,25 €	32,70 €	34,11 €	44,19 €
Mayenne Prix moyen secteur 2	34,33 €	38,11 €	36,34 €	37,32 €	36,90 €
Sarthe Prix moyen secteur 2	31,72 €	42,83 €	32,02 €	38,78 €	41,25 €
Vendée Prix moyen secteur 2	31,12 €	41,52 €	34,20 €	33,72 €	42,53 €

Le coût moyen des dépassements en secteur 2 est moins important dans la région des Pays de la Loire qu'au niveau national, et ce pour 5 activités : Médecine généraliste, Ophtalmologie, ORL, Chirurgie et Gynécologie obstétrique.

En médecine généraliste, c'est en Mayenne que les coûts sont les plus élevés (34.33€).

10.4. L'option pratique tarifaire maîtrisée

Le médecin conventionné adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) s'engage à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patient·e·s ; l'Assurance Maladie rembourse ces derniers sur une base plus élevée, celle du secteur 1.

A partir du 1er janvier 2017, l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) a remplacé le Contrat d'accès aux soins, le principe restant le même avec des aménagements concernant les calculs d'activité aux tarifs opposables et les conditions de prise en charge des cotisations sociales.

a) Le cadre réglementaire

L'adhésion d'un médecin en secteur 2 à l'Optam ou non a une incidence importante sur le reste à charge des patients : ainsi en 2016, la base de remboursement de l'Assurance Maladie pour une consultation est de 28€ pour un médecin spécialiste adhérant à l'Optam ou en secteur 1 et de 23€ pour un médecin spécialiste en secteur 2 non adhérent.

b) La situation en Pays de la Loire

Aucune donnée n'est disponible.

10.5. L'augmentation des coûts des organismes complémentaires

Source : 60 millions d'impatients.

La réforme des contrats responsables a engendré des coûts supplémentaires très importants pour les Mutuelles qui répercutent les frais sur les assurés. « Les modifications du cahier des charges de contrats responsables ont eu un impact direct sur le montant des cotisations du fait des ajustements coûteux qu'elles ont imposés aux organismes complémentaires. »

« Quand un portefeuille d'assurés vieillit d'un an, le coût technique du contrat augmente mécaniquement de 1,5 à 2,5% ». Parce que la consommation de soins est plus élevée et parce que les soins en question sont de plus en plus chers.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Ce sujet de l'accessibilité financière aux médecins libéraux est toujours aussi sensible avec une incompréhension entre d'une part l'usager qui ne comprend pas cette majoration des honoraires et d'autre part le professionnel de santé que la loi autorise à pratiquer ces compléments d'honoraires.

Le manque de transparence des organismes publics, y compris en Pays de la Loire, ne facilite pas la compréhension du système par l'usager.

Même si le coût moyen des dépassements d'honoraires des médecins est moins important dans la région qu'au niveau national, la tendance générale est à l'augmentation du nombre d'actes avec dépassements d'honoraires, aussi bien en consultation qu'en hospitalisation.

Cette banalisation du dépassement d'honoraires cumulée avec la hausse des coûts des complémentaires de santé, en particulier pour les personnes âgées, pose la question du reste à charge, question liée naturellement à celle du renoncement aux soins.

Il s'agit d'une réelle interrogation que la CRSA devrait s'approprier sachant que l'évaluation du PRS1 indiquaient que « 37 % des ligériens déclarent avoir renoncé à certains soins parce que le remboursement en était trop limité (51 % des ligériens en situation de handicap). Soins dentaires, et ophtalmologie étaient les deux activités médicales les plus citées ».

10.6. La démographie médicale

10.6.1. Les difficultés d'accès à un médecin traitant

Source : Livret du PRS sur l'accès aux soins de proximité

Les données habituellement recueillies « 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 » et « Indicateur S26 : promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins » ne sont pas disponibles pour l'année 2016.

Une dynamique régionale positive est observée ces dix dernières années au niveau médical : +1,3% (alors que dans le même temps nous observons une baisse de 8,4% au niveau national), mais au moins 10% de la population régionale n'accède qu'à 2,5 consultations de médecin généraliste par an, alors que la moyenne nationale se situe à 4.

De plus, il existe de très fortes disparités infrarégionales et les écarts se creusent entre les départements (la Sarthe, la Mayenne et la Vendée sont moins bien dotées que le Maine-et-Loire et la Loire-Atlantique), et entre les territoires infra départementaux. Certaines zones urbaines sont également concernées par les difficultés.

10.6.2. Nouvelle définition du zonage médecins

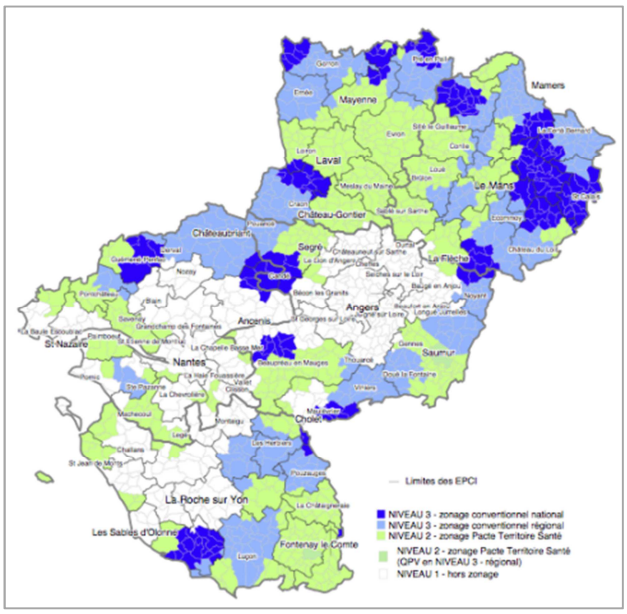
Le zonage permet de cibler les territoires les plus fragiles et d'y favoriser l'installation des médecins généralistes en octroyant des aides ciblées. Il peut s'agir des aides conventionnelles de l'Assurance Maladie (contrat d'aide à l'installation, contrat de transition...) et des aides définies dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2 (contrat d'engagement de service public, contrat de praticien territorial de médecine générale…).

Les zones sont notamment définies grâce à l'indicateur d'« accessibilité potentielle localisée » (APL) qui prend en considération plusieurs critères : le niveau d'activité des professionnels, le temps d'accès par la route au médecin, les besoins en soins de la population en fonction de l'âge des habitants, la prise en compte de la population âgée de plus de 65 ans... L'APL calcule le nombre de consultations de médecine générale potentiellement disponibles par habitant et par an.

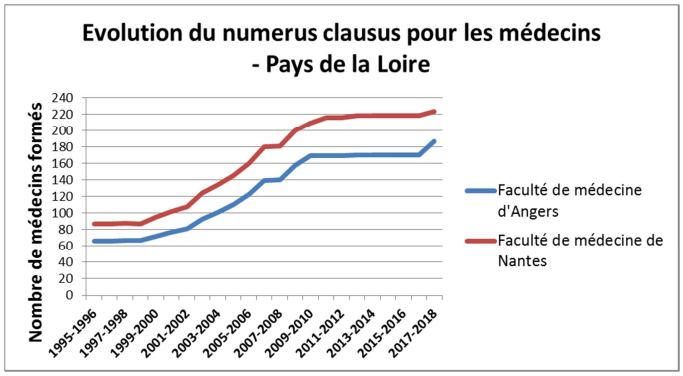
La méthodologie nationale 2017 définit 3 types de zones :

- les zones obligatoirement classées « fragiles », car sous-dotées, dont l'APL est inférieur à 2,5
- les zones exclues du zonage, car sur-dotées, dont l'APL est supérieur à 4 (14,2% de la superficie de la région).
- les zones intermédiaires, qui constituent le « vivier » au sein duquel chaque région peut choisir des zones à inclure dans le zonage, dont l'APL se situe entre 2,5 et 4.

Carte du nouveau zonage en Pays de la Loire au 1er janvier 2018 :



10.6.3. Evolution du numerus clausus des médecins dans les Pays de la Loire :



10.6.4. Point sur la mise en place des Maisons de Santé Pluri professionnelles

A la fin de l'année 2015, la région comptait 60 maisons de santé pluri professionnelles (MSP).

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

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU s'inquiète depuis de nombreuses années des problèmes de démographie médicale. De nombreuses actions ont déjà été mises en place sans que la situation des territoires les plus fragiles ne s'améliore.

La CSDU s'interroge notamment sur l'efficacité des dispositifs incitatifs prévus pour faciliter l'installation de médecins dans les zones fragiles et demande une évaluation des dispositifs.

Il y a eu une augmentation du numerus clausus avec cependant une stagnation ces dernières années alors même que les besoins dans certaines zones rurales s'intensifient. La question d'une éventuelle augmentation du numerus clausus pour les médecins de manière à lutter contre les phénomènes de désertification médicale observés dans certaines zones de la région Pays de la Loire se pose ainsi de manière assez logique, question renforcée par le fait qu'une part non négligeable d'étudiants formés n'exerce pas le soin et que de nombreux médecins ne pratiquent pas à temps plein.

Les MSP sont un moyen efficace de favoriser l'installation des professionnels et de mettre en œuvre des actions coordonnées sur un territoire, quand elles font l'objet d'un projet défini. La réflexion doit se poursuivre afin de les inscrire dans la durée. La CSDU suivra avec attention la déclinaison opérationnelle du PRS 2 qui prévoit de promouvoir l'association des usagers et de leurs représentants aux projets de santé des MSP.

10.7. La permanence des soins ambulatoire

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.

a) *Une amélioration de l'accès des patients à un médecin*

Source : Livret du PRS « La PDSA »

L'accès des patients à un médecin pendant la permanence des soins ambulatoires a été amélioré entre 2012 et 2016 : augmentation du volume d'heures de régulation, mise en place des médecins mobiles dans 2 départements pour couvrir les nuits profondes.

Les médecins généralistes libéraux participant à la régulation médicale dans la région et ayant reçu une formation spécifique validée sont en augmentation : ils sont désormais 212 dans la région (34 en Loire Atlantique, 58 en Maine et Loire, 31en Mayenne, 23 en Sarthe et 58 en Vendée).

Les visites à domicile sont assurées par les médecins effecteurs relevant des ADOPS ou de SOS Médecins.

b) *Un système fragile*

Source : Livret du PRS « La PDSA »

« Néanmoins, le système demeure extrêmement fragile car basé sur le volontariat individuel de chaque médecin.

Les carences sont de plus en plus nombreuses : elles sont récurrentes en Vendée depuis juillet 2015 sur plusieurs secteurs et commencent à apparaître ponctuellement en Loire-Atlantique et Mayenne. Le devenir de ce système doit être dès aujourd'hui anticipé.

L'accès aux soins de populations spécifiques (personnes âgées dépendantes, en situation de handicap, détenus, personnes hospitalisées à domicile) n'est pas totalement garanti. Deux des cinq départements (Maine-et-Loire et Sarthe) n'organisent pas de régulation et d'effection médicale libérale en nuit profonde ; de même, la Sarthe, compte tenu des difficultés démographiques rencontrées dans ce département, n'organise pas de visite pendant la période de permanence des soins ambulatoires.

La répartition des 46 Maisons Médicales de Garde sur le territoire est très inégale, avec uniquement 3 maisons médicales de garde en Vendée contre 14 en Loire-Atlantique, 13 en Maine-et-Loire, 8 en Mayenne, 8 en Sarthe et une en Bretagne, à la Roche Bernard (56) qui dessert quelques communes du nord-ouest du département de Loire-Atlantique.

La région des Pays de la Loire n'a pas mis en place de dispositif spécifique d'acheminement des patients vers les lieux fixes de consultation, excepté sur un territoire en Mayenne, celui de Villaines-la-Juhel, le plus étendu et le plus rural. »

c) *Un nouveau cahier des charges PDSA Pays de la Loire 2017-2019*

Il a été instauré afin de définir les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire, pharmaceutique, dentaire et de kinésithérapie respiratoire. Il prend également en compte la mission de continuité des soins des infirmiers-ères, qui interviennent pour partie pendant la période de permanence des soins en médecine générale ambulatoire.

Il a vocation à consolider le système en vigueur et à approfondir l'articulation entre les professionnels de santé et l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes, en situation de handicap.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'accès des patients à un médecin pendant la permanence des soins ambulatoires a été amélioré entre 2012 et 2016 mais des disparités entre les territoires subsistent et des difficultés apparaissent.

Un nouveau cahier des charges de la PDSA est désormais en place ; il devra notamment permettre d'améliorer la lisibilité du système pour les usagers, le recours pertinent et l'accès aux soins pour les populations spécifiques. La CSDU suivra avec intérêt l'enquête prévue dans le cadre du PRS2 auprès de la population sur la perception de l'organisation de la PDSA.

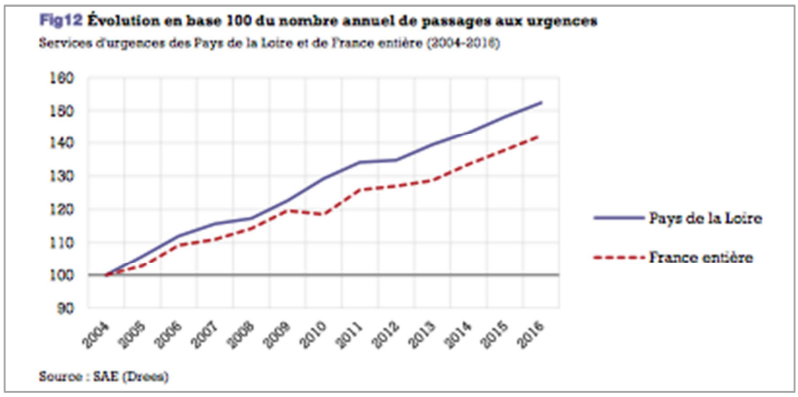
10.8. Le recours aux services des urgences

L'Observatoire Régionale des Urgences - L'Agence régionale de santé a souhaité mettre en place un Observatoire régional des urgences (ORU) à la fin de l'année 2014 afin de faciliter le déploiement des RPU et de développer leur utilisation. L'ORU des Pays de la Loire a été créé en s'appuyant sur les compétences déjà existantes dans la région et notamment sur celles de l'Observatoire régional de la santé (ORS) et du Groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé qui en assurent la maîtrise d'œuvre.

L'augmentation du nombre de passages aux urgences se poursuit.

Le nombre de passages aux services des urgences en 2016 est estimé à 918 000.

Le recours aux services des urgences a augmenté de manière assez continue dans la région au cours des 12 dernières années, au rythme annuel moyen de 3,6% (de 591 000 passages en 2004 à 901 000 en 2016), contre 3 % au plan national.



Cette tendance évolutive concerne tous les groupes d'âge et plus particulièrement les adultes âgés de 18 à 74 ans.

En 2016, près de la moitié (46%) des passages en urgences ont lieu en horaires de PDSA, dont 16% en soirée, 11% en nuit profonde, 8% le samedi après-midi ou jour de pont et 11% le dimanche ou jour férié.

Les territoires concernés par un recours élevé aux services des urgences se situent principalement en Sarthe, Nord-Mayenne et Sud-Vendée, alors que la Loire-Atlantique concentre la plupart des territoires ayant un recours significativement inférieur à la moyenne régionale.

Les disparités territoriales sont d'origine multifactorielle et l'ORU relève notamment :

- l'organisation propre des services d'admission et des établissements de santé,
- les disparités territoriales d'équipement en EHPAD peuvent participer aux écarts de recours aux services des urgences,
- le recours de la population est corrélé à la proximité des services : le recours au service des urgences est ainsi significativement supérieur dans la plupart des territoires où la population habite à proximité d'un service des urgences,
- le taux régional de recours aux services des urgences est globalement inférieur à la moyenne nationale. Seuls les habitants de la Sarthe présentent un taux de recours légèrement supérieur à la moyenne nationale.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Dans le rapport 2016 et l'étude des attentes des usagers des services des urgences la CSDU soulignait le fait que la croissance de la fréquentation des urgences ne pourra être freinée que par des réponses adaptées de l'organisation de l'offre de soins en amont et en aval des urgences, et plaidait pour une meilleure prise en compte des populations spécifiques.

La CSDU note dans le PRS 2 la volonté d'améliorer l'organisation de la réponse aux demandes de soins non programmées, elle rappelle ses souhaits de s'assurer de la qualité de fonctionnement des services d'urgence et d'améliorer la disponibilité de la médecine générale pour les demandes de soins inopinées.

10.9. L'accès aux Services de soins infirmiers au domicile

a) Pour les personnes âgées

Dans une étude commandée par l'ARS sur le fonctionnement des SSIAD et sortie en septembre 2017[1] il apparaît que certains départements des Pays de la Loire sont plus en tension que d'autres.

A l'échelle du département, la Loire-Atlantique et la Vendée sont les deux départements qui cumulent le plus de difficultés concernant les places pour personnes âgées en SSIAD. Des difficultés étant appelées à être fortement majorées au cours des prochaines décennies avec l'évolution prévue de la population des personnes âgées.

[1] *Etude régionale SSIAD disponible sur le site de l'ARS ars.paysdelaloire.sante.fr*

Les SSIAD du littoral vendéen, de la zone ouest de Nantes Métropole, du Pays de Retz, de l'agglomération mancelle, de l'agglomération angevine et un SSIAD mayennais sont ceux dont les délais d'accès sont les plus longs, avec jusqu'à 6 mois d'attente pour l'un d'entre eux (agglomération mancelle).

b) Pour les personnes handicapées

Au regard des données disponibles, la Mayenne paraît être le département le plus en difficulté, avec un taux d'équipement inférieur de près de 25 % à la moyenne régionale, et un taux d'occupation élevé. Si les services mayennais n'ont pas mentionné de liste d'attente ils ont néanmoins indiqué un délai moyen d'accès de plus d'un mois.

La Loire-Atlantique cumule également des listes d'attente et des délais moyens d'attente plus importants que la moyenne régionale, mais ceci n'est pas corroboré par un taux d'occupation particulièrement élevé, et le taux d'équipement y est supérieur à la moyenne régionale.

c) Les places en Equipes spécialisées Alzheimer à Domicile

La Loire-Atlantique est moins dotée en places d'accompagnement par les Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) mais paraît moins en tension aujourd'hui que les autres départements. Cependant, l'évolution démographique pourrait amener à une augmentation des besoins.

La Vendée cumule plusieurs facteurs de tension : densité de population âgée, perspective du doublement de la population des 75 ans et plus dans les 25 prochaines années, et des listes et délais d'attente supérieurs à la moyenne régionale.

La Sarthe (agglomération mancelle) pourrait également être prioritaire en termes de renforcement des capacités.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Du fait de l'augmentation de la population âgée et du manque de places en EHPAD les besoins pour des places en SSIAD sont croissants. La Loire-Atlantique et la Vendée qui connaissent une croissance démographique importante sont donc le plus en tension.

Concernant les places en SSIAD pour les personnes handicapées c'est en Mayenne que l'on retrouve les besoins les plus importants.

De nombreux territoires sont également en tension concernant les places pour un accompagnement par les Equipes Spécialisées Alzheimer.

FOCUS

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

Contribution de Médecins du Monde Pays de la Loire

A l'issue d'évaluations très contestables de leur minorité et de leur isolement, en 2016, sur les 976 Mineurs Non Accompagnés (MNA) qui se sont présentés au service de la protection de l'enfance du département de Loire-Atlantique, 478 ont été reconnus mineurs isolés et pris en charge par les dispositifs de protection de l'enfance tandis que 498 en ont été exclus.

Ces derniers, s'ils continuent à alléguer leur minorité et tentent de la faire reconnaitre au niveau judiciaire, passent alors de longs mois à la rue sans protection avant de voir, pour nombre d'entre eux, leur minorité reconnue et de pouvoir enfin intégrer les dispositifs de protection de l'enfance.

Durant cette période, ces Mineurs non accompagnés se trouvent dans une situation administrative complexe et inextricable : définis mineurs par leur date de naissance mais non reconnus comme tels par le Département, ils ne sont ni mineurs ni majeurs. Ne pouvant bénéficier du recueil du consentement de leurs parents ou tuteurs légaux, ils sont confrontés à de nombreux obstacles dans leur parcours d'accès aux droits et aux soins qui ont pour conséquence de nombreux retards et refus de soins.

Plusieurs centaines de jeunes se retrouvent chaque année dans cette situation et confrontés à ces obstacles qu'il est indispensable de faire tomber, en particulier pour l'ouverture de droits à la santé et l'accès aux soins de santé mentale.

Ces situations spécifiques suscitent également des difficultés pour les professionnels et établissements de santé notamment pour ce qui concerne le consentement aux soins pour les mineurs non accompagnés, pour lesquels il est bien souvent impossible d'obtenir le consentement des représentants légaux, notamment lorsque sa situation légale est en cours d'arbitrage (individu reconnu mineur ou non et donc pris en charge par les services compétents ou pas) au moment du soin.

Hors les cas d'urgences vitales évidemment, cela peut impacter leur accès aux soins comme les modalités d'organisation et de suivi de ses soins, déjà complexes du fait de leur précarité, et ce aux différentes étapes du parcours de soins (accès à un soin non usuel, sortie d'un établissement de santé, suivi dans les soins si traitements et prises en charge au long court, etc…).

Pour les professionnels de santé, comme pour les établissements, il n'existe pas à ce jour de jurisprudence ou de bonnes pratiques édictées nationalement en matière de consentement, au-delà de la différence entre actes usuels et non-usuels et hors cas d'urgences vitales, dans ces situations spécifiques d'impossibilité de joindre les représentants légaux.

De même, cette question complexe suscite des difficultés de liens et de coordination avec les différents acteurs concernés (professionnels de santé, établissements de santé, ASE et parquet) notamment en situation dégradée (nuit, week-end et jours fériés) ou dans l'attente des décisions des autorités

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

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

La CSDU voudrait que les freins à l'accès aux soins de ces populations soient levés en améliorant notamment la communication et la coordination des acteurs. Cela est d'autant plus important que le nombre de jeunes mineurs non accompagnés arrivant dans la région est en progression constante.

11. ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS

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

L'activité libérale dans les établissements publics de santé correspond à l'activité réalisée à titre « privé » par certains médecins hospitaliers au sein même de l'établissement.

Seuls les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale sous certaines réserves.

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

Tous les établissements de santé publics des Pays de la Loire disposent désormais d'un représentant des usagers au sein des CAL. Depuis 2016, le CH intercommunal Loire-Vendée-Océan (85) dispose d'un représentant des usagers au sein de sa CAL.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation du système de santé a créé la Commission Régionale de l'Activité Libérale (CRAL). La mise en place est en cours.

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

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

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

Pour l'indicateur S30 du PRS « aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun «, aucun chiffre n'est disponible pour l'année 2016.

12. ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION

Chaque département français possède une structure de gestion qui assure l'organisation locale du dépistage. En Pays de la Loire, ces structures sont : Cap santé 44 Plus, Cap santé 49, Camelia-53, Gems-72 et Audace-85.

Ces structures sont financées par l'État (à travers l'Agence régionale de santé), par l'Assurance Maladie et par différents partenaires en fonction des départements (le Conseil général, La ligue contre le cancer...).

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

Pour les femmes de 50 à 74 ans, le taux de dépistage du cancer du sein dans les Pays de la Loire est de 59.4%, en recul continu depuis 2012.

Les taux de dépistage sont plus élevés en Loire-Atlantique (63.1%) que dans le reste du territoire ligérien (58.6% dans le Maine-et-Loire, 59.7% en Vendée et 56.3% en Mayenne). La Sarthe obtient le taux régional le plus bas avec 53.7% de femmes dépistées.

Taux de dépistage de cancer du sein	2012	2013	2014	2015	2016
Pays de la Loire	64%	62.9%	62.7%	61.9%	59.4%
Taux national	52,7 %	51,6 %	52,1%	51,5 %	50.7%

Source : Institut de Veille Sanitaire, Santé publique France

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

Les chiffres clés publiés par l'Observatoire Régional de la Santé en mars 2018 indiquent une participation au dépistage du cancer colorectal de 41% chez les 50-74 ans, soit 373 300 ligériens dépistés. C'est 8% de plus qu'au niveau national mais inférieur à l'objectif européen de 45%.

Le taux de tests positifs est de 4.2% avec une incidence de 2 000 nouveaux cas admis en affection de longue durée.

Le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus fréquent et le troisième cancer le plus meurtrier, même si la mortalité est en baisse de 2% chaque année.

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

Les données 2015 relatifs au taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole sont désormais disponibles. Les données 2016 seront disponibles au second trimestre 2018.

Pour l'année 2015 et concernant les enfants nés en 2013 :

- La couverture ROR 1 dose à 2 ans est de 91%

- La couverture ROR 2 doses à 2 ans est de 78%

Source : DREES

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 2016.

12.5. Le dépistage du VIH dans les Pays de la Loire

Le dépistage du VIH et des IST est un geste simple primordial : une prise de sang, une piqûre au bout du doigt ou un prélèvement local, le recours au dépistage permet un diagnostic précoce, une meilleure prise en charge et une diminution importante du risque de transmission.

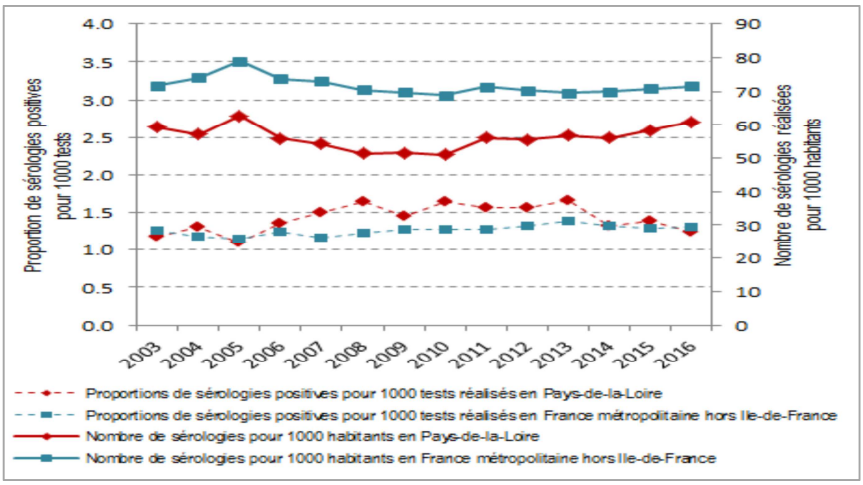
L'espérance de vie et la qualité de vie d'une personne porteuse du VIH/Sida, si elle est dépistée tôt et traitée sont quasi identiques à celles de la population générale. La connaissance de la séropositivité permet de modifier son comportement et de diminuer ses pratiques à risques.

En 2016, 4 293 personnes séropositives bénéficient d'un suivi médical sur la région.

170 personnes ont découvert leur séropositivité dont 26 % à un stade tardif.

On estime à près de 1 000 le nombre de personnes qui ignorent qu'elles sont infectées par le VIH en Pays de la Loire.

Source : https://www.corevih pdl.fr/images/pieces_jointes/DOSSIER%20DE%20PRESSE%2001-12-2017.pdf



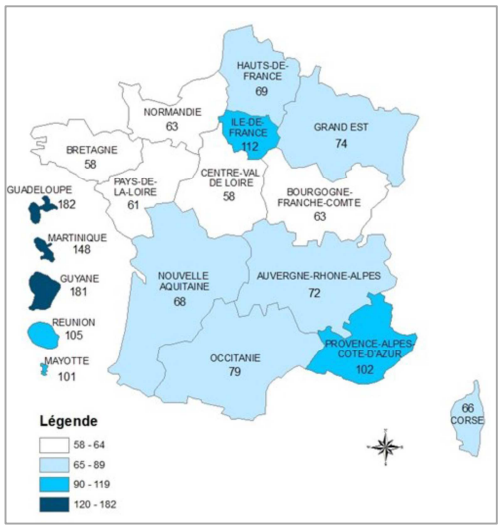
Source : SpFrance, données LaboVIH, 2016

Le nombre total de sérologies réalisées en Pays de la Loire en 2016 est estimé à 228 408.

La proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués en Pays de la Loire, estimée à 1,2 en 2016 était peu différente de celle retrouvée en France métropolitaine hors Ile-de-France (1,3 / 1000 tests). Cette proportion s'est avérée supérieure à 1,5 entre 2008 et 2013 en Pays de la Loire.

Parmi les autres moyens de dépistage, en Pays de la Loire, 1068 TROD (Test Rapide d'orientation diagnostique) ont été effectués en 2016 par les associations AIDES, Logis Montjoie, ALIA et le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage de Mayenne. Ce nombre est en diminution mais les TROD semblent mieux ciblés car le taux de TROD positifs est en augmentation.

Nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants en Pays de la Loire en France en 2016 par région :



Source : SpFrance, données DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

Les Pays de la Loire constituent ainsi une des régions au plus faible nombre de sérologies réalisées (61 pour 1000 habitants, contre 79 en Occitanie par exemple). *Source : Assurance Maladie.*

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Depuis de nombreuses années, une baisse continue du pourcentage de la population dépistée est observée, même les actions ciblées fonctionnent difficilement.

Afin de conforter et de développer les offres de dépistage sachant aller à la rencontre des personnes les plus vulnérables, l'implication des usagers et de leurs représentants dans la définition et la mise en œuvre des actions de prévention pourrait être une piste favorisant leur participation.

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

13.1. Les contrats locaux de santé

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

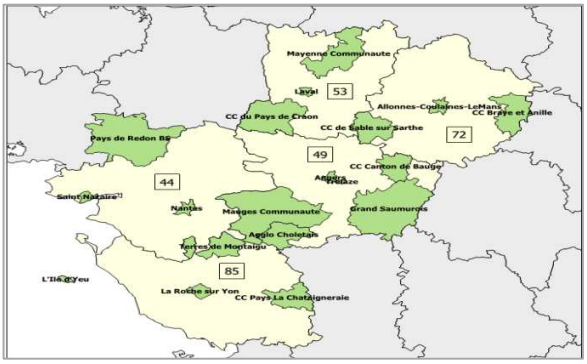
L'objectif de ces CLS est de :

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

Pour l'ARS, le dispositif permet de :

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

Carte des 19 CLS signés dans les Pays de la Loire au 16/11/2017 :



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

Source : Livret du PRS Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes en situation de handicap

Depuis 2010, le financement (Assurance Maladie) de l'offre d'accompagnement sur le champ du handicap a progressé de 13 % en Pays de la Loire. 1 289 places supplémentaires ont été créées depuis 2010 : 781 places pour enfants, 508 places pour adultes. Les départements les mieux dotés de la région sont la Sarthe et le Maine-et-Loire et la Vendée a fait l'objet d'efforts importants.

Parallèlement plusieurs indicateurs permettent d'établir un constat de croissance des besoins :

- Les signalements remontés auprès de l'ARS par les Maisons Départementales de l'Autonomie, les Conseils départementaux, les Centres Hospitaliers, les établissements scolaires confrontés aux familles/usagers sans solution d'accompagnement adapté sur tous les territoires de la région.

- La Maison Départementale des Personnes Handicapées de Loire-Atlantique dispose d'un outil permettant de croiser les admissions-notifications et fait état de:
  - 288 enfants en attente de place en SESSAD (soit 21%des capacités installées) ;
  - 305 enfants en attente de place en établissement (soit 14% des capacités installées)
  - 191 adultes en attente de place d'accompagnement médicalisé (soit 12% des capacités installées);
  - 350 adultes en attente de place ESAT (soit 15 % des capacités installées).

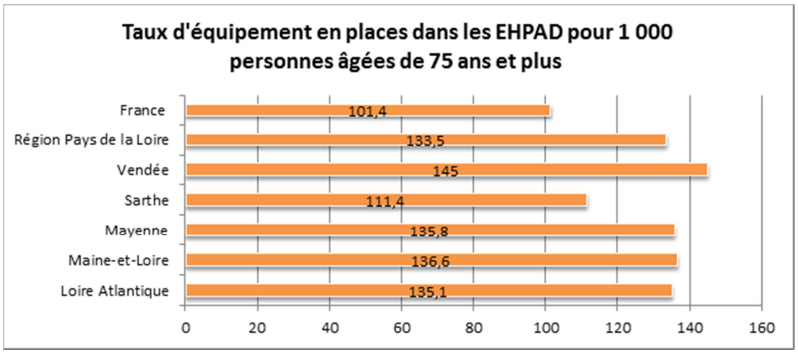
- Plusieurs éléments témoignent des besoins dans le secteur adulte :
  - l'enquête lancée par l'ARS en 2015 a recensé 420 jeunes relevant de l'amendement Creton *(sources: tdb ANAP 2016),*
  - le nombre de personnes maintenues en hospitalisation à défaut d'une solution d'accompagnement sur le secteur médico-social,
  - la pression des listes d'attente se ressent particulièrement pour les ESAT.

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les besoins restent nombreux et vont croître en raison de la dynamique démographique et de l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, or le contexte national est sous tendu par une contrainte budgétaire de plus en plus forte et aucune création massive de places n'aura lieu.

Dans ce contexte la CSDU s'interroge donc légitimement sur l'adéquation de l'offre aux besoins et souhaite que les acteurs du secteur, y compris les usagers par l'intermédiaire de leurs associations, soient davantage entendus.

13.3. Les besoins liés au vieillissement de la population



Les données reprises pour l'élaboration du PRS-2 montrent bien les enjeux liés au vieillissement de la population :

« La population âgée de plus de 75 ans augmentera ainsi de 130 000 personnes de 2012 à 2027, soit une hausse de 2,1% par an. Ce vieillissement de la population devrait se traduire par la forte augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (106 000 personnes seraient dépendantes en 2030, soit une augmentation de 45% en 20 ans). Selon une étude INSEE la région connaîtra 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. » [2]

Les taux d'équipement en EHPAD, SSIAD, USLD, sont supérieurs à la moyenne nationale et le PRS 2018-2022 ne prévoit pas de création massive de places en EHPAD ni en SSIAD.

Les perspectives pour répondre aux besoins prônent une transformation des places d'EHPAD en places de SSIAD, un travail de rééquilibrage territorial et institutionnel, une réflexion sur les EHPAD de l'avenir, une meilleure coordination des acteurs... »

[2] *Source : évaluation finale du PRS, Questions évaluatives relatives aux réalisations et effets du PRS.*

Commentaire de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU s'inquiète, et ce depuis plusieurs années, de la non augmentation du nombre de places en EHPAD, qui semble pourtant incontournable avec l'évolution attendue du nombre de personnes dépendantes dans les 10 années à venir.

L'évolution des EHPAD préconisée par le PRS 2018-2022 est certes indispensable pour répondre aux nouveaux besoins mais il convient également de s'interroger sur une offre de lits insuffisante, sur l'accès financier des plus démunis aux EHPAD et à l'aide à domicile, et sur l'accompagnement des aidants.

La CSDU réitère son souhait de mettre en place un repérage des aidants ainsi qu'un baromètre de la santé des aidants.

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

Les données 2013 indiquaient qu'en Pays de la Loire il y aurait 54 230 logements potentiellement indignes dans le parc privé, avec une proportion plus importante en Vendée et en Sarthe, et plus faible en Maine-et-Loire. En 2006, le nombre de logements potentiellement indignes était évalué à 72 287.

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

Le recul des procédures observé depuis 2015 tient à une modification de calcul de l'indicateur. Il est désormais basé sur le décompte des procédures finalisées par arrêté préfectoral. Les années précédentes, toutes les procédures engagées et non finalisées étaient dénombrées.

Tous les signalements, exceptés pour les situations caractérisant un état des lieux insalubre, sont transférés au maire pour un pré-diagnostic. Un certain nombre de signalements ne revient pas au guichet unique des Pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) pour la qualification de l'insalubrité. Parfois, la collectivité peut demander un appui et/ou un conseil. Dans ce cadre d'intervention, l'ARS a contrôlé 391 logements (hors procédure CSP aboutie) dans les Pays de la Loire.

Afin que le maire (ou le président de l'EPCI) dispose d'une bonne connaissance à la fois de ses responsabilités et des outils à sa disposition pour les exercer, l'Association des Maires de France publie un nouveau cahier du réseau : "Le maire, le président d'intercommunalité et la lutte contre l'habitat indigne".

Nommé au cours de l'année 2017, un sous-préfet référent pour la lutte contre l'habitat indigne assure le pilotage de chaque PDLHI. Il a pour mission d'améliorer la coordination des différents services de l'Etat, d'accompagner les acteurs locaux et de maintenir un lien avec la justice.

Le 3ème Plan régional santé environnement d'une durée de 5 ans s'est mis en place début 2017.

L'objectif principal « Améliorer le repérage et la prise en charge des situations d'habitat indigne, en mobilisant les relais auprès du public et les collectivités » se partage en 2 objectifs opérationnels :

- mobiliser et coordonner les acteurs pour améliorer le repérage des situations d'habitat indigne
- adapter la prise en charge et l'accompagnement des publics en situation de logement indigne, en particulier pour ceux qui cumulent les difficultés.

Ces deux objectifs ont été séquencés afin d'optimiser les travaux sur une durée plus courte et de limiter la mobilisation des acteurs à des actions ponctuelles qui répondent à des objectifs plus ambitieux. Ainsi trois ateliers ont été créés par les pilotes :

L'atelier 1 « outils et procédures » répond aux besoins des services pour la mise en place de procédures, comme l'astreinte administrative, avec une volonté de coordination des acteurs.

L'atelier 2 « repérage » travaillera dans un premier temps au croisement des données du bâti, social et de santé afin de préciser les caractéristiques des territoires aux enjeux lutte Habitat Indigne. Dans un deuxième temps, il proposera des outils pour améliorer le repérage actif.

L'atelier 3 « prise en charge coordonnée » se préoccupera plus particulièrement de la prise en charge coordonnée de l'occupant, et plus particulièrement pour ceux qui cumulent les difficultés sociales et de santé, afin de proposer des outils aux PDLHI.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU se félicite de la politique volontariste menée depuis quelques années par les autorités en charge de l'habitat indigne. Le dispositif paraît efficient mais il reste un très important travail à faire de repérage des logements insalubres.

Les populations très fragiles économiquement sont les premières touchées par les locations abusives et le problème du relogement se pose lorsqu'une déclaration d'insalubrité est prononcée. Il convient donc de mobiliser tous les acteurs intervenant au domicile, tant pour le repérage que pour l'accompagnement.

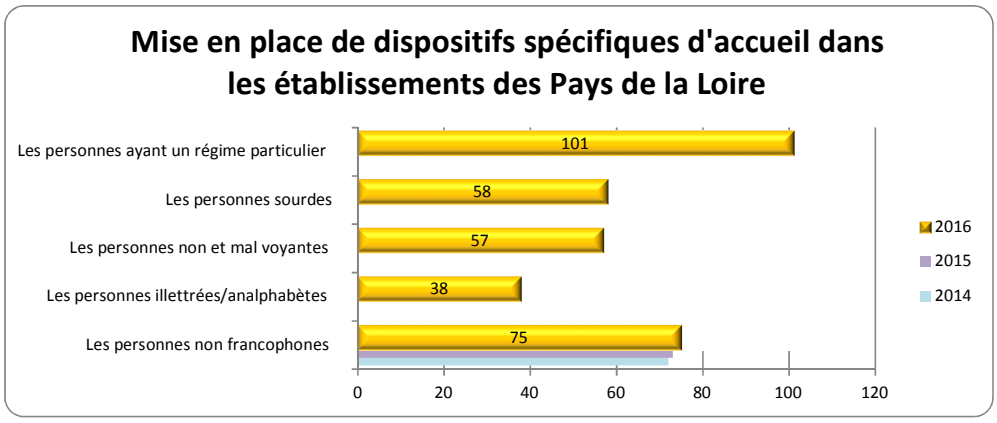
La CSDU s'interroge toujours sur le manque d'actions spécifiques menées en direction des bidonvilles et des squats.

13.5. L'accueil adapté au public

13.5.1. L'accessibilité dans les établissements de santé

Les données sont déclaratives et issues des rapports des CRUQPC/CDU.

Les établissements s'investissent dans l'accueil des publics dits « spécifiques », cependant 6 établissements ne semblent pas avoir mis en œuvre de dispositif d'accueil adapté.



Dans leurs commentaires, les établissements expliquent faire appel aux compétences du personnel relatives aux langues étrangères et à la langue des signes et élaborent une liste de personnes ressources disponibles en interne.

Pour le public malvoyant, les établissements font part de plusieurs actions : des documents (livret d'accueil, charte, numéro de chambre…) sont proposés en grand caractère ou en braille, des aménagements spécifiques au sein du bâtiment sont prévus (indications ascenseurs en braille, contre marche en couleur pour l'escalier, dalles podotactiles…).

En dehors des dispositifs spécifiques cités ci-dessus, certains établissements accordent un accueil particulier aux personnes démunies, aux détenus en fin de peine, aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou encore aux porteurs de maladie chronique. Une signalétique par pictogrammes a été mise en place dans certains établissements.

Dans la région des Pays de la Loire, 99% des établissements déclarent l'accessibilité de leurs locaux aux personnes à mobilité réduite. Certains établissements indiquent que des travaux sont en cours pour développer l'accessibilité sur les bâtiments plus anciens.

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

L'indicateur S.29 du PRS n'a pas été renseigné pour 2016.

13.6. Les aidants et leur santé

Source : évaluation finale du PRS, Questions évaluatives relatives aux réalisations et effets du PRS.

Selon l'évaluation du précédent PRS l'aide aux aidants « a été bien davantage travaillée dans le secteur des personnes âgées que dans les autres secteurs ».

Dans le champ des personnes âgées, outre les travaux sur la restructuration de l'offre de répit, des dispositifs complémentaires d'accompagnement des aidants ont pu être développés : plateformes de répit et d'accompagnement, propositions de formations aux aidants dans le cadre du plan Alzheimer…

Le nombre de places d'accueil de jour pour les adultes handicapés a certes progressé de 36% entre 2011 et 2015 mais en 2015 seules 257 places sont recensées.

En ce qui concerne l'hébergement temporaire pour adultes handicapés, les capacités ont diminué de 19 %, 171 places étant recensées en 2015.

Sur ce point, il faut souligner que la pression de la demande d'hébergement permanent a pu amener l'ARS à valider la conversion de places d'hébergement temporaire en places d'hébergement permanent.

Moins de la moitié des professionnels des établissements et services pour personnes handicapées estiment que l'offre en accueil de jour et hébergement temporaire s'est améliorée depuis 4-5 ans.[3]

Près de la moitié des professionnels d'établissements et services du champ du handicap ont une appréciation péjorative de la connaissance et de l'utilisation, par les aidants des personnes en situation de handicap, des réponses en situation de crise et d'épuisement[4].

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

Aucun chiffre n'est disponible pour l'année 2016.

[3] *Source : évaluation finale du PRS, Questions évaluatives relatives aux réalisations et effets du PRS.*
[4] *Source : évaluation finale du PRS, Questions évaluatives relatives aux réalisations et effets du PRS*

III - CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

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 2016, le CISS Pays de la Loire a formé 198 représentants des usagers au cours de 13 modules de formation (145 en 2015). Les représentants proviennent, comme en 2015, essentiellement de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire.

Pour la troisième année consécutive, le nombre d'usagers formés est en augmentation (81 usagers formés en 2014 et 145 en 2015).

Les thèmes des formations ont été les suivants : « Information : nouvelle loi santé», « RU : l'essentiel», « Défense des droits des usagers», « RU en Comité d'éthique», « RU : En Commission des Usagers», « RU : Qualité et Sécurité du Patient», « Droit des Usagers ».

14.2. Les formations en direction des conseils de la vie sociale

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.

a) Les formations CVS dans le secteur des personnes âgées

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

83 membres de 34 CVS ont été formés dans la région en 2016, dont 20 représentants des résidents, 41 représentants des familles, et 22 représentants des administrateurs.

b) Les formations CVS dans le secteur personnes handicapées

Dans la continuité de l'action menée en 2015 et pour répondre aux objectifs de formation des représentants des usagers au conseil de la vie sociale, le CREAI a proposé en 2016 une action de formation en direction d'un groupe d'ESAT (établissement et services d'aide par le travail) en Mayenne :

- la formation s'est déroulée en 4 modules : le Conseil de la vie sociale et la fonction de représentant élu, la préparation d'une réunion CVS, le déroulement de la réunion du CVS, les modalités de suivi et de mise en œuvre des avis et propositions du CVS.
- 8 CVS et 25 personnes ont bénéficié de ces formations.

La convention CREAI 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. 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

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

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

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU note l'effort de formation fait en 2016 pour les représentants des usagers dans les établissements de santé et les établissements médico- sociaux.

De nouvelles modalités de formation pour les représentants des usagers des Commissions des usagers sont intervenues en 2017, il conviendra d'en faire l'évaluation et également de déterminer plus précisément les besoins de formation des représentants des usagers.

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

La CSDU se félicite du succès de la journée des représentants des usagers à la fois par le nombre de participants et la qualité des échanges et souhaite que cette manifestation puisse être à nouveau réalisée au 1er semestre 2019 avec notamment comme thèmes les indicateurs de qualité et les outils d'amélioration de la qualité dans les établissements médico-sociaux.

FOCUS

Sur la journée des droits des usagers de juin 2017

La sixième journée des représentants des usagers du système de santé s'est déroulée à Angers le 20 juin 2017. Près de 300 personnes y ont participé, et Madame Bernadette Devictor, présidente de la Conférence Nationale de Santé, en a été l'invitée d'honneur.

Y sont intervenus différents professionnels de santé, représentants des usagers, délégués territoriaux, représentants de l'ARS et d'organisations de santé du territoire ligérien.

Une importante partie de cette journée a été consacrée à la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, créant de nouvelles dispositions, renforçant la démocratie sanitaire et notamment la place des usagers et leurs droits.

Lors de la matinée de cette journée a été organisée une table ronde concernant l'évolution des droits des usagers. Différents thèmes ont ainsi été abordés :

Les évolutions réglementaires relatives aux droits des usagers ont ainsi été précisées, concernant notamment la nouvelle loi sur la fin de vie de février 2016, venant éclairer la notion de consentement dans la fin de vie

Il a été question de la première mise en œuvre d'une action de groupe en matière de santé (disposition introduite par la loi de santé de janvier 2016).

Le droit à l'information à la sortie de l'établissement de santé a été abordé, la loi prévoyant désormais que le document de fin d'hospitalisation soit remis au patient le jour même de sa sortie.

Le droit à l'oubli pour les malades du cancer, comportant deux dispositifs spécifiques, a été précisé.

Des informations sur le tiers payant, obligatoire à partir de novembre 2017 pour la partie Assurance maladie, ont été partagées.

Il a été précisé que la loi de santé de janvier 2016 a apporté d'énormes progrès dans les droits des représentants des usagers.

L'après-midi de cette journée a été animée par une table ronde portant sur la mise en place des nouvelles instances de démocratie sanitaire. Une présentation des comités des usagers des GHT, des commissions des usagers des établissements de santé et des conseils territoriaux de santé et de leur formation d'expression des usagers a eu lieu.

Les bonnes pratiques au sein des Commissions des Usagers (CDU) dans les établissements de santé ont été partagées par Gilles Paumier, représentant des usagers et président de la Commission des Usagers du Centre Hospitalier du Mans, Anne-Sophie Braire, secrétaire générale hôpital privé du Confluent et présidente de la Commission des Usagers et André-Gwénaël Pors, directeur du Centre Hospitalier de Laval.

L'étude « Attentes des usagers des services des urgences » et le rapport régional relatif aux droits des usagers ont également été présentés.

Un point d'information sur l'URAAS (Union régionale des associations agrées du système de santé) et sa mise en place, prévue par la nouvelle loi santé et devant être constituée au plus tard le 31 janvier 2018, a été présenté.

Deux projets labellisés « Droits des usagers » en 2016 ont été mis en avant :

- La charte d'accueil des familles du Césame

- La brochure « Démarche palliative et usagers » portée par la CASSPA 49.

En conclusion il a été affirmé lors de la journée que l'information et la formation des usagers et de leurs représentants sont primordiales. Le projet régional de santé (PRS) 2018-2022 est en cours d'élaboration : la place de l'usager y reste très forte et il faut continuer à l'écouter et améliorer son information et son « éducation ».

D'une manière générale, cette journée a été un succès dans la promotion de la défense des droits des usagers du système de santé au sein du territoire ligérien.

IV - RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

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

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

2016	Nombre de réunions	Représentants des usagers	Taux de participation 2015	Taux de participation 2016
Séance plénière	3	15 titulaires 21 suppléants (3 collèges)	79 %	87 %
Commission Permanente	4	2 titulaires 4 suppléants	88 %	88 %
Commission Spécialisée Droits des Usagers	3	6 titulaires 7 suppléants	58 %	84%

15.2. Taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire

Département	Nombre de conférences de territoire tenues en 2016	Nombre total de représentants d'usagers convoqués en 2016*	Nombre total de représentants d'usagers présents en 2016 **	Taux de participation *(au nombre total d'usagers présents / nombre total de représentants d'usagers convoqués * 100)*	
				2015	2016
44	2	16	10	75%	62.5%
49	2	32	16	62.5%	50%
53	2	30	8	38.3%	26.67 %
72	2	16	10	62.5%	62.5%
85	2	26	8	37,5%	30%
Pays de la Loire	10	120	52	55.2%	46%

Le taux de participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire est en baisse en 2016 par rapport à 2015, et ce dans tous les départements des Pays de la Loire. La moyenne de participation s'élève à 46%.

Au 1er janvier 2017, les Conseils Territoriaux de Santé (CTS), dans la même configuration géographique, ont remplacé les Conférences de territoire. Cette nouvelle instance doit « organiser au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers en intégrant celles des personnes en situation de pauvreté ou de précarité ». Cette instance est composée de 12 membres : six membres du collège des usagers et six membres des collèges des professionnels et offreurs de santé, des collectivités territoriales de démocratie sanitaire et de l'Etat et des organismes de sécurité sociale.

Au 31 décembre 2017, cette instance a été mise en place en Loire-Atlantique, en Mayenne et en Sarthe cependant la composition de cette instance reste encore incomplète (sauf en Sarthe).

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les représentants des usagers sont toujours très assidus aux réunions de la CRSA avec des taux de participation supérieurs à 80%, en hausse par rapport à 2015. Cette très bonne participation peut s'expliquer par la possibilité pour chaque titulaire d'avoir 2 suppléants. Il conviendrait néanmoins de compléter cette liste de suppléants pour les représentants à la CRSA des Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie.

La baisse de la participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire est sans doute due à la fin du mandat de ces conférences, remplacées au 1er janvier 2017 par les Conseils Territoriaux de Santé.

Dans les Conseils Territoriaux de Santé les Formations d'expression des usagers se mettent progressivement en place. Il conviendra d'articuler leur travail avec la CSDU et de travailler de concert sur certains sujets, notamment le rapport annuel relatif aux droits des usagers.

V – SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Ce onzième Rapport annuel relatif aux droits des usagers du système de santé de la CRSA est dans la continuité des précédents. Il se veut conforme au décret du 31 mars 2010 conférant aux CRSA « l'évaluation annuelle des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge » et il respecte le cahier des charges de l'arrêté ministériel du 5 avril 2012. Ce cadre réglementaire, s'il apparait très contraignant, a l'avantage de permettre une continuité dans le suivi des indicateurs et de maintenir une attention autour du respect et de la promotion des droits des usagers. Ce cadre, au niveau national, aurait néanmoins besoin d'être revu et réactualisé pour tenir compte des évolutions intervenues dans notre système de santé.

L'analyse des données et éléments reçus par la Commission spécialisée droits des usagers fait ressortir plusieurs points majeurs :

- une attente forte des ligériens sur l'amélioration de l'accès aux soins de premiers recours, que l'on retrouve à la fois dans les éléments d'évaluation du PRS 1 et dans les réclamations auprès des Conseils de l'Ordre et de l'ARS,

- des difficultés d'accès aux services et structures médico-sociales, qu'elles soient pour les personnes âgées ou les enfants et adultes en situation de handicap, auxquelles se rajoutent les difficiles conditions de séjour dans les EHPAD,

- la nécessité de mieux mesurer les difficultés d'accessibilité aux soins et aux parcours de santé pour des raisons financières, en particulier pour les personnes en situation de fragilité,

- dans le domaine de la prévention, une baisse continue du pourcentage de la population dépistée. (notamment concernant le cancer du sein),

-une amélioration sensible des conditions de traitement des plaintes et réclamations, en particulier dans les ordres professionnels, avec globalement un bon fonctionnement des procédures de conciliation et de médiation, sauf dans le secteur médico-social où le dispositif « personnes qualifiées » est toujours aussi inopérant.

-une évaluation du niveau de la qualité de la prise en charge des usagers dans les établissements de santé souvent supérieure à la moyenne nationale mais avec des écarts importants entre structures.

-un bon fonctionnement global des instances de démocratie sanitaire auxquelles participent les usagers, avec néanmoins toujours des interrogations sur la place et le rôle des Conseils de la vie sociale dans les EHPAD.

16. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

16.1.1 Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers

Le recueil des données sur la quantité et le contenu des heures de formation sur les droits des usagers à destination des professionnels de santé reste difficile.

Cependant à travers des exemples concrets la CSDU observe que ce sujet progresse dans les dispositifs de formation, à la fois dans les instituts de formation et dans les établissements de santé.

16.1.2 Le traitement des plaintes et réclamations

a) Ambulatoire

L'augmentation du nombre des réclamations à l'Ordre des médecins est continue depuis 2014 : 670 plaintes et doléances en 2016 contre 328 en 2013. Cela peut s'expliquer par un meilleur recensement des réclamations et doléances mais également par l'augmentation importante des réclamations dues aux difficultés croissantes d'accéder à un médecin traitant.

Pour l'ensemble des autres Ordres le nombre de réclamations et de plaintes traitées reste stable.
L'information aux usagers concernant les procédures de dépôt de plainte/réclamation diffère beaucoup selon les Ordres mais s'améliore progressivement. Il reste important de mieux faire connaitre aux usagers que toutes les professions médicales et paramédicales sont régies par un Ordre qui traite les plaintes et réclamations et de poursuivre l'information à l'usager sur les procédures, les recours possibles et les possibilités de se faire assister lors de conciliations.

b) Sanitaire

Le nombre de plaintes et réclamations reçues par les établissements de santé est stable sur les deux dernières années : 4296 plaintes en 2015, 4281 en 2016.

La majorité des réclamations porte sur la prise en charge des aspects médicaux (28%) puis sur la vie quotidienne et l'environnement de l'hospitalisation (25%).

Le nombre d'établissements proposant une médiation est en augmentation (58 contre 50 en 2015), mais le pourcentage de réalisation est en baisse (36% en 2016 contre 42% en 2015).
Les représentants des usagers notent qu'il convient de rester vigilant sur le déroulement de la procédure de médiation et en particulier sur le délai de transmission du rapport à l'usager et le contenu de ce rapport.

Le dispositif e-satis mesure la satisfaction des patients hospitalisés en court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique. La campagne qui s'est déroulée de novembre 2016 à octobre 2017 et à laquelle ont participé 37 établissements ligériens indique que les scores de satisfaction se situent entre 69 et 81 sur 100 avec un score moyen de satisfaction de 74,9 contre 72,7 au niveau national. La prise en charge paramédicale obtient les meilleurs résultats, par contre les repas et les conditions de sortie sont beaucoup moins bien perçus par les patients.

L'outil Scope Santé, mise en place par l'HAS, qui permet aux usagers d'avoir accès aux résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des établissements de santé, indique que le lien ville/hôpital reste un point faible des établissements ligériens.

c) Médico-social

Le très faible nombre de saisines des personnes qualifiées (6 en 2016) ne saurait être un indicateur des difficultés des usagers des établissements médico-sociaux.

Par contre l'ARS a reçu en 2016 191 plaintes concernant les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Pour le premier secteur les motifs de réclamation concernent la qualité de l'hébergement, la restauration, puis les problèmes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement, dont principalement le manque de personnel soignant.
La difficulté à trouver une place en établissement et les problèmes d'accès aux soins sont les principaux motifs de réclamations du secteur des personnes en situation de handicap.

d) La Commission de Conciliation et d'Indemnisation

247 dossiers ont été traités en 2016 et 56 avis positifs rendus.
Orientés vers la CCI après l'échec d'une médiation avec un établissement de santé, les usagers s'engagent dans une procédure souvent longue et difficile alors qu'ils ne remplissent pas les critères de recevabilité.

16.1.3 Le fonctionnement des instances de représentation des usagers

a) Les commissions des usagers (CDU)

Les Commissions des usagers sont désormais bien inscrites dans la gouvernance des établissements de santé, leur fonctionnement est globalement satisfaisant et correspond aux exigences réglementaires. Mais leur existence même et leurs missions restent très peu connues du grand public et des usagers, et leur prise en compte et leur implication dans le fonctionnement des établissements dépendent largement de la volonté des directions d'établissement.

Cette commission a vu en 2016 son rôle confirmé et renforcé en particulier sur :
- l'accès à la liste des événements indésirables graves survenus ainsi qu'aux mesures correctives prises
- le droit d'auto saisine et de suite sur les sujets qualité et sécurité des soins
- la formalisation d'un projet des usagers exprimant les attentes et les propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect du droit des usagers.

Il conviendra dans les mois à venir d'évaluer l'appropriation faite par les CDU de ces nouvelles missions.

b) Les Conseils de la vie sociale (CVS)

La CSDU fait face à un manque d'information sur les fonctionnements des CVS. Les documents d'évaluation du PRS 1 indiquaient « Les Conseils de Vie Sociale (CVS) se mettent en place plus

lentement que les CRUQPC, sont estimés moins fonctionnels, moins actifs, avec des difficultés de recrutement. »

La CSDU s'interroge sur le fonctionnement des CVS des EHPAD car les informations reçues font part de grandes difficultés dans leur mise en œuvre et leur fonctionnement alors qu'il s'agit d'une instance qui pourrait être constructive pour les résidents des établissements.

La CSDU est dans l'attente de la mise en œuvre de l'expérimentation de la désignation d'un représentant des usagers dans des CVS en Maine-et-Loire.

16.2 Droit au respect et à la dignité de la personne

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

Beaucoup d'actions d'information sur le droit des malades en fin de vie sont réalisées dans la région et par différents acteurs. Il manque une capitalisation de ces actions au niveau régional afin de faire connaître et d'échanger les projets et de diffuser plus largement les outils existants.

Par ailleurs il est nécessaire que les instances de démocratie sanitaire se saisissent dans leurs travaux de ce sujet : à la fois dans les Conseils territoriaux de santé par l'intermédiaire de la formation spécifique d'expression des usagers, dans les Commissions des usagers des établissements de santé et dans les Conseils de la vie sociale des établissements médico-sociaux.

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

78 % des établissements de santé ligériens ont proposé au personnel des formations et des séances de sensibilisation à la bientraitance et 92% des établissements déclarent mettre en œuvre des actions de promotion de la bientraitance telles que :
- élaboration d'une charte éthique avec les professionnels et les patients
- participation à des groupes de travail animés par le réseau Qualirel
- développement de la bientraitance en psychiatrie.

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

Les indicateurs de suivi de la promotion de la bientraitance évalués par les critères de la HAS et les enquêtes Flash sont tous en hausse et des outils se développent pour accompagner les établissements désireux de travailler sur cette thématique : guide de la HAS, formations, enquêtes et accompagnements du réseau régional Qualirel…

De fortes disparités existent cependant entre les départements : les protocoles de gestion des risques de violence sont rédigés dans 65% des ESMS mais seulement dans 44% des établissements en Mayenne et 82% en Loire-Atlantique. De même les protocoles de gestion des situations de maltraitance sont rédigés dans 64% des ESMS dans la région mais seulement dans 34% des ESMS de Vendée.

16.2.4 La prise en charge de la douleur dans le secteur sanitaire

La traçabilité de la douleur des patients en établissement de santé est mieux prise en charge mais la prise en charge de la douleur chronique continue de se heurter à des délais d'attente particulièrement longs dans les structures dédiées.

16.3 Droit à l'information

Le nombre de demandes d'information médicale ne cesse de progresser depuis 2012 : de 6604 demandes en 2012 à 9680 demandes en 2016, soit une augmentation de presque 50 %.

En 2016 84% des établissements de santé ont été sollicités pour au moins une demande d'information médicale. 85% des demandes recevables concernaient des dossiers de moins de 5 ans. Pour ceux-ci la moitié des établissements ne parvient pas à répondre aux demandes dans le délai réglementaire de huit jours.

La remise obligatoire d'une lettre de liaison le jour de la sortie d'hospitalisation au patient, avancée notoire de la loi de janvier 2016 pour tracer la continuité des soins et informer le patient, rencontre des difficultés pour sa mise en œuvre. (Un sondage réalisé auprès des patients par des représentants des usagers estimait à 30% le nombre de remises conformes).

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

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés ne cesse de progresser, il s'élève désormais à 18.600 élèves :

- 13.558 enfants sont scolarisés en milieu ordinaire soit 73% : 65% sont en classe ordinaire et 35% en ULIS,
- 70% des enfants de 6 à 16 ans accueillis en établissement sont scolarisés en Unité d'Enseignement interne et 30 % sont en inclusion scolaire, totale ou séquentielle. Ce sont les enfants en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique qui bénéficient de la plus large inclusion scolaire (52%) et 18% des enfants en Institut Médico-Educatif.

Le groupe de travail mis en place pour travailler sur ce sujet dans le cadre du PRS2 a mis en évidence que l'inclusion scolaire n'est pas suffisamment accompagnée :

- Prendre le virage ambulatoire souhaité et développer le maintien à domicile des jeunes en situation de handicap nécessite un développement important des places en services d'accompagnement.
- Les nouveaux Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées qui se mettent en place depuis 2016 doivent être, notamment, un complément d'accompagnement pour des jeunes qui ne sont pas scolarisés. Ce nouveau dispositif n'est pour l'instant pas connu des familles.
- L'inclusion scolaire sera d'autant plus facilité qu'elle aura été démarré tôt. En intégrant la fonction de pôle ressources les services et établissements médico-sociaux pourraient contribuer au repérage précoce des difficultés, être source de formation et d'analyses de pratiques pour les professionnels de l'Education Nationale, des structures d'accueil de la petite enfance...

- L'accompagnement doit également se poursuivre au-delà de l'âge de la scolarisation obligatoire afin que les jeunes poursuivent leur apprentissage des savoirs scolaires et para scolaires utiles à la vie de tous les jours.
- L'externalisation des classes d'IME répond à une demande des familles mais ne fait pas pour l'instant l'objet d'une coopération structurée entre les acteurs du médico-social, de l'Education Nationale, des collectivités. Une programmation pluriannuelle sur un territoire donné permettrait aux familles de se projeter sur le parcours de leur enfant.

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

En 2016 dans les Pays de la Loire il y a eu 3 521 admissions en soins psychiatriques sans consentement dont :
- admissions sur décision d'un représentant de l'État : 286
- admissions à la demande d'un tiers : 741
- admissions en procédure de péril imminent : 954
- admissions en procédure d'urgence : 1540

Il y a eu une décroissance de l'ensemble du nombre d'admissions sans consentement entre 2011 et 2014 puis une relative stabilisation en 2014 et 2015, avec des disparités selon les procédures.

Les admissions en procédure de péril imminent augmentent fortement alors que les admissions à la demande d'un tiers baissent.

Les CDSP assument leurs missions conformément à la réglementation : elles effectuent plusieurs visites d'établissement par an et ont consulté à cette occasion 1033 dossiers et reçu 43 patients.

Une vigilance particulière doit être portée à la mise en œuvre et à l'utilisation des pratiques d'isolement et de contention et notamment :
- l'utilisation de la chambre soins intensifs (CSI) des services de psychiatrie adulte pour répondre à une mesure de protection pour des jeunes entre 12 et 14 ans faute de place dans les services de pédopsychiatrie,
- la mise en place effective et l'utilisation systématique du registre permettant de répertorier les séjours en CSI.

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 financière

Le sujet de l'accessibilité financière aux médecins libéraux est toujours aussi sensible avec une incompréhension entre d'une part l'usager qui ne comprend pas la majoration des honoraires et d'autre part le professionnel de santé que la loi autorise à pratiquer ces compléments d'honoraire.

Le manque de transparence des organismes publics, y compris en Pays de la Loire, ne facilite pas la compréhension du système par l'usager.

Même si la répartition des médecins entre secteur 1 et secteur 2 reste relativement stable dans la région et que le coût moyen des dépassements d'honoraires des médecins est moins important qu'au niveau national, la tendance générale est à l'augmentation du nombre d'actes avec dépassements d'honoraires, aussi bien en consultation qu'en hospitalisation.

Cette banalisation des dépassements d'honoraires cumulée avec la hausse des coûts des complémentaires de santé, en particulier pour les personnes âgées, pose la question du reste à charge, question liée naturellement à celle du renoncement aux soins.

b) La démographie médicale

10% de la population régionale n'a accès qu'à 2,5 consultations de médecin généraliste par an alors que la moyenne nationale se situe à 4. De nombreuses actions ont été mises en place sans que la situation des territoires les plus fragiles ne s'améliore. Il existe de très fortes disparités infrarégionales et les écarts se creusent entre les départements et entre certains territoires infra départementaux.

En 2017 un nouveau zonage a été établi afin de cibler les territoires les plus fragiles et d'y favoriser l'installation des médecins généralistes en octroyant des aides ciblées.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont un moyen efficace de favoriser l'installation des professionnels et de mettre en œuvre des actions coordonnées sur un territoire. Fin décembre 2016 la région comptait 72 MSP et 27 projets sont en cours. La question de la participation des usagers et de leurs représentants aux projets de santé des MSP reste toujours posée.

c) La permanences des soins ambulatoires (PDSA)

L'accès des patients à un médecin pendant la permanence des soins ambulatoires a été amélioré entre 2012 et 2016 mais des disparités entre les territoires subsistent.

Un nouveau cahier des charges de la PDSA est désormais en place ; il devra notamment permettre d'améliorer la lisibilité du système pour les usagers, le recours pertinent et l'accès aux soins pour les populations spécifiques.

d) Le recours aux services des urgences

Le nombre de passages aux services des urgences en 2016 est estimé à 918 000, il a augmenté de manière assez continue dans la région au cours des 12 dernières années, au rythme annuel moyen de 3,6%.

Dans le rapport 2016 relatif aux droits des usagers et l'étude des attentes des usagers des services des urgences la CSDU soulignait le fait que la croissance de la fréquentation des urgences ne pourra être freinée que par des réponses adaptées de l'organisation de l'offre de soins en amont et en aval des urgences, et plaidait pour une meilleure prise en compte des populations spécifiques.

e) L'accès aux Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Du fait de l'augmentation de la population âgée et du manque de places en EHPAD, les besoins pour des places en SSIAD sont croissants.

La Loire-Atlantique et la Vendée qui connaissent une croissance démographique importante sont donc le plus en tension.
Concernant les places en SSIAD pour les personnes handicapées c'est en Mayenne que l'on retrouve les besoins les plus importants.
De nombreux territoires sont également en tension concernant les places en Equipes Spécialisées Alzheimer.

17.2 Assurer l'accès aux structures de prévention

Depuis de nombreuses années une baisse continue du pourcentage de la population dépistée est observée, même les actions ciblées fonctionnent difficilement.

Le taux de dépistage de cancer du sein est en recul continu depuis 2012. (5%)

Le taux de dépistage du cancer colorectal est de 41%, 8% au-dessus de la moyenne nationale mais inférieur à l'objectif européen de 45%. Le taux de tests positifs (4,2%) n'est pas négligeable

Concernant le dépistage du VIH, la région connaît le plus faible nombre de sérologies réalisées : 61 pour 1000 habitants en Pays de la Loire contre par exemple 79 pour 1000 en Occitanie.

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

a) Les contrats locaux de santé
Au 16 novembre 2017 19 contrats locaux de santé avaient été signés dans les Pays de la Loire.

b) Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux
Depuis 2010 1289 places supplémentaires ont été créées : 781 places pour enfants et 508 places pour adultes.
Les rapports des Maisons de l'autonomie, le nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton (420 recensés en 2015), la pression des listes d'attente en ESAT, le nombre de personnes maintenues en hospitalisation à défaut d'une solution d'accompagnement par le secteur médico-social, permettent d'établir un constat de croissance des besoins.

c) Les besoins liées au vieillissement de la population
Les taux d'équipement en EHPAD, SSIAD, USLD sont supérieurs à la moyenne nationale mais l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées dépendantes (33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030 selon l'Insee) amène à s'interroger sur une offre de lits en EHPAD qui reste insuffisante, sur l'accès financier des plus démunis aux EHPAD et sur l'accompagnement des aidants.

d) La lutte contre les logements insalubres et l'habitat indigne
Les données 2013 indiquaient qu'en Pays de la Loire il y aurait 54 230 logements potentiellement indignes dans le parc privé, avec une proportion plus importante en Vendée et en Sarthe, et plus faible en Maine-et-Loire.

Dans la région en 2016 120 logements ont donné lieu à une procédure au titre du code de la santé publique.

La coordination des différents services de l'État et l'accompagnement des acteurs locaux a permis de mettre en place un dispositif volontariste et efficient mais il reste un très important travail de repérage des logements insalubres à effectuer.

Les populations très fragiles économiquement sont les premières touchées par les locations abusives et le problème du relogement se pose lorsqu'une déclaration d'insalubrité est prononcée.

18. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

a) La formation des représentants des usagers

En 2016 le CISS Pays de la Loire a formé 198 représentants des usagers au cours de 13 modules de formation. Comme en 2015 les représentants proviennent essentiellement de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire.

De nouvelles modalités de formation pour les représentants des usagers des Commissions des usagers sont intervenues en 2017, il conviendra d'en faire l'évaluation et également de déterminer plus précisément les besoins de formation des représentants des usagers.

L'Union interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux a mis en œuvre des formations pour 83 membres de 34 Conseils de la Vie Sociale d'établissements pour personnes âgées

Le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations a mis en œuvre des formations pour 25 membres de 8 Conseils de la Vie Sociale d'Etablissement et Services d'Aide par le Travail. Quatre rencontres inter-CVS ont également eu lieu.

La CSDU se félicite du succès de la journée des représentants des usagers, qui a lieu en juin 2017, à la fois par le nombre de participants (près de 300) et la qualité des échanges.

La lettre d'information semestrielle à destination des représentants des usagers élaborée par l'ARS est également un bon outil d'information et de mobilisation.

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

Les représentants des usagers sont toujours très assidus aux réunions de la CRSA avec des taux de participation supérieurs à 80%, en hausse par rapport à 2015. Cette très bonne participation peut s'expliquer par la possibilité pour chaque titulaire d'avoir 2 suppléants.

La baisse de la participation des représentants des usagers dans les conférences de territoire est sans doute due à la fin du mandat de ces conférences, remplacées au 1er janvier 2017 par les Conseils Territoriaux de Santé.

Dans les Conseils Territoriaux de Santé les Formations d'expression des usagers se mettent progressivement en place. Il conviendra d'articuler leur travail avec la CSDU et de travailler de concert sur certains sujets, notamment le rapport annuel relatif aux droits des usagers.

19. LES RECOMMANDATIONS 2017

Recommandation 1 La formation des professionnels de santé sur les droits des usagers

Un volet sur les droits des usagers, porté par des représentants des usagers, pourrait être inséré dans le module de formation des professionnels « L'usager, un acteur à part entière de sa santé » prévu dans le PRS2.

Recommandation 2 Les Commissions des Usagers des Etablissements de Santé

Une enquête auprès des représentants des usagers permettrait de dresser un bilan de la mise en place des commissions des usagers et de la mise en œuvre de leurs nouvelles missions.

L'ARS devrait appuyer une démarche pour mieux faire connaître les représentants des usagers, leurs missions, et notamment le dispositif de la médiation.

Recommandation 3 Les indicateurs de qualité

La connaissance, à la fois par les représentants des usagers et le grand public, de l'outil Scope Santé, permettrait de répondre aux exigences de transparence demandée par les usagers.

Recommandation 4 Bientraitance

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

Cette recommandation est en phase avec l'objectif opérationnel du PRS2 « Faire de la qualité un enjeu partagé entre acteurs et usagers » et en particulier « Faire des usagers un réel partenaire de la qualité de sa prise en charge et de son accompagnement. »

Ce thème de la qualité pourrait être celui de la prochaine journée des représentants des usagers organisée conjointement par l'ARS et la CRSA.

Recommandation 5 Documents de sortie et de fin d'hospitalisation

Les dispositions concernant l'établissement d'un document de sortie à la fin d'une hospitalisation nécessitent un suivi dans leur mise en œuvre par l'ARS.

Les résultats de chaque établissement devraient être insérés dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Recommandation 6 Santé mentale

Une vigilance particulière est nécessaire concernant la mise en œuvre et l'utilisation des pratiques d'isolement et de contention (CSI) notamment pour la mise en place effective du registre permettant

de répertorier les séjours en CSI et son utilisation pour des jeunes entre 12 et 14 ans dans les services de psychiatrie.

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'Optam, les refus de soins…

L'information des usagers sur les conditions de remboursement des honoraires des professionnels de santé est à renforcer.

Une étude de la CRSA sur les freins à l'accessibilité financière aux soins intégrant un volet connaissance et compréhension de l'information serait à initier.

Recommandation 8 Les Conseils de la vie sociale

La mise en place de l'expérimentation de la désignation d'un représentant des usagers issu d'une association agréée au sein des CVS des EHPAD volontaires du Maine-et-Loire doit être poursuivie en Maine-et-Loire et si possible étendue à d'autres départements.

Recommandation 9 L'expression des usagers dans les Conseils Territoriaux de Santé

Dans chaque CTS une formation d'expression des usagers est en cours de mise en place, il conviendrait d'articuler leur travail avec la CSDU, notamment pour le rapport annuel relatif aux droits des usagers.

VI – SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU PRECEDENT RAPPORT

Libellé de la feuille de	Plan d'action - Libellé	Pilote	Situation	Tendance	Etat d'avancement
*					
Recommandation n°01 : suivi étude de la CASA/CSDU					
	Sensibiliser les présidents des commissions des usagers dans les établissements de santé aux conditions d'accueil et de fonctionnement des services d'urgences	/			
	Suivre les actions relatives à l'étude "attente des usagers des services d'urgences"	/			
Recommandation n°02 : Le traitement des plaintes et des recommandations					
	Améliorer la communication sur les dispositifs de réclamations	/			
	Améliorer la communication sur les dispositifs des personnes qualifiées dans le secteur médico-social	/			
	Encourager la communication relative aux réclamations par les conseils de l'ordre	/			
Recommandation n°03 : La commission des usagers des établissements de santé					
	Perfectionner la connaissances des représentants des usagers sur les évolutions de leur missions	/			
	Réaliser une enquête auprès des représentants des usagers sur les évolutions de leurs missions	/			
Recommandation n°04 : Le conseil de la vie sociale					
	Expérimenter la participation des usagers au sein du CVS	PLANCHOT Sylvie			
Recommandation n°05 : Les documents de sortie et fin d'hospitalisation					
	Suivre la mise en oeuvre des dispositions	/			
Recommandation n°06 : La santé mentale					
	Analyser les mesures de Pact Emmenit	/			
Recommandation n°07 : L'accès aux soins pour tous					
	Obtenir les données de l'assurance maladie	/			
Recommandation n°08 : La commission d'activité libérale					
	Observer le fonctionnement des commissions d'activité libérale	/			
Recommandation n°09 : Les aidants					
	Suivre la prise en considération des recommandations par le PRS	/			
Recommandation n°10 : L'expression des usagers dans les Conseils Territoriaux de Santé					
	Elaborer une lettre pour les présidents des CTS pour la mise en place de l'expression des usagers et les inviter à participer à l'élaboration du rapport relatif aux droits des usagers	/			

ANNEXES

Annexe 1- Composition du groupe de travail pour la rédaction du rapport 2017relatif aux droits des usagers

- **M. Gérard ALLARD**, Président de la commission spécialisée droits des usagers

- **Mme Sylvie CHAPELAIS**, représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- **Mme Catherine OLIVIER,** 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
- **Mme Geneviève MAGNIEZ,** représentante des usagers de la CRSA
- **Dr Dominique BRACHET, représentant de la commission spécialisée droits des usagers**
- **M. François LEGENTILHOMME,** représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- **Mme Cécile GUILLEUX**, directrice des finances, de la stratégie médicale et de la patientèle au CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé - représentante FHF
- **Mme Cécile ARETIN**, représentante FHP
- **Mme Anne-Sophie DE LIMA LOPES,** directrice adjointe au CHU de Nantes – représentante FHF
- **M Jean-François BABIN**, Représentant FEHAP
- **Mme Françoise RAMPILLON-MIGNON,** représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- **Mme Florence FOURMONT,** présidente de la formation des usagers du CTS de la Sarthe

Annexe 2 - Synthèse des rapports annuels des Commissions Départementales de Soins Psychiatriques

Préambule

Le présent rapport est établi sur la base des données et informations mentionnées dans chacun des cinq rapports annuels 2016 des CDSP (Commissions Départementales des Soins Psychiatriques) des départements constituants les territoires de l'ARS Pays de la Loire.

La CDSP a 8 missions principales :

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

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 sans consentement dans les établissements publics de santé mentale. Seules les plus significatives et les plus connues des usagers de la psychiatrie ont été retenues afin de ne pas alourdir la lecture du rapport.

- **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, attestant que les troubles rendent impossible le consentement de la personne.

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

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

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

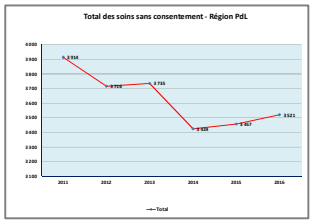
Cela concerne les hypothèses où la personne qui nécessite des soins est isolée socialement ou lorsque l'entourage refuse de signer la demande d'admission sans consentement.
Dans ce cas, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'établissement lorsque 2 certificats médicaux, dont l'un est obligatoirement 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.

Eléments de synthèse des rapports des cinq CDSP Région Pays-de-la Loire

1. Eléments statistiques des soins sans consentement :

1.1. Région Pays de la Loire :

Une décroissance de l'ensemble du nombre d'admissions sans consentements tous types confondus, est constatée entre 2011 et 2014 puis une relative stabilisation sur 2014 et 2015. (*Graphe n°1 ci-dessous)*



Graphe n°1 (hors SDT vers SDRE, Transfert sanitaire, Transfert UMD, Irresponsabilité pénale)

Cette tendance masque néanmoins des différences notables si l'on considère les évolutions de chaque type d'admission sur la période 2011 -2016. (*Graphe n°2 ci-après)*

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

- L.3213-1 dite *« demande direct Préfet »* …… **105**
- L.3213-2 dite *« mesure provisoire Maire »* …… **181**

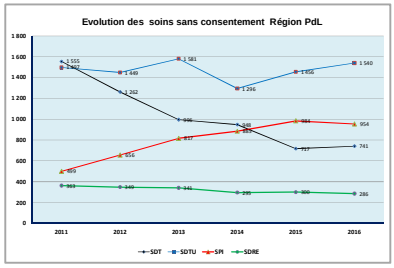
Total SDRE 286

Elles représentent 8,1 % des admissions sans consentement. Pour la période 2011 – 2016 l'ensemble des mesures SDRE laisse apparaitre une tendance relativement décroissante de l'ordre de **– 10%.**

1.1.2. Admissions en soins psychiatriques psychiatrique à la demande d'un tiers (SDT / SDTU / SPI)

- L.3212-1 dite *normale - SDT*…… … **741**
- L.3212-3 dite *urgence - SDTU*……**1 540**
- L.3212-1-2° dite *péril imminent - SPI*…… … **954**

Total SDT 3 235



Graphe n°2 – Détail des soins sans consentement

Quatre constats peuvent être dressés concernant les évolutions de ces prises en charge sur la période 2011 – 2016 *(Voir graphe n°2 ci-dessus)*

- **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 a **– 53 %.** Toutefois la situation par territoire est plus contrastée comme le montre le graphe n°3.

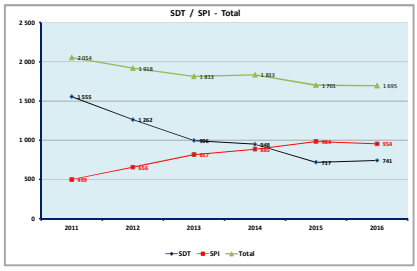
- **Pour les SDTU**

Concernant le montant global des SDTU sur l'ensemble de la Région la situation est relativement stable. Cependant, si la situation est fort différente d'un département à un autre sur la période 2011 – 2016. Elle est également assez hiératique d'une année sur l'autre et ce pour chacun des cinq territoires.

- **Pour les SPI**

Une hausse globale de près de **90 %** est enregistrée sur la période examinée pour l'ensemble de la Région mais là encore des écarts sensibles sont constatés entre les territoires.

- **Compensation entre SDT et SPI :**



Graphe n°3 – Compensation entre SDT et SPI

Comme précédemment déjà souligné dans les rapports précédents les SDT connaissent une érosion relativement importante au cours du temps, alors que, à contrario, les SPI connaissent une progression relativement continue. Le ratio de décroissance de l'ensemble SDT+SPI s'établit à -17,4 %. Le graphe

n°3 ci-dessus montre clairement la compensation qui s'effectue entre les deux types de prise en charge sans consentement de la personne. Quelques hypothèses d'explication peuvent être esquissées. Elles sont au nombre de trois :

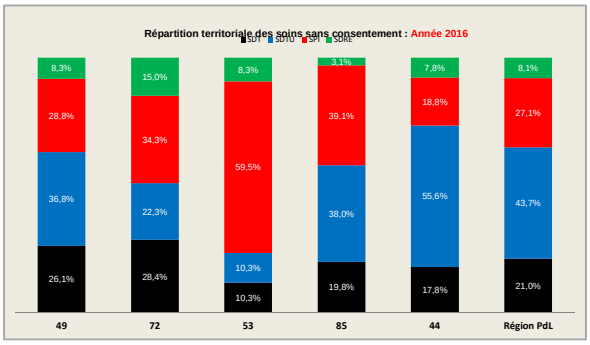
Première hypothèse :
Pour un proche aidant, généralement un membre de la famille, signer la demande de soins psychiatriques sans le consentement de son proche, et donc le priver délibérément de liberté est un geste très éprouvant d'autant qu'il s'impose après une période d'extrême tension entre ce proche et son entourage. De plus, la crise une fois apaisée, le proche a parfaitement conscience que son enfermement a été prise par son père, sa mère ou son époux. Il s'ensuit généralement entre la personne malade et l'aidant signataire une période conflictuelle ou se mêle l'amertume et la rancœur pour chacun. En conséquence, l'application des dispositions de loi du 5 juillet 2011[5], par les EPSM, a pu ouvrir une opportunité aux familles de ne plus être amenées à se confronter à cette situation aux conséquences éprouvantes.

Seconde hypothèse :
La désertification médicale est aujourd'hui une réalité. Dans les communautés urbaines il est relativement aisé de faire appel à un médecin généraliste ou une organisation de type *« SOS médecin »* pour établir le premier certificat, il en va tout autrement en milieu rural ou la désertification médicale est une réalité extrêmement préoccupante.

Troisième hypothèse :
Une évolution des pratiques médicales dans la mesure où certains centres médico-psychologiques s'exonèrent de joindre un proche ou un tuteur de la personne dont l'état implique une hospitalisation sans consentement.

2. Disparités des Territoires :

Le graphe n°4 ci-après illustre les disparités notables de prises en charge entre les différents territoires en termes de répartition des 4 types d'admissions pour des soins sans consentement.



Graphe n°4 – Disparité des Territoires

On relèvera les particularités suivantes, sans toutefois à ce stade, en chercher les raisons :

- Loire –Atlantique :

La prépondérance de la procédure SDTU.

- Maine-et-Loire :

En concordance avec le constat global pour les Pays de La Loire.

- Mayenne :

[5] *La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a défini clairement la possibilité pour le tiers de refuser la signature de la demande d'admission sans consentement. C'est la procédure SPI. (Voir ci-avant : Procédure d'admission sans consentement SPI -(L. 3212-1-2-2°). La mise œuvre de cette procédure depuis juillet 2011 est susceptible d'expliquer cette compensation entre SDT classique et SPI.*

Une majorité surprenante de l'usage de la procédure SPI accompagnée d'une procédure SDT très minoritaire.

- Sarthe :

En concordance avec le constat global pour les Pays de La Loire avec cependant un taux de SDRE presque au double du constat Pays de la Loire et d'autres territoires.

- Vendée :

A l'inverse de la Sarthe le taux de SDRE est extrêmement bas.

Par ailleurs l'Annexe n°1 au présent rapport, synthétise, sous forme graphique, les disparités des différents départements en termes d'évolution des différents modes d'admissions en soins sans consentement (SDRE, SDT, SDTU, SPI)

3. Fonctionnement des CDSP :

3.1. Composition des CDSP :

Une Commission Départementale des Soins Psychiatriques est présente dans chacun des cinq territoires des Pays de la Loire. La composition des CDSP du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Sarthe, de la Loire-Atlantique tant au regard de la qualité et de la quantité des membres qui les constituent, respecte les dispositions prévues par loi. **Toutefois celle de la Vendée mentionne l'absence d'un psychiatre sur les deux requis par la loi.**

3.2. Nombre de réunions annuelles :

Le nombre de réunions annuelles requises à minima, indépendantes des visites d'établissements de santé, est respecté voir au-delà par les CDSP de la Loire-Atlantique et de la Sarthe. **A contrario, la Vendée ne tient que 3 réunions par an. Cette situation a déjà été notée chaque année depuis 2012.**

3.3. Visite des établissements

3.3.1. Nombre de visites :

Le fonctionnement de chacune des CDSP requière deux visites annuelles par établissement. Au regard de cette obligation la réalité est assez disparate par territoire compte-tenu de la charge que cela implique pour les membres des CDSP. Un effort particulier est fait par le Maine-et-Loire qui en réalise trois par établissement.

3.3.2. Qualité des visites

Les notes mentionnées ci-après ne sont celles que des seuls rapports ayant exprimées des remarques significatives sur ce sujet.

- CDSP Loire-Atlantique :

Bonne préparation des visites par les établissements permettant une discussion ouverte avec les directions concernées. Cette année la Commission a été vigilante particulièrement sur deux points :

- La mise en place du registre permettant de répertorier les séjours en chambre de soins intensifs (CSI).
- L'utilisation de la CSI des services de psychiatrie adulte pour répondre à une mesure de protection pour des jeunes entre 12 et 14 ans faute d'équipement adapté dans les services de pédopsychiatrie.

- CDSP Sarthe :

Comme précédemment les membres de la Commission ont de nouveau constaté :

- La régularité du « copier-coller » utilisé plusieurs mois pour certains certificats médicaux,
- Le manque de renseignements personnel concernant le patient,
- La durée des hospitalisations au sein de l'établissement.
- Le manque d'activité au sein des services.

- CDSP Vendée :

La Commission souligne la forte baisse (50%) du nombre de mesure SDRE.

3.3.3. Examen des réclamations et des plaintes :

A la requête des CDSP, un certain nombre de dossiers présentant une particularité sont examinés par celles-ci à l'occasion des visites d'établissements. Leur nombre s'élève à 1033 pour l'année 2016. Ce chiffre retrouve ses niveaux de 2013 et 2014, la baisse notable recensée en 2015 ayant été liée à des circonstances particulières en Vendée.

Des patients, au nombre de 43 ont été reçu, à leur demande, par les Commissions en entretiens individuels. Ce nombre de patient reçus est en baisse de l'ordre de 50% par rapport aux années 2014 et 2015.

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

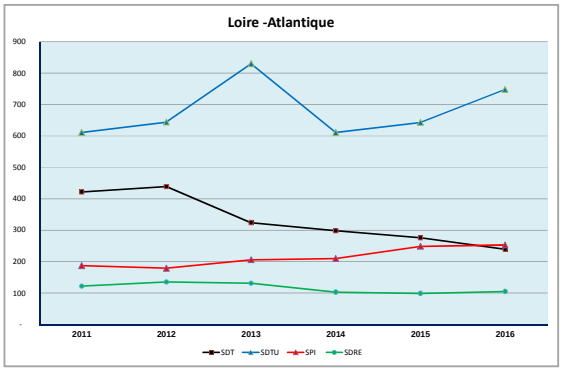
Les conclusions

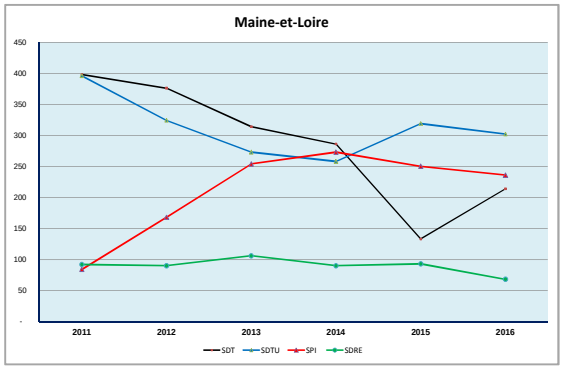
La Commission requière la plus grande attention de l'ARS Pays de la Loire sur les conclusions suivantes :

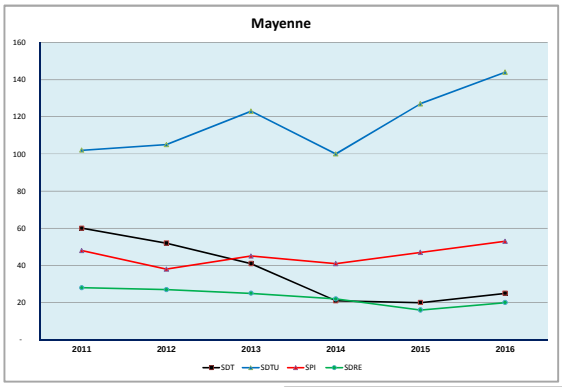
- En six ans, une baisse de l'ordre de 10% de l'ensemble des différentes mesures de soins sans consentement (SDRE+SDT+SDU+SPI) est constatée, sans pour autant avoir la possibilité d'expliquer cette lente décroissance. Par ailleurs, un phénomène de « compensation » est constaté entre les SDT « classiques avec tiers identifiés » et les SPI / SDTU,
- L'absence dans les rapports annuels des différentes CDSP de la Région Pays de la Loire, à l'exception du Maine-et-Loire, d'un bilan des saisines du Juge des Liberté et de la Détention (JLD). Ces informations complémentaires permettent d'avoir une vue complète du contrôle des soins sans consentement avec les décisions de maintien et de levée de ces mesures. Les CDSP des quatre autres départements devraient être incitées à transmettre également ces informations qui entrent dans le cadre de leurs missions principales. Cette demande a déjà été formulée dans les rapports des années 2013 et 2014,
- La nécessité d'une vigilance particulière concernant la mise en œuvre et l'utilisation des pratiques d'isolement et de contention (CSI) et notamment :
  - La pratique de mise en CSI pour répondre à une mesure de protection pour des jeunes qu'ils soient préadolescents et/ou adolescent,
  - La mise en place effective et l'utilisation systématique du registre permettant de répertorier les séjours en CSI conformément aux dispositions de l'Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 ainsi que de la Recommandation de bonnes pratiques de la HAS relatif à l'isolement en psychiatrie générale de février 2017.

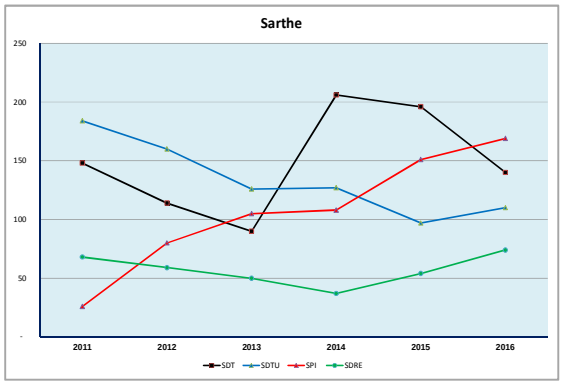
Annexe n° 1

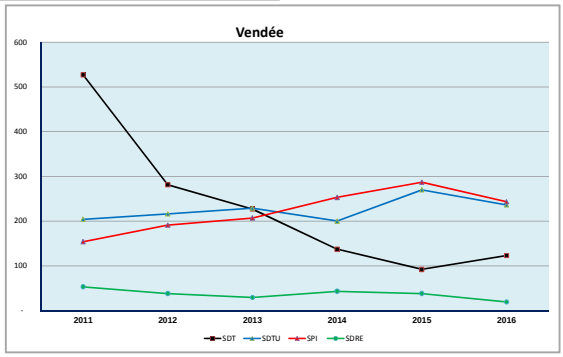
Evolution des différents modes d'admissions en soins sans consentement dans les territoires des Pays de la Loire






Mayenne
160
140
120
100
80
60
40
20
-
2011
2012
2013
2014
2015
2016
SDT
SDTU
SPI
SDRE


Sarthe
250
200
150
100
50
-
2011
2012
2013
2014
2015
2016
SDT
SDTU
SPI
SDRE


Vendée
600
500
400
300
200
100
-
2011
2012
2013
2014
2015
2016
SDT
SDTU
SPI
SDRE

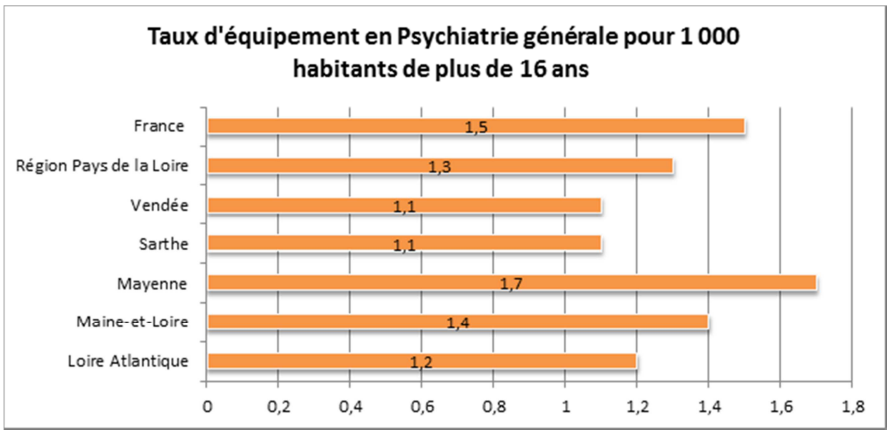
Annexe 3 - Répartition des médecins entre secteur 1 et secteur 2

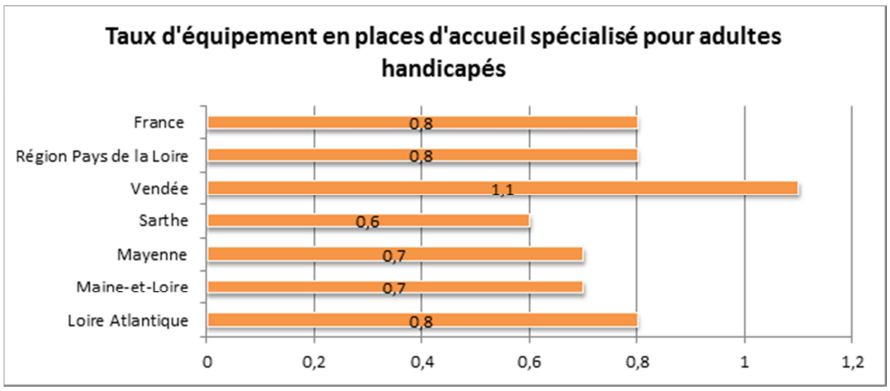
Source Assurance Maladie

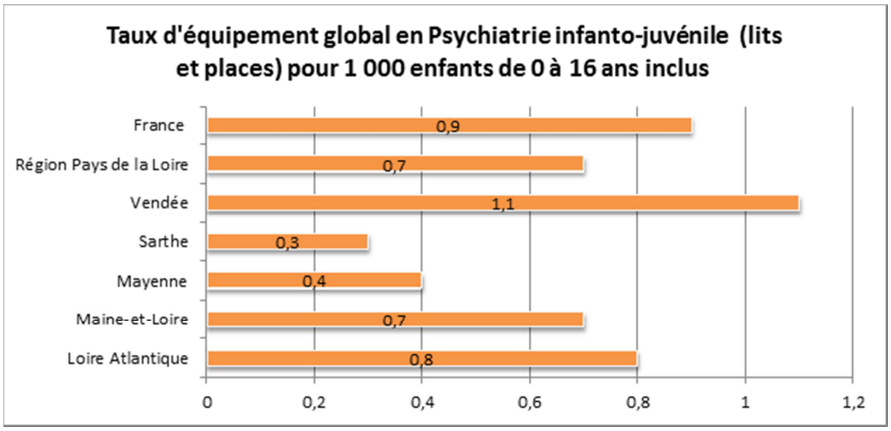
En 2016	Pays de la Loire		Loire Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée	
	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2
Généralistes	95%	4%	94%	5%	96%	3%	95%	5%	93%	5%	96%	3%
Anesthésistes	69%	31%	72%	28%	45%	55%	100%	0%	76%	24%	96%	4%
Cardiologues	93%	7%	91%	8%	91%	9%	100%	0%	100%	0%	92%	8%
Dermatologues	80%	20%	75%	25%	80%	20%	100%	0%	80%	20%	86%	14%
Radiologues	94%	6%	93%	7%	95%	5%	100%	0%	100%	0%	91%	9%
Gynécologues	46%	53%	43%	57%	40%	60%	25%	75%	61%	35%	55%	45%
Gastro-entérologues	88%	12%	86%	14%	88%	13%	100%	0%	83%	17%	89%	11%
O.R.L.	43%	57%	38%	62%	55%	45%	70%	30%	25%	75%	42%	58%
Pédiatres	73%	27%	66%	34%	67%	33%	100%	0%	92%	8%	100%	0%
Pneumologues	92%	8%	83%	17%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Rhumatologues	59%	41%	58%	42%	33%	67%	67%	33%	71%	29%	92%	8%
Ophtalmologues	52%	47%	48%	52%	60%	38%	69%	31%	41%	59%	56%	44%
Neurologues	80%	20%	74%	26%	92%	8%	50%	50%	60%	40%	100%	0%
Psychiatres	80%	20%	69%	30%	89%	11%	100%	0%	83%	17%	94%	6%
Chir. orthopédiques	32%	68%	28%	72%	28%	72%	29%	71%	38%	62%	47%	53%

Annexe 4 - Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux

Source : Livret du PRS Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes en situation de handicap







GLOSSAIRE :

- ADIL : Agence Départementale d'Information sur le logement
- ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
- ALMA : Association de Lutte contre la Maltraitance envers les personnes Agées
- ANAH : Agence Nationale de l'Habitat
- APL : Accessibilité potentielle localisée
- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
- ARS : Agence régionale de santé
- ASIP : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
- AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
- AVSI : Auxiliaire de Vie Scolaire Individuel
- AVSM : Auxiliaire de vie Scolaire Mutualisé
- CAF : Caisse d'allocation Familiale
- CAL : Commission d'activité libérale
- CAPA-SH : Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides Spécialisées, les enseignements adaptés et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap
- CAPS : Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins (maison médicale de garde)
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CASSPA 49 : Coordination de l'accompagnement en soins palliatifs du Maine-et-Loire
- CA-SH : Certification complémentaire pour les enseignements adaptés à la scolarité des élèves en situation de handicap
- CATS : Comités d'Accompagnement Territoriaux des Soins
- CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation
- CDAPH : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées
- CDCA : Conseil départemental à la Citoyenneté et à l'autonomie
- CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
- CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
- CDU : Commission des usagers
- CH : Centre Hospitalier
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé
- CLAN : Comité de liaison Alimentation et en Nutrition
- CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

- CLS : Contrat Local de Santé
- CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNP : Conseil National de Pilotage (ARS)
- CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
- CORECS : Comité Régional de Concertation sur les Soins de 1er recours
- CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de la Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CRAL : Commission Régionale de l'activité libérale
- CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
- CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
- CSDU : Commission Spécialisée Droits des Usagers
- CSP : Code de la Santé Publique
- CTS : Conseil territorial de santé
- CVS : Conseil à la vie sociale
- DADSPS : Direction d'appui à la démocratie et au pilotage stratégique
- DEO : Direction de l'Efficience de l'Offre (ARS)
- DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé
- DGOS : Direction Générale de L'Offre de Soin
- DIPC : Document individuel de prise en charge
- DLU : Dossier de liaison urgente
- DMP : Dossier Médical Personnel
- DREAL : Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement
- DT : Direction Territoriale
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
- EIG : Evènement Indésirable Grave
- ESA : Equipes spécialisées Alzheimer
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- ESMS : Etablissement social et médico-social
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FAM : Foyer d'accueil Médicalisé

- FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
- FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail
- GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- IGAS : l'Inspection Générale des Affaires Sociales
- IQSS : Indicateurs qualité et de la sécurité des soins
- InVS : Institut National de Veille Sanitaire
- IME : Institut Médico-Educatif
- IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
- IQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
- IREPS : Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé
- JLD : Juge des Libertés et de la Détention
- LSF : Langue des Signes Française
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
- MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapée
- MNA : Mineur non accompagné
- MLLE : Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
- MSP : Maison de santé pluri professionnels
- ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
- OPTAM : Option pratique tarifaire maitrisée
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- ORTHI : Outil de Repérage et de Traitement de l'Habitat Indigne
- ORU : Observatoire régional des Urgences
- PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- PDLHI : Pole départemental de lutte contre l'habitat indigne
- PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PRIAC : Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- PRS : Projet Régional de Santé

- PRSE : Plan Régional Santé Environnement
- PSL : Professionnels de Santé Libéraux
- PVP : Projets de vie personnalisés
- QualiREL : Qualité risques évaluation établissements ligériens
- ROR : Vaccin Rubéole, Oreillons, Rubéole
- RU : Représentants des Usagers
- SAMU : Service d'aide médicale urgente
- SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
- SDC : Structure d'étude et de traitement de la Douleur Chronique
- SDT : Soins psychiatriques Sur Demande d'un Tiers
- SDTU : Soins psychiatrique procédure d'urgence
- SDRE : Admission en soin psychiatriques Sur Demande du Représentant de l'Etat
- SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
- SISAC : Système d'information sanitaire des alertes et crises
- SLD : Séjour de Longue Durée
- SM : Santé Mentale
- SMPR : Services médico-psychologiques régionaux
- SPI : Soins psychiatriques de péril imminent
- SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
- SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- TED : Trouble Envahissant du Développement
- TICE : Technologie de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement
- TRD : Traçabilité de l'évaluation de la Douleur
- TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
- UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
- UHSI : Unité hospitalière Sécurisée Interrégionale
- ULIS : Unités localisées pour l'Inclusion Scolaire
- URAF : Union Régionale des Associations Familiales
- URAPEI : Union Régionale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé